

REVISTA
**SALUD MENTAL
Y COMUNIDAD**

Universidad Nacional de Lanús

Año 13 N° 20
Julio de 2026
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 13 N° 20
Julio de 2026
ISSN 2250-5768
e-ISSN 2250-6713

Departamento de Salud
Comunitaria

Centro de Salud
Mental Comunitaria
Dr. Mauricio Goldenberg



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

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

Director

Emiliano Galende

Editora Asociada

Milagros L. Oberti



EDUNLA
COOPERATIVA

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

Bruno Hennig
Universidad Abierta Interamericana. Argentina

Comité Científico

Víctor Aparicio Basauri
Comité Internacional del Lisbon Institut of Mental Health (Portugal)

Paulo Amarante
Fundación Oswaldo Cruz (Brasil)

Ana Cecilia Augsburguer
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 Jorge Kraut
Asociación de abogados y abogados de Buenos Aires
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 San Pablo (Brasil)
Mario Rovere
Investigador independiente
Daniel Alejandro Russo
Universidad Nacional de Lanús
Alicia Stolkiner
Universidad Nacional de Lanús.
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 Buriyovich
Universidad Nacional de Córdoba
Andrés Pablo Techera Núñez

*Universidad de la República Oriental del Uruguay.
Uruguay*

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

Alicia Stolkiner y Carla Pierri

HOMENAJE

16 Homenaje a Patricia Pauluc

Elena García, Alejandra Parisse, María Eugenia Mas, Juan Manuel Ojeda, Emiliano Vallejos y Pinky Simón

ARTÍCULOS

19 Registrar lo comunitario: fortalecimiento de prácticas comunitarias artísticas que promueven la salud mental en el primer nivel de atención

Florencia Quiroga, Abril García, Gabriela Wagner, Maite Galdós y Silvana Tauil

44 Tendencias y producción académica: niñas y niños en tiempos de pandemia

María Camila Ospina Alvarado, Daniel Llanos Erazo, Sara Victoria Alvarado Salgado y Alejandra Barcala

71 Inclusión socio-laboral y procesos de salud-enfermedad-cuidado en salud mental: aprendizajes desde la Empresa Social “Hilando Caminos” en Argentina

Amanda Gotti y Marcela Inés Freytes Frey

92 Perspectivas y prácticas comunitarias de los Kichwa Otavalo en Ecuador sobre el cuidado de su salud mental

Patricio Trujillo-Montalvo, Catalina Rivadeneira-Suarez y Roberto Narvaez-Collaguazo

115 Abordaje de crisis de salud mental y coordinación entre niveles de atención desde la perspectiva de profesionales en psicología

Nicolás Di Persia

136 El acompañamiento terapéutico como campo en disputa: producción epistémica, relaciones de poder y salud mental comunitaria en el XXI Congreso Argentino e Iberoamericano

Yanela Duimich

157 Valor de uso y producción de salud. El lugar del Hospital Laura Bonaparte desde las narrativas de usuarios y usuarias

Tomás Alurralde Pérez, Daniela Oyakawa y Camila Veronesi

RELATOS DE EXPERIENCIAS

179 Entre el cuidado y el control: desafíos en un dispositivo habitacional de la red sociosanitaria de salud mental comunitaria en Puerto Madryn, Chubut

Fernando Colombero

191 Restitución del lazo. Experiencia en un dispositivo de internación de un hospital especializado en salud mental y discapacidad

Johanna Mariel Ceballos y Luciano Marcelo Tomas

201 Suicidio adolescente. Una intervención en un club de rugby: de la posvención a la prevención

Enrique Ojam y Gabriela Casarico

215 Primera jornada de Derechos Humanos, Salud Mental y Comunidad en el Espacio de la Memoria y Promoción de los Derechos Humanos, ex Centro Clandestino de Detención, Tortura y Exterminio "Pozo de Banfield"

Leopoldo Marcelo Canosa, Sylvia Griselda Gago, Silvia Beatriz Giglia, Emilse Moreno y Sara Rosa Pitman

227 Formación en servicio y producción de redes vivas: la preceptoría en salud mental en una universidad brasileña

Gabriela Cassiano de Albuquerque, Julia Floriano Zafalon, Bruno Waldman Gomes, Giovana Pellatti y Rosana Teresa Onocko-Campos

DEBATES Y PERSPECTIVAS

- 240** **Salud mental y violaciones a los derechos humanos.
A 50 años del terrorismo de Estado, una reflexión
necesaria**

Victoria Julia Martínez

- 247** **Reparación: concepto y efectos pensados en
contextos de encierro manicomial**

Flavia Torricelli

- 257** **La producción de una sensibilidad ética: Memoria,
Derechos Humanos y Salud Mental a 50 años del
golpe de Estado**

Verónica Laplace

RESEÑA DE TESIS Y TRABAJOS FINALES

- 265** **Procesos de des/institucionalización en salud
mental: las voces de mujeres con padecimientos
subjetivos y sus referentes afectivas que viven en
San Salvador de Jujuy en el período 2011/2021**

Celeste Lorenzini

- 272** **Salud Mental y pandemia. Continuidades y rupturas en
el modelo de atención en las internaciones en hospitales
generales en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante
el período marzo a diciembre de 2020**

Nadia Fernández Ventura

Alicia Stolkiner y
Carla Pierri

Derechos Humanos y Salud Mental HOY. Salud Mental y Derechos Humanos a 50 años del último golpe cívico eclesiástico militar

Y si no cualquier presente puede conectarse con cualquier pasado, sino solamente con aquellos que conforman su singular genealogía o árbol de raíces específicas, También debe de ser claro que el pasado no posee nunca una imagen eterna y ya acabada, sino que es siempre algo vivo y abierto, algo cuyos sentidos últimos no terminan de revelarse.

Walter Benjamin (2002, p. 55)

Derechos humanos remite a una ortopraxis (acciones, instituciones y lógicas correctas por liberadoras), no a una ortodoxia (verdades discursivas por doctrinales). Traza, como toda experiencia humana muchos caminos y contiene, también como toda experiencia humana, fracasos y retrocesos.

Helio Gallardo (2006, p. 22)

Abordar hoy salud mental y derechos humanos es una necesidad urgente pues nos encontramos en momentos en que lo humano mismo y los derechos se encuentran en cuestión, en el marco de una acelerada transformación económica, geopolítica, tecnológica y en una profunda crisis de la relación con la naturaleza y la vida.

La declinación de una potencia que fue hegemónica y del orden mundial de la posguerra, se manifiesta en una tendencia política internacional que plantea la inutilidad de las formas democráticas (Thiel, 2016) y el desmantelamiento de toda regulación que sostenga el dominio social y de los estados sobre las ambiciones de las megacorporaciones combinadas con las nuevas tecnologías.

Mientras tanto, se acelera la concentración abismal de la riqueza, y sectores completos de población son sumidos en el desamparo. Son vidas dejadas a la deriva (Calveiro, 2025) en un genocidio invisible basado en el “dejar morir”. A esto se suma la represión interna, la guerra y las nuevas formas coloniales de sometimiento de estados nacionales por la vía del endeudamiento. Se combina así, el “dejar morir” con el “hacer morir” y con el retorno de un ideario neoconservador que propone la vuelta a condiciones de subalternización por raza, género o condición social, mientras la potencia en declive se adjudica la capacidad de intervenir o asesinar de manera explícita y sin ningún sustento de derecho salvo la fuerza, estableciendo el Terror como política internacional. Estamos ante una propuesta de destrucción de la idea moderna de Derechos y de un marco de sustento internacional de los mismos. Esa idea nació como derechos civiles y políticos individuales, para ir evolucionando

nando por reclamos de excluidos –y por el horror de la segunda gran guerra– a los derechos humanos que incluyeron los económicos, sociales y culturales.

Marcelo Raffin (2006) nos propone alejarnos del *ius-naturalismo* y reconocer los Derechos Humanos como un producto histórico de la modernidad. Siguiendo su idea, podemos agregar que en su mismo nacimiento incluyeron la posibilidad de la excepción. Afirma que, en la forma política del capitalismo naciente –la Revolución Francesa– cuando se enuncian los Derechos del Hombre y del Ciudadano, individuales y centrados en la propiedad y la no injerencia del estado en la “libertad”, quienes lo enunciaron se miraron a sí mismos para construir el sujeto de derechos y el resultado fue que ese sujeto era un varón, blanco (no de un pueblo colonizado), adulto, heteronormativo y propietario y, podríamos agregar, cuerdo. Baste recordar que el modelo de Constitución liberal de América, la de Estados Unidos, se enunció en una sociedad esclavista sin inmutarse por ello.

No obstante eso, puede afirmarse que los derechos humanos son uno de los constructos más fascinantes y paradójicos de la modernidad. La paradoja estriba en que, a la par que la modernidad occidental fue ampliando y profundizando la idea de derechos, fue cons-

truyendo las condiciones de su imposibilidad. Son una promesa incumplida (Stolkiner, 2015). El avance ilimitado del mercado como lógica “organizadora” de las sociedades antagoniza con este constructo que se gestó, paradójicamente, en la matriz histórica de la cual deviene también la concepción de libertad de mercado, que hoy se considera antagónica con los derechos y produce las propuestas de reemplazo de la democracia por la autoridad tecnocrático tecnológica basada en la fortuna.

Derechos humanos y salud mental en Argentina 2026

Hoy, en la Argentina, se plantea desde el Estado una política de desmantelamiento de lo logrado alrededor de la lucha por la Memoria, la Verdad y la Justicia respecto del Terror de Estado, que es la punta del iceberg de un intento de generar una cultura de desmantelamiento de la idea misma de igualdad de derechos garantizada por la sociedad a través del estado.

El debate abierto respecto de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 a partir de una propuesta del Poder Ejecutivo elevada al Congreso, en la que se modifican aspectos sustanciales de la misma, es una muestra más de ello. Uno de los núcleos centrales de tal intento de contrarreforma, es hacer desaparecer la asignación pre-

supuestaria que la ley incluye en su cuerpo desresponsabilizando al estado nacional del cuidado en materia de salud mental.

A esta Ley se arribó en momentos de profunda articulación entre actores sociales pugnando por derechos y la producción parlamentaria. Cabe señalar dos actores nuevos de peso: las organizaciones de usuarios y familiares, y los organismos de Derechos Humanos. Uno de ellos, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) junto con el Mental Disability Rights International (MDRI), investigaron la situación de los derechos de las personas internadas en instituciones monovalentes en la Argentina, y publicaron en 2007 el informe *Vidas Arrasadas* (CELS/MDRI, 2007) que promovió la presentación de proyectos de ley en el parlamento. En la promoción de dicha ley tuvo un rol probablemente más activo la Secretaría de Derechos Humanos que el Ministerio de Salud. Finalmente, y luego de crearse nuevamente la Dirección de Salud Mental, en 2010 se sancionó y promulgó la ley vigente, reglamentada en 2013. Se comenzaron a crear las instancias que proponía, aunque nunca se llegó al porcentaje del presupuesto en salud planteado por la misma.

La Ley de Salud Mental fue producto de una larga historia de configuración de la salud mental como

un movimiento social en la Argentina que se vio interrumpida por el Terror de Estado y retomada luego del retorno a la democracia (Carpintero y Vainer 2004, 2005; Stolkiner, 2018). Mismo movimiento que frenó en 2017, durante la presidencia de Mauricio Macri, el intento de modificarla a través de cambiar su reglamentación.

No obstante que misma debiera evaluarse en sus efectos, su implementación fue acorde a las dificultades de fragmentación y segmentación del sistema de salud de la Argentina y a las pujas corporativas y de intereses que configuran su campo. Recordemos que el campo de la salud mental es un subcampo dentro del de la salud.

Hoy la complejidad de los problemas del campo de la salud que se presentan como sufrimiento psíquico se ven aumentadas cuantitativa y cualitativamente a la par que hay, como afirmamos al principio, una política de desmantelamiento y deslegitimación de las políticas con enfoque de derechos y de la responsabilidad social mediatizada por el estado de garantía de los mismos. Es un marco de notable sufrimiento social de mayorías.

Es por ello que toda reflexión sobre salud mental y derechos humanos requiere de un doble movimiento: el de recuperar como sujetos de derecho a quienes se

ha colocado en estado de excepción por su condición de sufrimiento subjetivo y el de incorporar la vigencia de derechos como una determinación necesaria de los procesos de salud/enfermedad/cuidado en su dimensión colectiva y en su dimensión singular.

Hoy más que nunca, cuando se cumplen 50 años de la instalación directa del Terror de Estado en la Argentina, debemos retomar y ampliar la irradiación que la lucha de esa generación de madres y abuelas por la Memoria, la Verdad y la Justicia produjo en la sociedad, irradiación que va más allá de su reclamo específico y que, en nuestro campo, debe potenciar la defensa de lo logrado y la fuerza necesaria para profundizarlo. Producir y pensar en tiempos de incertezas es absolutamente necesario y esperamos que los Debates aporten a esa tarea colectiva, desde una universidad pública cuya defensa también es indispensable.

Presentación de sección Debates

En la sección Debates de este número de la revista *Salud Mental y Comunidad*, el Comité Editorial ha convocado a distintas referentas con extensas trayectorias en Salud Mental y Derechos Humanos a compartir sus lecturas y reflexiones al respecto. Ellas son: Flavia Torricelli, Victoria Martínez y Verónica Laplace. La

lectura de estos artículos para cualquier trabajadorx del campo de la salud mental resulta imprescindible. El artículo de Flavia Torricelli se centra específicamente en pensar los derechos humanos en las instituciones de encierro. Ella sistematiza distintos informes de variadas organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil acerca de las violaciones a los derechos humanos registrados y documentados en psiquiátricos argentinos. Asimismo, problematiza el modo en que se produce sujeto bajo la lógica del encierro de por vida, la exclusión y la desigualdad.

Torricelli conceptualiza la reparación material y simbólica que debe realizar el estado en tanto responsable de una “violación de un contrato con la ciudadanía”. Dicha reparación en el campo jurídico implica restitución, indemnización y rehabilitación. En el marco de las políticas de reparación, ella presenta el trabajo que realizan los trabajadorxs de los cuatro monovalentes de la Provincia de Buenos Aires amparados en el programa *Buenos Aires Libre de Manicomios*. Dichos equipos vienen desarrollando valiosos procesos de reconstrucción y conservación de sus archivos históricos.

Finalmente, extiende el debate y destaca que “la síntesis, entonces, entre el campo de los derechos humanos y la salud mental está dada por la extensión de

ese reclamo de garantía de derechos por parte de esos organismos de derechos humanos a otros grupos vulnerables”.

El artículo de Victoria Martínez se dedica especialmente a recuperar las conceptualizaciones que realizó el campo de la salud mental desde las organizaciones de Derechos Humanos en nuestro país. Destaca los efectos que produjo el terrorismo de Estado: el “duelo suspendido”, la “ética del analista frente a lo siniestro”, el trabajo psíquico ante la ausencia de una persona “que no moría, desaparecía”, el “matar la muerte”, los “efectos de las formas represivas en los afectados”. Asimismo, destaca la modificación “en la propia concepción del Estado que dejó sembrados núcleos de terror en la población, (...) que configuran efectos no visibles, memorias de lo traumático que predicen comportamientos negacionistas actuales”. Martínez nos conduce en su texto a las encrucijadas políticas de las leyes de impunidad (punto final y obediencia debida) y de su derogación en 2004, así como a los juicios por lesa humanidad y en ese marco las amenazas y la desaparición en democracia del testigo Jorge Julio López durante el mismo juicio a Miguel Etchecolatz. Presenta, asimismo, el “Plan Nacional de acompañamiento y asistencia a testigos y querellantes, víctimas del terrorismo de Estado” creado por la Secretaría de Derechos Humanos y la creación hacia 2011

del Centro Ulloa de asistencia a víctimas de violaciones de derechos humanos. Victoria nos propone “retomar la idea de responsabilidad del campo de la salud mental de reflexionar sobre las marcas en la subjetividad social que nos ha dejado el sometimiento al terror que como sociedad hemos vivido y que cobra su vigencia ante el avance de ultraderechas que reactualizan las memorias del horror para someter a las sociedades a la indiferencia ante el padecimiento del otro y la ostentación de la crueldad”.

Por su parte Verónica Laplace se pregunta “¿de qué modo se inscribe el campo de la Salud Mental en los procesos de Memoria, Verdad y Justicia? Pero, sobre todo, ¿qué produjeron esos procesos en el propio campo de la salud mental? ¿Cuál es el articulador que permite comprender la transformación de sus prácticas y concepciones hacia la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657?” En ese marco Laplace historiza, sitúa la sanción de dicha Ley Nacional en tanto “conquista de una elaboración ética, política y social gestada durante décadas de luchas por Memoria, Verdad y Justicia”. Se dedica a presentar ciertos hitos de los procesos de Memoria, Verdad y Justicia, y sus huellas que trascendieron el plano jurídico y político, permeando discusiones del campo de las prácticas en salud mental: la enorme tarea de los organismos de derechos huma-

nos durante décadas, la ex ESMA como espacio para la memoria, la declaración del 24 de marzo como feriado nacional, la institución del día nacional de les psicólogos víctimas del terrorismo de Estado, la recuperación de la figura de Beatriz Perosio, los congresos internacionales de Salud Mental y Derechos Humanos organizados por Madres de Plaza de Mayo. En esa sucesión de hitos, ubica Laplace, la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental y alrededor de ella el viraje de pensar la defensa de los derechos de las personas usuarias no sólo como tema sanitario sino principalmente como de derechos humanos.

Referencias bibliográficas

Calveiro, P. (2025). *De matar a dejar morir: Biopolíticas de selección de la vida*. Editorial Siglo XXI.

Carpintero, E. y Vainer, A. (2004). *Las Huellas de la Memoria-Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los 60 y 70. Tomo I: 1957-1969*. Topía Editorial.

Carpintero, E. y Vainer, A. (2005). *Las Huellas de la Memoria-Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los 60 y 70. Tomo II: 1970-1983*. Topía Editorial.

Centro de Estudios Legales y Sociales [CELS] y Mental Disability Rights International [MDRI]. (2008).

Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Siglo XXI Editores.

Gallardo, H. (2006). *Derechos humanos como movimiento social*. Ediciones Desde Abajo.

Raffin, M. (2006). *La experiencia del horror- subjetividad y derechos humanos en las dictaduras y posdictaduras del Cono Sur*. Editores del Puerto.

Stolkiner, A. (2015). Derechos humanos y salud desde el pensamiento médico social/salud colectiva latinoamericano. En J. Llambías-Wolff (ed.) *La enfermedad de los sistemas de salud: miradas críticas y alternativas*. RIL editores y York University Bookstore.

Stolkiner, A. (2018). Un largo camino hasta la ley de salud mental. *Revista Soberanía Sanitaria*, 2, 34-38.

Thiel, P. (18 de julio de 2016). *La educación de un libertario*. Escuela Austriaca de Economía e Ideas de Libertad. Recuperado el 13/07/26 de https://www.mises.org/es/2016/07/la-educacion-de-un-libertario/#-google_vignette

Homenaje a Patricia Pauluc

Patricia Pauluc. Médica psiquiatra, egresada de la Universidad Nacional de La Plata. Se formó en salud mental comunitaria en Trieste, Italia. En 1985 ingresó al HIEAyC A. Korn como concurrente ad honorem. En el 2007 creó el Centro de Salud Mental Comunitaria Dr. Franco Basaglia y en el 2009 la Asociación Civil Integración Comunitaria por la Salud Mental Una Movida de Locos.

Recordar a Patricia es recordar una vida dedicada con convicción y compromiso a la construcción de una salud mental más humana, comunitaria, inclusiva y respetuosa de los derechos humanos.

Es difícil escribir sobre una persona que significa tanto para nosotros porque Patricia a muchos nos cambió la vida: a usuarios, familiares y a quienes la conocimos cuidando a otros, contagiándonos ese amor por el trabajo en salud mental, por el trabajo colectivo.

Patricia dedicó su vida a cuidar, enseñar y construir prácticas en salud mental pensadas desde los vínculos y lo comunitario. Inició su camino en el Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos A. Korn, y desde ese momento se distinguió por defender la dignidad de las personas con padecimiento mental. Se formó en Trieste, Italia, en donde conformó lazos

que atravesaron el océano, construyendo un puente de formación y acción colectiva con quienes fueron protagonistas de la reforma de salud mental italiana de la mano de Franco Basaglia. De dichos vínculos surgieron eventos como la “Maratón Intercontinental por la Salud Mental” que realizamos en Plaza Moreno en el 2009, así como las visitas que se transformaban en Jornadas de aprendizaje mutuo en las Facultades de Trabajo Social y Psicología... tanto camino, tanto compartido.

Patricia supo formar y guiar equipos. Dentro del Hospital como Jefa de Sala, fue reconocida, perseguida y cuestionada por realizar actividades poco frecuentes para la época como asambleas de usuarios, talleres y salidas recreativas.

En el año 2007 ideó y desarrolló el Centro de Salud Mental Comunitaria “Dr. Franco Basaglia”, dispositivo que formó durante años a cientos de profesionales que hoy llevamos esa insignia marcada en nuestra piel, espacio que nos cobijó y que Patricia supo conducir con una tarea asistencial extraordinaria, transmitiendo conocimientos, valores y una manera de entender la salud mental basada en la escucha y la inclusión.

En el Basaglia, supo acompañar en la formación más allá de la disciplina, encontrarse allí era habitar otra for-

ma de trabajo posible, caminar al lado del otro, descubrir el territorio, hacer con lo que existía pero también con una capacidad enorme de crear, de inventar cuando eso que hay no es suficiente. Quien haya pasado por el Basaglia recordará ciertas condiciones básicas e ineludibles: entre ellas participar de la reunión de equipo y la del rol de “referente”. Con Patricia conocimos y nos identificamos con esta función transversal y transdisciplinaria, (un verdadero producto de la interdisciplina) el del referente, un rol que teníamos todos, desde ella como directora hasta el último pasante, sin importar profesión, disciplina o jerarquía institucional.

La función de referente requiere necesariamente de la construcción de un vínculo con el usuario, que es insuficiente en el encuadre tradicional de atención individual, grupal o de otro tipo de dispositivos como por ejemplo un taller. Requiere tiempo, cuerpo y consideración de las subjetividades con las que trabajamos, de que allí hay una persona con una historia, más allá de lo “patológico” o del padecimiento.

El Centro Basaglia hoy continúa trabajando con un equipo interdisciplinario, al cual asisten personas que requieren diversos apoyos para la vida en comunidad. Es un dispositivo que trabaja en potenciar las capacidades, o de construirlas allí donde no están, pensándolas

siempre como posibles. Sin dudas Patricia operó como referente para nosotros. Nos hizo parte y nos acompañó en ese proceso transformador, como profesionales del campo de la salud mental y como personas. Su transmisión dejó esta semilla tan distintiva, la de considerar el factor humano como recurso, como herramienta de trabajo en los procesos de restitución e inclusión en la comunidad. Tuvo un gran protagonismo de procesos históricos de transformación institucional, mientras fue Directora Asociada de Salud Mental del HIEAyC A. Korn promovió modelos de atención centrados en las personas y cambios estructurales que dieron lugar a los procesos de transformación que lleva adelante el hospital hoy. Patricia nunca enseñó desde el atril. No necesitó auditorios que la aplaudan, ni aspiró a cargos para validar su convicción en un trabajo que tenía efectos reales en las personas, usuarios y profesionales que nos formamos en una ética que en cada momento situaba la clínica en lo humano y lo humano en la clínica.

Aprendimos que la ambición personal es insignificante al lado de la lucha con otros para construir condiciones más dignas de existencia. Era, en su práctica, humana, muy humana. Transmitía deseo y pasión. No había con ella conversaciones teóricas ni semblantes de saber. No admitía ideas más pequeñas que transformar la realidad en cada acto, y fue así que en el año 2009 se

le ocurrió ampliar los horizontes de inclusión y pensó que era una buena idea crear una Asociación Civil, donde todo fuera una Movida de Locos. Desde hace 17 años, este es un espacio que genera y sostiene emprendimientos sociolaborales para personas usuarias de servicios de salud mental. Actualmente cuenta con cuatro emprendimientos y alrededor de 30 personas incluidas laboralmente.

Patricia deja una huella profunda para quienes compartimos con ella el trabajo cotidiano. Su mirada ética, su capacidad de escucha y su compromiso con los equipos de trabajo la convierten en una referente para generaciones de profesionales y el colectivo de salud mental. Más que un saber hacer, nos acompañó en la incertidumbre de crear, sin modelos a copiar, con la responsabilidad de entender que nuestras ideas y acciones tienen efectos y generan un compromiso con los otros con quienes hacemos. Muchos coincidimos en algún momento de nuestras vidas y carreras en las que no encontrábamos representación en los espacios que nos formaban, ni en las perspectivas de carrera que teníamos por delante y con ella construimos espacios que se convirtieron en lugares posibles de habitar.

Creía en las personas, en sus posibilidades, en la fuerza de los vínculos y en el valor de la comunidad.

Supo enseñarnos con el ejemplo, alentando siempre el pensamiento crítico, el trabajo interdisciplinario y la defensa de los derechos humanos.

Su legado permanece vivo en cada práctica de cuidado que promueve inclusión, en cada profesional que continúa promoviendo sus ideas y los valores que nos enseñó. Muchos de los que hoy trabajamos en salud mental, llevamos algo de ella, en su forma de pensar, de trabajar, de acompañar a otros...

Aprendimos lo que significa cuando la salud llega a la comunidad, sus dilemas y estrategias. Marcas que nos llevaron a acompañar a usuarios y sus familiares en todos los aspectos vitales como en sus duelos. Fuimos partícipes de otra relación de curador-herido, asistente-asistido. Fuimos comunidad en acción; la fiesta, el dolor, estar juntos, las redes, el arte, la feria. Todo la recuerda. Patricia nos unió en un proyecto deseante que continuará y se multiplicará en lo que hagamos, a condición de que no lo hagamos solo para nosotros.

Hasta siempre Pato, eternamente en nuestro corazón.

Elena Garcia, Alejandra Parisse, María Eugenia Mas, Juan Manuel Ojeda, Emiliano Vallejos y Pinky Simón

Registrar lo comunitario: fortalecimiento de prácticas comunitarias artísticas que promueven la salud mental en el primer nivel de atención

QUIROGA, Florencia.

Directora General de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Abogada, Universidad Católica Argentina (UCA). Especialista en políticas culturales de base comunitaria, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Comunicación política e institucional (UCA).

Contacto: florenciaquiroga90@gmail.com
ORCID: 0009-0001-9050-192X

GARCÍA, Abril.

Analista planificación y gestión en la Dirección General de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Estudiante de la Licenciatura en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Diseñadora y realizadora en artes visuales en la Escuela Superior de Enseñanza Artística Rogelio Yrurtia.

Recibido: 30/06/2025 - **Aceptado:** 25/03/2025

Cómo citar: Quiroga, F., García, A., Wagner, G., Galdós, M. y Tauil, S. (2026). Registrar lo comunitario: fortalecimiento de prácticas comunitarias artísticas que promueven la salud mental en el primer nivel de atención. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (20), 19-43

Contacto: abrilgiovannagarcia@gmail.com
ORCID: 0009-0006-5490-4883

WAGNER, Gabriela.

Gerenta Operativa de Identificación, Facilitación y Articulación de Activos Comunitarios del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Licenciada en Psicología Universidad de Buenos Aires (UBA). Magíster en Salud Mental Comunitaria y Especialista en Gestión en Salud. Docente, Universidad Nacional de Lanús (UNLa).

Contacto: gabrielawagner74@hotmail.com
ORCID: 0009-0004-7046-6516

GALDÓS, Maite.

Profesora y Licenciada en Artes Visuales (Grabado y Arte Impreso), Universidad Nacional de las Artes (UNA). Trabaja en

ámbitos educativos de gestión pública. Desde 2022, integra el equipo de Educación del Museo Moderno, donde actualmente es Responsable de "Las Tres Ecologías". Docente de grabado en la ESEA Lola Mora.

Contacto: maitegaldos@museomoderno.org
ORCID: 0009-0002-3302-9144

TAUIL, Silvana.

Fotógrafa profesional. Escuela de fotografía creativa "Andy Goldstein". Ha realizado talleres, seminarios y formaciones orientadas al proceso creativo. Integrante del Equipo Biopsicosocial del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

Contacto: silvana.taUIL74@gmail.com
ORCID: 0009-0009-2441-2476

Resumen

El presente artículo analiza la incorporación del enfoque comunitario en el primer nivel de atención en salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde una perspectiva crítica y situada. En particular, intenta abordar dos temáticas sumamente relevantes: por un lado, el registro de las actividades comunitarias en el primer nivel de atención y, por otro, la incorporación del arte como medio expresivo y herramienta promotora de salud mental en un sistema de salud predominantemente biomédico y asistencial. En este marco, se parte de una revisión del Modelo Médico Hegemónico y de las tensiones históricas entre lo clínico y lo comunitario, así como de la progresiva incorporación de la promoción de la salud mental, poniendo en diálogo los aportes teóricos de Claudia Bang, Alicia Stolkiner, Paulo Amarante y otros autores del campo de la Salud Colectiva.

Desde el punto de vista metodológico, el trabajo se apoya en un análisis descriptivo y retrospectivo del Registro de Actividades Comunitarias informatizado en los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) de la Ciudad de Buenos Aires complementado con la revisión de experiencias de gestión sanitaria y de articulación intersectorial desarrolladas en el territorio.

Asimismo, profundiza en una línea estratégica específica: el cruce entre arte y salud mental comunitaria. Se examinan experiencias desarrolladas en articulación con el Museo Moderno de Buenos Aires, como el programa “Las tres ecologías” y el curso “El arte como herramienta salutogénica”. Estas iniciativas resignifican la dimensión expresiva, creativa y vincular del arte como parte sustantiva de las intervenciones en salud, promoviendo una clínica ampliada que habilita nuevas formas de cuidado, participación y construcción de subjetividades. En conjunto, el artículo propone que las prácticas comunitarias en salud dejen de concebirse como residuales respecto de lo clínico, para ser entendidas como prácticas transformadoras, ubicando el arte y la creatividad como fundamentales para la promoción de la salud mental.

Palabras clave: salud mental comunitaria, arte, atención primaria, promoción, registro de prácticas comunitarias.

Systematizing Community Care: Strengthening Artistic and Community-Based Practices for Mental Health Promotion in Primary Health Care

Abstract

This article examines the incorporation of a community-based approach into primary health care services in the Autonomous City of Buenos Aires from a critical and situated perspective. In particular, it addresses two highly relevant issues: first, the documentation and recording of community activities within primary health care settings; and second, the integration of art as an expressive medium and a tool for promoting mental health within a health system that remains predominantly biomedical and assistance-oriented. The analysis begins with a review of the Hegemonic Medical Model and the historical tensions between clinical and community-based approaches, as well as the gradual incorporation of mental health promotion into health care practices. In doing so, it engages with the theoretical contributions of Claudia Bang, Alicia Stolkiner, Paulo Amarante, and other scholars in the field of Collective Health.

Methodologically, the study is based on a descriptive and retrospective analysis of the computerized Community Activities Registry implemented in Health and Community Action Centers (CeSAC) of Buenos Aires City, complemented by a review of health management experiences and intersectoral initiatives de-

veloped within local territories. The article further explores a specific strategic line of action: the intersection of art and community mental health. It examines experiences carried out in collaboration with the Buenos Aires Museum of Modern Art, including the programs “The Three Ecologies” and “Art as a Salutogenic Tool.” These initiatives reframe the expressive, creative, and relational dimensions of art as essential components of health interventions, fostering an expanded clinical approach that enables new forms of care, participation, and subjectivity-building. Overall, the article argues that community health practices should no longer be conceived as residual or secondary to clinical care, but rather as transformative practices in their own right, positioning art and creativity as fundamental resources for the promotion of mental health.

Keywords: community mental health, art, primary health care, health promotion, community practice registry.

Introducción

El presente artículo analiza la incorporación del enfoque comunitario en el primer nivel de atención en salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) desde una perspectiva crítica y situada. En particular,

aborda dos dimensiones estrechamente vinculadas: por un lado, el registro de las actividades comunitarias desarrolladas en los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) y, por otro, la incorporación del arte como medio expresivo y herramienta para la promoción de la salud mental en un sistema de salud históricamente organizado bajo lógicas biomédicas y asistenciales.

Para ello, se parte de una revisión crítica del Modelo Médico Hegemónico y de las tensiones históricas entre lo clínico y lo comunitario, recuperando aportes de la Atención Primaria de la Salud, la Salud Colectiva y la salud mental comunitaria, así como contribuciones de Claudia Bang, Alicia Stolkiner, Paulo Amarante y otros autores que han reflexionado sobre formas de cuidado centradas en los vínculos, la participación y la construcción colectiva de salud.

El objetivo de este trabajo es analizar la presencia y evolución de las prácticas artístico-culturales en las actividades comunitarias desarrolladas por los equipos del primer nivel de atención de la CABA, así como describir las principales estrategias institucionales impulsadas para promover la articulación entre arte, salud mental comunitaria y trabajo territorial.

Desde esta perspectiva, el arte y la creatividad son entendidos como recursos relevantes para la promoción de la salud mental comunitaria y el fortalecimiento de abordajes integrales en salud. En este marco, la Dirección General de Salud Comunitaria incorporó la línea estratégica “Arte y Salud” a su Plan Operativo Anual y desarrolló una alianza intersectorial con el Museo de Arte Moderno de Buenos Aires para promover propuestas abiertas a la comunidad que integren el arte como parte de los abordajes en salud.

Sin embargo, pese al creciente reconocimiento conceptual del arte como dispositivo relevante para la promoción de la salud mental comunitaria, su presencia en las prácticas registradas en el primer nivel de atención continúa siendo limitada. Los datos analizados muestran que las actividades vinculadas al arte representan aproximadamente un 3% del total de intervenciones comunitarias registradas en los últimos cinco años. Esta brecha entre la relevancia estratégica atribuida a dichas prácticas y su implementación efectiva constituye un punto de partida para el análisis que aquí se desarrolla.

Desde el punto de vista metodológico, el trabajo se apoya en un abordaje descriptivo y retrospectivo basado en el análisis secundario de registros administrativos provenientes del Formulario de Actividades

Comunitarias integrado al Sistema de Información Hospitalaria del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Asimismo, se complementa con la revisión de experiencias de gestión sanitaria y de articulación intersectorial desarrolladas en el territorio.

Se analizaron los registros correspondientes al período 2021-2025, con un total aproximado de 161.000 actividades comunitarias cargadas por equipos de los CeSAC. El formulario estandarizado recoge variables estructuradas y campos abiertos que permiten registrar tanto datos cuantitativos —fecha, efector, temática principal, tipo de dispositivo, cantidad de participantes— como datos cualitativos vinculados a la descripción, evaluación y observaciones de las actividades.

Se trabajó con variables cuantitativas discretas, como el número de actividades por año, y variables categóricas nominales, tales como temática principal, tipo de dispositivo comunitario y población destinataria. Se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante frecuencias absolutas y relativas, distribución temporal y comparaciones interanuales. A su vez, se focalizó en las actividades registradas bajo la categoría “Arte/Cine/Lectura/Radio/Teatro”, realizando una clasificación de los dispositivos incluidos y elaborando gráficos que permitieran visualizar su evolución y distribución.

El abordaje mixto permitió no solo cuantificar tendencias, sino también reflexionar críticamente sobre los sentidos que adquiere “lo comunitario” en el registro institucional y aproximar una evaluación de las acciones promovidas desde la gestión central y su traducción en las prácticas concretas desarrolladas en los territorios.

En este marco, el artículo profundiza en experiencias desarrolladas en articulación con el Museo Moderno de Buenos Aires, entre ellas el programa “Las tres ecologías” y el curso “El arte como herramienta salutogénica”, con el propósito de reflexionar sobre el potencial de las prácticas artístico-culturales para fortalecer la promoción de la salud mental comunitaria y ampliar los modos de intervención en el primer nivel de atención.

Trama teórica y conceptual

Históricamente las prácticas y abordajes de los procesos de salud-enfermedad-atención se inscriben dentro de lo que el antropólogo Ménendez (2009) describió críticamente y denominó Modelo Médico Hegemónico, caracterizado principalmente por el predominio de la mirada biologicista, centrado en la enfermedad como tema principal más que en la salud, con

acento en lo curativo e individual, más que en lo preventivo y colectivo, entre otras características. En este modelo también prima una diferenciación tajante entre lo corporal y lo mental, entre la salud y la enfermedad como si fuesen estados diferenciados y excluyentes y entre lo que se describe como clínico y lo comunitario. Las prácticas comunitarias o promocionales preventivas han ocupado dentro de este contexto un lugar menor en el abordaje de los problemas de salud y quizás aún menor un lugar de visibilización dentro del sistema de salud.

En lo que respecta al abordaje de la salud mental desde los principios de la Atención Primaria de la Salud¹(APS), autoras como Stolkiner y Solitario (2007) lo conciben como un escenario con potencial transformador que podría constituirse en el lugar privilegiado para la incorporación de la salud mental como un aspecto transversal de toda acción en salud, en la medida en que se modifiquen las condiciones institucionales y se produzca un cambio en las concepciones que orientan las prácticas. Las autoras concluyen que el éxito del campo de la salud mental estaría dado por la integración de esta dentro de las prácticas generales de salud comunitaria y que, en tanto, la salud mental como disciplina autónoma dejaría de existir, pues su función se habría asumido plenamente por un abordaje sociocomunitario que re-

conozca la subjetividad como parte esencial del cuidado. Para Stolkiner y Bang (2016), la promoción de la salud mental implica intervenir sobre los determinantes sociales del sufrimiento, fortaleciendo lazos comunitarios y prácticas colectivas. No se trata entonces de prevenir o tratar trastornos de manera aislada, sino de generar condiciones de vida dignas que favorezcan el bienestar psíquico y constituyan una red de cuidado mutuo. En el prólogo al libro de Claudia Bang, *Creatividad y Salud Mental Comunitaria*, Stolkiner (2016) afirma que:

Pensar las prácticas en salud como prácticas sociales implica una epistemología no dualista o dicotómica. También, abre la posibilidad de descentrarse de los sistemas formales de prestación de servicios de salud para adentrarse, como lo hace Claudia Bang, en prácticas colectivas cuyo objetivo no es explícitamente la salud pero que la promueven por añadidura y le son sustanciales. (Stolkiner, 2016, p.16)

La Dirección General de Salud Comunitaria fue creada en 2015 y, junto con la Dirección de Atención Primaria, integra la Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Su creación representó un hito en la consolidación de un enfoque territorial y participativo en el sistema público de salud de la Ciudad y un desafío para implementar lo declara-

tivo en acciones concretas, sistematizando y evaluando las prácticas “comunitarias”. A este fin se incorporó un registro de Actividades Comunitarias que promovió la visibilización y la gestión en la Dirección de Salud Comunitaria. Todo esto dentro de una cultura de la gestión donde la evaluación y el monitoreo es infrecuente por múltiples obstáculos (Wilner et al., 2023).

En el ámbito nacional y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la APS ha sido adoptada como estrategia ordenadora de los sistemas de atención, articulando componentes clave como la territorialidad, la participación comunitaria, la promoción y prevención en salud, y una perspectiva centrada en derechos. La integración del abordaje de los problemas de salud mental ha seguido los mismos avatares de la implementación de esta estrategia en un sistema de salud con una mirada hospitalocéntrica, asistencial y biomédica, constituyendo un horizonte o utopía como refieren Stolkiner y Solitario (2007).

En este contexto, la Salud Comunitaria desde los aportes de la Salud Colectiva (Almeida Filho y Paim, 1999; Granda, 2004) se presenta como un nuevo paradigma que nos invita a pensar la salud más allá de los efectores, “con y desde la comunidad”. Implica incorporar enfoques que no se limiten únicamente a la preven-

ción de enfermedades, sino que integren herramientas y estrategias orientadas a potenciar la salud de manera integral, tanto a nivel individual como colectivo, considerando además su vínculo estrecho con el entorno y los determinantes sociales.

Desde la Salud Comunitaria se reconoce el valor del arte y los juegos participativos, como instrumentos que activan la creatividad colectiva, no sólo como expresión lúdica, sino como agente promotor de salud mental (Bang, 2016).

Por otro lado, y como referencial teórico-político, en el marco de la reforma psiquiátrica brasileña, Paulo Amarante y colaboradores (2012) proponen comprender la desinstitucionalización como un “proceso social complejo”, cuya dimensión sociocultural es constitutiva y no meramente complementaria. Desde esta perspectiva, la transformación del modelo asistencial implica necesariamente modificar el lugar social de la locura en el imaginario colectivo. El surgimiento de un campo artístico-cultural vinculado a la atención psicosocial expresa este desplazamiento epistemológico: ya no se trata de intervenir exclusivamente sobre la enfermedad, sino de habilitar espacios donde la experiencia subjetiva pueda devenir producción simbólica y participación pública. En este sentido, los autores subrayan

que las prácticas artístico-culturales desarrolladas en el contexto del movimiento antimanicomial no deben entenderse como recursos terapéuticos subordinados, sino como producción cultural con valor estético y político propio.

Según concluyen los autores, en la medida en que sujetos históricamente definidos por el diagnóstico psiquiátrico asumen posiciones de artistas, comunicadores o productores culturales, se produce una ruptura con la identidad estigmatizante y una reconfiguración del reconocimiento social. El arte opera así como dispositivo de resignificación: transforma la locura y el sufrimiento psíquico de objeto de tutela en experiencia capaz de generar sentido, vínculo y presencia en la esfera pública democrática (Amarante et al., 2012).

En términos de gestión sanitaria, esta perspectiva adquiere especial relevancia para el primer nivel de atención. Incorporar el arte y la cultura como parte de las estrategias de promoción de salud mental comunitaria implica reconocer su potencial como dispositivo de reducción de riesgos asociados a la vulnerabilidad psicosocial. No se trata de un efecto clínico directo, sino de la ampliación de redes de pertenencia, oportunidades de expresión y espacios de reconocimiento intersubjetivo que fortalecen el lazo social. Desde esta

clave, las prácticas culturales en territorio constituyen tecnologías sociales orientadas a la garantía de derechos y a la construcción de ciudadanía, contribuyendo a consolidar un modelo de atención comunitaria centrado en vínculos, participación y transformación del imaginario social sobre la locura y el sufrimiento psíquico (Amarante et al., 2012; Bang, 2016).

Registro de Actividades Comunitarias en el Primer Nivel de Atención: de la experiencia a la evidencia

El Formulario de Actividades Comunitarias es una herramienta digital desarrollada para registrar, sistematizar y analizar las acciones comunitarias llevadas a cabo por los equipos de salud del primer nivel de atención en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Su principal objetivo es estandarizar la información vinculada a actividades no asistenciales que, si bien han sido históricamente parte del trabajo territorial, no contaban con un registro formal en los sistemas de información existentes.

Implementado inicialmente a través de Google Forms y posteriormente integrado al Sistema de gestión hospitalaria (SIGEHOS), el formulario forma parte de la plataforma digital de uso habitual en los efectores de

salud, lo que facilita su acceso y uso cotidiano por parte de los equipos.

Esta herramienta permite registrar datos clave de cada actividad comunitaria realizada, incluyendo: nombre y descripción de la actividad; lugar y efector donde se realizó; fecha; profesionales y actores participantes; temática principal abordada (por ejemplo: salud mental, salud sexual y reproductiva, hábitos saludables, alimentación, etc.); tipo de dispositivo comunitario utilizado (taller, reunión, jornada, recorrido barrial, actividad artística, etc.); población destinataria; necesidades de insumos; evaluación o comentarios cualitativos.

Además, la herramienta permite generar reportes periódicos y desagregados por CeSAC u hospital, lo que facilita el análisis comparativo, el seguimiento de líneas de trabajo y la toma de decisiones basadas en evidencia. Estos reportes son visibles por todos los efectores en un tablero de indicadores en los que se denomina Portal de APS. Actualmente, constituye una fuente estratégica de información para la gestión, planificación, monitoreo y evaluación de políticas de salud con enfoque territorial comunitario.

Si bien la consolidación de la adherencia al registro por parte de los equipos de salud continúa representan-

do un desafío para la gestión, los avances observados permiten reflexionar sobre la importancia de fortalecer una cultura institucional orientada al monitoreo, la evaluación y la producción de evidencia para la toma de decisiones. En este sentido, Wilner et al., (2023) señalan que:

La inclusión de la evaluación como una práctica que acompaña los procesos de gestión de programas o de ejecución de prácticas y/o dispositivos sigue siendo infrecuente. Podríamos afirmar de manera muy general que la cultura evaluativa no se ha instalado como necesaria en la visión que las gestoras y los gestores de políticas y las y los profesionales tienen sobre sus prácticas. (p. 197)

Aunque la falta de evaluación es común en muchas áreas, en el campo de la salud comunitaria y específicamente de la salud mental se presentan obstáculos particulares. Diversos estudios de algunos investigadores como Augsburg, Ardila y Stolkiner (como se citó en Wilner et al., 2023) señalan varios factores críticos. En el ámbito de la gestión, hay una débil continuidad y escasa definición de políticas y programas, con poca claridad en sus metas e indicadores. Desde las propias prácticas profesionales se evidencia una falta de cultura de registro y sistematización, así como la utilización de modelos de evaluación que no siempre se ajustan a la

lógica de trabajo de los equipos de salud —particularmente en el ámbito de la salud mental y comunitaria—. A ello se suman ciertas creencias extendidas, como la supuesta imposibilidad de cuantificar este tipo de intervenciones o el temor a que los procesos de evaluación simplifiquen su complejidad. Estas percepciones se ven reforzadas por la falta de condiciones concretas para evaluar: escasez de tiempo, recursos y formación específica; ausencia de herramientas adecuadas al área; y una limitada valorización de la evaluación como insumo clave para la toma de decisiones (Augsburger, Ardila y Stolkiner, como se citó en Wilner et al., 2023). Superar estos obstáculos resulta fundamental para avanzar hacia una cultura evaluativa que promueva el aprendizaje institucional y profesional, y que contribuya al fortalecimiento de la gestión en salud comunitaria.

Ahora bien, el conjunto denominado “actividades comunitarias” contiene una suma de prácticas heterogéneas que analizaremos más adelante. Desde el enfoque de Claudia Bang (2016), las prácticas comunitarias en salud mental no se definen por el lugar donde ocurren (por fuera del hospital), sino por su orientación. Bang sostiene que se trata de intervenciones colectivas que apuntan a la construcción de lazos, sentidos y procesos subjetivos en territorio. Las mismas no siempre tienen como objetivo explícito “la salud”, pero la

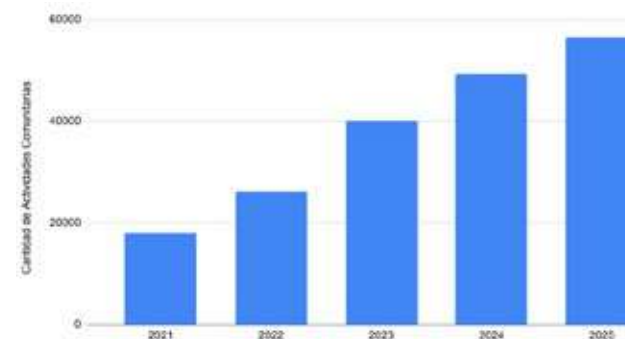
promueven de manera indirecta al fortalecer vínculos sociales, generar participación y habilitar espacios de palabra y producción colectiva. Desde esta perspectiva, Bang sostiene que la promoción de la salud emerge como un resultado de las prácticas comunitarias, incluso cuando estas se desarrollan fuera de los servicios de salud y tienen objetivos diferentes a los estrictamente sanitarios (Bang, 2016). Aunque desde las concepciones de los trabajadores de salud la noción de actividades comunitarias de salud develan otros entramados.

Abriendo la caja negra de las actividades comunitarias en el primer nivel de atención

A continuación, se presenta la exposición y el análisis de los resultados obtenidos a partir del Formulario de Actividades Comunitarias correspondiente a los últimos cinco años, con un total aproximado de 161.000 registros. Con el fin de facilitar la visualización y comprensión de la relación entre las actividades comunitarias, los tipos de dispositivos involucrados y las temáticas abordadas, se elaboraron tres gráficos representativos. El objetivo de este análisis es ofrecer una comprensión integral de la información recopilada y evaluar sus implicancias estratégicas para la toma de decisiones, por ejemplo, en el fortalecimiento de actividades comunitarias en diferentes líneas, en este caso las

vinculadas al arte y la promoción de salud mental.

Gráfico 1. Cantidad de actividades comunitarias



Fuente. Elaboración propia, en base al Formulario actividades comunitarias de SIGEHOS, Ministerio de Salud de CABA (2025)

El presente gráfico de barras ilustra la evolución de actividades comunitarias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) durante el quinquenio 2021-2025. Se inició el período en 2021 con aproximadamente 15.000 actividades. Para el año 2022, se registró un aumento significativo, llegando a las 22.000 actividades. La tendencia al alza continuó en 2023, acercándose a las 33.000 actividades, en 2024, se registraron cerca de 41.000 actividades. En 2025, se alcanzó su punto máximo llegando a superar las 47.000 actividades comunitarias.

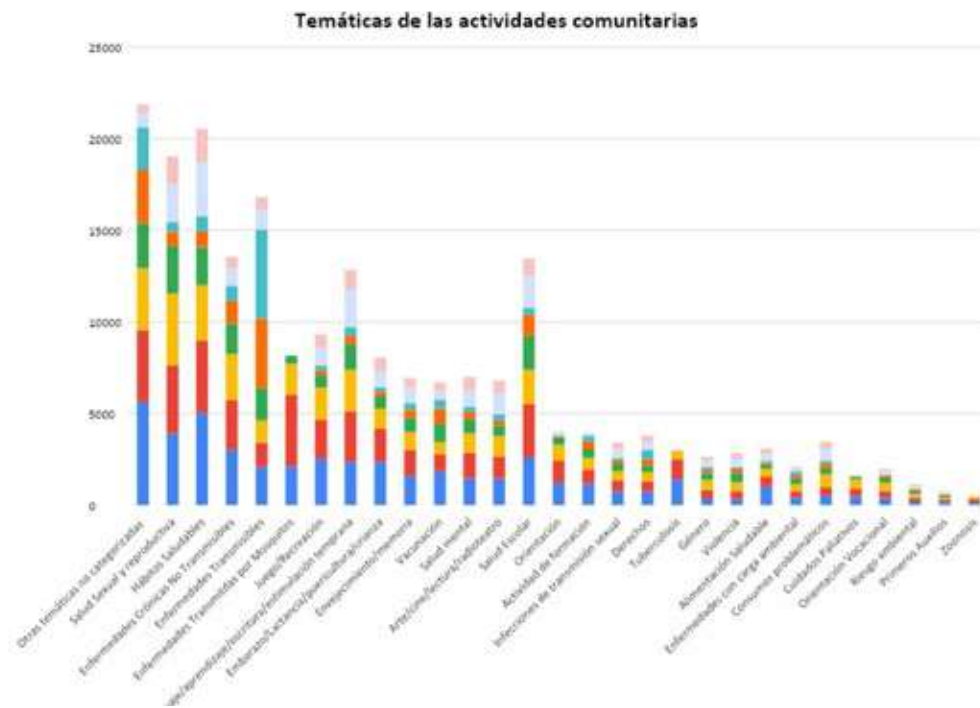
El gráfico de barras apiladas ofrece una representa-

ción detallada de la distribución de las actividades comunitarias según diversas temáticas, permitiendo una segmentación granular que ilustra la amplitud de los abordajes desarrollados en el territorio.

La categoría “Otras temáticas no categorizadas” aparece como la segunda con mayor volumen de acti-

vidades registradas, lo que constituye un punto a considerar. La amplitud y ambigüedad de esta clasificación dificultan su interpretación e invitan a un análisis más profundo sobre los criterios utilizados para la codificación temática. Cada año se analizan las actividades que

Gráfico 2. Temáticas de las actividades comunitarias durante los últimos 5 años



Fuente. Formulario actividades comunitarias de SIGEHOS, Ministerio de Salud de CABA, 2025. Elaboración propia (2025)

se agrupan en esta línea para definir la ampliación de categorías e incluir nuevas o seguir profundizando en la correcta carga.

A continuación se ubican temáticas como “Salud sexual y reproductiva”, “Hábitos saludables” y “Enfermedades crónicas no transmisibles”, que concentran un número elevado de registros. Esta tendencia es consistente con las prioridades históricas de la atención primaria, centradas en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades prevalentes.

Otras temáticas con menor volumen de registros, pero de especial interés desde una perspectiva de salud integral, incluyen: “Juego y recreación”, “Lenguaje, aprendizaje, escritura y estimulación temprana”, “Embarazo, lactancia, puericultura y crianzas”, “Envejecimiento y memoria”, “Salud mental” y “Arte/Cine/Radio/Lectura/Teatro”. Estas líneas de trabajo no se focalizan exclusivamente en la prevención de enfermedades específicas, sino que promueven el fortalecimiento de vínculos comunitarios, la construcción colectiva de saberes y la participación activa como dimensiones clave del bienestar.

En particular, se resalta que las actividades vinculadas al arte representaron aproximadamente un 3 % del

total registrado, lo que sugiere una baja frecuencia en comparación con otras temáticas. No obstante, su presencia resulta significativa en tanto habilita otras formas de intervención basadas en lo expresivo, lo creativo y lo vincular, con potencial para promover la salud. Es en este tipo de actividades que se decidió potenciar mediante diferentes estrategias llevadas a cabo por la Dirección de Salud Comunitaria de la CABA. Asimismo en lo que respecta a tipos de dispositivos o formas en las que se dan los encuentros, se observa un predominio de las actividades desarrolladas bajo la modalidad de taller, con un 18% del total de las modalidades, lo que refleja una marcada orientación hacia estrategias participativas destinadas a promover el aprendizaje colectivo, el intercambio de saberes y el fortalecimiento de capacidades en la comunidad. Del mismo modo, este formato suele ser ampliamente conocido por los equipos de salud, resulta fácilmente replicable y presenta una mayor estandarización para su registro en los sistemas de información.

En contraste, los dispositivos que implican un abordaje más territorial y situado, como los diagnósticos de situación (entre 4,6 % y 5,7% en el último año), las actividades lúdicas (1,9% en 2021 al 5,8% en 2025), los recorridos barriales (entre 3% en 2021 y 5% en 2025) o las jornadas comunitarias (2,4% su máximo porcentaje

en 2025), registran una menor presencia relativa. Esta distribución podría sugerir una mayor utilización —o una mayor tendencia al registro— de modalidades de intervención más estructuradas y estandarizadas.

Por otra parte, la escasa proporción de registros correspondientes a jornadas comunitarias y mesas de trabajo intersectorial invita a reflexionar sobre las oportunidades de fortalecer las instancias de articulación con organizaciones sociales, instituciones y otros actores del territorio, en línea con los principios de participación e intersectorialidad que orientan las estrategias de promoción de la salud.

En síntesis, el registro informatizado de actividades comunitarias representa una herramienta innovadora que transforma las prácticas cotidianas en insumos valiosos para la gestión. Su implementación fortalece la transparencia institucional, la mejora continua de las intervenciones territoriales y la planificación basada en evidencia en el campo de la salud y de la salud mental comunitaria. A su vez, nos acerca una radiografía de las tensiones que atraviesan el modelo de abordaje comunitario en el primer nivel de atención. Según Claudia Bang (2013), en su experiencia de trabajo con equipos del primer nivel, lo comunitario suele ser concebido como aquello que se sitúa por fuera del tratamiento clí-

nico individual. Bajo esta lógica, cualquier modalidad grupal se incorpora automáticamente al campo de lo comunitario, aun cuando se trate de las mismas personas usuarias y se desarrolle dentro de la institución. Asimismo, se tiende a identificar lo comunitario con toda práctica que ocurre fuera del edificio institucional, incluso si lo que se traslada son las mismas actividades y personas. Estas interpretaciones revelan una comprensión limitada y reduccionista de los abordajes comunitarios, que continúan invisibilizados bajo el predominio del discurso biomédico hegemónico.

Desde la perspectiva de Merhy (como se citó en Bang, 2013), se propone impulsar prácticas en salud y salud mental centradas en los vínculos, donde el cuidado es concebido tanto como un medio como un fin en sí mismo. Esta orientación requiere necesariamente de un enfoque comunitario, integral y complejo, en el que la garantía de derechos se configura como una estrategia central. Los procesos participativos que activan la creatividad colectiva y fortalecen las redes de apoyo comunitario representan una vía clave para avanzar hacia comunidades más inclusivas. Para que las personas con sufrimiento psíquico puedan ser acompañadas en sus territorios es fundamental que las comunidades estén en condiciones de asumir ese rol. En este sentido, el enfoque comunitario no sólo permite desarrollar in-

tervenciones con las personas usuarias del sistema de salud, sino que también incorpora a la comunidad en el abordaje de las problemáticas psicosociales, promoviendo una clínica ampliada y contextualizada. Es en esta línea que se abordó la articulación con el Museo Moderno de Buenos Aires, experiencia que desarrollaremos a continuación.

Articulación con el Museo Moderno de Buenos Aires

Durante 2023 se inició una línea de trabajo colaborativa con el Museo Moderno de Buenos Aires, a partir de la participación en el programa “Las tres ecologías”, impulsado por el Departamento de Educación del Museo. En 2024, esta articulación continuó con una nueva línea de trabajo junto al Departamento de Educación, centrada en una capacitación sobre “El Arte como Herramienta Salutogénica”, pensado para fortalecer esta línea de trabajo y visibilizar su importancia en la salud comunitaria. A continuación, se detallan ambas experiencias.

1. “Las tres ecologías”: integración ético-estética de lo subjetivo, social y ambiental

El comienzo de “Las tres ecologías” se remonta a finales de 2022 cuando se pensó como una prolongación de

los programas de Arte y Salud Mental del Museo. Saliendo de la pandemia, la intención era trasladar la pregunta por el valor del arte en la vida psíquica de las personas al cuidado del ambiente y las comunidades no-humanas. En el contexto actual, marcado por la disminución de espacios públicos y el deterioro de los ecosistemas, este programa se fundamentaba en la idea de que el arte pueda ser una forma de implicación y una herramienta útil en la valorización y regeneración de las relaciones entre las personas, la tierra y las formas de vida más-que-humanas (Guattari, 1989) que co-habitemos este planeta. Es decir tomaban una perspectiva integral y ecológica del mundo, de la vida y de la salud.

Durante estos años, desde el Museo se buscó articular un medio de intercambio y puesta en común de experiencias y saberes que, como un sistema vivo, pusiese en circulación distintas propuestas de talleres y espacios de investigación artística y social. En ese sentido, “Las tres ecologías” abrió un territorio de pensamiento y acción híbrido que permitió la articulación de una comunidad de práctica y aprendizaje en torno a problemáticas de salud comunitaria y ambiental, una red de creadores, investigadores, vecinos, organizaciones e instituciones de la cultura y la salud, con trabajo territorial especialmente en San Telmo y en el barrio de Rodrigo Bueno (ex villa Rodrigo Bueno).¹

La Dirección de Salud Comunitaria se incorporó en este contexto de trabajo haciendo eco de la idea de “una sola salud”, un enfoque que busca optimizar la salud de las personas, los animales y los ecosistemas (OMS, 2023). En este sentido, mediante la participación de promotoras de salud que intervienen en el territorio y participan de proyectos de Huertas en contextos de Centros de Salud, lo artístico se comenzó a entrecruzar con otras maneras de pensar la salud.² La problemática ambiental y urbana resonó rápidamente, en línea con la propuesta de Guattari de dejar de concebir la salud de las personas y de los territorios en planos diferentes.

En este caso, el programa propone un recorrido que transite en el plano físico – geográfico a través del cauce y la costa del Río de La Plata, ampliando el territorio del Museo Moderno al Barrio de Rodrigo Bueno, teniendo como centro la idea del derecho a la ciudad y al paisaje.³

La experiencia del proceso de urbanización del asentamiento, junto con las diversas acciones desarrolladas en el marco de este programa orientadas a fortalecer la salud social y cultural de sus habitantes, permitió acompañar y visibilizar distintas tensiones y desafíos presentes en el territorio. En este contexto, las

prácticas artísticas se constituyeron como una herramienta estratégica para promover la expresión, el diálogo y la participación comunitaria, contribuyendo a la construcción colectiva de nuevas perspectivas y oportunidades de transformación previamente no contempladas. La Huerta Comunitaria “Las Yungas” del barrio Rodrigo Bueno es uno de los espacios afectados por la apertura de una nueva calle que conecta el barrio con el borde costero y atraviesa el predio donde se desarrollaba la huerta. A la espera de la definición de un nuevo emplazamiento por parte de los organismos responsables de la urbanización,⁴ “Las Tres Ecologías” asumió esta problemática material y concreta como una línea de trabajo.

La decisión se terminó de perfilar en un plenario que contó con la participación de varios vecinos de Rodrigo Bueno, en una secuencia de actividades que concluyó con un ejercicio de situar necesidades, problemas y deseos en un gran mapa del barrio y la costa sur de la Ciudad de Buenos Aires.

El deseo de implicarse en una necesidad específica logró concretarse tras las gestiones entre el Museo Moderno y el Museo de la Cárcova.⁵ El traslado de la huerta al Museo de la Cárcova fue un claro resultado de este proceso de cambio de mirada aportado por el arte.

Este proyecto continúa vigente, siguiendo la dirección del Riachuelo hacia los CeSAC del Barrio de La Boca y de la Villa 21-24 (también conocida como Villa 21-24-Zavaleta), ubicada en el barrio de Barracas, al sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde se organizaron mapeos y cartografías comunitarias una jornada de navegación, trabajos de articulación de artistas en la huertas de dichos CeSAC, entre otras actividades, promoviendo una mirada sobre el derecho al hábitat.⁶

2. “El arte como herramienta salutogénica” una capacitación vivencial con los equipos de salud del Primer Nivel de Atención

La formación continua tanto de las y los promotores de salud como de los equipos de salud en general, se consolida como una estrategia clave para fortalecer las capacidades y la orientación comunitaria en el primer nivel de atención. Desde la Dirección General de Salud Comunitaria, esta apuesta formativa ha ido incorporando progresivamente nuevos enfoques y herramientas que enriquecen las prácticas territoriales y promueven intervenciones más sensibles, inclusivas y transformadoras.

En este marco, surgió la iniciativa de desarrollar una nueva instancia formativa en torno al arte como

herramienta salutogénica. La salud, entendida desde un enfoque integral y comunitario, exige repensar los dispositivos y lenguajes con los que se promueve el bienestar. Aquí, el arte es entendido como una herramienta salutogénica y/o de promoción de la salud y el bienestar, capaz de habilitar expresiones singulares y colectivas, visibilizar problemáticas territoriales, y fomentar vínculos que fortalezcan la participación y la identidad comunitaria (Fancourt y Finn, 2019) . Desde la Dirección de Salud Comunitaria, durante el 2024 y 2025 se llevaron adelante dos ediciones del curso “El Arte como Herramienta Salutogénica” en conjunto con el Departamento de Educación del Museo de Arte Moderno. La propuesta reunió a 80 profesionales del Primer Nivel de Atención y de hospitales en un espacio de encuentro, reflexión y creación, en el cual se buscó transmitir la idea del arte como herramienta transformadora, que se incorpore activamente dentro de los dispositivos del sistema público de salud como una dimensión constitutiva del bienestar y la salud integral. Esta propuesta partió del reconocimiento del arte como promotor activo en producción de subjetividad y la construcción de la salud comunitaria, en tanto incide en la formación de modos de habitar, de transitar y de narrar lo vivido. En este sentido, la mirada salutogénica busca no asociar la salud a la ausencia de enfermedad, ni el concepto de

arte y salud a lo terapéutico, sino de potenciar iniciativas creativas y experimentaciones en los espacios de salud, de una apuesta por seguir fortaleciendo prácticas de salud que se nutren de la creatividad, la sensibilidad y la participación activa de las comunidades.

El modelo salutogénico fue creado por Aaron Antonovsky (1996), un sociólogo nacido en 1923 en los Estados Unidos. Este enfoque se centra más en fortalecer los factores que generan salud más que en disminuir los factores de riesgo y resultó un referencial teórico relevante para las corrientes en salud basadas en la promoción de la salud porque se centraba en la pregunta sobre por qué las personas no enferman o se mantienen saludables estando expuestas a factores perjudiciales.

Siguiendo este marco teórico se desarrollaron seis y ocho encuentros, en respectivas ediciones 2024 y 2025, en los que se exploró acerca de distintas experiencias tanto individuales como colectivas que pusieron en diálogo el cuerpo, la memoria, el territorio y la comunidad, visibilizando cómo la producción artística puede ser un medio para construir redes, resignificar prácticas de cuidado y espacios cotidianos. El recorrido del curso se sostuvo sobre un enfoque interdisciplinario, convocando a artistas, profesionales de la salud, investigadores y miembros de co-

munidades organizadas, generando así un entramado de voces y saberes que enriqueció la experiencia. Se presentaron distintos relatos, entre ellos experiencias de hospitales generales ligadas a los cuidados paliativos, lo que permitió reflexionar acerca de la idea de transformar el tiempo de internación en una oportunidad para descubrir y conectarse con el arte en sus distintas formas. Además, tuvieron lugar experiencias de trabajo comunitario en territorio, entre ellas dispositivos que utilizan los relatos y las narrativas en grupos de mujeres por ejemplo en el Barrio Ricciardelli (ex Villa 1-11-14), la promoción de resiliencia en personas en situación de riesgo psicosocial mediante el estímulo de su creatividad en diversas disciplinas artísticas, una Antología literaria conformada por textos de distintas personas, tanto los y las usuarias como personal de salud. Esta última propuesta consistió en una construcción colectiva que aborda temáticas diversas, como la revalorización de lo cotidiano, la enfermedad, el miedo a la muerte, las infancias y la familia, con una convocatoria no esperada. La propuesta formativa tuvo como objetivo fortalecer y compartir herramientas y recursos (como la fotografía, la danza y el movimiento, la plástica, la poesía y la literatura) orientados a enriquecer dispositivos comunitarios vinculados a prácticas artístico-culturales que ya se encontraban en funcionamiento en los equipos de salud. Asimismo, se buscó que las y los participan-

tes pudieran vivenciar de manera directa la experiencia expresiva del arte, reconociendo su potencial como herramienta de trabajo en el campo de la salud comunitaria y la salud mental, desmitificando la idea de que el arte es patrimonio de “artistas profesionales”.

En los encuentros, las y los participantes presentaron distintos dispositivos que ya se desarrollan en los Centros de Salud, generando un espacio de intercambio y reflexión sobre la posibilidad de revisar, enriquecer y transformar tanto los dispositivos existentes como aquellos a desarrollarse en el futuro, a partir de los aprendizajes construidos durante el curso. En este marco, se compartieron además diversos relatos y experiencias personales que dieron cuenta del vínculo entre las prácticas artísticas, la vida cotidiana y los territorios.

Entre las producciones presentadas, se destacaron dibujos realizados por una participante, en los que plasmó reflexiones y experiencias vinculadas a los desafíos habitacionales que atraviesa como vecina del barrio de La Boca (en la ciudad de Buenos Aires, Argentina); una muestra de baile en un barrio popular; relatos sobre la experiencia de un espacio de expresión artística destinado a adolescentes; y exposiciones de producciones artísticas desarrolladas en distintos Centros de Salud.

Este tipo de instancias permitió no solo intercambiar herramientas metodológicas, sino también visibilizar experiencias ya existentes y reconocer el valor de las prácticas artístico-culturales como parte de los dispositivos comunitarios en salud.

3. Prácticas artístico-culturales y reconfiguración de los dispositivos comunitarios

Abordaremos en este apartado el análisis de las actividades comunitarias registradas bajo la temática “Arte/Cine/Lectura/Radio/Teatro”, que es la manera como están categorizadas en el Formulario de Actividades Comunitarias. Se tomó la evolución anual antes de la implementación del curso y el trabajo con el Museo Moderno, y en el último año. La evolución anual evidencia un incremento progresivo en la cantidad de registros: 1.102 actividades en 2023, 1.217 en 2024 y 1.451 en 2025. Este aumento se produce en un contexto en el que, durante 2024 y 2025, se desarrolló la instancia de formación orientada a trabajadores del primer nivel de atención con el propósito de fortalecer herramientas para la implementación de prácticas artístico-culturales. Sin embargo, dado que la tendencia creciente ya se observaba previamente, los datos no permiten atribuir este proceso exclusivamente al curso, aunque sí habilitan a pensar que este tipo de estrategias

formativas pueden contribuir a consolidar, legitimar y visibilizar prácticas comunitarias que ya forman parte del quehacer cotidiano de los equipos de salud.

Al analizar la distribución de las actividades, se observa un claro predominio de aquellas vinculadas a la lectura y las bibliotecas comunitarias. En 2024, estas representaron el 63,76% del total de actividades registradas, mientras que en 2025 continuaron ocupando un lugar central con el 57,44%. Este dato resulta relevante en la medida en que dialoga con la existencia de políticas institucionales específicas que promueven la lectura como práctica cultural en el ámbito de la salud comunitaria en el primer nivel de atención. En particular, el programa de promoción de las lecturas impulsado desde la Dirección de Salud Comunitaria —que incluye la compra y distribución de libros en los CeSAC— parece constituir una condición facilitadora para la implementación de este tipo de propuestas en los territorios, reforzando la hipótesis de que ciertas prácticas artísticas se vuelven más viables cuando cuentan con dispositivos institucionales que las sostienen.

Por otra parte, los registros muestran la presencia de otras expresiones artísticas que, aunque en menor proporción, adquieren relevancia en el conjunto de las prácticas comunitarias. En 2024, las actividades de pin-

tura representaron el 9,61%, las vinculadas al cine el 8,55% y las propuestas de juego o recreación el 5,34%, mientras que la música alcanzó el 2,54%. En 2025 se observa una mayor diversificación de las actividades, con un incremento del grupo clasificado como “otras” (19,22%), así como la presencia de propuestas de juego/recreación (7,55%), cine/audiovisual (5,66%) y pintura (4,33%). Asimismo, emergen actividades asociadas al teatro (1,68%) y a la escritura (0,49%). En conjunto, estos resultados sugieren que, si bien la literatura aparece como la puerta de entrada más consolidada para el desarrollo de prácticas artístico-culturales en el primer nivel de atención, comienza a configurarse una ampliación del repertorio de lenguajes artísticos utilizados por los equipos de salud, lo que puede interpretarse como un indicador del proceso de apertura hacia modalidades de intervención artístico-culturales en el campo de la salud mental comunitaria.

Conclusiones y reflexiones

Los resultados presentados permiten visibilizar la magnitud y diversidad de las actividades comunitarias desarrolladas en el primer nivel de atención de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El análisis de aproximadamente 161.000 registros correspondientes al período 2021-2025 muestra un crecimiento sostenido

de este tipo de intervenciones, pasando de alrededor de 15.000 actividades en 2021 a más de 47.000 en 2025. Estos datos permiten afirmar que las actividades comunitarias constituyen una dimensión relevante y creciente del trabajo cotidiano de los equipos de salud, aunque históricamente hayan permanecido poco visibles dentro de los sistemas de información y evaluación.

A su vez, el análisis de las temáticas y dispositivos registrados evidencia la heterogeneidad que caracteriza al campo de las prácticas comunitarias. Junto a líneas de trabajo tradicionalmente asociadas a la atención primaria, como la salud sexual y reproductiva, los hábitos saludables o las enfermedades crónicas, emergen otras propuestas vinculadas al juego, la recreación, la salud mental y las prácticas artístico-culturales. Si bien estas últimas representan una proporción menor del total de actividades registradas, su presencia sostenida y su crecimiento en los últimos años sugieren una progresiva ampliación de los modos de concebir la promoción de la salud y el trabajo comunitario en los territorios.

Particularmente, el estudio muestra que las prácticas artístico-culturales no constituyen experiencias aisladas o excepcionales dentro del sistema de salud, sino que forman parte de un conjunto de estrategias que los equipos desarrollan para fortalecer vínculos, promover

la participación y generar espacios colectivos de producción de salud. Asimismo, los resultados permiten observar una diversificación creciente de los lenguajes artísticos utilizados, incorporando no sólo actividades vinculadas a la lectura, sino también propuestas de cine, artes visuales, teatro, escritura y juego, configurando un repertorio cada vez más amplio de herramientas para el abordaje comunitario de los procesos de salud y enfermedad. Los datos analizados muestran que las actividades artístico-culturales continúan representando una proporción reducida dentro del conjunto de las intervenciones comunitarias registradas. Sin embargo, lejos de constituir un hallazgo menor, este resultado permite identificar un campo de trabajo en expansión. La tendencia creciente observada en los registros, junto con la diversificación de las expresiones artísticas incorporadas por los equipos de salud, sugiere que el arte comienza a consolidarse como un lenguaje legítimo para la promoción de la salud mental comunitaria. La articulación con instituciones culturales y las estrategias de formación desarrolladas durante los últimos años parecen contribuir a fortalecer este proceso, ampliando las posibilidades de intervención más allá de los formatos tradicionales de la atención sanitaria.

En continuidad con lo planteado, donde se problematiza la persistencia del modelo biomédico y la nece-

sidad de fortalecer enfoques comunitarios en el primer nivel de atención, los resultados de este trabajo permiten visibilizar avances y tensiones en ese proceso. El análisis de las actividades vinculadas al arte registradas durante los últimos cinco años muestra que, aun en un sistema de salud fuertemente organizado alrededor de la lógica asistencial, existen múltiples iniciativas que buscan ampliar las formas de cuidado y promover espacios colectivos de producción de salud.

En este sentido, la sistematización y el registro de estas prácticas adquieren un valor estratégico: no sólo permiten reconocer y dar visibilidad a experiencias que muchas veces quedan dispersas bajo la categoría general de actividades comunitarias, sino que también contribuyen a fortalecer la gestión, orientar la planificación y consolidar líneas de trabajo vinculadas a la salud mental comunitaria en el territorio. Al mismo tiempo, este proceso evidencia que aún queda un largo camino por recorrer para que estas iniciativas dejen de ser experiencias aisladas dentro de un sistema de salud que continúa fuertemente atravesado por lógicas asistenciales y biomédicas.

En este marco, resulta necesario comenzar a situar en la agenda del primer nivel de atención el debate sobre la prescripción social y cultural como estrategia de

promoción de la salud. Diversas experiencias internacionales han mostrado que este enfoque propone derivar o vincular a las personas con actividades, grupos y recursos comunitarios —como propuestas artísticas, culturales o de participación social— para abordar necesidades sociales, emocionales y relacionales que influyen en la salud y el bienestar. De este modo, la prescripción social amplía la mirada clínica más allá de la indicación médica o farmacológica, reconociendo que muchos malestares están profundamente relacionados con determinantes sociales, vínculos intersubjetivos y condiciones de vida.

El recorrido presentado en este trabajo constituye entonces un primer paso —o puntapié— para instalar este tema en el debate de la salud pública local. Implica avanzar hacia un cambio de paradigma que fortalezca el trabajo intersectorial, valore los recursos culturales y comunitarios del territorio y promueva una clínica ampliada, capaz de articular cuidados, participación y producción colectiva de salud en el primer nivel de atención.

La potencia de las actividades comunitarias ligadas al Arte radica precisamente en que no se subordina a una lógica exclusivamente terapéutica o asistencial, sino que amplía el campo de lo posible (y eso es lo que

nos devolvió la práctica y las experiencias): abre sentidos, construye redes, denuncia y repara, habilita subjetividades y activa memorias, deseos y territorios.

Estas prácticas se inscriben en el horizonte de una clínica ampliada y una salud entendida en su dimensión social, cultural, ambiental y política. En este sentido, consolidar el enfoque comunitario no solo implica sostener espacios creativos y expresivos, sino también disputar sentidos dentro del sistema de salud, transformando sus modos de hacer, de registrar, de evaluar y de valorar lo comunitario.

El desafío es doble: por un lado, profundizar estas experiencias para que no queden circunscritas a iniciativas aisladas o excepcionales; por otro, avanzar hacia una institucionalidad que reconozca, acompañe y promueva sistemáticamente estas prácticas como parte constitutiva del derecho a la salud. Apostar al arte como herramienta de salud mental comunitaria es, en definitiva, apostar a nuevas formas de cuidado, más humanas, más justas y más habitables.

Referencias bibliográficas

- Almeida Filho N., Paim J. (1999): La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales. (75), 5-30.
- Amarante, P.; Freitas, F.; Nabuco, E.; Pande, M.N.R. (2012): Da diversidade da loucura à identidade da cultura: o movimento social cultural no campo da reforma psiquiátrica. Cad. Bras. Saúde Mental, Rio de Janeiro.
- Antonovsky, A. (1996): The salutogenic model as a theory to guide health promotion, *Health Promotion International*, Volume 11, Issue 1, March 1996, Pages 11–18, <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Bang C. (2013): Estrategias comunitarias en (promoción de) salud mental: una práctica posible para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Revista Topía*.
- Bang C. (2016) : *Creatividad y salud mental comunitaria* . Lugar Editorial.
- Fancourt, D., & Finn, S. (2019). *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*. WHO Regional Office for Europe. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553772/>
- Granda, E. (2004) ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?. *Revista Cubana de Salud Pública*. ISSN: 0864-3466. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21430209>

Guattari, F. (1989): "Las tres ecologías", Galile editions, París. <https://www.arteuna.com/talleres/lab/ediciones/FelixGuattariLastreseecologas.pdf>

Menendez, E. (2009) *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires. Lugar Editorial. M7red: from complex scenarios to divergent composition. Disponible en: <https://www.m7red.info/>

Organización Mundial de la Salud (2023) Una sola salud. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/one-health>

Rodríguez Benito, L., Benedé Azagra, C. B., Cubillo Llanes, J., & Calderón Larrañaga, S. (2023). Prescripción social y recomendación de activos en Atención Primaria: «el círculo de calidad». *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 16(3), 286–292. <https://doi.org/10.55783/rcmf.160308>

Sanz Ressel, K (2014) Centro de Investigaciones Urbanas y Territoriales Fau-Unlp Facultad de Arquitectura y Urbanismo Universidad Nacional de La Plata La Plata, Buenos Aires, Argentina Stolkiner, A. (2016). Prólogo. En C. Bang, *Creatividad y salud mental comunitaria: Te-*

jiendo redes desde la participación y la creación colectiva (pp. XI-XIV). Lugar Editorial. Stolkiner A. y Solitario R. (2007) : Atención Primaria de la Salud y Salud Mental : la articulación entre dos utopías. En: *Atención Primaria en Salud: Enfoques Interdisciplinarios* (pp. 121-146) Editorial Paidós.

Wilner, A., Tablar, M. E., Murua, S., & Ros, C. (2023). *Capítulo VI. Planificación, gestión y evaluación en salud mental*. En A. Wilner & F. Torricelli (Comps.), *Praxis en salud mental: Abordajes y procesos de cuidado* (pp.167-198). Universidad Nacional de Lanús - Ediciones UNLa.

Notas

1. El Barrio Rodrigo Bueno se conformó a partir de un asentamiento informal surgido a mediados de la década de 1980 en terrenos ubicados en la Costanera Sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se encuentra contiguo a Puerto Madero, barrio que concentra algunos de los valores de suelo y vivienda más elevados de la ciudad y del país. A lo largo de su historia, el barrio fue objeto de diversos procesos administrativos, legislativos y judiciales vinculados a su permanencia, reconocimiento e integración urbana. Desde 2016 se encuentra incorporado a un proceso de integración socio-urbana orientado al mejoramiento de las condiciones

habitacionales, la provisión de infraestructura y el acceso a servicios urbanos.

2. En la actualidad 39 de los 50 CeSAC de la ciudad de Buenos Aires cuenta con un espacio de Huerta Comunitaria como espacio de encuentro donde se realizan diferentes actividades ligadas a ofertas de actividades grupales en torno a la salud mental comunitaria, la interculturalidad, lo ambiental y la alimentación saludable y sustentable.

3. Según el arquitecto Kuanip Sanz Ressel el paisaje puede entenderse como “una mirada intencionada del territorio, y de sus imágenes resultantes, que no solo debe asociarse como los efectos de los objetos físicos y perceptibles, en otras palabras, como imágenes públicas de cada ciudad, sino también con otras influencias que actúan sobre la imaginabilidad. Como el significado social de una zona, su función, su historia e incluso su nombre genérico y/ o particular” (Sanz Ressel, 2014)

4. Esta situación tuvo lugar en el marco del proceso de integración socio-urbana del barrio, impulsado con el objetivo de fortalecer las condiciones de vida de la población a través de intervenciones de infraestructura, mejoramiento habitacional y puesta en valor del espacio público. Dicho proceso conllevó modificaciones en la configuración territorial y comunitaria del barrio, requiriendo la adaptación y reorgani-

zación de algunos espacios de referencia para la comunidad.

5. El Museo de la Cárcova, dependiente de la Universidad Nacional de las Artes, se encuentra ubicado en la Costanera

Sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en las inmediaciones del Barrio Rodrigo Bueno.

6. La cartografía según el colectivo de arquitectos y artistas M7red, es entendida como una forma de escuchar y hacer hablar al territorio, hacer resonar nuestro mapa con el movimiento e intercambio constante entre personas, seres vivos, historias, experiencias y sensibilidades.

Tendencias y producción académica: niñas y niños en tiempos de pandemia

OSPINA ALVARADO, María Camila.*

ORCID: 0000-0002-7271-151X

LLANOS ERAZO, Daniel.

Profesor del Doctorado en Educación de la Universidad Politécnica Salesiana del Ecuador (UPS). Investigador del Centro de Investigaciones de la Niñez, Adolescencia y Juventud y miembro del Grupo de Investigación “Educación e Interculturalidad” de la misma casa de estudios. Investigador en el Grupo de Trabajo “Infancias y Juventudes”, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).

Contacto: danielgllanose@gmail.com

ORCID: 0000-0002-7206-5052

ALVARADO SALGADO, Sara Victoria.

Directora del Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud del CINDE y la Universidad de Manizales (UAM). Directora del Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Coordinadora de la RedINJU, Co-Directora del Programa de Investigación Postdoctoral en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, líder del grupo de investigación Perspectivas Políticas, Éticas y Morales de la Niñez y la Juventud y

Recibido: 04/05/2026 - **Aceptado:** 23/06/2026

Cómo citar: Ospina Alvarado, M.C., Llanos Erazo, D., Alvarado Salgado, S.V. y Barcala, A. (2026). Tendencias y producción académica: niñas y niños en tiempos de pandemia. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (20), 44-70

líder de la línea de investigación en Socialización Política y Construcción de Subjetividades.

Contacto: s.v.alvarados@gmail.com

ORCID: 0000-0002-0115-8075

BARCALA, Alejandra.

Psicóloga, Magíster en Salud Pública y Doctora en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Postdoctora en Ciencias sociales, infancias y juventudes. Profesora titular e investigadora, Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Directora del Doctorado en Salud Mental Comunitaria (UNLa)

Contacto: alejandrabarcala@gmail.com

ORCID: 0000-0001-6539-6681

* El artículo que se pone a consideración de los lectores es el resultado de un trabajo realizado en el año 2020-2021 en el marco del Programa Postdoctoral en Ciencias Sociales Niñez y Juventud con María Camila Ospina Alvarado, intelectual de las ciencias sociales, académica colombiana, pero con un espíritu que trascendió sus fronteras y la ubicó como una referente latinoamericana. Pero, no solo fue referente en el mundo académico sino, sobre todo, amiga y compañera comprometida por la defensa y promoción de los derechos de las niñas y niños. Por ello, este escrito, que se publica ahora, es un homenaje al pensamiento crítico, reflexivo y propositivo que caracterizó a Cami, la querida Cami, como era conocida en diferentes círculos y redes académicas latinoamericanas y caribeñas.

Resumen

El artículo se basa en la revisión documental de 64 artículos del campo psicológico y educativo, relacionados con la situación de niños y niñas en tiempos de pandemia. La metodología incluyó la caracterización a través de un análisis estadístico descriptivo de los países y los años de publicación, así como el análisis temático que permitió identificar las tendencias en los hallazgos de los estudios revisados. Se encontró que varios estudios se orientan a la psicopatologización de los niños y las niñas a causa de la pandemia Covid-19 y de la cuarentena y el aislamiento social vinculados con la misma, mientras otros presentan las implicaciones en términos de socialización, violencia intrafamiliar, así como la referencia a otras situaciones de crisis con vivencias similares y a algunas metáforas para referirse a la pandemia. Así mismo, se estudiaron las implicaciones de la educación virtual y la necesidad de una educación para todas y todos.

Palabras clave: Niños, crisis, educación, psicología, pandemia

Trends and academic production: childhood in pandemic moments

Abstract

The article is based on a documental review of 64 articles of psychology and education fields, which were linked with children in pandemic. The methodology included the characterization, through a descriptive statistical analysis of countries and years of publication. It also included thematic analysis which allowed the identification of the trends of the research outcomes of the documents reviewed. A lot of the studies were oriented to children's psychopathologies due to the pandemic Covid-19 and the quarantine and social isolation, other studies show the impact on socialization, family violence, and the reference of other crisis situations with similar experiences and some metaphors to refer to the pandemic. There were also some studies oriented towards the consequences of virtual education and the need for education for everyone.

Key words: Children, crisis, education, psychology, pandemic

1. Introducción

La pandemia por Covid 19 evidenció y profundizó las desigualdades estructurales existentes en casi todos los países del mundo. Las consecuencias son múltiples y tienen efectos en diversos campos y espacios sociales

afectando principalmente a sectores poblacionales vulnerables. Dentro de estos sectores se encuentra la población de niñas y niños, que por cuestiones históricas, que aún persisten, son invisibilizados de las problemáticas que atañen a la sociedad y al mundo adulto.

Por ello, el presente escrito tiene como finalidad indagar la producción académica generada alrededor de niñas y niños en tiempos de pandemia. La revisión bibliográfica permitió construir acápites que explican las tendencias e intereses de los investigadores y las investigadoras que trabajan en el campo de estudios de infancia. La presencia de enfoques psicológicos en los artículos estudiados, nos permite conjeturar una preocupación sustantiva por las consecuencias y efectos que la pandemia produce en la psiquis de los sujetos.

2. Niñas y niños en tiempos de pandemia: revisión de las producciones recientes

El artículo que se presenta a continuación se centra en una revisión documental desarrollada en bases de datos especializadas orientada a las implicaciones de la pandemia Covid 19 y la cuarentena en la socialización de los niños y las niñas y a las capacidades de afrontamiento de ellos, ellas y sus familias, con los aportes de dos disciplinas, la educación y la psicología. Aún

cuando la pandemia en cuestión se ha decretado como tal a partir de 2020, se tuvo como rango los artículos publicados entre 2010 y 2021, dado que hay otras pandemias que pueden aportar a la comprensión de este fenómeno.

La revisión se realiza en el marco de una investigación orientada a comprender cómo se producen los procesos de socialización de las niñas y los niños en tiempos de pandemia. Y, a su vez, se busca inteligir cuáles son las capacidades de afrontamiento y de agenciamiento de los niños, las niñas, sus familias y otros agentes relacionales para re-existir frente a la reproducción de las violencias y desigualdades presentes en sus contextos.

Otro dato significativo es el enfoque teórico conceptual con el que se abordó la problemática de la pandemia y la niñez. En los artículos existe una fuerte tendencia a las ciencias psicológicas, dando cuenta que la academia y la sociedad, en su conjunto, psicologizó una problemática que debe ser entendida y explicada desde diferentes epistemes, marcos disciplinares y conceptuales. Suponemos que este ejercicio de patologizar la problemática se enmarca en las primeras consecuencias que produjo el confinamiento y por supuesto la propia pandemia, con implicaciones importantes en términos

de la socialización que se da en los entornos familiar y educativo.

3. Metodología

El presente artículo es el resultado de una revisión en diferentes bases y repositorios bibliográficos, en particular en PubMed, APA y Elsevier; a través de palabras clave como: post pandemia, COVID-19, crisis sanitaria, adaptación, psicológico, cuarentena, familia, educación, infancias; para los grupos etarios niños y niñas en edad preescolar 2-5 años, y niños y niñas: 6-18 años; con los idiomas inglés, español, portugués y francés; desarrollados en Colombia, Ecuador y Argentina, aún cuando la revisión arrojó producción de otros países.

El presente artículo da cuenta de la revisión de 64 artículos producidos y publicados en el periodo 2009-2021. Es importante señalar que la producción académica durante los primeros meses del confinamiento fue cuantiosa; innumerables seminarios, conferencias, foros, *webinars*, entre otras actividades se realizaron y como resultado de ello las publicaciones surgen con mayor fuerza en el 2021.

En términos metodológicos el presente trabajo se inscribe en la tradición de los estudios bibliométricos,

realizando para la caracterización un análisis de la producción existente desde un ejercicio estadístico descriptivo. El foco de atención de dicho proceso estuvo en los países en los que se produjo el artículo en el año de publicación. Estas dos variables permitieron identificar las tendencias e intereses de producción académica en lo que respecta a niñas y niños en tiempos de pandemia. El procesamiento de los resultados de la revisión se dio a través del análisis temático de narrativas, con el cual se identificaron las tendencias presentes en los hallazgos de las investigaciones revisadas. Es importante mencionar que durante la búsqueda bibliográfica se identificó producciones asociadas al campo de estudios de juventud y pandemia, sin embargo, fue justamente la categoría juventud el criterio de exclusión para definir la muestra del presente estudio, con el retiro de tres artículos. De igual manera se retiraron dos artículos del campo de la salud de los niños y las niñas y dos artículos del campo de la salud mental de las familias. Esto dio un total de siete artículos excluidos.

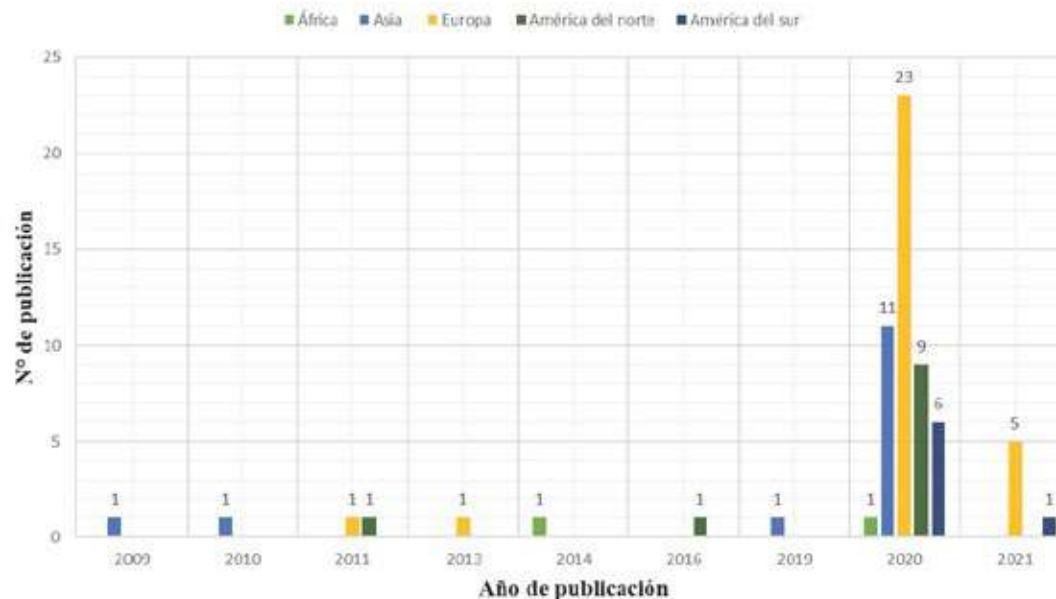
En la gráfica que se encuentra a continuación, podemos apreciar que la producción académica en tiempos de pandemia se concentra en el continente europeo, dejando claro que la hegemonía investigativa y de difusión de estudios científicos continúa siendo Europa. Asia ocupa el segundo lugar en publicaciones durante

el año 2020, mostrando el crecimiento que tiene este continente en lo que respecta a desarrollo científico y técnico. El caso del continente americano es particular, porque la mayor cantidad de publicaciones se realizaron en Estados Unidos, confirmando que la academia norteamericana disputa su liderazgo con Asia. El caso de la producción latinoamericana es incipiente, sin embargo, podemos observar que para el 2020, la preocupación por temas vinculados a la niñez toma fuerza.

4. Resultados de la revisión

En este apartado se presentan los principales resultados de la revisión desarrollada, a través de su organización en diez temas: la pandemia y la cuarentena como causantes de psicopatologías en los niños y las niñas; la pandemia y la cuarentena como causantes de cambios en la socialización - aislamiento social; la pandemia y la cuarentena como causantes de violencia intrafamiliar;

Tabla 1. Producción académica por continentes (2002-2021)



Fuente Elaboración propia (2021)

la pandemia en las familias vivencia similar a la de otros eventos traumáticos; metáforas en los niños y las niñas para referirse a la pandemia; factores protectores en las familias y en los niños y las niñas; medidas frente a la pandemia; toma de decisión frente a la modalidad de la educación; educación virtual; y educación equitativa para todas y todos.

4.1. La pandemia y la cuarentena como causantes de psicopatologías en los niños y en las niñas

Sumado a la salud en general, cabe señalar las implicaciones de la pandemia en la salud mental de los niños y las niñas. Una vez más, aun cuando el foco de la búsqueda no fueron las psicopatologías generadas en los niños y las niñas a causa de la pandemia y de la cuarentena, un gran número de investigaciones presenta este énfasis.

Stark et al. (2020) desarrollaron un estudio en Estados Unidos alrededor de niños, niñas y familias en la pandemia Covid 19. Mostraron algunos elementos individuales, familiares y comunitarios que amplían las dificultades de salud mental de niños y niñas. Al revisar estudios previos, estos dan cuenta que el riesgo médico de los niños y las niñas no es tan alto, pero el riesgo psicológico sí lo es. Estos autores explican cómo

el aislamiento social, durante la pandemia, incrementó los casos de estrés en ellos, ellas y sus familias. Además, analizaron las causas y los factores que producen el estrés y cómo esta manifestación ocasionó mayor susceptibilidad en las familias, deviniendo en problemas de la salud mental en niñas y niños.

McKune et al. (2021) realizaron un trabajo sobre el estado de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes durante los primeros meses de confinamiento en Estados Unidos. El artículo muestra el incremento de síntomas depresivos y de ansiedad como resultado de la pérdida de espacios laborales de sus familiares. El estudio revela que el ser mujer se constituye en un agravante ante los síntomas depresivos. Otro hallazgo interesante es la relación directa entre ansiedad infantil y bajo rendimiento en el espacio educativo. Ante esta situación pandémica, los autores sugieren que las escuelas deben implementar espacios de apoyo en el campo de la salud mental a niñas, niños, adolescentes y familias que han sufrido pérdidas familiares y laborales.

Imran et al. (2020) presentan los efectos que la pandemia y el aislamiento social ocasionaron en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes. En el estudio detallan los efectos mentales ocasionados por el confinamiento obligatorio tras el inicio de la pandemia por

Covid 19. Entre los principales problemas identificados por los investigadores se encuentran la ansiedad, la depresión y la irritabilidad. En particular enfatizan en la realidad que deben enfrentar los niños y las niñas con discapacidad, dado que el adaptarse a nuevas rutinas ocasionó conflictos como insomnio y enuresis. Los autores rescatan que la adaptación a una cotidianidad compartida con la familia provocó momentos de tensión en los niños y las niñas, con mayor fuerza en quienes tienen discapacidades.

Unicef (2021) desarrolló una investigación en Argentina alrededor de los efectos de la pandemia Covid 19 y de la disminución de la socialización en la salud mental de 780 niñas, niños y adolescentes entre 3 y 18 años de edad. Entre los efectos se identificaron ansiedad, angustia, temor, enojo, irritabilidad, dificultades de sueño y de concentración. A nivel emocional, niñas, niños y adolescentes tuvieron emociones encontradas, así mismo mostraron fortaleza y capacidad de elaborar y simbolizar los malestares, aun cuando con el tiempo fue difícil mantenerse en ellas, siendo central la mediación adulta.

Por su parte, Bobo et al. (2020) desarrollaron un estudio acerca de cómo han experimentado la cuarentena los niños, niñas y adolescentes con déficit de atención e

hiperactividad en Francia, principalmente con madres de niños y niñas de cerca de 10 años, encontrando que el 34,7% de los niños y las niñas empeoró su bienestar, el 34,3% continuó igual y el 30,9% se sintió mejor. En términos generales emergieron la ansiedad, la flexibilidad horaria con adaptación a sus ritmos, la mejora en autoestima, la inatención o hiperactividad exacerbadas en las viviendas pequeñas y sin patio, el oposicionismo o la agresividad.

Ariapooran y Khezeli (2021), analizaron los efectos psicológicos que el confinamiento puede ocasionar en niños, niñas y adolescentes con pérdida de la audición, encontrando que el confinamiento puede ocasionar mayores niveles de estrés y ansiedad en quienes tienen discapacidad auditiva, dado que la información referente a la pandemia puede ser mal interpretada.

Remmerswaal y Muris (2011) desarrollaron un estudio alrededor del miedo en niños y niñas entre 7 y 12 años ante la pandemia de gripe porcina en los Países Bajos y la importancia de la información acerca de la amenaza dada por sus padres. Se encontró que el temor de ellos y ellas estaba relacionado con el de sus padres y con la información provista sobre amenaza y con el conocimiento de alguien con la vivencia directa de la enfermedad. En algunos niños y niñas estos miedos

permanecen y logran generar una fobia. En el estudio mencionan como desafío el explorar si la información positiva por parte de los padres podría prevenir el desarrollo de temores en sus hijos e hijas.

Berasategi Sancho et al. (2020) centran su interés en recoger las voces de niños y niñas encerrados durante la pandemia por Covid 19 en España, evidenciando el temor que tienen ellos y ellas ante el virus desconocido, el cual incrementa al poder ser transmisores del virus a sus familiares, principalmente padres y abuelos. El Coronavirus generó en ellos y ellas miedo a contagiarse y tristeza porque no se encontraban con sus amigos y no asistían a la escuela. Finalmente, el trabajo expone las actividades a las que se dedicaron durante el confinamiento: los más pequeños realizaron actividades plásticas, casi siempre acompañados de los adultos, y los de mayor edad realizaron actividades vinculadas al uso de tecnologías y videojuegos.

Cuertas (2020) muestra cómo la pandemia, al igual que las estrategias para reducir sus efectos, ha generado afectaciones en niños, niñas y familias – como los síntomas de estrés postraumático, la ira y el temor – por el cierre de escuelas y centros de desarrollo infantil, la fragmentación de las redes familiares y comunitarias, y las limitaciones a la posibilidad de juego; a lo que se

suma la incertidumbre, la desconfianza y la vulnerabilidad económica.

Sharp et al. (2014) desarrollaron un estudio en África Subsahariana alrededor de los desórdenes emocionales y comportamentales en niños y niñas entre 7 y 11 años huérfanos a causa de la pandemia del VIH y con altos índices de pobreza. En el estudio refieren situaciones similares reportadas en el Reino Unido, Australia, los Países Nórdicos, Dhakar, los Países Bajos, los países de Europa Meridional y Alemania. Estos autores encontraron niveles altos de psicopatologías en los niños y niñas huérfanos según lo refieren los cuidadores y trabajadores de campo clínicos, pero no en lo que mencionan los propios niños y niñas.

Chevance et al. (2020) mencionan que entre los niños, niñas y jóvenes las respuestas emocionales frente al estrés son la irritabilidad, la agresividad, el aislamiento o la necesidad excesiva de presencia del otro, lo cual en momentos se confunde con los comportamientos regresivos, frente a lo que sugieren poder distinguir entre una situación de estrés normal o una psicopatología.

Zhongren Ma et al. (2021) estudiaron los efectos psicológicos que el confinamiento y el cierre de escuelas generó en estudiantes de China, identificando que

varios estudiantes sufrieron afectaciones psicológicas a raíz del cierre de escuelas y del confinamiento.

Pedrozo-Pupo et al. (2020) realizaron un estudio en Colombia en el cual dan cuenta de los cambios psicológicos en diferentes sectores poblacionales, centrando su foco de interés en adultos mayores, niños y niñas. Entre los principales resultados expuestos se encuentra el estrés producido por el confinamiento, teniendo presente que el aislamiento y la ausencia de encuentros presenciales perturbaron a toda la población.

En este sentido, los estudios descritos refieren las afectaciones vividas por los niños y las niñas, y en algunos casos otros sectores de la población, afectaciones que no han sido menores teniendo en cuenta los efectos que ha tenido en ellos y ellas la falta de espacios de socialización. Sin embargo, los estudios mencionan que es importante diferenciar las afectaciones esperadas de aquellas que trascienden a psicopatologías, las cuales a su vez están relacionadas con las maneras de afrontamiento adoptadas por padres, madres y otros cuidadores. Cabe hacer un llamado frente a que estos estudios, en momentos, presentan lecturas adultocéntricas y carenciales, en las cuales los niños y las niñas se posicionan como sujetos pasivos frente a la pandemia.

4.2. La pandemia y la cuarentena como causantes de cambios en la socialización: aislamiento social

La socialización de los niños y las niñas es quizá aquel proceso que se vio más afectado durante el aislamiento social a causa de la pandemia Covid 19. A continuación se detallan varios estudios que dan cuenta de los cambios y las afectaciones que experimentaron los niños y las niñas en su socialización.

Como lo señalan Stark et al. (2020) en su investigación, los niños y las niñas han perdido posibilidad de desarrollar las actividades que hacían después del colegio relacionadas con deportes y modos de socialización, que, por tiempo prolongado, podrían generar daños al reducir la socialización, el apoyo social y el desarrollo de actividad física, los cuales generan beneficio emocional en los niños y las niñas y tranquilidad en sus padres y madres. A lo anterior se suma la pérdida de seres queridos en las familias, sin poder participar de rituales de despedida o contar con apoyo.

De manera similar, en el estudio de Unicef (2021) con respecto a los vínculos, el grupo de 3 a 12 años valoró la protección y cuidado de sus familias, al regresar a espacios públicos manifestaron alegría. Hubo diferencias de clase social por la brecha digital, en las clases

más bajas la socialización se dio al aire libre y en las más altas a través de la mediación digital.

Bobo et al. (2020) encontraron la dificultad en las tareas, que aumentó los conflictos entre los niños y niñas y sus familias, la previsión de las dificultades tras el regreso a la escolaridad, la falta de socialización con el grupo de amigos y el aumento del uso de videojuegos, como los principales temas relatados por las familias. Algunos de estos hallazgos podrían posibilitar reflexiones alrededor de lo que ha implicado el cambio en la modalidad educativa para los niños y las niñas.

Por su parte, en un espectro comunitario y social, Jakovljevic et al. (2020) abordan en su publicación el caos y el pánico colectivo generados por la desinformación, las constantes teorías conspirativas y las noticias falsas propagadas a través de redes sociales durante los primeros meses de la pandemia. Con la instalación de estas narrativas en las redes sociales, el artículo da cuenta del surgimiento de comportamientos y prácticas racistas y xenófobas en diversos lugares del mundo. De acuerdo a los autores, las actitudes xenófobas se impulsaron por la falta de información acerca del origen del virus. Otra problemática mencionada en el escrito refiere a la falta de seguridad cibernética en diferentes países. Según los autores, los criminales cibernéticos

han tomado ventaja de la emergencia sanitaria para intensificar sus actividades ilícitas. Finalmente se resalta la importancia de la empatía y la colaboración de todos los individuos pertenecientes a un grupo con el fin de dar paso a sociedades resilientes y que sean capaces de adaptarse a los nuevos cambios requeridos para adaptarse y continuar durante la crisis sanitaria global.

Es así como entre las principales afectaciones en la socialización de los niños y las niñas en tiempos de pandemia se encuentra la falta de desarrollo de actividades extraescolares en las que ellos y ellas compartían con otros y otras, y la ausencia de rituales de despedida de los seres queridos. Adicionalmente, hubo cambios en la socialización familiar ante los conflictos emergentes por sobrecarga de tareas y cambios en la socialización vivida a nivel comunitario en la que emergieron prácticas xenófobas y racistas. Algunos de los cambios mencionados en la socialización familiar generaron expresiones de violencia en los hogares como se muestra a continuación.

4.3. La pandemia y la cuarentena como causantes de violencia intrafamiliar

La pandemia exacerbó problemáticas que se presentaban previamente como la violencia intrafamiliar.

Algunas investigaciones han focalizado en dicha situación. Hay estudios que reportan el riesgo y el aumento de violencia intrafamiliar (Chodkiewicz et al., 2020; Stark et al., 2020), maltrato infantil (Stark et al., 2020; Cuartas, 2020), que se ha asociado de manera histórica con el consumo de alcohol (Chodkiewicz et al., 2020), con los cambios en la socialización (Stark et al., 2020) y que ha generado problemas de salud mental y descontrol emocional en futuras generaciones (Cuartas, 2020; Guessoum et al., 2020).

Cuartas (2020) señala que la pandemia ha generado una sobrecarga y sensación de imposibilidad de respuesta por parte de los cuidadores, generando agresión e impulsividad, como había también sido señalado por el Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Harvard (Center on the Developing Child at Harvard University, 2016, en Cuartas, 2020) y en últimas el aumento de maltrato infantil (Cicchetti, Toth, y Maughan, 2000, en Cuartas, 2020; Peterman et al., 2020, en Cuartas, 2020; Seddighi, Salmani, Javadi, y Seddighi, 2019, en Cuartas, 2020; The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2020, en Cuartas, 2020; UNICEF, 2020, en Cuartas, 2020).

Así mismo, Taylor et al. (1997, en Guessoum et al., 2020) destacan que la violencia intrafamiliar ha emer-

gido por el confinamiento ligado a situaciones de estrés con una menor disposición frente a los niños y las niñas y con actitudes punitivas. Siguiendo a Campbell (2020, en Guessoum et al., 2020) en muchos países, como por ejemplo Brasil y Francia ha aumentado la violencia intrafamiliar en tiempos de pandemia, elevando así mismo el abuso y la negligencia. UNFPA (2020, en Guessoum et al., 2020) ha mostrado que quienes más se han expuesto a la violencia basada en género han sido las niñas y las mujeres.

De manera similar, en el estudio desarrollado por Unicef (2021) en el grupo de 3 a 12 años se identificó a la vez la centralidad y la sobrecarga de las madres en el cuidado; el grupo de 13 a 18 años refiere ampliación de conflictos familiares, preocupación a nivel económico y disminución de intimidad y autonomía, así mismo, mayor exclusión y violencia policial en los sectores en condición de vulnerabilidad.

En este sentido, la violencia intrafamiliar se ha presentado con mayor fuerza en este tiempo, a causa de los cambios en la socialización, la sobrecarga en cuidados con un desenlace de medidas punitivas y el consumo de alcohol. Cabe señalar que quienes más afectación han vivido son las niñas y las mujeres. Situación a la que se suma la violencia policial. Estas, al igual que otras pro-

blemáticas, también se han exacerbado frente a otros eventos traumáticos.

4.4. La pandemia en las familias: vivencia similar a la de otros eventos traumáticos

La pandemia por Covid 19, y los estudios alrededor de la misma, han evocado otros eventos traumáticos vividos de manera histórica y que se han experimentado de manera similar, como han sido otras pandemias, enfermedades, desastres naturales, estrés laboral, crisis económica, terrorismo y guerra. Con base en estudios previos, Wang et al. (2020), muestran que los problemas psicológicos actuales se han presentado también frente a otras pandemias, o eventos traumáticos como la enfermedad, los desastres naturales y el estrés laboral prolongado. Adicionalmente, la situación de la pandemia se compara con otros momentos de crisis económica, desastres naturales y de actos de terrorismo después de los cuales aumentó el consumo de alcohol; aun cuando en ciertos momentos de crisis económica las personas no han tenido los recursos económicos para el consumo o no lo han hecho para no perder sus trabajos (Chodkiewicz, et al. 2020). En una línea similar, Stark et al. (2020) muestran cómo las recesiones económicas y los desastres masivos han causado problemas de salud mental.

Por su parte, Chevance et al. (2020), en su investigación acerca de la salud mental durante la pandemia Covid 19 en Francia, y Dutheil et al. (2020) y Balhara, et al. (2020), de manera más general relacionada con la pandemia en Europa, recordaron la experiencia vivida durante la Segunda Guerra Mundial, mencionando que este tipo de situaciones de alta tensión no se habían presentado desde entonces.

Es así como las situaciones experimentadas durante la pandemia por Covid 19 ha presentado problemas psicológicos, relacionales, sociales, económicos como las violencias, el consumo de alcohol, las psicopatologías, similares a aquellas vividas durante otros eventos traumáticos.

4.5. Metáforas en los niños y niñas para referirse a la pandemia

La pandemia se constituyó en un episodio que sin duda dejará “huellas” en la vida de varias generaciones. El confinamiento obligatorio sumado a la recomendación de distanciamiento social puso un alto al vertiginoso ritmo que llevábamos como sociedad.

El efecto de quedarnos en casa supuso la emergencia y profundización de problemáticas ya existentes, que las pasamos por alto por el frenesí con el que vi-

víamos. En medio de todo este “nuevo orden” las niñas y niños tuvieron que enfrentar una crisis sanitaria que desató otras crisis, las cuales fueron procesadas de diversas formas; una de esas tantas formas fue el uso de metáforas para entender y explicar el momento que enfrentamos como humanidad. Así, por ejemplo, Naiara Berasategi Sancho et al. (2020) mencionan que uno de los testimonios de los niños asegura sentirse como un privado de la libertad, restringido de realizar sus actividades cotidianas. En el mismo estudio se devela que las niñas y niños consideran que el virus es un enemigo y por lo tanto, todos debemos vencerlo, pero para vencer y ganar esta batalla debemos actuar de forma colaborativa.

Es claro que para los niños y niñas el tiempo de confinamiento ha sido un momento complejo y por ello consideran que se encuentran en medio de una batalla, con un enemigo que sabemos que existe pero que no lo vemos. La sensación de privación de libertad es un tema por demás interesante porque para los grupos etarios que se encuentran en la etapa infantil la socialización es un elemento clave que contribuye en el desarrollo del sujeto, a partir de esta urgencia de socializar surge la evocación a trabajar juntos para vencer al virus enemigo. Lo dicho da cuenta de ciertos factores protectores, que es el tema abordado a continuación.

4.6. Factores protectores en las familias y en los niños y las niñas

Hay estudios que a pesar de mostrar los efectos y los factores de riesgo frente a la pandemia y la cuarentena focalizan adicionalmente en los factores protectores con los que cuentan las familias y los niños y las niñas.

Con respecto a los adultos, se ha encontrado una menor afectación al tener menor exposición a través de los medios de comunicación y al emplear mayores estrategias cognitivas y de afrontamiento – con uso cuidadoso de las medidas preventivas y conocimiento de la información adecuada –, así mismo una mayor afectación en términos de deterioro al haber estado con una mayor exposición al virus o al haberlo contraído y al tener entre la familia, los vecinos y los amigos personas contaminadas, o tener menores niveles de ingreso económico (Guo et al., 2020).

Adicionalmente, en un momento de crisis inesperada y ante una cuarentena de las madres, en Taiwan, fue de ayuda para ellas el contar con sistemas de apoyo, incluyendo los profesionales de la salud, los miembros de la familia, otros padres en situaciones similares y apoyo de creencias espirituales; así como crear conectividad con su bebé, a través del contacto físico y de la conexión emocional (Lee et al., 2009).

Con respecto a los niños y las niñas, frente a los factores protectores se destacan la participación y toma de decisiones, reconocimiento en su diversidad, lazos afectivos, juego y creatividad, empatía y respeto por los derechos, acompañamiento y escucha, cuidado propio y de otros, apoyo y vínculos y simbolización de emociones. Se encontró que los niños y niñas de 3 a 12 años lograron sobreponerse a los efectos de la pandemia en términos de distanciamiento social a través del juego, con el que crearon, se comunicaron y transformaron los espacios. En el juego apareció la pandemia, y se mostraron abiertos a los mecanismos de prevención ante el temor a contagiarse con el retorno a la escuela (Unicef, 2021).

Asimismo, Stark et al. (2020) enfatizan en la importancia de la resiliencia de los niños y las niñas y de un abordaje sistémico en el que se involucren sus familias; y describen factores protectores – responsividad, calidez y soporte social que emerge del cuidado de las relaciones de niños y niñas con sus pares y con adultos- como alternativas para fortalecer la resiliencia en los niños y las niñas.

En este sentido, las familias y las personas adultas que han tenido una menor exposición a los medios de comunicación y a la hiper información son aquellas que

teniendo el conocimiento necesario para el cuidado cuentan con mayores recursos cognitivos y estrategias de prevención como factores protectores. En particular, para las madres que han vivido una crisis inesperada, con las restricciones a la sociabilidad, o con necesidad de distanciamiento con sus propios hijos e hijas, ha sido de gran importancia el soporte social de la familia, el personal de salud, otros padres y madres, el apoyo espiritual y el vínculo emocional y el contacto con sus hijos e hijas. Así mismo, la presencia de la familia y su involucramiento, en términos de responsividad, cuidado, soporte social y calidez, son factores protectores que fortalecen a los niños y las niñas no solo en el presente, sino en su futura juventud. Con respecto a ellos y ellas ha sido central la resiliencia, la participación, el afecto, el juego y el cuidado. Los factores protectores expuestos se han complementado con las medidas tomadas frente a la pandemia.

4.7. Medidas frente a la pandemia

Durante los primeros meses de la pandemia se evidenció que los gobiernos e instituciones públicas y privadas a nivel mundial no estuvieron preparadas para enfrentar una situación de tal envergadura. La ausencia de prevención e inversión en el campo de la salud puso en apuros a más de un gobierno, la atención sanitaria

fue insuficiente para atender a la cantidad de personas contagiadas. Pero el tema sanitario no fue el único que dejó deudas e interrogantes, por el contrario, aspectos asociados a otras áreas como educación, conectividad, cobertura de internet, prestación de servicios y atención psicológica son temas pendientes en la gestión de la crisis. Con el transcurrir de los meses se pudo constatar que los gobiernos e instituciones fueron implementando servicios para las personas que requerían atención especializada. En este apartado se presentan algunos trabajos que exponen las intervenciones y medidas tomadas para enfrentar la pandemia.

El-Hage et al. (2020) han mostrado cómo, tras la pandemia Covid 19, en Francia se han tomado medidas no solo de bioseguridad, sino también de salud mental entre los profesionales de salud de primera línea de atención; la investigación ha buscado esta aproximación para proveer estrategias de prevención futuras. Entre ellas, proponen el aumento de la resiliencia y de las gratificaciones que reciben no solo a nivel económico, de beneficios o de tiempo sino a nivel social, así como las técnicas de control del estrés y la reducción de preocupación por sus seres queridos con estrategias para el cuidado de sus hijos, desinfección y pruebas. Todas las personas participantes en el estudio de Li-jun et al. (2020) habían recibido algún tipo de apoyo

psicológico, con recursos de los medios de comunicación, materiales recibidos o consejería. Derivada de la investigación de Rodríguez-Rey et al. (2020), emerge la recomendación de brindar apoyo psicoterapéutico por diversas vías. Por su parte, el estudio de Wang et al. (2020) concluye que es importante brindar atención psicológica desde los estadios iniciales de la pandemia. Así mismo, ante la incertidumbre, Kotfis et al. (2020) sugieren el soporte psicológico de las familias; y recomiendan el soporte psicológico al personal de la salud así como las estrategias para fortalecer la empatía.

De manera similar, Hynan (2020) hizo un estudio sobre la necesidad de profesionales de salud mental perinatal en la pandemia Covid 19 en Estados Unidos, debido a los efectos de la pandemia en los padres, los bebés, las familias y los profesionales perinatales, ya que no es permitido amamantar a los bebés al nacer y solo se permite la presencia de uno de los padres; siendo necesaria la inversión en profesionales de la salud mental.

Los autores hacen un llamado a los decisores de política pública a brindar soporte económico y emocional a la población (Mimoun et al., 2020); con estrategias de prevención orientadas a la capacidad de afrontamiento y al manejo emocional (Pérez-Fuentes et al., 2020); y

con atención terapéutica para el manejo emocional y comportamental de los niños y las niñas (Sharp et al., 2014).

Maryam Shaygan et al. (2021) explican que la pandemia produjo un incremento de personas hospitalizadas y junto con ello, el estrés aumentó. Los autores centran su atención sobre la resiliencia de las personas que han estado hospitalizadas debido a un contagio por Covid 19. Además, en su artículo explican acerca de la implementación de actividades educativas multimedia como recurso para evitar procesos depresivos en niños que han tenido que vivir la hospitalización de sus seres queridos.

Stark et al. (2020) sugieren el apoyo a los niños y las niñas -y a sus cuidadores, familias e instituciones educativas-, en su adaptación en articulación entre la salud mental y las políticas públicas, en las que no se exacerbaban las brechas digitales. De igual forma, estos autores enfatizan en la necesidad de la interacción que requieren los niños con sus pares para generar aprendizajes colaborativos. Finalmente, se sugiere que las actividades al aire libre sean compartidas entre los miembros de las familias porque esto podría ayudar a disminuir los porcentajes de violencias intrafamiliares.

De manera similar, Chevance et al. (2020) proponen varias medidas entre las que se encuentra el acompañamiento psicológico o psiquiátrico, la psicoeducación, el mantenimiento de la actividad física, el sueño, el contacto social, las estrategias de afrontamiento, el control de adicciones, manejo de estrés y en general la educación.

La investigación de Unicef (2021) desarrolla recomendaciones para diversos sectores: salud (abordaje psicosocial, fortalecer el rol familiar de cuidado, articulación con los demás sectores en particular salud-educación, modelos educativos frente a riesgos, servicios clínicos a nivel comunitario), educativo (escucha a niños, niñas y adolescentes frente al retorno reconociendo su potencial de cuidado, aprendizaje, participación y protagonismo, estrategias lúdicas de simbolización, intercambio comprensible, prever nuevos cierres, encuentros intergeneracionales, rituales de cierre de procesos educativos, visibilizar la importancia de vínculo docente-estudiante y mantenerlo a nivel afectivo y social, e inclusión de los adolescentes), familiar (escuchar, validar y acompañar pensamientos, opiniones, emociones, malestares y preocupaciones de niños, niñas y adolescentes –reconociendo sus singularidades–, espacios artísticos y lúdicos, espacios de diálogo, anticipar temor o angustia de forma tranquilizadora y realista, anticipar

modalidades de escolaridad, apoyo familiar y comunitario, consulta de salud mental, promover vínculos con familia y amigos, necesidad del afecto, acompañar duelos, protección y seguridad), comunicación (fuentes seguras de información, información confiable y comprensible a niños, niñas y adolescentes de acuerdo a sus propios tiempos, construir sueños futuros, campañas de prevención y cuidado, explicitar qué se puede hacer y qué no, mostrar que el espacio público con cuidados es seguro, información para disminuir riesgos y ampliar cuidados), desarrollo local y comunitario (espacios seguros de encuentro, escucha y escolaridad, dispositivos y acceso a internet, salidas y encuentros con medidas, favorecer en las familias, cuidado, diálogo, protección y buen trato, promoción de distribución equitativa de género, respeto a los derechos por parte de la fuerza pública, políticas que recojan la diversidad y que sean integrales).

Por su parte, Remmerswaal y Muris (2011) mencionan como desafío el explorar si la información positiva por parte de los padres podría prevenir el desarrollo de temores en sus hijos e hijas. De manera similar, en el estudio de Cuartas (2020) se sugiere reducir los factores de estrés entre cuidadores y aumentar la protección de los niños y las niñas frente al maltrato de modo que se prevengan futuras psicopatologías, con medidas que in-

cluyan apoyos económicos para las familias en mayores condiciones de vulnerabilidad, y acompañamiento psicosocial orientado al afrontamiento y la supervivencia, con prelación de dichas familias. En el estudio de Kotfi et al. (2020) se plantea la importancia de videollamadas familiares y de un cuidado centrado en la familia y en su salud mental; y ante el miedo y la falta de esperanza causados ante la desconexión frente a prácticas religiosas y espirituales se sugiere apoyo religioso y espiritual.

En suma, las investigaciones revisadas exponen las medidas tomadas para enfrentar la pandemia o aquellas que sería necesario emprender por los gobiernos que trascienden la bioseguridad entre las que se encuentran la salud mental de niños, niñas, familias y personal de la salud; el apoyo psicológico, social, emocional, comportamental y de adaptación con respuesta sistémica; la psicoeducación; la comunicación; el seguimiento a actividad física, sueño y contacto social; el apoyo religioso y espiritual; la educación y la disminución de brechas digitales; el soporte económico; las estrategias de prevención orientadas a la capacidad de afrontamiento y a la información positiva por parte de los padres; y el reducir factores de estrés entre cuidadores y aumentar la protección de los niños y las niñas frente al maltrato. Las actividades que demanden encuentro con otros se tornan imprescindibles en momentos de crisis, a saber

que el proceso de superación y sanación llega a través de la interacción social, por supuesto, los espacios educativos y recreativos son las alternativas idóneas, por tal razón, el proceso educativo nunca se detuvo y mudó a otra modalidad.

4.8. Toma de decisión frente a la modalidad de la educación

Como ya lo mencionamos líneas arriba, la capacidad de respuesta que tuvieron los gobiernos ante la situación pandémica fue insuficiente, en ese sentido, el campo educativo no fue la excepción. Millones de niñas, niños y adolescentes en todo el mundo dejaron de asistir a sus centros de estudio, la presencialidad como modalidad de estudio se suspendió para precautelar el contagio masivo. La respuesta ante la imposibilidad de dejar al margen del proceso educativo a millones de estudiantes, empujó a tomar la decisión de incursionar en modalidades de estudio en línea, tele-educación y distancia. En el presente apartado se exponen las razones y efectos que emergieron a partir de la decisión de cambiar la modalidad de estudios.

Leeb et al. (2020) desarrollaron un estudio alrededor de las tendencias del Covid 19 en niños y niñas de edad escolar (de 5-17 años) en Estados Unidos, las

cuales marcaron la toma de decisiones frente a la educación presencial y las medidas de prevención a nivel comunitario. Resaltan la importancia de los estudios de monitoreo de las tendencias de infección entre niños y niñas para la toma de decisiones frente a la presencialidad en el proceso educativo; mencionan que son fundamentales las estrategias de prevención local que asuman las instituciones educativas y las comunidades; así mismo plantean que la presencialidad es segura en las comunidades con poca tasa de transmisión, pero es insegura en aquellas con alta tasa de transmisión entre niños y niñas en edad escolar. En este estudio, se enfatiza la necesidad del trabajo presencial con niñas y niños en los espacios escolares; las razones se enmarcan en la necesidad de socializar entre pares y de generar aprendizaje social.

Sugishita et al. (2020) desarrollaron un estudio en Japón alrededor de los efectos del cierre de escuelas y la cancelación voluntaria de eventos deportivos y de entretenimiento durante la pandemia de Covid 19. El estudio encontró que las medidas implementadas redujeron el contagio de manera considerable. También se expone que la flexibilización y relajación de las medidas aumentó de forma considerable los contagios. Sin embargo, la medida del cierre de escuelas y colegios fue cuestionada dado que los niños y las niñas no han

sido considerados entre los grupos con mayor riesgo frente al Covid 19, aun cuando pueden ser un vector de contagio para sus familias. En suma, el estudio plantea el debate entre la necesidad de suspender actividades educativas con el propósito de contener los contagios y la postura de considerar que los niños y niñas son sujetos que requieren actividades pedagógicas presenciales porque son menos propensos a contraer el virus.

Hawk et al. (2021) realizaron una investigación alrededor de las condiciones éticas frente a la decisión, por parte de las autoridades ante la posibilidad y decisión, de reapertura de las escuelas y colegios, teniendo como eje central el principio enunciado en la Convención Internacional de los Derechos del Niño, el interés superior del niño y las implicaciones a nivel de educación, salud, protección, efectos psicosociales, productividad económica, necesidades de los niños y las niñas, posibilidades de sus familias (incluyendo las diferencias de acceso a internet, las múltiples demandas, el tener que dejar a sus hijos solos para ir a trabajar) y demandas para los docentes.

El estudio rescata la importancia del espacio educativo como un lugar de aprendizaje de las niñas y niños, valora el intercambio que se produce entre pares y cómo este relacionamiento contribuye en el desarrollo

de destrezas motrices, sociales y por supuesto cognitivas. En el artículo también se plantea el interrogante por si los padres cumplen con su función protectora y cuidadora en tiempos de pandemia. Dicha pregunta se formula porque la evidencia empírica da cuenta que los padres tuvieron que dejar a sus hijos e hijas en casa mientras ellos continuaban realizando sus actividades laborales. Por ello, la necesidad de retomar el principio del Interés Superior del Niño como categoría a estudiar en tiempos de confinamiento desde un enfoque ético.

Sin duda que la pandemia y sus efectos provocó urgencias educativas, y por supuesto, desafíos que centraron su interés en la continuidad del proceso, ante ello la educación en modalidad virtual se posicionó como la alternativa idónea para que niñas, niños y adolescentes puedan estar en contacto con sus compañeros y profesores, procurando asegurar el desarrollo educativo e incluso emocional.

4.9. Educación virtual

La educación virtual es una modalidad que se encuentra presente en el mundo desde hace varias décadas, pero con la llegada de la pandemia las instituciones educativas a nivel mundial adaptaron sus currículos y metodologías para continuar con el proceso educativo.

Zhongren Ma et al. (2021) toman como referencia la perspectiva psicosocial para explicar la conformidad o no de los estudiantes de China ante la propuesta de continuar los estudios en la modalidad virtual. En el estudio se explican los efectos psicológicos del confinamiento y el cierre de las escuelas y colegios en el país asiático. La apuesta metodológica del estudio se enmarca en la tradición cuantitativa, aplicando encuestas a 668 niños de entre 7 y 15 años. Con el instrumento aplicado se determinó las incidencias psicológicas en la vida de los niños y niñas a partir de la orden de aislamiento social obligatorio. Los temas indagados en el estudio, fueron: el entorno familiar, el proceso educativo de los niños/as, y los conocimientos que tienen los infantes sobre el Covid 19.

En cuanto a la educación virtual, para todas las edades involucradas en el estudio de Unicef (2021), de 3 a 18 años, hubo un “impacto emocional” (p. 19) al disminuir los vínculos con docentes y pares. El grupo de 3 a 12 años extraña el afecto con sus pares y tiene agobio por las tareas, y hubo dificultades de aprendizaje con el menor acceso a las tecnologías y el déficit habitacional.

Si bien la educación en modalidad virtual permitió que millones de niñas, niños y adolescentes permanecieran dentro del sistema escolar, también es cierto que

muchos de ellos no estuvieron a gusto o tuvieron algún impacto emocional y que otros millones tuvieron que dejar el proceso por ausencia de conectividad y accesos a recursos y servicios tecnológicos, es decir, la educación virtual no logró generar espacios de encuentro equitativos porque las desigualdades estructurales eclosionaron con la emergencia sanitaria.

4.10. Educación equitativa para todas y todos

A lo largo de la historia el ideal de la educación ha sido promover modelos equitativos y de libre acceso, pero la realidad ha sido diferente. Múltiples factores impidieron e impiden que la educación sea para todas y todos. A partir de esta realidad los estudios que se presentan a continuación ponen el acento en las desigualdades profundizadas durante la pandemia.

Green et al. (2021) realizaron una investigación longitudinal alrededor del cuidado a la primera infancia y las inequidades en el desarrollo infantil en Inglaterra, Gales, Escocia e Irlanda del Norte, como aquellas provenientes de la baja educación de los padres y las madres, de sus pocos recursos psicosociales o de la composición familiar en la que hay una sola persona a cargo del niño o niña. En el estudio desarrollado con 14.376 niños y niñas concluyeron que el acceso universal, gra-

tuito y de calidad a la educación preescolar, en contraposición al cuidado ejercido exclusivamente por parte de padres y madres, puede ayudar a contrarrestar las desigualdades, al generar un mayor desarrollo cognitivo, socio-emocional y físico, una mayor preparación para el colegio y una mayor adquisición de vocabulario, mientras que el restringir dicho acceso, como sucedió durante la cuarentena por la pandemia de Covid 19, amplía las inequidades en el desarrollo cognitivo y socio-emocional de los niños y las niñas, así como en términos de salud y nutrición. Los autores refieren que es necesario así mismo contemplar contextos y casos particulares, como por ejemplo, tener presente que no trae los mismos resultados el haber detenido completamente el acompañamiento escolar o de centros infantiles o el haber hecho llegar a las familias libros y materiales para dar continuidad al proceso educativo durante la pandemia.

En el estudio desarrollado por Unicef (2021) con respecto al grupo de 13 a 18 hubo ampliación de desigualdades para acceso al aprendizaje y por ello las posibilidades futuras, la mediación con pares y adultos fue fundamental para contrarrestarlo. También hubo ambivalencia frente a la educación presencial por el temor a contagiar a sus familias.

Cordeiro et al. (2021) proponen un ejercicio investigativo de orden comparativo entre América Latina, África Subsahariana e India. En el escrito se evidencia que los esfuerzos empeñados desde Unesco se truncaron con la llegada de la pandemia. La idea de “educación equitativa y para todos” se ha visto afectada durante dichos meses de pandemia. La formación de líderes educativos que se realizó por varios años en el mundo, no fue la alternativa más idónea ante el problema del confinamiento y la educación, sobre todo porque los líderes no estuvieron preparados con herramientas pedagógicas para situaciones como la que se vivieron en dicho periodo. El enfoque socioeducativo es fundamental en el presente trabajo, a saber, que las autoras contrastaron las realidades y dinámicas socioeducativas, contextuales de los espacios estudiados. En lo que respecta al componente metodológico el artículo se valió de relatos que posteriormente fueron analizados.

En definitiva, los efectos de la pandemia pusieron a contramano las aspiraciones de equidad educativa, la urgencia económica de las familias provocó que millones de niñas y niños abandonaran el sistema educativo, ampliando aún más las inequidades presentes y futuras. Asimismo, los Estados y organismos de cooperación priorizaron sus acciones en el campo sanitario poniendo un alto a los programas y proyectos educativos.

5. Discusión y conclusiones

Cabe señalar que al indagar por las implicaciones de la pandemia en la socialización de los niños y las niñas, es difícil mantener aparte la discusión de aquella focalizada en las afectaciones a causa del Covid 19 y de la cuarentena en términos de salud mental y actividad física; teniendo en cuenta que la pandemia, con su propia temporalidad, se ha constituido en un acontecimiento en la vida de los niños y las niñas que ha generado cambios en su socialización y en su cotidianidad.

Del trabajo realizado se constata que un gran número de investigaciones se centra en la salud mental de los niños y las niñas o de la población adulta, que en momentos se explicita como aquella correspondiente a las familias de los niños y las niñas y en otros casos no. Estas investigaciones visibilizan los efectos que ha tenido en los niños y las niñas la falta de socialización, mostrando cómo los recursos de afrontamiento de los padres y las madres y el tipo de información que brindan a los niños y las niñas son determinantes frente a que la afectación sea aquella esperada o trascienda hasta constituirse en psicopatologías.

Entre los cambios en la socialización de los niños y las niñas se destacan los límites en las relaciones con sus

pares en las actividades académicas y extraescolares, así como aquellos experimentados ante la falta de rituales de despedida. Es de destacar que en ocasiones este tipo de estudios tienen un carácter adultocéntrico y dejan de lado los recursos de afrontamiento, mostrando lecturas carenciales y deficitarias acerca de los niños y las niñas y de sus familias. En los estudios no se resalta el aprendizaje social como estrategia que contribuye al desarrollo del proceso de autonomía del sujeto.

Con respecto a las familias, se destaca la sobrecarga de trabajo y responsabilidad experimentada en tiempos de pandemia como aquella causante de este tipo de dificultades en la socialización y que en momentos ha llevado a aumentar la violencia intrafamiliar. La violencia intrafamiliar y el maltrato se ha amplificado adicionalmente por el consumo de alcohol. Quienes se han visto más afectadas por este tipo de violencia han sido las niñas y las mujeres. Esta situación da cuenta de las implicaciones de la desigualdad de género en la vida familiar.

Cabe señalar que varias de las situaciones exacerbadas durante la pandemia como las dificultades en salud mental, el consumo de alcohol, las violencias, las dificultades económicas, se han presentado también de manera histórica ante otros eventos traumáticos como lo han sido otras pandemias, enfermedades, crisis eco-

nómicas, guerras, entre otros, en los que ha habido expresiones de necropolítica que han afectado a los niños y las niñas y a la población en general.

Tanto en la actual pandemia por Covid 19, como en otros episodios y situaciones de crisis, han surgido aprendizajes frente a la prevención, los factores protectores y las medidas. Los factores protectores, vinculados con la prevención, han emergido desde los propios niños y niñas a través de su participación, juego, cuidado, afecto y de su resiliencia que se ha visto fortalecida con la presencia, apoyo y cuidado de sus familias; desde el entorno familiar, en términos de acceder a la información necesaria para el cuidado y no estar hiper informados, y de contar con soporte emocional, social y espiritual; y desde el entorno comunitario, expresos en el tejido y apoyo social.

En lo referente al campo educativo podemos evidenciar que las investigaciones realizadas durante los primeros meses de la pandemia centraron su atención en el cambio de modalidad de estudios, de presencial a virtual y cómo esta última modalidad incrementó los niveles de ansiedad y estrés en los niños y las niñas como resultado de carencias socializantes físicas. Con la llegada de la pandemia y la hegemonía de la educación virtual y teleeducación en los procesos educativos

se profundizaron los niveles de desigualdad en lo que respecta a los accesos tecnológicos y obtención de servicios de internet. La tecnología se ha convertido en la herramienta central del proceso educativo y quien no dispone de ella simplemente queda al margen de los procesos. Por ello, la crisis sanitaria y económica resultante de la primera ocasionó que miles de familias se quedaran fuera del sistema laboral y, con ello, las niñas y los niños sin posibilidad de disponer de equipos tecnológicos que les permitieran continuar su educación formal, lo que amplió una vez más las desigualdades presentes y futuras.

En síntesis, los artículos revisados plantean medidas que los Estados y las comunidades tomaron, pero dan cuenta de vacíos en la formulación de políticas públicas para revertir la problemáticas y desigualdades a nivel educativo, de salud mental y de socialización y reconstrucción de tejidos relacionales y sociales.

Referencias bibliográficas

Ariapooran, S. y Khezeli, M. (2021) Symptoms of anxiety disorders in Iranian adolescents with hearing loss during the COVID-19 pandemic, Organización Mundial de la Salud.

- Balhara, Y.P.S., Kattula, D., Singh, S., Chukkali, S. y Bhargava, R. (2020). Impact of lockdown following COVID-19 on the gaming behavior of college students. *Indian J Public Health*, 64(Supplement):S172-S176. doi: 10.4103/ijph.IJPH_465_20. PMID: 32496250
- Berasategi Sancho, N., Mondragón, N., Santamaría, M., Munitis, A., Gorrotxategi, M. y Etxebarria, N. (2020). Las voces de los niños y de las niñas en situación de confinamiento por el Covid-19. Universidad del País Vasco.
- Bobo, E., Lin, L., Acquaviva, E., Caci, H., Franc, N., Gamon, L., Picot, M.C., Pupier, F., Speranza, M., Falissard, B. y Purper-Ouakil, D. (2020). How do children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) experience lockdown during the COVID-19 outbreak?. *Encephale*. 46(3S):S85-S92. doi: 10.1016/j.encep.2020.05.011. Epub 2020 Jun 7. PMID: 32522407 French.
- Chevance, A., Gourion, D., Hoertel N., Llorca, P.M., Thomas, P., Bocher, R., Moro, M.R., Laprévote, V., Benyamina, A., Fossati, P., Masson, M., Leaune, E., Leboyer, M. y Gaillard, R. (2020). Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: A narrative review. *Encephale*, 46(3):193-201. doi: 10.1016/j.encep.2020.04.005. Epub 2020 Apr 22. PMID: 32370982
- Chodkiewicz, J., Talarowska, M., Miniszewska, J., Nawrocka, N. y Bilinski, P. (2020). Alcohol Consumption Reported during the COVID-19 Pandemic: The Initial Stage. *Int J Environ Res Public Health*. 29;17(13):4677. doi: 10.3390/ijerph17134677. PMID: 32610613
- Cuartas, J. (2020). Heightened risk of child maltreatment amid the COVID-19 pandemic can exacerbate mental health problems for the next generation. *Psychol Trauma*. 12(S1):S195-S196. doi: 10.1037/tra0000597. Epub 2020 May 28. PMID: 32463282
- Dutheil, F., Mondillon, L., y Navel, V. (2020). PTSD as the second tsunami of the SARS-Cov-2 pandemic. *Psychol Med*, 24:1-2. doi: 10.1017/S0033291720001336. Online ahead of print PMID: 32326997
- El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yroni, A., Brunault, P., Bienvenu, T., Etain, B., Paquet, C., Gohier, B., Bennabi, D., Birmes, P., Sauvaget, A., Fakra, E., Prieto, N., Bulteau, S., Vidailhet, P., Camus, V., Leboyer, M. y Krebs, M.O. (2020) Profesio-

- nales de la salud frente a la pandemia de coronavirus 2019 (COVID-19): ¿Cuáles son los riesgos para la salud mental?, *Encephale* ; 46 (3S): S73-S80.
- Green, M. J., Pearce, A., Parkes, A., Robertson, E., y Katikireddi, S.V. (2021). Pre-school childcare and inequalities in child development. *SSM - Population Health*, 14. 100776, <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100776>
- Guessoum, S.B., Lachal, J., Radjack, R., Carretier, E., Minassian, S., Benoit, L., y Moro, M.R. (2020). Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Res*, 29. 291:113264. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113264. Online ahead of print. PMID: 32622172
- Guo, J., Feng, X.L., Wang, X.H., y van IJzendoorn, M.H. (2020). Coping with COVID-19: Exposure to COVID-19 and Negative Impact on Livelihood Predict Elevated Mental Health Problems in Chinese Adults. *Int J Environ Res Public Health*, 29;17(11):3857. doi: 10.3390/ijerph17113857.
- Hawk, W. J., Spielberg, F. Ressler, E. y Aguilar, P. (2021). Ethical considerations in deciding when to reopen schools. *International Journal of Educational Development*, 83. <https://doi.org/10.1016/j.ijedu-dev.2021.102398>
- Hynan, M.T. (2020). Covid-19 and the need for perinatal mental health professionals: now more than ever before. *J Perinatol*, 40(7), 985-986. doi: 10.1038/s41372-020-0696-z. Epub 2020 May 27. PMID: 32461625
- Imran, N., Aamer, I., Sharif, M.I., Bodla, Z.H., Naveed, S. y Pak, J. (2020) Psychological burden of quarantine in children and adolescents: A rapid systematic review and proposed solutions. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. doi: 10.12669/pjms.36.5.3088. PMID: 32704298
- Kotfis, K., William Roberson, S., Wilson, J.E., Dabrowski, W., Pun, B.T. y Ely, E.W. (2020). COVID-19: ICU delirium management during SARS-CoV-2 pandemic. Version 2. *Crit Care*, 28;24(1):176. doi:10.1186/s13054-020-02882-x. PMID: 32345343
- Lee, S.N., Long, A., y Boore, J. (2009). Taiwanese women's experiences of becoming a mother to a very-low-birth-weight preterm infant: a grounded theory study. *Int J Nurs Stud*, 46(3):326-36. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.10.004. Epub 2008 Dec 16. PMID: 19091313

- Leeb, R. T., Price, S., Sliwa, S., Kimball, A., Szucs, L., Caruso, E., Godfred-Cato, S. y Lozier, M. (2020). COVID-19 Trends Among School-Aged Children — United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report October 2*, 69(39). US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention.
- Lijun, K., Simeng, M., Min, C., Jun, Y., Ying, W., Rui-ting, L., Lihua, Y., Hanping, B., Zhongxiang, C., Bing, X. Y., Shaohua, H., Kerang, Z., Gaohua, W., Ci, M., y Zhongchun, L. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun*, 87:11-17. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.028. Epub 2020 Mar 30.
- McKune, S.L., Acosta, D., Diaz, N., Brittain, K., Joyce-Beaulieu, D., Maurelli, A.M. y Nelson, E.J. (2021). Salud psicosocial de los niños en edad escolar durante los mandatos iniciales de escuelas más seguras en el hogar del COVID-19 en Florida: un estudio transversal. *BMC Public Health*, 21, 603. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10540-2>
- Mimoun, E., Ben Ari, A., y Margalit, D. (2020). Psychological aspects of employment instability during the COVID-19 pandemic. *Psychol Trauma*, 12(S1):S183-S185. doi: 0.1037/tra0000769. Epub 2020 Jun 15. PMID: 32538650
- Pedrozo-Pupo, J., Pedrozo-Cortés, M., y Campo-Arias, A. (2020) Estrés percibido relacionado con la epidemia de COVID-19 en Colombia: una encuesta en línea. *Cad. Saúde Pública*, 36(5), 1-7. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00090520>
- Pérez-Fuentes, C., Molero Jurado, M., Martos Martínez, Á., y Gázquez Linares, J.J. (2020). Threat of COVID-19 and emotional state during quarantine: Positive and negative affect as mediators in a cross-sectional study of the Spanish population. *PLoS One*. 25;15(6):e0235305. doi: 10.1371/journal.pone.0235305. eCollection 2020. PMID: 32584897
- Remmerswaal, D. y Muris, P. (2011). Children's fear reactions to the 2009 Swine Flu pandemic: the role of threat information as provided by parents. *Anxiety Disord*, 25(3):444-9. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.11.008. Epub 2010 Nov 19. PMID: 21159486
- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., y Collado, S. (2020). Psychological impact of COVID-19 in

- Spain: Early data report. *Psychol Trauma*, 12(5):550-552. doi: 10.1037/tra0000943. Epub 2020 Jun 15. PMID: 32538657
- Sharp, C., Venta, A., Marais, L., Skinner, D., Lenka, M., y Serekoane, J. (2014). First evaluation of a population-based screen to detect emotional-behavior disorders in orphaned children in Sub-Saharan Africa. *AIDS Behav*, 18(6):1174-85. doi: 10.1007/s10461-014-0739-6. PMID: 24623068
- Shaygan, M., Yazdani, Z. y Valibeygi, A.. (2021). El efecto de las intervenciones psicoeducativas multimedia en línea sobre la resiliencia y el estrés percibido de los pacientes hospitalizados con COVID-19: un ensayo piloto controlado en paralelo aleatorizado por conglomerados, *BMC, Psychiatry*.
- Stark, A.M., White, A.E., Rotter, N.S. y Basu, A. (2020). Shifting from survival to supporting resilience in children and families in the COVID-19 pandemic: Lessons for informing U.S. mental health priorities. *Psychol Trauma*, 12(S1):S133-S135. doi: 10.1037/tra0000781. Epub 2020 Jun 11. PMID: 32525375
- Sugishita, Y., Kurita, J., Sugawara, T. y Ohkusa, Y. (2020). Effects of voluntary event cancellation and school closure as countermeasures against COVID-19 outbreak in Japan. *PLoS ONE* 15(12): e0239455. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239455>
- Unicef. (2021). Estudio sobre los efectos en la salud mental de niñas, niños y adolescentes por COVID-19, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF.
- Wang, H., Xia, Q., Xiong, Z., Li, Z., Xiang, W., Yuan, Y., Liu, Y., y Li, Z. (2020). The psychological distress and coping styles in the early stages of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic in the general mainland Chinese population: A web-based survey. *PLoS One*, 14;15(5):e0233410. doi: 10.1371/journal.pone.0233410. eCollection 2020. PMID: 32407409
- Zhongren M., Sakinah I., Yinxia, Z., Liu, Z., Amaad W., Yunpeng, J., Qiuwei, P. y Zulqarnain, B. (2021). The impact of COVID-19 pandemic outbreak on education and mental health of Chinese children aged 7–15 years: an online survey. *BMC Pediatr* 21, 95. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02550-1>

Inclusión socio-laboral y procesos de salud-enfermedad-cuidado en salud mental: aprendizajes desde la Empresa Social “Hilando Caminos” en Argentina

GOTTI, Amanda.

Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Magíster en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (UNLA). Con formación en Salud Internacional y Soberanía Sanitaria, y Docencia Universitaria, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Docente e investigadora, y Secretaría de Políticas y Vinculación, Universidad del Chubut (UDC)

Contacto: agotti@udc.edu.ar
ORCID: [h0000-0002-2307-4999](https://orcid.org/0000-0002-2307-4999)

FREYTES FREY, Marcela Inés.

Licenciada en Psicología, Universidad del Salvador (USAL). Magíster y Doctora en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (UNLA). Especialista en Docencia Universitaria, Universidad Nacional de Cuyo (UNCuyo) y en Políticas Públicas para la Igualdad en América Latina, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Rectora de la Universidad del Chubut (UDC). Docente e investigadora.).

Contacto: mifreytesfrey@udc.edu.ar
ORCID: [0000-0002-3877-9828](https://orcid.org/0000-0002-3877-9828)

Recibido: 15/03/2026; **Aceptado:** 01/06/2026

Cómo citar: Gotti, A. y Freytes Frey, M.I. (2026). Inclusión socio-laboral y procesos de salud-enfermedad-cuidado en salud mental: aprendizajes desde la Empresa Social “Hilando Caminos” en Argentina. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (20), 71-91

Resumen

Este artículo analiza la experiencia de la empresa social “Hilando Caminos”, ubicada en Trelew (Chubut, Argentina), y examina su potencial como estrategia de inclusión sociolaboral de personas con problemáticas de salud mental en la interfaz entre la Salud Mental Comunitaria (SMC) y la Economía Social y Solidaria (ESS). Desde un enfoque cualitativo, se sistematiza un estudio de caso desarrollado en 2016 que incluyó entrevistas a participantes del dispositivo, con el objetivo de comprender los efectos de esta experiencia en los procesos de salud-enfermedad-cuidado y en las trayectorias de inclusión social.

Los hallazgos se organizan en tres dimensiones principales. En primer lugar, la concepción procesual de la salud mental orienta prácticas que privilegian el respeto por los tiempos subjetivos, la escucha y el acompañamiento, favoreciendo transformaciones en el bienestar y en los vínculos sociales. En segundo lugar, la inclusión sociolaboral se configura como puesta en acto del derecho al trabajo, habilitando aprendizajes técnicos y relacionales, así como nuevas oportunidades formativas y productivas. Finalmente, se destaca la dinámica del reconocimiento como un elemento central en el fortalecimiento identitario, en tanto la participa-

ción en la empresa social permite a las personas resignificar su lugar social y reconocerse como trabajadoras y artesanas, más allá de su condición de usuarias del sistema de salud.

El estudio pone en relieve el potencial transformador de las empresas sociales situadas en la interfaz SMC-ESS, mostrando que el acceso al trabajo en condiciones solidarias y comunitarias puede promover procesos de rehabilitación psicosocial, fortalecer la identidad y contribuir a la reducción de la exclusión social.

Palabras clave: salud mental comunitaria, economía social y solidaria, empresa social, inclusión sociolaboral, rehabilitación psicosocial

Socio-Labor Inclusion and Mental Health: Insights from the Social Enterprise “Hilando Caminos” in Argentina

Abstract

This article analyzes the experience of the social enterprise “Hilando Caminos”, located in Trelew (Argentina), and examines its potential as a strategy for socio-labor inclusion of people with mental health conditions at the interface between Community Mental

Health (CMH) and the Social and Solidarity Economy (SSE). From a qualitative perspective, the study systematizes a case study conducted in 2016 that included interviews with participants in the program, aiming to understand the effects of this experience on health-illness-care processes and on trajectories of social inclusion.

The findings are organized into three main dimensions. First, a process-oriented conception of mental health guides practices that prioritize respect for subjective timing, active listening, and accompaniment, fostering transformations in well-being and social bonds. Second, socio-labor inclusion emerges as the enactment of the right to work, enabling technical and relational learning, as well as new educational and productive opportunities. Finally, the dynamics of recognition are highlighted as a central element in identity strengthening, as participation in the social enterprise allows individuals to re-signify their social position and recognize themselves as workers and artisans, beyond their condition as users of the health system.

The study underscores the transformative potential of social enterprises operating at the CMH-SSE interface, showing that access to work under solidarity-based and community-oriented conditions can promote

psychosocial rehabilitation, strengthen identity, and contribute to reducing social exclusion.

Keywords: community mental health, social and solidarity economy, social enterprise, socio-labor inclusion, psychosocial rehabilitation.

Introducción

El presente artículo, tiene por objetivo sistematizar un recorte sobre los resultados de una investigación cualitativa referida a la Empresa Social “Hilando Caminos” de la localidad de Trelew (Chubut, Argentina).¹ Se busca enfatizar sobre los hallazgos que dan cuenta de la potencialidad de la interface entre el modelo de Salud Mental Comunitaria (SMC) y el modelo de la Economía Social y Solidaria (ESS) como estrategia clave para la inclusión socio-laboral, en el marco de la rehabilitación psicosocial de personas con problemáticas de salud mental.

Esto supone reorientar el eje de las intervenciones hacia propuestas que fortalezcan el acceso al trabajo genuino, desde una perspectiva de derechos. Retomar los hallazgos de dicha investigación, pone en valor la potencia de las estrategias comunitarias y solidarias, como así también posibilita avanzar en la producción de conocimiento situado, construido desde las prácticas

desarrolladas en nuestra región. Dicho análisis se encuadra en los marcos regulatorios vigentes en Argentina, particularmente la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y la Ley Provincial I-384 de Chubut, que instituyen el derecho a la inclusión socio-laboral y a la construcción de redes comunitarias como componentes centrales de las políticas públicas en el campo de la salud mental.

La Empresa Social “Hilando Caminos” constituye un dispositivo de la red asistencial socio sanitaria de la localidad de Trelew, Chubut, cuyo propósito es la inclusión socio-laboral de personas con problemáticas de salud mental y discapacidad psicosocial, a través de la formación en oficio. Como tal, su objetivo está centrado en la actividad formativa y productiva, en particular, del hilado y el tejido.

Al ser parte del sistema sanitario, su tarea no tiene la exigencias de la autosuficiencia económica, y por tanto, las personas que acuden a diariamente, no lo hacen en el marco de una contratación laboral ni reciben retribución económica. En este artículo se busca hacer conocer la experiencia que transitan las personas que participan de “Hilando Caminos”, recuperando sus trayectorias, y los efectos que esto trae en relación a sus procesos de salud-enfermedad-cuidado y su inclusión

socio-laboral. Se busca visibilizar las potencialidades que tiene la implementación de políticas públicas que hacen factible el desarrollo de experiencias territoriales que se nutren de las potencialidades de la interface SMC-ESS, dado que las mismas, generan estrategias de trabajo cuya centralidad es crear condiciones para una vida humana digna.

Se considera que este trabajo se resignifica en el contexto actual argentino, en el que asistimos a un retraimiento de derechos, lo que vuelve aún más necesaria la necesidad de fortalecimiento del tejido social que es el fundamento de la protección y cuidado de la salud mental. Analizar una experiencia de inclusión socio-laboral de poblaciones en situación de vulnerabilidad psicosocial de larga trayectoria y sostenimiento, busca aportar a consolidar los fundamentos conceptuales y políticos del modelo de SMC.

Por otro lado, fundamentar el estudio de experiencias como las de “Hilando Caminos” desde la perspectiva desde las personas en situación de vulnerabilidad psicosocial que transitan por el dispositivo, se presenta como una estrategia de desarticulación de un proceso de invisibilización histórica de sus opiniones e intereses (Ardila, 2011).

Contextualización de la Empresa Social “Hilando Caminos”

La provincia del Chubut inició su proceso de transformación institucional de sus servicios de salud mental públicos en el año 2004. Esto estuvo posibilitado por una serie de decisiones políticas e institucionales que dieron lugar a diferentes transformaciones a lo largo de la provincia, en un proceso de sustitución de la lógica manicomial a la consolidación de una red asistencial socio sanitaria de orientación comunitaria. Entre los diferentes aspectos, se destaca la decisión política de un gobierno provincial de poner en agenda pública las problemáticas de salud mental y generar una fuente de financiamiento central para acompañar este proceso.

Cabe destacar que esta política recuperó la experiencia del proceso de desmanicomialización de la provincia vecina, Río Negro, el proceso de Reforma Psiquiátrica de Trieste (Italia), los aportes de los procesos de cierre de hospitales psiquiátricos de Asturias y Andalucía (España) y experiencias del propio territorio como ser la transformación del Hospital Santa Teresita de Rawson del año 1990. A su vez, se trató de una política que dialogaba con la implementación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) en la provincia.

En este contexto, “Hilando Caminos” es el resultado de una estrategia implementada a partir del año 2009 basada en una articulación intersectorial e internacional entre el sistema de salud de la provincia del Chubut y, en sus orígenes, el Proyecto ISOLE (Integración Socio Laboral y Lucha contra la Exclusión Social en Áreas Prioritarias de la Argentina) en articulación con la ONG italiana Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli (CISP) y la Asociación Civil En Camino Con Otros (ECCO). En su origen, se trató de un espacio de capacitación en hilado, que recuperaba la experiencia del pueblo originario mapuche de la zona y la utilización de la materia prima disponible. Esta propuesta, constituyó la creación del último de los dispositivos propuestos como sustitutivos a los circuitos de institucionalización, principalmente ligados a la internación en clínicas privadas o la cronificación de personas en instituciones públicas. Previo a su implementación, en el marco del proceso de transformación que vivía la provincia, se desarrollaron otras estrategias tales como la creación de Centros de Día, Casas de Convivencia, inclusión de trabajadores de salud mental en el primer nivel de atención, fortaleciendo además la conformación de los equipos con más y diversos integrantes. Podemos entender la sinergia entre la estrategia de APS y la implementación del modelo de SMC en Chubut, a través creación de dispositivos de orientación comuni-

taria, tanto para el acceso a la capacitación y el trabajo como también para el acceso a la vivienda en comunidad, como una política pública que buscó abordar aspectos concretos de la determinación social de la salud mental. Para potenciar el proceso en desarrollo y darle mayor institucionalidad, en el año 2009, se sanciona la provincia la Ley I-N°384 que explicita la incorporación del modelo de SMC y crea la Red Asistencial Socio Sanitaria, garantizando por primera vez el derecho al trabajo en la comunidad para personas con padecimiento psíquico.

En este clima de época, y producto de las múltiples alianzas y redes con las que se acompañaba a nivel regional todo el proceso, la provincia se incluye como un integrante más del proyecto ISOLE. El cual se venía trabajando desde el año 2008, desde la ONG ECCO, con la Dirección General de Cooperación para el Desarrollo del Ministerio de Asuntos Exteriores de Italia. En el proyecto se buscaba trabajar en la inclusión social de personas en situación de vulnerabilidad psicosocial en Argentina, tomando como modelo la experiencia triestina. Chubut se suma tardíamente a este proceso, en el que participaban las provincias de Río Negro, Chaco y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). A partir de esta inversión internacional y en un trabajo de articulación interinstitucional e intersectorial que duró

cuatro años, se crearon 17 empresa sociales en todo el país, tres de ellas en Chubut. Estas últimas, lograron sostenerse al finalizar el proyecto, y reubicarse como un dispositivo más de la red asistencial socio sanitaria, producto de las políticas públicas que se estaban implementando.

Asimismo, la provincia logró dar marco al trabajo que desarrollaban, a través de un programa llamado Ocupacional Laboral (Dirección Provincial de Salud Mental Comunitaria, 2011) que constituía la referencia técnica y ampliaba la tipología de estos dispositivos, acordes a las necesidades territoriales. A partir de allí, Chubut logra crear 13 dispositivos de inclusión socio laboral, entre centros ocupacionales-laborales y talleres polivalentes.

Desde su creación, en agosto de 2009, “Hilando Caminos” se ha sostenido y se ha transformado a lo largo de su historia, siempre en articulación con otros actores sociales e institucionales.² Al momento de la investigación, la Empresa Social contaba con diferentes espacios de capacitación (hilado, tejido, costura, orfebrería) e implementaba asambleas quincenales para la toma de decisiones colectivas sobre el funcionamiento del dispositivo de las que participaban todas las personas que formaban parte del espacio.

Marco teórico

En este apartado, se expondrá el marco teórico que constituyó el encuadre conceptual de la investigación, que fundamentó el análisis de la experiencia de la Empresa Social “Hilando Caminos”.

La SMC en América Latina es un campo en construcción que propone un giro respecto de la atención psiquiátrica tradicional (Ardila y Galende, 2011). Asimismo, genera una propuesta de reorganización de los servicios de salud mental en clave comunitaria, que coloca en primer plano la producción y sostenimiento de los lazos sociales como fundamento de la protección y el cuidado de la salud mental en el ámbito de vida de las personas. En Argentina, a partir de la Ley Nacional 26.657, la salud mental se define como:

(...) un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. (Artículo 3°)

Esto da cuenta de una concepción sobre la salud mental que trasciende las definiciones tradicionales, vinculadas al modelo médico hegemónico en salud

(Menéndez, 1983, 2003). Desde la Ley, se abre un camino que permite trabajar en múltiples intervenciones para el acompañamiento de las personas con estas problemáticas. En este horizonte de política pública, se inscribe el desarrollo de experiencias y dispositivos tales como las Empresas Sociales en Salud Mental.

Estas iniciativas a nivel regional, han sido creadas a partir de la recuperación conceptual de distintos aportes latinoamericanos, tales como la Salud Colectiva y la Epidemiología Crítica latinoamericana (Breilh, 2011). Los cuales permiten superar un causalismo lineal al incorporar la noción de determinación social de la salud: no se trata de factores aislados sino de estructuras y procesos (trabajo, clase, género, territorio, ambiente) que producen bienestar o sufrimiento. Este enfoque, habilita herramientas conceptuales y metodológicas desde las cuales “se incorpora la idea de proceso como posibilidad de dar cuenta de la complejidad del fenómeno” (Stolkiner y Ardila-Gómez, 2012). La noción de procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, entiende al cuidado como categoría puente entre SMC y Salud Colectiva. Autoras como Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez (2014) plantean la polisemia conceptual que emerge del rastreo bibliográfico en relación a su uso en salud integral. En los últimos años, este uso se ha extendido al trabajo en salud mental, entendido como

un subcampo dentro de la salud. Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez (2014) retomando a Chardón y Scarimbolo (2011) definen:

(...) al cuidado como un sistema de actividades destinado a promover, sostener la vida y la calidad de vida de las personas, caracterizado por la construcción de un lazo social tierno que tenga en cuenta la posibilidad de “alojar” al otro en acto. (p.222)

Retomando también postulados de Freud y Ulloa, afirman que se requiere de una corriente tierna que permita la limitación de los impulsos agresivos, como requisito para la práctica de cuidados. Donde la ética como construcción social, orienta las acciones de las personas hacia dicho objetivo, al posibilitar el reconocimiento del otro (Gotti, 2019).

Los aportes de Breilh (2011) en cuanto a la idea de procesos históricos, económicos, culturales y ambientales que determinan el estado de salud individual y colectivo, remite a entender que los mismos no son factores aislados. Son las estructuras sociales las que producen bienestar o sufrimiento. En esa línea, el trabajo en salud, supone la transformación de las condiciones de vida, y no solo “tratar enfermedades”. Esto, en el ámbito de la salud mental, abre un horizonte de

trabajo que, a nivel local, se resignificó desde los aportes de la Economía Social y Solidaria. Esta introduce una lógica de transformación de los modos de producción, reproducción y cuidado, no mercantil, que repara redes, articula recursos comunitarios y democratiza la organización del trabajo. En esta interfaz, el acceso al trabajo es parte de las determinaciones sociales de la salud/salud mental y, a la vez, sus condiciones materiales y simbólicas impactan sobre ella. Desde estas conceptualizaciones, las Empresas Sociales en Salud Mental, producen sinergias entre formación y trabajo, habilitan redes de seguridad y hábitats sociales que sostienen la participación.

La Economía Social y Solidaria (ESS), potencia y enriquece el campo de la SMC al aportar herramientas conceptuales que permiten pensar la inclusión sociolaboral más allá de las lógicas tradicionales del mercado de trabajo.

Desde esta perspectiva, la producción, el intercambio y el consumo se organizan a partir de principios de cooperación, reciprocidad, autogestión y solidaridad, priorizando la satisfacción de necesidades colectivas por sobre la maximización de ganancias. Se trata de un conjunto de prácticas económicas asociativas y comunitarias que buscan mejorar la calidad de vida y

fortalecer procesos de desarrollo social inclusivo, situados territorialmente y en diálogo con las comunidades (Sena, 2017).

En este marco, la ESS no se limita a un conjunto de experiencias productivas alternativas, sino que constituye una propuesta de reorganización de las relaciones económicas y sociales. En lugar de concebir el trabajo exclusivamente como mercancía, lo entiende como un espacio de producción de vínculos sociales, de participación democrática y de construcción de ciudadanía. De este modo, iniciativas como cooperativas de trabajo, empresas sociales, emprendimientos asociativos o redes comunitarias de producción y consumo se constituyen en estrategias colectivas para enfrentar procesos de precarización, exclusión social y desafiliación, particularmente en contextos de vulnerabilidad social (Freytes Frey y Veleda, 2018).

La articulación entre SMC y ESS resulta especialmente fértil para abordar los procesos de inclusión sociolaboral de personas con padecimiento mental. En esta interfaz, el trabajo no se reduce a un recurso terapéutico o rehabilitador, sino que se configura como un derecho y como una dimensión central de la vida social. Las empresas sociales en salud mental, inspiradas en experiencias como las cooperativas sociales italianas,

producen sinergias entre formación y trabajo, habilitando trayectorias de inclusión que combinan aprendizajes técnicos, participación colectiva y reconocimiento social. De esta manera, la ESS contribuye a generar condiciones materiales y simbólicas para la construcción de proyectos de vida, fortaleciendo los procesos de salud-enfermedad-cuidado desde una perspectiva comunitaria y de derechos (Freytes Frey y Veleda, 2018). Estos aportes, resignifican la forma de entender la rehabilitación psicosocial, dialogando con autores que buscan puentes entre lo institucional y lo comunitario, entendiendo que el fin último de esos procesos, es sostener la vida en la comunidad y el acceso al ejercicio real de derechos.

En esa línea, para Saraceno (2003) la rehabilitación psicosocial puede pensarse en relación a tres conceptos ordenadores: el hábitat, el bazar y el trabajo. Habitar, se define en torno a la posibilidad de construcción de lazos materiales, simbólicos y afectivos. El bazar, hace referencia a la posibilidad de la circulación de las personas en el entramado social. El trabajo, es para el autor un resorte para la inclusión socio-laboral. Es también un derecho fundamental, un instrumento, un momento de sociabilidad y el escenario para la integración de la subjetividad (Cardamone y Sisti, 1997). Dado que las personas con problemáticas de salud mental suelen

transitar experiencias de exclusión social, la posibilidad de formar parte de dispositivos de rehabilitación psicosocial que tengan como fundamento el acceso a la capacitación y el trabajo, son claves para reducir las brechas en este tema. La rehabilitación “es el acto ético de detener e invertir el proceso de exclusión, cronificación y deterioro que la experiencia manicomial mostró en su faceta más material” (Guinea Roca, 1997, p.161). Según la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR, por sus siglas en inglés: World Association for Psychosocial Rehabilitation) de Organización Mundial de la Salud (WAPR OMS, 1997) trabajar y tener un empleo se vincula con la satisfacción de las personas y mejora el autoestima, lo que aporta también desarticular historias de exclusión y dependencia.

Atender al acceso al trabajo en el marco de la rehabilitación psicosocial no se trata de reducirlo a una acción rehabilitadora, como suele interpretarse en el marco del empleo protegido. Por el contrario, se busca poner en primer plano la articulación entre el proyecto de vida y los deseos, necesidades e intereses que confiere ciudadanía a quienes lo realizan (Saraceno, 2003). Para ello, es fundamental que las personas en situación de vulnerabilidad psicosocial cuenten con las posibilidades reales que:

(...) les ofrece el colectivo para su inclusión como miembros efectivos de la sociedad, lo cual implica pensar y desarrollar acciones integradas y articuladas a las políticas sectoriales del Estado, buscando alcanzar su plena integración y equiparación en los circuitos de producción, consumo y ciudadanía. (Cruz, 2005, p. 98)

Estudiar las Empresas Sociales en Salud Mental es de interés en una doble dimensión. Por un lado, para poder sistematizar procesos concretos de implementación del modelo de Salud Mental Comunitaria, producto de políticas públicas claves implementadas en el país y en Chubut en particular. Por otro lado, para conocer los efectos subjetivos de acceder y transitar por espacios de cuidados, donde prima una lógica del trabajo particular, que se vincula con el plano interpersonal, subjetivo e identitario de quienes participan, en el marco de procesos de rehabilitación psicosocial.

Retomando la vinculación entre trabajo y salud mental, se recuperan los aportes de la psicodinámica del trabajo (Dejours, 2013) a fin de leerlos en el marco de la rehabilitación psicosocial. Se parte de postular que las Empresas Sociales en Salud Mental, pueden entenderse como escenarios que habilitan procesos de bienestar subjetivo y fortalecimiento de la identidad, en sintonía

con la posibilidad de inclusión social de quienes participen de las mismas. Desde esta perspectiva, el trabajo pone en marcha procesos subjetivos e intersubjetivos y tiene potencia emancipadora. Así mismo, el trabajo tiene para Dejours (2013) dos aspectos. Primero, lo ubica como una puesta a prueba de la subjetividad y segundo, como una relación social, que se despliega en un mundo desigual. En este escenario, la experiencia que cada persona desarrolla en la actividad laboral que realiza es compleja y puede potenciar o no los procesos de salud-enfermedad-cuidado en salud mental. Atender a las condiciones en las cuales se transita en una Empresa Social en Salud Mental y sus efectos subjetivos e identitarios permite visibilizar la potencialidad de desarrollar dispositivos que tengan como eje el acceso al trabajo para la desarticulación de desigualdades.

Metodología

Se adoptó un diseño de investigación de enfoque cualitativo (De Souza Minayo, 2010) de tipo estudio de caso (Stake, 1998) a fin de realizar una indagación detallada, comprehensiva y en profundidad (Rodríguez Gómez, Gil Flores y García Jiménez, 1996) de la experiencia de participación de las personas en la Empresa Social “Hilando Caminos”. Este enfoque permite captar la complejidad de los procesos sociales desde la pers-

pectiva de los propios participantes (Vasilachis de Gialdino, 2006) lo cual también puede comprenderse como aporte a los procesos de rehabilitación por los cuales las personas transitaban (Ardila, 2011).

La investigación se realizó en la localidad de Trelew (Chubut, Argentina) donde se encuentra “Hilando Caminos”, dispositivo que se constituyó como objeto de interés dada su trayectoria histórica y el desarrollo alcanzado, lo cual cumple con los criterios establecidos por Stake (1998) a la hora de definir un caso de estudio.

Se realizaron 17 entrevistas semi dirigidas a usuarias/os que participaron o participaban del dispositivo y otras a referentes claves. La muestra fue no probabilística intencional y se definió como criterios de inclusión: ser mayor de 18 años; haber participado de la Empresa Social por más de tres meses; haber transitado o transitar por un dispositivo más de la Red Asistencial Socio Sanitaria; contar con un representante legal en caso de que se le haya asignado uno para que pueda acompañar la firma del consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: encontrarse transitando alguna crisis al momento de la evaluación, entendiendo por “crisis” descompensaciones clínicas del padecimiento; no acceder a prestar consentimiento informado para la investigación.

El trabajo de campo se realizó durante el año 2016. Se trabajó con fuentes secundarias tales como documentos institucionales, noticias y otros recursos audiovisuales disponibles sobre la Empresa Social. Se realizó un análisis temático de la información obtenida que se estructuró a través de las categorías analíticas definidas en el marco de los objetivos de la investigación y, en función del enfoque cualitativo adoptado, se consideraron categorías emergentes.

El proyecto fue evaluado por un comité de ética a fin de garantizar el respeto por los derechos estipulados en la normativa nacional para las investigaciones en salud que involucran a sujetos humanos. Cada persona entrevistada firmó un consentimiento informado donde se explicitaron las condiciones de la investigación, financiamiento y alcances.

Resultados

Presentamos a continuación un recorte de los hallazgos de la investigación en tres dimensiones que consideramos son aportes para comprender la potencialidad que tienen las Empresas Sociales en Salud Mental como dispositivos de inclusión socio-laboral de personas con problemáticas de salud mental: 1) El proceso de salud-enfermedad-cuidado en salud mental

como orientador de las prácticas; 2) La inclusión socio-laboral como puesta en acto del derecho al trabajo; 3) La dinámica del reconocimiento como resorte para el fortalecimiento de la identidad.

En primer lugar, a partir de comprender que la salud mental no es una cuestión estática, sino parte de un proceso en el que intervienen diferentes componentes, es que podemos afirmar que el ejercicio de la salud mental se vincula también con la posibilidad de ejercer los Derechos Humanos en condiciones dignas. Comprender la salud mental desde una perspectiva procesual, permite salir de las miradas médico hegemónicas que reifican los diagnósticos y dar lugar a la subjetividad y los procesos singulares de las personas que transitan el dispositivo. Las personas entrevistadas, narran sus historias dejando de lado los diagnósticos que el sistema de salud les dió y ubican en el inicio de sus participaciones en el Empresa Social una serie de transformaciones de sus procesos de salud-enfermedad-cuidado tales como modificaciones en los tratamientos recibidos (por ejemplo, disminución de la medicación), cambios subjetivos, mejoras en el estado del ánimo y construcción (con sus pares y nuevas personas que conocen) y reconstrucción de lazos sociales (con sus familias, principalmente) En palabras de una de las personas entrevistadas:

Mi casa no está solo llena de lana, sino de cuadernos, colores. Mi vida cambió un 100%. Y todo por “Hilando Caminos”. Este rumbo que hoy tengo no hubiese si no hubiese estado “Hilando Caminos” (...) Me reencontré con mi familia. (Emprendedora 14)

En “Hilando Caminos”, en función de la concepción sobre la salud mental y sobre el trabajo que se comparte y que rige sus prácticas, se respetan los tiempos subjetivos, las elecciones personales y se trabaja acompañando grados crecientes de autonomía. Así lo expresa una de las emprendedoras:

Vos podés decir “hoy me siento mal” y nadie te va a decir “no te podés sentir mal! Si te sentís mal, vamos a tratar de hacer algo y te vas a sentir mejor” Tampoco insistir en que te tenés que sentir bien. O que tenés que estar bien “si hoy te sentís mal, todos tenemos día y a veces pasa”. (Emprendedora 4)

Esto se percibe por las personas que participan del dispositivo quienes se sienten escuchadas, respetadas y acompañadas. En este sentido, se identificó que existía en el equipo una disposición a cuidar privilegiando la dimensión vincular/afectiva, alejándose de intervenciones asistencialistas que suelen estar presentes en el resto de los dispositivos del sistema de salud. En pala-

bras de una de las personas entrevistadas:

Contener en el sentido en que le subimos el ánimo, escuchamos su problema, la aconsejamos. Pero principalmente la escuchamos. (Emprendedora 11)

En segundo lugar, la participación en “Hilando Caminos” como espacio para la rehabilitación psicosocial permite el despliegue de procesos individuales y colectivos caracterizados por una creciente formación, capacitación e inclusión socio-laboral que respeta los tiempos subjetivos. El aprender-haciendo es reconocido como una condición de posibilidad para los aprendizajes singulares y progresivos.

Si bien las experiencias previas en relación al acceso al trabajo son diversas, la mayoría de las personas emprendedoras ubican que haber participado de la Empresa Social les abrió diferentes oportunidades, entre ellas: haber retomado estudios por fuera la misma, poner en marcha emprendimientos personales, acceder a nuevas posibilidades laborales y, lo cual es característico del dispositivo estudiado, que personas que ingresaron como emprendedoras haya podido asumir el rol de capacitadoras del grupo. La experiencia de participación en la Empresa Social ha permitido una ruptura con la

situaciones de exclusión social previas. En este sentido, una de las emprendedoras mencionó que:

Estar en “Hilando Caminos” ayuda ir abriéndote camino y hacer lo que por ahí te quedó pendiente. Por ejemplo, a mi estudiar me había quedado pendiente. El taller ayuda muchísimo. (Emprendedora 3)

Por otro lado, el pasaje de ser una persona emprendedora a ser capacitadora a partir de una experiencia particular, tanto de capacitación como de reconocimiento y autorreconocimiento, es un ejemplo concreto de la potencia emancipadora del trabajo que se realiza en la Empresa Social.

En este sentido, la naturaleza de la Empresa Social “y la fuerza en la que se nutre la identidad de grupo están destinadas a producir el bienestar de las personas, a crear justicia social” (De Leonardis, Mauri y Rotelli, 1995, p.50). Como consecuencia, también posibilita la reparación de redes de intercambio sociales como parte de los procesos de rehabilitación psicosocial que se acompañan en el cotidiano del trabajo.

En tercer lugar, se identifican los efectos de una dinámica de reconocimiento, en el sentido que Dejours (2013) le da, que permite que los/las emprendedores/as reconozcan cambios en la propia identidad a partir

del proceso intersubjetivo que se pone en marcha en espacios laborales como “Hilando Caminos”.

Progresivamente las personas, en función de sus intereses y deseos, y de la formación que van recibiendo adquieren mayor responsabilidad y autonomía para la realización de sus tareas. Esto va acompañado de una creciente percepción de la utilidad del trabajo que hacen y de la valoración que se realiza de sus productos en el marco de los espacios socio productivos por los que circulan. De esta manera, lo expresan quienes participaron de las entrevistas:

Es importante sentirse útil y sentirse necesitado. Porque si vos no te sentís ni útil, ni necesitado decís “¿Para qué sirvo, quién me necesita?”. (Emprendedora 11)

El trabajo es parte de la vida. Es algo tan importante poder trabajar. (Emprendedora 4)

Ambos aspectos, dan cuenta de lo que Dejour (2013) denomina como juicio de valor y juicio de belleza, y forman parte de la dinámica de reconocimiento que hace que las personas dejen de autoperibirse meramente como usuarias/os de salud mental a auto-reconocerse como artesanas/os.

Esta segunda etapa de la dinámica de reconocimiento es acompañada por grados crecientes de autonomía.

Empecé a trabajar acá y a salir adelante, me compré mi ropa, mis zapatillas. Ahora estoy en un departamentoito, para estar más tranquilo. (Emprendedor 2)

En este proceso, las asambleas que forman parte de la lógica de trabajo de “Hilando Caminos” funcionan como espacios de deliberación que ponen en juego el juicio de belleza propuesto por Dejours (2013) al posibilitar un reconocimiento entre pares del trabajo y de la posibilidad de toma de decisiones.

Es de destacar que “Hilando Caminos”, a partir de su trabajo intersectorial, mantiene vínculos estables de colaboración con el municipio, las ferias de artesanías/os de la localidad y localidades vecinas y otros organismos del estado, que da lugar a que las/los emprendedoras formen parte del entramado socio-productivo de la zona. Al respecto, dice una emprendedora:

Nosotros en este momento estamos a la altura de cualquier artesano. Y hacemos hasta más cosas. Ese es un orgullo que tenemos, hacemos cosas cada vez más lindas. (Emprendedora 14)

Las ferias se presentan como escenarios sociales donde existe un reconocimiento de otras/os artesanías/os de lo producido en “Hilando Caminos” en condiciones de horizontalidad por lo cual puede leerse el efecto que el juicio de utilidad propuesto por Dejours (2013) también imprime subjetivamente en cada participante de la Empresa Social.

Discusión

La experiencia de la Empresa Social “Hilando Caminos” muestra la potencia de los dispositivos que se sitúan en la interfaz entre la SMC y la ESS. Se trata de un espacio que favorece la reparación de redes sociales (Sena, 2017) y la circulación de personas y bienes en ámbitos que previamente resultaban excluyentes (De Leonardis, Mauri y Rotelli, 1995), habilitando vínculos de confianza, reconocimiento y pertenencia (Dejours, 2013; Sena, 2017). Esto puede explicar el hecho de que “el trabajo no es un campo para ampliar la oferta de los servicios. Es un timón para transformar los mismos servicios o, si se prefiere, para transformar el estatuto de las relaciones entre operadores y usuarios” (De Leonardis, Mauri y Rotelli, 1995, p.34).

La reparación de lazos familiares, como también la posibilidad de creación de nuevos lazos sociales, es un

resorte también de las transformaciones del PSEC que relatan las personas que participan de “Hilando Caminos”. La rehabilitación psicosocial no se reduce a su dimensión individual sino que se expande al hábitat de cada emprendedor/a fortaleciendo y potenciando sus vínculos.

Desde la perspectiva de la Salud Colectiva Latinoamericana, y en particular de los aportes de Breilh (2011), la salud se comprende como un proceso determinado por condiciones históricas, económicas, culturales y ambientales. No se trata de factores aislados, sino de estructuras sociales que producen bienestar o sufrimiento. En este marco, el acceso al trabajo constituye un determinante central de la salud mental (Gotti, 2019), y su potencial transformador se amplifica cuando se organiza desde la lógica solidaria de la ESS.

En sintonía con lo planteado por Dejours (2013), el trabajo no es en sí mismo protector de la salud: puede convertirse en fuente de sufrimiento cuando se desarrolla bajo condiciones de explotación o desvalorización. La experiencia de “Hilando Caminos” evidencia lo contrario: cuando el trabajo se organiza en un entorno solidario y comunitario, respetando los tiempos de cada persona, acompañando procesos formativos y promoviendo vínculos de cuidado, se transforma en un

resorte de inclusión socio-laboral y de fortalecimiento de la subjetividad (Dejour, 2013; Sena, 2017). Esto pone de manifiesto que el trabajo es organizado desde una ética del cuidado y de respeto por la singularidad que diferencia a la Empresa Social de otras propuestas que buscan la normalización de las personas.

En esta línea, “Hilando Caminos” produce sinergias entre el mundo de la producción y el del trabajo, integrando de manera simultánea la formación profesional y la práctica laboral. Esto habilita aprendizajes técnicos y relacionales, a la vez que construye redes de seguridad y cuidado que reducen la vulnerabilidad de sus participantes. La Empresa Social no solo genera bienes con estándares de calidad, sino que también incide en las condiciones beneficiosas de los procesos y en el hábitat social en el que se inserta, combinando recursos comunitarios en clave intersectorial. En este sentido, las empresas sociales no solo constituyen dispositivos de inclusión sociolaboral, sino que también expresan formas alternativas de organización del trabajo y de la producción, propias del campo de la economía social y solidaria, donde la cooperación, la autogestión y la reciprocidad adquieren centralidad en la construcción de vínculos sociales y en la producción de bienestar colectivo. De esta manera, despliega una actividad reparatora tanto de los recursos ambientales como de

las capacidades de las personas (De Leonardis, Mauri y Rotelli, 1995), configurando el trabajo como una práctica significativa y reparadora.

En la interface entre SMC-ESS las ferias de las que se participa desde “Hilando Caminos” se consolidan como espacios fundamentales tanto para la puesta en marcha de procesos subjetivos que dan lugar al fortalecimiento identitario como también para la desarticulación de estigmas a nivel comunitario.

Finalmente, si bien el diseño cualitativo del estudio impide generalizar los resultados, los hallazgos aportan elementos valiosos para enriquecer los marcos conceptuales desde los que pensamos la rehabilitación psicosocial. La intersección SMC-ESS permite repensar la inclusión sociolaboral desde nuevas lógicas que fortalezcan el sostenimiento comunitario de las personas con padecimiento mental, superando los límites del sistema sanitario, “lo colectivo aparece a fin de cuentas como el eslabón principal y el punto sensible de la dinámica intersubjetiva de la identidad en el trabajo” (Dejours, 2013, p.96). En este sentido, la ESS ofrece claves para articular con recursos comunitarios y territoriales, ampliando las posibilidades de inclusión, ciudadanía y cuidado.

Conclusiones

La investigación permitió identificar que la participación en una Empresa Social en Salud Mental aporta tanto a los procesos de salud-enfermedad-cuidado como a la inclusión sociolaboral de personas con problemáticas de salud mental, particularmente cuando estas experiencias se desarrollan de manera sostenida en el territorio.

Estar involucrados en dispositivos situados en la interfaz entre la SMC y la ESS posibilita mejoras subjetivas vinculadas al bienestar y la autonomía, a la vez que amplía y fortalece redes de apoyo social y participación comunitaria. El acceso al trabajo, en las condiciones solidarias y comunitarias que caracterizan a estas experiencias, favorece procesos de construcción y fortalecimiento de la identidad, situando al mismo no solo como un recurso terapéutico, sino como determinante social de la salud mental y dimensión central de la ciudadanía. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de promover políticas públicas orientadas desde enfoques interdisciplinarios e intersectoriales, con foco en el trabajo como herramienta clave de inclusión social y en articulación con recursos comunitarios y territoriales. Esto adquiere especial relevancia en el contexto actual, caracterizado en muchos casos por procesos de debili-

tamiento o discontinuidad de políticas públicas vinculadas a la salud mental y la economía social y solidaria. Si bien se trata de un estudio de caso que no permite generalización estadística, sus resultados son significativos para orientar nuevas investigaciones comparativas y para profundizar en las políticas públicas necesarias a fin de sostener y multiplicar dispositivos semejantes, así como para analizar las condiciones institucionales, técnicas y sociales que permiten la continuidad de estas experiencias en el tiempo. En este sentido, la articulación entre salud mental comunitaria y economía social y solidaria se consolida como un campo fértil para el desarrollo de estrategias de inclusión sociolaboral situadas, capaces de fortalecer redes territoriales y sostener procesos de vida en comunidad, incluso en contextos institucionales y políticos cambiantes.

Referencias bibliográficas

- Ardila, S. (2011). La inclusión de la perspectiva de las y los usuarios/os en los servicios de salud mental. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, XXII.
- Ardila, S., y Galende, E. (2011). El concepto de comunidad en la salud mental comunitaria. *Salud Mental y Comunidad*, (1). <https://doi.org/10.18294/smyc.2011.4957>
- Argentina. (2010). *Ley 26.657. Derecho a la protección de la salud mental*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Breilh, J. (2011). *Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud*. Universidad Andina Simón Bolívar.
- Cardamone, G. y Sisti, E. (1997). Trabajo y rehabilitación psicosocial: Una perspectiva histórica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (17), 663–677.
- Cruz, I. (2005) La salud colectiva y la inclusión social de las personas con discapacidad. *Invest. Educ. Enferm*; 23(1), 92-101.
- Dejours, C. (2013). *Trabajo vivo II: Trabajo y emancipación*. Topia.
- Dejours, C. y Gernet, I. (2014). *Psicopatología del trabajo*. Miño y Dávila.
- De Leonardis, O., Mauri, D., y Rotelli, F. (1995). *La empresa social*. Nueva Visión.
- De Souza Minayo, M. C. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*, 6(3), 251–261.

- Dirección Provincial de Salud Mental Comunitaria (2011). Programa Ocupacional-Laboral [Documento interno no publicado]. Ministerio de Salud, Provincia del Chubut.
- Gotti, A. (2019). *Aportes del trabajo que se realiza en la Empresa Social "Hilando Caminos" de la localidad de Trelew (Chubut) a la inclusión socio-laboral y al proceso salud-enfermedad-cuidado de las y los usuarios/os de salud mental que han participado o participan de la misma desde su propia perspectiva* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Lanús].
- Freytes Frey y Veleda, M. (2018). Proyectos de promoción de cooperativas sociales en la provincia de Chubut: Un trabajo intersectorial en búsqueda de la inclusión sociolaboral de personas en situación de vulnerabilidad. *X Encuentro de Investigadores Latinoamericanos en Cooperativismo*, Universidad de Buenos Aires.
- Freytes Frey, M., & Veleda, M. (2018). Proyectos de promoción de cooperativas sociales en la provincia de Chubut: Un trabajo intersectorial en búsqueda de la inclusión sociolaboral de personas en situación de vulnerabilidad. Ponencia presentada en el X Encuentro de Investigadores Latinoamericanos en Cooperativismo: Las cooperativas como constructoras de inclusión, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Guinea Roca, R. (1997). Rehabilitación psicosocial: Una teoría, una práctica, una ética. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18(65), 151–164.
- Menéndez, E. L. (1983). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención: Caracteres estructurales. *Cuadernos de la Casa Chata*, N° 86, 213-230
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185–207.
- 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.
- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J. y García Jiménez, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Ediciones Aljibe.

- Saraceno, B. M. (2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos: De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. Pax.
- Sena, S.D. (2017). *La economía social y solidaria como un aporte a la salud comunitaria*. Universidad Nacional de Quilmes.
- Stake, R. E. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Morata.
- Stolkiner, A., y Ardila-Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericana. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, XXIII, 57–67.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). La investigación cualitativa. En I. Vasilachis de Gialdino (Coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 23–64). Gedisa.
- World Association for Psychosocial Rehabilitation y Organización Mundial de la Salud (WAPR OMS). (1997). *Rehabilitación psicosocial: Declaración de consenso*. Boletín de la AMRP, (6). <https://www.wapr.org>

Notas

1. Este artículo se desprende de la tesis de maestría “Aportes del trabajo que se realiza en la Empresa Social “Hilando Caminos” de la localidad de Trelew (Chubut) a la inclusión socio-laboral y al proceso salud-enfermedad-cuidado de las y los usuarias/os de Salud Mental que han participado o participan de la misma desde su propia perspectiva”, presentada en el marco de la Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, dirigida por la Dra. Marcela Inés Freytes Frey y co-dirigida por la Lic. Cecilia Ross. Una parte de dicha investigación contó con financiamiento del Programa de Becas de Investigación “Abraam Sonis 2016” del entonces Ministerio de Salud de la Nación Argentina, en el marco de la cual fue evaluada por el Comité de Ética ad hoc de las mismas.

2. Entre ellos, el Hospital del cual depende la Empresa Social; Ministerio de Salud de la Provincia del Chubut; Ministerio de Desarrollo Social de la Nación; Ministerio de Trabajo de la Nación; Subsecretaría de Trabajo de la Provincia del Chubut; CADI – Coordinación de Asistencia Directa a Instituciones; DIPOP – Dirección de Prácticas en Oficios Populares; Programa de Entrenamiento para el Trabajo en el Sector Privado; Programa Promover la Igualdad de Oportunidades de Empleo; PEI – Promoción del Empleo Independiente; INTI – Instituto Nacional de Tecnología Industrial;

PROLANA – Programa Nacional de Mejoramiento de la Calidad de la Lana; Alibuen Patagonia



Perspectivas y prácticas comunitarias de los Kichwa Otavalo en Ecuador sobre el cuidado de su salud mental

TRUJILLO-MONTALVO, Patricio.

Docente Principal, Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). Investigador del Instituto de Salud Pública y Coordinador del grupo de Investigación Salud Mental Global. PhD en Ciencias Sociales y Master en Antropología Social.

Contacto: pstrujillo@puce.edu.ec
ORCID: 0000-0003-2503-3047

RIVADENEIRA-SUÁREZ, Catalina.

Docente Investigadora, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Ecuador). PhD en Ciencias Sociales y Antropóloga Social de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). Experta en etnografía, migraciones, desplazamiento interno y salud mental.

Contacto: lcrivadeneirafl@flacso.edu.ec
ORCID: 0000-0003-0721-8881

NARVAEZ-COLLAGUAZO, Roberto.

Docente en Universidad UTE y Universidad Andina Simón Bolívar (UASB). Antropólogo y Máster en Derecho Penal. Investigador en antropología de la salud, pluralismo e interculturalidad.

Contacto: roberto.narvaez@ute.edu.ec
ORCID: 0000-0003-4605-105X

Recibido: 14/04/2026 - **Aceptado:** 29/06/2026

Cómo citar: Trujillo-Montalvo, P., Rivadeneira-Suarez, C. y Narvaez-Collaguazo, R. (2026). Perspectivas y prácticas comunitarias de los Kichwa Otavalo en Ecuador sobre el cuidado de su salud mental. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (20), 92-114

Resumen

El presente estudio describe las problemáticas de salud mental de jóvenes Kichwa de la ciudad de Otavalo, Ecuador, desde un enfoque etnográfico, articulando conceptos clásicos de la antropología médica, con interseccionalidad y la perspectiva decolonial. A partir del trabajo de campo que incluyó talleres participativos, entrevistas semiestructuradas, observación participante y análisis documental, se exploran las formas en que esta población comprende, experimenta y gestiona el bienestar y el sufrimiento en un contexto atravesado por dinámicas de globalización, desigualdad social, racismo y tensiones epistemológicas. Los resultados evidencian que los Kichwa de Otavalo conciben la salud mental de manera holística, a través de categorías nativas como *alli yuyaycuna* (buen pensamiento), *alli kawsay* (estar bien) y *sumak kawsay* (vivir bien), las cuales integran dimensiones emocionales, espirituales, comunitarias y territoriales. En contraste, los conceptos biomédicos de enfermedades mentales como depresión, ansiedad o locura son percibidos como imposiciones externas que no logran captar la complejidad de sus experiencias, generando procesos de medicalización que reducen el sufrimiento a trastornos individuales y desatienden sus determinantes sociales y culturales. El estudio muestra que experiencias como la tristeza (*llaqui*)

o la mente muriéndose (*huanuk yuyay*) son entendidas como conceptos nativos, expresiones de ruptura en los vínculos comunitarios, más que como alteraciones exclusivamente biomédicas. Asimismo, se identifica una progresiva marginación de prácticas tradicionales de cuidado como rituales, espiritualidad y uso de plantas sagradas, debido a su deslegitimación dentro de los sistemas institucionales de salud. Sin embargo, estas prácticas continúan siendo fundamentales en la producción de bienestar, particularmente en espacios rituales como el *inti raymi* o fiesta del sol, donde la música, la danza y la participación colectiva operan como mecanismos de sanación emocional y social. Como conclusión, se plantea la necesidad de avanzar hacia enfoques interculturales que reconozcan un proceso de descolonización del campo de la salud mental y permitan construir intervenciones culturalmente pertinentes basadas en un diálogo intercultural entre sistemas de conocimiento.

Palabras clave: salud mental, interculturalidad, etnografía, enfermedad mental, narrativas

Community Perspectives and Practices of Mental Health Care among the Kichwa Otavalo in Ecuador

Abstract

This study analyzes the mental health of Kichwa youth in the city of Otavalo from an ethnographic perspective, articulating classical concepts from medical anthropology with intersectionality and a decolonial approach. Based on fieldwork that included participatory workshops, semi-structured interviews, participant observation, and documentary analysis, the study explores how this population understands, experiences, and manages well-being and suffering within a context shaped by globalization, social inequality, racism, and epistemological tensions. The findings show that the Kichwa of Otavalo conceive mental health in holistic terms, through native categories such as *alli yuyaycuna* (good thinking), *alli kawsay* (being well), and *sumak kawsay* (good living), which integrate emotional, spiritual, communal, and territorial dimensions. In contrast, biomedical concepts of mental illness—such as depression, anxiety, or madness—are perceived as external impositions that fail to capture the complexity of lived experiences. This generates processes of medicalization that reduce suffering to individual disorders while neglecting their social and cultural determinants. The study further demonstrates that experiences such as sadness (*llaqui*) or “the mind dying” (*huañuk yuyay*) are understood as native concepts—expressions of

ruptures in social and communal bonds—rather than as exclusively biomedical conditions. It also identifies a progressive marginalization of traditional care practices, including rituals, spirituality, and the use of sacred plants, due to their delegitimization within institutional health systems. Nevertheless, these practices remain fundamental in the production of well-being, particularly in ritual contexts such as *Inti Raymi* (Festival of the Sun), where music, dance, and collective participation function as mechanisms of emotional and social healing. In conclusion, the study highlights the need to advance intercultural approaches that recognize the importance of decolonizing the field of mental health and that foster culturally relevant interventions grounded in dialogue between different systems of knowledge.

Keywords: mental health, interculturality, ethnography, mental illness, narratives.

Introducción

El abordaje de la salud mental en contextos de los pueblos y nacionalidades requiere una comprensión profunda de los marcos culturales, lingüísticos y comunitarios que configuran sus percepciones en relación con su bienestar psicosocial y emocional. En América

Latina, los modelos biomédicos han tenido dificultades para incorporar de forma efectiva los saberes ancestrales y las formas comunitarias de cuidado (Breilh, 2003). En Ecuador, por ejemplo, a pesar de existir una normativa para la atención, tratamiento y prevención de la salud mental con enfoque intercultural, aún es muy reducida la importancia que se le da y muy poco se ha hecho en relación con la política pública que incluya a los pueblos y nacionalidades indígenas, Afroecuatorianas y Montubias. El caso recopilado en esta investigación sobre un paciente Kichwa, hospitalizado en un centro de salud de la ciudad de Otavalo, tratado como psicótico por los médicos que le atendían, puesto que este intentaba comunicarse en su lengua materna y expresar sus dolencias que no fueron entendidas, es un hecho revelador, una de muchas experiencias que demuestran el poco interés en la comprensión de las dimensiones de la salud mental con enfoque intercultural en los sistemas oficiales.

Los Kichwa Otavalo constituyen uno de los pueblos indígenas más representativos de la región andina del Ecuador. Históricamente reconocidos por su fuerte identidad cultural, su organización comunitaria y dinamismo económico, especialmente vinculado al comercio textil y la movilidad transnacional, desarrollando complejas formas de articulación entre tradición y mo-

dernidad. Su presencia se extiende más allá de su territorio local, configurando redes migratorias y comerciales que se articulan con ciudades de América, Europa y Asia, lo que ha incidido en la transformación de sus prácticas sociales, económicas y culturales. Su vida cotidiana se organiza en torno a la familia ampliada, la comunidad y las formas de reciprocidad, donde principios como la solidaridad, la ayuda mutua y la participación colectiva continúan siendo centrales. Su lengua, el Kichwa, no solo cumple una función comunicativa, sino que estructura formas particulares de pensamiento, emoción y relación con el entorno (Maldonado, 2002).

En este contexto, las prácticas rituales, las festividades y la espiritualidad constituyen dimensiones fundamentales de la reproducción social y cultural. Los Kichwa, conciben la salud mental no como una categoría aislada, sino como parte de un sistema integral de bienestar. Conceptos como *alli yuyaycuna* (buen pensamiento), *alli kawsay* (estar bien) y *sumak kawsay* (alcanzar el vivir bien o el bienestar pleno) reflejan una comprensión holística en la que el equilibrio emocional está intrínsecamente ligado a la armonía con la familia, la comunidad y la naturaleza. Por ejemplo, para jóvenes Kichwa, muchos de ellos con altos niveles de escolaridad y profesionalización en contextos globales, las nociones contemporáneas sobre salud y enfermedad

mental han sido en gran medida introducidas desde una perspectiva colonial por una tradición hegemónica biomédica. Lo que genera tensiones entre los sistemas de salud y conocimiento, en tanto los modelos médicos occidentales tienden a individualizar y patologizar experiencias que, en su cosmovisión, se comprenden de manera relacional y colectiva. En este sentido, el análisis de la salud o bienestar mental entre los Kichwa Otavalo permite problematizar los efectos de la globalización, la medicalización y la colonialidad del saber en contextos indígenas contemporáneos.

Diseño metodológico: etnografía de la experiencia en clave interseccional y decolonial

El presente estudio se inscribe en un diseño cualitativo de carácter etnográfico, específicamente orientado desde la etnografía de la experiencia, enfoque que privilegia la comprensión de las vivencias, significados y prácticas cotidianas a través de las cuales los sujetos configuran su mundo social (Geertz, 1973). Para Kleinman (1998) y Good (1994), la experiencia de la enfermedad no se reduce a una condición biológica, sino que constituye un proceso interpretativo situado, en el que las personas articulan dimensiones emocionales, morales, sociales y culturales. En este sentido, la salud mental es comprendida como una experiencia vivida, narrada

y compartida en contextos específicos. La etnografía de la experiencia permite ir más allá de la interpretación cultural, al centrarse en la dimensión encarnada (*embodied*) del sufrimiento y del bienestar, es decir, en cómo estos se viven, se sienten y se expresan en la vida cotidiana.

Este enfoque se articula con la perspectiva de la interseccionalidad, desarrollada por Kimberlé Crenshaw (1989), la cual permite comprender cómo las experiencias de salud mental de los Kichwa Otavalo, están atravesadas por múltiples ejes de desigualdad, particularmente raza, clase y género que no operan de manera aislada, sino interrelacionada. Así, el sufrimiento psíquico no se entiende únicamente como una experiencia individual, sino como el resultado de posiciones sociales diferenciadas dentro de estructuras históricas de exclusión. Desde la perspectiva de la interseccionalidad, se evidencia que la experiencia del sufrimiento mental está atravesada por múltiples ejes de desigualdad, como la raza, la clase y el género, en interacción con procesos de migración, pérdida territorial y exposición a modelos culturales occidentales (Trujillo y Rivadeneira, 2026). A su vez, el análisis desde la colonialidad del saber permite comprender cómo la biomedicina se posiciona como un sistema hegemónico que invisibiliza y subordina los conocimientos indígenas, reproduciendo

formas de violencia epistémica y racismo institucional. Frente a estas tensiones, los Kichwa desarrollan estrategias de resistencia, revalorización cultural y articulación de saberes, dando lugar a modelos híbridos de cuidado que combinan prácticas biomédicas y tradicionales. Este proceso refleja una agencia activa en la negociación de significados y prácticas de salud mental. La perspectiva de la colonialidad del poder de Aníbal Quijano (2000), permite situar estas experiencias en el marco de relaciones históricas de dominación epistémica. Desde esta mirada, la imposición de categorías biomédicas sobre los sistemas de conocimiento indígenas se comprende como parte de un proceso más amplio de subordinación de saberes, en el cual ciertas formas de entender la salud y la enfermedad son legitimadas, mientras otras son desvalorizadas o invisibilizadas.

El trabajo de campo se desarrolló en la ciudad de Otavalo y la comunidad de Pijal, entre junio de 2022 y julio de 2025, e incluyó la participación de jóvenes Kichwa, líderes comunitarios, personal de salud y actores institucionales del Municipio de Otavalo vinculados a la implementación de políticas interculturales en salud mental. Se priorizaron técnicas etnográficas orientadas a captar las dimensiones vividas y sobre todo las narrativas sobre categorías de salud y enfermedad mental:

- Talleres participativos: Se desarrollaron cuatro espacios comunitarios colectivos de diálogo, dos entre junio y octubre de 2022; y dos complementarios, entre junio y julio del 2025. Los talleres permitieron explorar experiencias, emociones y significados asociados a la salud y enfermedad mental desde las categorías locales o nativas. Fueron desarrollados de forma participativa entre técnicos del Municipio de Otavalo, docentes del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, en marco de su proyecto: “Salud Mental Global”; y dirigentes de la organización indígena de las comunidades Kichwa de Pijal y Otavalo. Los talleres reunieron a 40 personas, entre líderes locales, jóvenes universitarios, agentes tradicionales de salud, profesionales y médicos indígenas que trabajan en los centros de salud de la parroquia Pijal y del cantón Otavalo.
- Entrevistas semiestructuradas en profundidad: realizadas en las comunidades Kichwa de Pijal y Otavalo, cuyo objetivo fue recopilar narrativas sobre relatos de vida y experiencias de sufrimiento, atención y cuidado de la salud y enfermedades mentales. Se realizaron 5 entrevistas, tres centradas en las prácticas de agentes tradi-

cionales de salud (yachaks y parteras) y dos con médicos Kichwas, indígenas que trabajan en los centros de salud públicos localizados en los centros urbanos parroquiales. Los criterios de representatividad y selección se realizaron de forma participativa con la dirigencia comunitaria buscando explorar miradas complementarias sobre las prácticas de atención biomédicas y tradicionales.

- Observación participante: orientada a registrar prácticas cotidianas e interacciones comunitarias sobre el proceso salud-enfermedad. La observación se concentró en centros de salud de las comunidades Kichwa de Pijal, localizadas en la parroquia rural Gonzales Suárez del Cantón Otavalo. Los objetivos se concentraron en observar las formas en que médicos Kichwas interactúan con agentes tradicionales de salud (hombres y mujeres de sabiduría), si existe intercambio de saberes, y si este logra mejorar la práctica para atender salud mental.
- Análisis documental: revisión de políticas, lineamientos institucionales y materiales locales, para contextualizar las experiencias en marcos estructurales más amplios.

El análisis priorizó narrativas y experiencias de los Kichwa articulados a las siguientes categorías analíticas: experiencia vivida de la salud mental (*illness experience*); conceptos nativos (*Alli yuyaycuna*, *Sumak kawsay*) como organizadores de sentidos sobre bienestar y salud; procesos de medicalización y tensiones entre lo biomédico hospitalario y comunitario; intersección de desigualdades (raza, clase, género) en la experiencia del sufrimiento; colonialidad del saber en los sistemas de salud ecuatorianos y; prácticas comunitarias, emocionales y espirituales de cuidado.

Estos enfoques permitieron comprender los conceptos de salud y enfermedad mental no sólo como categorías abstractas o individuales, sino como experiencias profundas de la vida cotidiana y de estructuras sociales.

Resultados: imposición biomédica y resistencia intercultural

El presente estudio se propone comprender, desde los datos obtenidos y sistematizados en los talleres participativos y utilizando conceptos clásicos de la antropología médica, cómo los Kichwa Otavalo, construyen significados en torno a su salud mental (Kleiman, 1988), y cómo narran las experiencias que dan sentido

a sus vidas y prácticas propias (Jackson, 1996). Estas entran en tensión con los discursos biomédicos dominantes, particularmente de salud y enfermedad mental, en dos niveles: a. narrativas sobre salud, enfermedad y medicalización; y b. crítica decolonial a los conceptos biomédicos de salud y enfermedad mental.

a. Narrativas sobre salud, enfermedad y medicalización

Arthur Kleinman (1981), en su clásico texto *Pacientes y Cuidadores en el contexto de la cultura*, plantea que las narrativas de enfermedad son fundamentales para comprender cómo las personas otorgan sentido a sus experiencias de sufrimiento, de dolor y enfermedad.

En el caso de los Kichwa, la introducción de categorías biomédicas ha contribuido a una fractura entre las narrativas tradicionales y los diagnósticos clínicos, lo que evidencia la necesidad de incorporar las perspectivas o experiencias locales en los modelos de atención en salud.

Por ejemplo, los enfoques biomédicos tienden a reducir los problemas de salud mental a trastornos individuales, desatendiendo los contextos sociales, culturales y económicos que configuran el malestar o bienestar.

Otra perspectiva de análisis es la propuesta por Paul Farmer (2004), quien enfatizó que las inequidades estructurales e injusticias sociales, como la pobreza, la exclusión y la violencia, configuran profundamente las experiencias de la salud y enfermedad. El análisis de los determinantes sociales resulta fundamental para comprender la salud mental en contextos indígenas. En el caso de los Kichwa de Otavalo, factores como la migración, la pérdida y despojo territorial, y la exclusión social emergen como determinantes centrales de su bienestar y equilibrio mental. Enfrentar estas desigualdades constituye una condición necesaria para avanzar hacia modelos de salud más equitativos y sostenibles.

El debate en torno a la imposición de categorías biomédicas revela tensiones persistentes entre los modelos médicos occidentales y las prácticas culturales tradicionales.

Para Kleinman (1988), desde una perspectiva de la antropología de la experiencia y Jackson (1996), desde la antropología existencial, estas tensiones permiten comprender cómo se configuran subjetivamente el sufrimiento y el bienestar, así como las formas en que pueden abordarse de manera culturalmente pertinente. Estos enfoques no sólo amplían la comprensión de la salud mental en contextos interculturales, sino que po-

drían aportar como insumos relevantes para el diseño de políticas públicas y programas de intervención que reconozcan y valoren los saberes locales. A continuación, se presenta un cuadro que sistematiza los conceptos biomédicos y nativos sobre salud y enfermedad

mental, trabajados en los talleres participativos: En un mundo donde la salud mental se medicaliza, la propuesta Kichwa reclama volver a escuchar a los espíritus, las plantas y los ancianos, tal como se expone en el siguiente fragmento: Para los Kichwa, enfermedades como la

Tabla 1. Conceptos biomédicos y Kichwas sobre salud y enfermedad mental

Concepto	Términos Kichwa	Definición / Interpretación	Ejemplos / Testimonios
Salud mental	Alli yuyaycuna, Alli kawsay, Sumak kawsay; Ally llullaycunata charina, Cucshilla kana, Tucuycunahuan allicuna	Bienestar integral basado en armonía con la familia, la comunidad y el entorno. Implica empatía, pensamiento sano y convivencia solidaria.	“Se nos hizo difícil porque no hay traducción literal... Coincidimos en estar bien, estar alegres con los que nos rodean... Empatía es vivir bien, si alguien está mal ayudarles y que no sufran.”
Enfermedad mental	Unguy; Yuyay unguycuna; Uma shinga uncuy; Llaqui; Huañuk yuyay; Unguy uma	Alteraciones del pensamiento y del bienestar asociadas a represión emocional y tensiones socioculturales.	“Estamos más cerca de una sociedad no sana... estamos sujetos a la sociedad.” / “Huañuk yuyay = mente muriéndose.”
Depresión	Llaki unguy; Llaki; Llaki kawsay	Estado de tristeza profunda vinculado a la soledad, la falta de comunicación y la ausencia de apoyo social.	“Es un problema de soledad donde no puede comunicar lo que siente...”
Suicidio	Huañu chiric; Huañuna; Ñucapa munai huañuna; Mana ña ashashpa huani	Acto extremo asociado a aislamiento y desesperación, percibido como excepcional en la comunidad.	“En mi comunidad solo hubo un caso... por causas del amor... otro por sentirse muy solo...”

Fuente: Taller participativo, Comunidad de Pijal (2025)

tristeza profunda o la locura no se tratan con pastillas, sino retejiendo conexiones rotas: con el alma, la tierra y la comunidad. Su enfoque desafía a la psiquiatría occidental a ampliar sus paradigmas. Lo espiritual es terapéutico, se usan rituales como el *shunkuchina* que restauran los corazones y las vidas fracturadas o rotas.

La prevención es colectiva, se usa pulseras rojas o pedir permiso a los espíritus (*mingachina*) como actos de conocimiento cultural. La curación no es interdependiente, nadie sana solo; requiere *yachaks*, familia y reciprocidad con la comunidad y la *pachamama*. (Resultados de sistematización de los talleres participativos. Pijal, 2025).

b. Crítica decolonial a los conceptos biomédicos de salud y enfermedad mental

Las narrativas de los Kichwa reflejan una crítica profunda hacia la medicina biomédica, percibida no sólo como un sistema terapéutico, sino como un dispositivo atravesado por relaciones de poder, racismo y colonialidad. Su nivel educativo les permite problematizar tanto la eficacia de la biomedicina como sus supuestos epistemológicos, cuestionando su pretendida universalidad y su limitada capacidad para dialogar con otros sistemas de conocimiento.

Para autores clásicos de la antropología médica, como Kleinman (1981), Menéndez (2003) y Good

Tabla 2. Conceptos nativos versus conceptos biomédicos

Concepto nativo	Concepto biomédico	Tensión o conflicto entre sistemas de salud
Alli yuyaycuna	Salud mental como ausencia de trastornos	Reducción del bienestar a diagnósticos clínicos, ignorando la dimensión colectiva
Llaqui	Depresión como trastorno químico	La tristeza se entiende como desequilibrio social y relacional
Huañuk yuyay	Psicosis / esquizofrenia	Interpretación como ruptura comunitaria, no solo individual
Espiritualidad	Tratamiento farmacológico	Marginación de prácticas comunitarias y espirituales

Fuente: Taller participativo comunidad de Pijal, 2025

Tabla 3. Percepciones y narrativas sobre enfermedades mentales

Categoría	Concepto Kichwa	Descripción etiológica	Manifestaciones	Prácticas terapéuticas	Dimensión sociocultural
Tristeza / Depresión	Llaki Llaki unguy	Duelo no resuelto, experiencias de discriminación y sensación de abandono (wakcha kay). Se vincula a rupturas en los vínculos afectivos y comunitarios.	“Ya no quiere comer ni trabajar”; aislamiento, pérdida de motivación.	Ritualidad, acompañamiento familiar, participación en actividades comunitarias.	El sufrimiento se entiende como resultado de la desconexión social y afectiva.
Pérdida del alma / trauma	Manllarishka	Pérdida del alma tras eventos traumáticos (caídas, accidentes, sustos). Implica una ruptura entre cuerpo y espíritu.	“Se queda mirando al vacío”; desconexión, estado de ausencia o disociación.	Shunguchina: ritual de recuperación del alma (uso de hoz como corte simbólico y ortiga como purificación).	La persona es entendida como una unidad cuerpo-espíritu cuya integridad debe restablecerse.
Daño por energías externas	Aya rikushka	Influencia de miradas, envidias o energías negativas que afectan el equilibrio vital.	Malestar emocional, debilidad, cambios de ánimo o comportamiento.	Uso de pulseras rojas como protección simbólica frente a energías negativas.	El bienestar depende del equilibrio energético en relación con otros y el entorno.
Sanación comunitaria	(Práctica colectiva)	La enfermedad se concibe como ruptura del vínculo social y comunitario.	Aislamiento, pérdida de sentido de pertenencia.	Participación en mingas (trabajo colectivo), rituales y actividades comunitarias.	

Fuente: Taller participativo, Comunidad de Pijal (2025)

(1994) esta crítica puede interpretarse como una forma de resistencia epistémica que reivindica la validez de las prácticas médicas tradicionales y del soporte comunitario como dimensiones centrales del cuidado. En este sentido, la salud mental no se concibe únicamente como un estado individual, sino como un proceso relacional, situado en tramas sociales, espirituales y territoriales.

Los conceptos propios o nativos que se han sistematizado en esta investigación, engloban categorías Kichwas sobre enfermedades mentales, como por ejemplo, *llaki* que tiene un significado similar al de depresión, tristeza profunda o fragilidad del alma. De igual forma otras categorías como *manllarishka* o susto que puede confundirse con ansiedad, así también como el denominado *aya rikushka* o mal de ojo, todas vinculadas a la vulnerabilidad del *aya* o alma frente a fuerzas externas como espíritus y que producen alteraciones o desequilibrios que pueden enfermar, narrativas que son descritas en la siguiente tabla.

Para los Kichwa, síntomas relacionados a la tristeza o ansiedad y a la locura u olvido, no son individuales, sino el producto de un mundo comunitario desequilibrado. Sanar, entonces, es volver a tejer o reconstruir lo que el colonialismo, la migración y la discriminación

han roto: el *ayllu* o la familia, la comunidad como red de vida y el bienestar. Los resultados sistematizados en los talleres participativos evidencian la persistencia de tensiones entre sistemas de conocimiento tanto del biomédico como del tradicional que están presentes pero que no interactúan, por lo que es importante entender la capacidad para reinterpretar, resistir y resignificar los discursos dominantes sobre la salud mental.

En este proceso, la experiencia vivida emerge como un espacio clave donde se articulan sufrimiento, cultura y poder, dado que los participantes, señalan que los conceptos biomédicos sobre salud y enfermedades mentales han sido introducidos desde marcos externos (hospitales, centros de salud, iglesias, cooperación internacional), frecuentemente sin considerar sus propias narrativas, categorías y prácticas culturales. La introducción de estas categorías biomédicas ha contribuido también a la deslegitimación de prácticas tradicionales de cuidado, particularmente aquellas vinculadas a la espiritualidad y la ritualidad comunitaria.

La medicalización, en este sentido, puede invisibilizar los determinantes socio estructurales de la enfermedad, según señala un participante: “la depresión entre jóvenes Kichwa no puede ser comprendida únicamente como un desequilibrio neuroquímico, sino como una

respuesta situada frente a procesos como la migración, la pérdida de tierras y la exposición a modelos culturales externos” (Resultados de sistematización de taller participativo, Otavalo, 2022).

Por otro lado, otro de los temas desarrollados en los talleres se relacionó a la atención centrada en el paciente, entendida desde un enfoque intercultural, lo que implica valorar las prácticas locales y los sistemas de conocimiento propios. En el contexto Kichwa, esto supone reconocer el papel de la espiritualidad, las prácticas comunitarias y las nociones indígenas de bienestar, tal como expone el siguiente fragmento: “la integración de rituales de purificación y consultas con *yachaks* o *shamanes*, *parteras* en los programas de salud mental constituye una alternativa a su marginación bajo criterios de cientificidad occidental (Resultados de sistematización de taller participativo, Otavalo, 2022). En continuidad, estas prácticas, centrales para el bienestar mental en su cosmovisión, suelen ser clasificadas como no científicas o supersticiosas desde los marcos institucionales de salud, por ejemplo según relata un participante:

Los rituales de purificación y las consultas con *yachaks* o sabios espirituales orientados a restablecer el equilibrio emocional y espiritual son frecuentemente desplazados por terapias individuales y tratamientos

farmacológicos que ayudan poco en contextos comunitarios de pobreza y desigualdad. (Resultados de sistematización de taller participativo, Pijal, 2025)

Este sentimiento de imposición genera tensiones significativas, en tanto los modelos biomédicos tienden a medicalizar y patologizar experiencias que, dentro de la cosmovisión Kichwa, poseen significados más amplios, relacionales y comunitarios. Tal como se observa en la tabla siguiente, donde se describen sobre la base de los datos de los talleres participativos, las múltiples barreras que se convierten en desafíos, para la implementación de prácticas de salud mental en ambientes interculturales.

La medicalización, según Nancy Scheper-Hughes (1987), se refiere al proceso mediante el cual problemas sociales, emocionales o culturales son redefinidos como condiciones médicas que requieren intervención profesional. En el caso de los Kichwa, este proceso ha derivado en la reinterpretación de conceptos nativos y de experiencias como la tristeza-depresión (*llaqui*) o la desconexión comunitaria (*huanuk yuyay*) que son interpretados como trastornos individuales, invisibilizando sus dimensiones sociales y culturales, como los señalan participantes de los talleres:

Tabla 4. Barreras entre Salud Mental e Interculturalidad

Aspecto	Descripción / Desafíos según participantes	Fuente / Ejemplos de participantes
Integración de la Salud	Se propone ver la salud de forma integral: no sólo la salud física, sino también la salud mental, emocional, espiritual y comunitaria. Se destaca que, pese a los logros, a menudo se deja de lado el bienestar mental.	Verónica Inuca (Dirección Nacional de Salud Intercultural del Ministerio de Salud Pública)
Barreras Idiomáticas y Culturales	Muchas personas de población kichwa tienen dificultades para expresar sus emociones debido a la falta de vocabulario o traducciones literales. Esto complica el acceso y la comprensión de los servicios de salud mental.	Caso de una mujer post-maternidad; retos para acceder a psicólogos; uso de intérpretes y técnicos en atención primaria.
Choque entre Modelos	Existe un desfase entre los conceptos académicos occidentales de salud mental y la cosmovisión local, donde la salud se entiende de forma holística y en relación con la comunidad, la naturaleza y lo espiritual.	Comentarios sobre el choque entre la academia y la implementación operativa de la interculturalidad en salud.
Diversidad y Empoderamiento	La diversidad cultural implica diferentes percepciones sobre lo que es salud y enfermedad. Se enfatiza la importancia de empoderar a la población para que participe activamente en la toma de decisiones en políticas de salud.	Declaración del Ministerio de Salud en cuanto a la implementación de derechos y cosmovisión intercultural.

Fuente: Taller participativo, Ciudad de Otavalo (2022)

La depresión (*Llaki unguy*) es descrita por los jóvenes Kichwa, por ejemplo, como una condición asociada a la soledad, la falta de comunicación y la ausencia de redes de apoyo. Sin embargo, en el modelo biomédico se reduce frecuentemente a un desequilibrio neuroquímico tratable mediante fármacos. (Resultados de sistematización de taller participativo, Pijal, 2025)

Frente a estos procesos, los Kichwa han desarrollado estrategias de resistencia y adaptación. Por un lado, buscan revalorizar sus categorías nativas como *alli yu-yaycuna* y *sumak kawsay*, pensados como marcos legítimos de comprensión del bienestar. Por el otro, ensayan formas de articulación entre saberes, dando lugar a modelos híbridos de cuidado. Un aspecto particularmente sensible en las narrativas juveniles es el uso de plantas sagradas alucinógenas en contextos rituales y festivos, tal como lo expresaron varios de los participantes: “algunos jóvenes combinan el uso de medicamentos con prácticas espirituales y comunitarias, buscando un equilibrio entre ambos sistemas de conocimiento como de la salud y bienestar interno” (Resultados de sistematización de taller participativo, Otavalo, 2025).

Desde la perspectiva Kichwa, estas prácticas etnomédicas forman parte de un sistema de sanación integral; sin embargo, suelen ser estigmatizadas por discursos

biomédicos hospitalarios y legales que las asocian con el consumo de drogas, lo que limita su transmisión intergeneracional, como conocimientos interculturales válidos y su legitimidad pública. Esto se revela en los siguientes testimonios:

Celebraciones como el *inti raymi* adquieren un papel relevante como espacios de reafirmación cultural, donde se revitalizan prácticas, valores y formas de entender la salud. Las plantas como la *ayahuasca* o el tabaco ritual no son sustancias recreativas, sino medicinas espirituales utilizadas en contextos controlados y guiados por autoridades tradicionales. Un joven Kichwa relató que el uso de *ayahuasca* en un ritual le permitió entender sus emociones y sanar heridas del pasado, evidenciando su función terapéutica desde una lógica cultural propia. (Resultados de sistematización de taller participativo, Otavalo: 2022, 2025)

Algunos jóvenes han sido señalados como consumidores de drogas por participar en rituales culturales, lo que ha derivado en procesos de exclusión y sanción social en la sociedad mestiza y entre las iglesias. (Resultados de sistematización de taller participativo, Otavalo: 2025).

Frente a este escenario, emergen iniciativas comunitarias orientadas a la revalorización de estas prácticas, mediante procesos de educación intercultural y diálogo de saberes, tal como señala uno de los participantes: “en algunas comunidades se organizan talleres y encuentros para explicar el uso ritual de las plantas sagradas y su significado espiritual, promoviendo una comprensión más amplia y respetuosa” (Resultados de sistematización de taller participativo, Otavalo, 2025).

Los resultados de la sistematización de los talleres muestran que los Kichwa no solo cuestionan la eficacia de la biomedicina, sino también sus fundamentos epistemológicos y políticos. Esta crítica se articula en torno a tres dimensiones.

En primer lugar, los participantes identifican prácticas de estigmatización hacia sus saberes y prácticas culturales, particularmente en relación con el uso de plantas sagradas y rituales comunitarios. Estas experiencias reflejan formas de racismo institucional que privilegian el conocimiento biomédico sobre otros sistemas de saber. En segundo término, en coherencia con los resultados, la medicalización aparece como un proceso que transforma experiencias complejas en diagnósticos individuales.

Tal como advierte Farmer (2004), este tipo de reduccionismo invisibiliza los determinantes sociales del sufrimiento y de la enfermedad. El tercer eje central de la discusión es la tensión entre el enfoque individualista de la biomedicina y la centralidad del soporte comunitario en la cosmovisión Kichwa. Mientras los modelos occidentales priorizan la intervención individual (psicoterapia, farmacología), los jóvenes enfatizan la importancia de la familia, la comunidad y los rituales colectivos.

Esta diferencia no es menor: implica concepciones divergentes sobre la naturaleza del sufrimiento y las formas de sanación. Desde una perspectiva interseccional, como la de Kimberlé Crenshaw (1989), afirmamos que las experiencias de salud mental deben analizarse considerando la intersección de múltiples ejes de desigualdad. En el caso de los jóvenes Kichwa, la raza, la clase y el género se entrelazan con procesos de globalización y migración internacional que transforman profundamente la vida comunitaria.

La globalización en regiones de la periferia del capitalismo, como las comunidades Kichwa, emerge como un proceso ambivalente: por un lado, produce desestructuración social y pérdida de referentes culturales; por otro, genera respuestas creativas de resistencia y

adaptación. Las prácticas espirituales, los rituales comunitarios y la revalorización de categorías nativas como *alli yuyaycuna* y *sumak kawsay* funcionan como estrategias para sostener el bienestar en contextos de cambio.

Discusión: prácticas curativas, colonialidad y tensiones en la salud mental Kichwa

a. Acceso y barreras a la salud mental

Uno de los principales temas discutidos fue la dificultad que muchas personas tienen para acceder a servicios de salud mental. Los participantes señalaron que el desconocimiento sobre el rol de los psicólogos y la distancia geográfica son factores clave que impiden que la población busque ayuda. Además, se mencionó que las barreras lingüísticas también juegan un papel crucial, ya que muchas personas no pueden expresarse adecuadamente debido a que su lengua materna es el Kichwa, tal como se expresa en el siguiente enunciado:

Nosotros no vamos al psicólogo porque no sabemos qué hace. Y cuando vamos al centro de salud, no hay nadie que hable Kichwa. La gente tiene miedo de que digan que está loca si va al psicólogo, llegan cuando ya es muy tarde, cuando ya hay un problema muy grave. (Resultados de sistematización de taller participativo, Otavalo, 2022)

La salud mental no se entiende de manera separada de la salud física y espiritual. Para los participantes, el bienestar está vinculado a la armonía con la familia, la comunidad y la naturaleza. Esta visión holística de la salud difiere considerablemente de los enfoques médicos occidentales, lo que plantea desafíos para integrar los servicios de salud tradicionales con los servicios de salud mental. El siguiente comentario ejemplifica lo dicho:

En la comunidad no hablamos de salud mental, pero sabemos cuándo alguien está sufriendo. Le damos consejo, le llevamos al río, le hacemos baño con plantas. Para nosotros, la salud está en el cuerpo, en el alma, en el viento, en la *pachamama*. El bienestar no es estar solo sano físicamente, es estar bien con la familia, con la comunidad, con la tierra. (Resultados de sistematización de taller participativo, Otavalo, 2022)

b. Experiencias comunitarias en salud mental

Los participantes compartieron diversas experiencias sobre cómo las comunidades manejan la salud mental. En muchos casos, las comunidades actúan de manera colectiva para apoyar a las personas en crisis, utilizando recursos locales como los rituales y el acompañamiento emocional. Sin embargo, también se men-

cionó que no todos los cabildos¹ están preparados para manejar situaciones de salud mental, lo que puede generar retrasos en la atención, tal como se expresa:

Una vez una chica se quiso suicidar, pero los del cabildo fuimos a hablarle. Le llevamos al *yachak*, y también al psicólogo, pero con alguien que hablaba Kichwa. Cuando alguien está muy mal, se hace reunión. Le cuidamos entre todos, no se le deja solo. Antes de ir al hospital, vemos si con palabras, con baños, con apoyo, se puede levantar (Resultados de sistematización de taller participativo, Otavalo, 2025).

c. Descolonización del Enfoque en Salud

Un tema recurrente en los talleres fue la necesidad de descolonizar el enfoque en salud. Los participantes señalaron que los conceptos occidentales de enfermedades mentales, como la depresión, locura o los trastornos son ajenos a las creencias de las comunidades y traídos desde afuera, a menudo no se comprenden, por lo que prácticas como saberes ancestrales deben ser valorados.

La medicina tradicional, más cercana, es a menudo relegada, a pesar de seguir como un pilar fundamental para el bienestar de la comunidad:

La salud como la ven los doctores no es como nosotros la sentimos. Las palabras que usan los psicólogos no las entendemos, como depresión o trastorno. Nos dicen que dejemos los remedios naturales, pero eso es lo que ha curado a nuestros abuelos por generaciones. La iglesia a veces nos hace rechazar nuestra medicina, dicen que es brujería. (Resultados de sistematización de taller participativo, Otavalo, 2022)

Varios de los participantes propusieron formas de mejorar la integración de los servicios de salud en las comunidades. Se destacó la importancia de contar con personal capacitado que respete la medicina tradicional y que pueda trabajar de manera intercultural, especialmente en el contexto de la salud mental. También se mencionó la necesidad de un enfoque integral que combine tanto la medicina tradicional como la occidental o biomédica. El siguiente comentario se enfoca en esta cuestión:

Desde el Municipio de Otavalo queremos fortalecer la medicina ancestral, pero hace falta personal capacitado que respete eso. Hemos tratado de articular atención con médicos tradicionales. En algunos casos ha funcionado bien, sobre todo con personas mayores. Nos hemos dado cuenta que, si el terapeuta habla Kichwa y entiende la cultura, los jóvenes se abren más. Aquí en el hospital intentamos integrar espiri-

Tabla 5. Prácticas Comunitarias y Enfoques Tradicionales en Salud Mental

Aspecto / Práctica	Descripción / Enfoque	Ejemplos / Resultados
Intervención Comunitaria	En situaciones de crisis, la comunidad (a través de dirigentes, cabildos y rituales) interviene para apoyar a personas en riesgo, ofreciendo espacios de diálogo, rituales y apoyo social.	Caso de un joven de 14 años con sentimientos de soledad y riesgo de drogadicción, atendido a través de una reunión comunitaria que incluyó orientación de una estudiante de una universidad técnica.
Medicina y Ritualidad Andina	La salud se aborda de manera holística, donde la atención no se separa entre lo físico y lo mental. Se activan rituales tradicionales (por ejemplo, baños rituales, ofrendas, alimentación al difunto) como parte de la intervención.	En casos de suicidio o intentos de autolección, se realizan rituales que incluyen “baños rituales” y acciones de purificación, además de prácticas como dejar comida en el cementerio para brindar consuelo y continuidad al espíritu.
Adaptación de Conceptos y Descolonización	Se plantea la necesidad de repensar conceptos occidentales (como depresión, bienestar y suicidio) a la luz de la cosmovisión kichwa, donde la muerte es vista como una trascendencia y la salud se entiende de manera integral.	Participantes en los talleres destacan la importancia de descolonizar la salud mental, integrando la sabiduría ancestral, el uso de la música, el contacto con la naturaleza y la medicina tradicional para promover un enfoque de salud más completo y empático.
Apoyo Intersectorial y Multidisciplinario	Se promueve la articulación entre diversos entes: salud, educación, discapacidad, y proyectos sociales municipales que integren la medicina tradicional con la atención psicológica occidental.	Proyectos en la municipalidad de Otavalo que incluyen equipos formados por psicólogos Kichwa, fisioterapeutas y trabajadores sociales, que buscan mejorar la comunicación y la atención preventiva en salud, especialmente para poblaciones con diversidad cultural.

Fuente: Taller participativo, Ciudad de Otavalo (2022)

tualidad, sobre todo en la parte de psiquiatría, pero no siempre nos entienden desde Quito. (Resultados de sistematización de taller participativo, Otavalo, 2022)

Los participantes destacaron varias recomendaciones para mejorar la atención en salud mental y para crear un sistema más inclusivo e intercultural que respete y valore las prácticas culturales, así como en la importancia de la contratación de profesionales capacitados en idiomas y costumbres locales.

Queremos que nos escuchen, que no solo se hable de salud desde lo occidental. Hace falta que haya intérpretes y psicólogos que entiendan la cosmovisión Kichwa. La medicina tradicional y la occidental deben caminar juntas. Sería bueno que haya más reuniones como esta, para que nos conozcamos y trabajemos juntos. (Resultados de sistematización de taller participativo, Pijal, 2025)

En el siguiente cuadro se sistematiza, en base a los resultados de los talleres participativos, varias de las prácticas usadas como parte de estrategias y del debate sobre cuidado de la salud mental comunitarias.

Luego de lo desarrollado, podemos observar que en el contexto intercultural Kichwa, emerge la necesidad

de un proceso de descolonización del saber en salud mental, que permita replantear las categorías diagnósticas desde las propias lógicas culturales. Este proceso no implica rechazar completamente la biomedicina, sino cuestionar su pretensión de universalidad y abrir espacios para un diálogo intercultural más equitativo. En términos de Arthur Kleinman (1988), repensar la salud mental supone desplazar el foco desde las categorías clínicas hacia la comprensión de las experiencias vividas (*illness experience*), reconociendo que el sufrimiento se construye en contextos sociales, culturales y morales específicos. Para pensar estas cuestiones, a modo de cierre, se proponen cuatro dimensiones claves:

- 1. Reconstrucción de la experiencia vida:** la salud mental debe comprenderse a partir de las formas en que las personas experimentan, narran y dan sentido a su malestar. Fenómenos como la tristeza, el suicidio o la “enfermedad del pensamiento” no son entidades aisladas, sino expresiones de relaciones sociales, afectivas y territoriales.
- 2. Contextualización cultural del sufrimiento:** los conceptos de salud y enfermedad requieren ser interpretados desde las cosmovisiones locales. En el caso kichwa,

esto implica reconocer un enfoque holístico que integra dimensiones físicas, emocionales, espirituales y comunitarias.

3. Descolonización epistemológica: es necesario cuestionar la hegemonía de las categorías biomédicas y legitimar los saberes ancestrales, las prácticas rituales y las formas propias de comunicación del sufrimiento. Este proceso supone reconocer la pluralidad de sistemas médicos y su validez.

4. Participación comunitaria: las comunidades deben ser actores centrales en la definición de sus propias formas de cuidado. Esto implica generar espacios de diálogo donde se articulen saberes locales e intervenciones institucionales, en clave intercultural.

Conclusiones

Uno de los hallazgos más significativos de este estudio es el papel central de las prácticas rituales en la producción de bienestar mental. En particular, la participación en la principal festividad Kichwa: el *inti raymi* que constituye no solo una celebración cultural, sino un espacio privilegiado de sanación colectiva. Duran-

te esta festividad, la música, la danza y la interacción comunitaria configuran un campo de experiencia en el que los participantes restablecen vínculos sociales, emocionales y espirituales, prácticas pueden entenderse como formas de regulación emocional y reconstrucción de sentidos de la vida.

En este sentido, la salud mental no se concibe como un estado individual, sino como una experiencia relacional que se produce en la interacción con la comunidad y el entorno. Las prácticas rituales evidencian que el bienestar mental, en el contexto Kichwa, está profundamente ligado a la dimensión espiritual y comunitaria. Las danzas, los cantos y los rituales funcionan como dispositivos de limpieza y renovación simbólica, donde el cuerpo y el espíritu se rearticulan. La articulación entre conceptos nativos, etnografía de la experiencia e interseccionalidad permite comprender la salud mental como un proceso relacional, situado y profundamente atravesado por estructuras de poder.

Los Kichwa Otavalo ofrecen una perspectiva profundamente relacional de la salud mental, en la que el bienestar no se concibe como un estado individual, sino como el resultado de vínculos equilibrados entre la persona, la familia, la comunidad y el entorno natural. A través de la etnografía de la experiencia y el

análisis de la vida cotidiana, este estudio ha permitido comprender cómo los conceptos nativos estructuran las narrativas y prácticas de cuidado, así como las formas en que se experimenta y se interpreta el sufrimiento. Categorías como depresión, suicidio o enfermedad mental aparecen como etiquetas externas, inscritas en un modelo biomédico que no logra capturar la complejidad de sus experiencias. Estas categorías tienden a fragmentar el sufrimiento, reduciéndolo a dimensiones individuales y clínicas, mientras que, en su cosmovisión el malestar se comprende en términos de relaciones: conexión o desconexión con la comunidad, la naturaleza y la dimensión espiritual. En este escenario, el interés de los Kichwa por revitalizar la medicina andina representa una oportunidad significativa para reconfigurar los enfoques de salud mental desde una perspectiva más integral. Sin embargo, las tensiones con el sistema biomédico, atravesadas por dinámicas de racismo y colonialidad, evidencian la necesidad de transformar las estructuras institucionales oficiales que regulan la atención en salud.

En última instancia, avanzar hacia un modelo de salud mental intercultural requiere no solo incorporar prácticas tradicionales, sino también reconocer las condiciones estructurales que producen el sufrimiento. Solo a través de este proceso será posible construir

formas de atención que permitan a las comunidades indígenas no solo ser atendidas, sino sanar desde sus propias formas de vida, fortaleciendo su identidad, lenguaje, autonomía y sus vínculos comunitarios.

Referencias bibliográficas

- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167.
- Farmer, P. (2004). An anthropology of structural violence. *Current Anthropology*, 45(3), 305–325. <https://doi.org/10.1086/382250>
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. Basic Books.
- Good, B.J. (1994). *Medicine, rationality and experience: An anthropological perspective*. Cambridge University Press.
- Jackson, M. (1996). *Things as they are: New directions in*

phenomenological anthropology. Indiana University Press.

Kleinman, A. (1981). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.

Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.

Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En E. Lander (Ed.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas* (pp. 201–246). CLACSO.

Maldonado, G. (2002). Pasado y presente de los mindalaes y emigrantes otavales. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, (14), 46–55.

Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185–207.

Scheper-Hughes, N. y Lock, M. (1987). The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6–41.

Notas

1. Cabildo se denomina a la máxima autoridad política dentro de la organización comunitaria indígena Kichwa de los andes del Ecuador, son los encargados de dirimir justicia, conflicto y organizar la vida comunitaria.



Abordaje de crisis de salud mental y coordinación entre niveles de atención desde la perspectiva de profesionales en psicología

DI PERSIA, Nicolás.

Licenciado, profesor y doctorando en Psicología, Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Se desempeña en el ámbito clínico, educacional y docente universitario (FES, UPC). Participó en equipos de investigación (SECyT, UNC) y realizó diversas publicaciones en revistas indexadas. Durante el año 2025, como becario del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, realizó una investigación en el ámbito de salud pública.

Contacto: nicodipersia@gmail.com
ORCID: 0000-0002-9144-463X

Recibido: 13/04/2026 - **Aceptado:** 03/07/2026

Cómo citar: Di Persia, N. (2026). Abordaje de crisis de salud mental y coordinación entre niveles de atención desde la perspectiva de profesionales en psicología. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (20), 115-135

Resumen

Las crisis en salud mental han experimentado un incremento en los últimos años, constituyendo un problema prioritario de salud pública en el que la atención primaria desempeña un papel estratégico para la prevención, el abordaje y la continuidad de los cuidados. El presente estudio tuvo como objetivo explorar las características del abordaje de crisis de salud mental y los procesos de coordinación entre el primer y el segundo nivel de atención desde la perspectiva de profesionales de psicología que se desempeñan en los seis Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la ciudad de Unquillo (Córdoba, Argentina). La metodología fue cualitativa, basada en nueve entrevistas abiertas en profundidad a agentes de salud, orientadas por ejes vinculados al abordaje de situaciones de crisis y conducta suicida. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas desde la teoría fundamentada. Los resultados muestran que las crisis en salud mental son

comprendidas como fenómenos complejos, vinculados a condiciones estructurales de vulneración, desigualdad y precarización de la vida, más que como eventos individuales aislados. Las intervenciones se organizan en torno a estrategias de prevención, seguimiento y acompañamiento comunitario, sostenidas aún en condiciones de precariedad laboral y limitaciones de recursos. Asimismo, emergen importantes dificultades de coordinación con el segundo nivel de atención, especialmente en los procesos de comunicación, referencia y contrarreferencia y en los criterios de abordaje de las crisis, generando discontinuidades en la atención. Estos hallazgos contribuyen a identificar factores organizacionales implicados en la continuidad de los cuidados y ofrece perspectivas sobre la relevancia de fortalecer redes integradas de atención y orientar políticas públicas acordes con el modelo comunitario promovido por la Ley Nacional de Salud Mental.

Palabras clave: salud mental, atención primaria de la salud, accesibilidad a los servicios de salud, investigación cualitativa

Mental health crises approach and coordination between levels of care from the perspective of psychology professionals

Abstract

Mental health crises have increased in recent years, becoming a priority public health issue in which primary care plays a strategic role regarding prevention, management, and continuity of care. This study aimed to explore the characteristics of mental health crisis management and coordination processes between primary and secondary care levels from the perspective of psychologists working in the six primary health care centers (CAPS) in the city of Unquillo (Córdoba, Argentina). The methodology was qualitative based on nine in-depth, open-ended interviews with health professionals, guided by themes related to managing crisis situations and suicidal behavior. The interviews were recorded, transcribed, and analyzed using grounded theory. The results show that mental health crises are understood as complex phenomena linked to structural conditions of vulnerability, inequality, and precarious living conditions, rather than as isolated individual events. Interventions are organized around prevention, follow-up, and community-based support strategies, maintained even amidst precarious working conditions and resource limitations. Furthermore, significant difficulties in coordination with the secondary care level emerge—particularly regarding communication, referral and counter-referral processes, and cri-

sis management criteria—leading to discontinuities in care. These findings help identify organizational factors involved in the continuity of care and offer insights into the importance of strengthening integrated care networks and aligning public policies with the community-based model promoted by the National Mental Health Law.

Keywords: mental health, primary health care, health services accessibility, qualitative research

Introducción

La salud mental constituye un fenómeno multicausal, atravesado por distintos factores (biológicos, psicológicos, socio-culturales, entre otros) e interrelacionados a diversos niveles (individual, comunitario y social) (Argentina, 2010; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). En los últimos años, Argentina ha registrado un incremento sostenido de situaciones de crisis en salud mental relacionadas con consumos problemáticos, situaciones de violencia y problemáticas vinculadas al suicidio que se han agudizado como efecto de la pandemia y la pospandemia (Colomer, 2024; Di Persia, 2026).

Este escenario ha planteado la importancia de trabajar en la prevención, atención y seguimiento de esta

problemática, tal como lo recomiendan organismos internacionales como la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y agencias estatales y gubernamentales a nivel nacional, provincial y municipal (Ministerio de Salud de la Nación, 2021).

En esta línea, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones ha hecho énfasis en el nivel primario de atención, de acuerdo al marco comunitario, el trabajo interdisciplinario y la articulación entre los distintos niveles del sistema sanitario previsto por la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (Argentina, 2010). En concordancia con esto, se ha enfatizado el fortalecimiento del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema y como espacio privilegiado para la detección temprana, la atención oportuna y el seguimiento longitudinal de personas que requieren de asistencia en salud mental (Ministerio de Salud de la Nación, 2021).

Particularmente en relación con la conducta suicida, la salud pública propone abordajes desarrollados por equipos interdisciplinarios que integren acciones preventivas, asistenciales, de seguimiento y posvencción, priorizando el primer nivel de atención y la construcción de redes territoriales de cuidado (Ministerio de Salud de la Nación, 2021). Durante la última década

se han producido importantes avances normativos mediante leyes, protocolos y recomendaciones orientados a garantizar el abordaje temprano e integral del riesgo suicida, fortalecer las redes de atención y mejorar los sistemas de registro (Ministerio de Salud de la Nación, 2021). Sin embargo, el incremento sostenido de suicidios consumados en distintas jurisdicciones del país, incluida la provincia de Córdoba (Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, 2025), evidencia que aún persisten importantes desafíos para consolidar la implementación efectiva de estas políticas y comprender las condiciones organizacionales que favorecen o limitan su funcionamiento.

Diversas investigaciones internacionales coinciden en señalar que la efectividad de la atención en salud mental depende menos de la disponibilidad aislada de servicios que de la capacidad de los sistemas para garantizar continuidad asistencial y coordinación entre niveles de atención (Echeburúa, 2015; Greenhalgh, 2009; Thornicroft y Tansella, 2013). En América Latina, numerosos estudios muestran que la fragmentación entre atención primaria y atención especializada constituye uno de los principales obstáculos para la continuidad de los cuidados, identificándose problemas recurrentes en la comunicación entre profesionales, ausencia de mecanismos formales de referencia y contrarreferencia,

escaso intercambio de información clínica y diferencias en los criterios de atención (Ase, 2006; Puzzolo et al., 2009; Salvo et al., 2021; Terraza Núñez et al., 2006; Vargas et al., 2016; Vázquez et al., 2009).

Todo esto indica, tal como hace ya más de una década lo señalara la OPS (2010), que la integración efectiva de redes de servicios continúa siendo uno de los principales desafíos de los sistemas sanitarios latinoamericanos.

Específicamente en Argentina, aunque existen investigaciones que analizan la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, los procesos de reforma psiquiátrica y las transformaciones del modelo de atención (Ardila-Gómez et al., 2021; Cohen y Natella, 2013; Stolkiner y Rosales, 2023), son considerablemente menos numerosos los estudios empíricos que exploran cómo se articula efectivamente la atención entre el primer y el segundo nivel frente a situaciones de crisis en salud mental desde la perspectiva de quienes intervienen cotidianamente en los servicios. Esta ausencia resulta particularmente relevante en municipios de pequeña y mediana escala, donde la cercanía territorial no necesariamente se traduce en mejores mecanismos de coordinación.

Como antecedente directo de esta investigación, en el marco de una beca otorgada por el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (Di Persia, 2026), se exploraron las características del abordaje de problemáticas relacionadas al suicidio por parte de profesionales de psicología pertenecientes a equipos de atención primaria de salud de la Municipalidad de Unquillo.

Entre los principales resultados se identificó al suicidio como un fenómeno complejo, situado en condiciones estructurales de vulneración, desigualdad y precarización de la vida, mientras que las intervenciones desarrolladas fueron caracterizadas como estrategias de prevención, seguimiento y posvención destinadas a sostener la accesibilidad y el acompañamiento comunitario.

No obstante, durante el análisis emergió un conjunto de categorías que trascendía el abordaje específico del suicidio y remitía a dificultades más amplias relacionadas con la atención de las crisis de salud mental. En particular, los equipos señalaron limitaciones persistentes para coordinar las intervenciones con el segundo nivel de atención, representado principalmente por el Hospital Provincial Urrutia, institución de referencia para la atención de urgencias, internación y cuidados especializados.

Estas dificultades adquieren especial relevancia considerando que las crisis en salud mental requieren respuestas rápidas, continuidad asistencial y una articulación permanente entre dispositivos sanitarios e instituciones de otros sectores, como educación, desarrollo social, justicia y seguridad (Ministerio de Salud de la Nación, 2021).

La coordinación asistencial se define como la articulación deliberada y sistemática de todos los servicios involucrados en la atención de una persona para garantizar continuidad, coherencia y eficiencia de los cuidados, independientemente del lugar donde estos se presten (OPS, 2010). Cuando dicha articulación alcanza elevados niveles de integración organizacional y clínica se configura un modelo de atención integrada (Puzzolo et al., 2009). Diversos estudios han identificado múltiples factores que dificultan este proceso, entre ellos la sobrecarga laboral, la insuficiencia de tiempos institucionales para la coordinación, la precarización del trabajo en salud, la ausencia de dispositivos formales de comunicación y la escasa confianza entre profesionales pertenecientes a distintos niveles asistenciales (Puzzolo et al., 2009; Vázquez et al., 2009).

En este contexto, el presente estudio constituye un aporte sobre las prácticas concretas de coordinación

entre atención primaria y segundo nivel frente a crisis de salud mental desde la perspectiva de profesionales de psicología que se desempeñan en servicios públicos municipales. Al recuperar la experiencia de los actores directamente involucrados en estos procesos, la investigación contribuye a comprender las condiciones organizacionales que facilitan u obstaculizan la continuidad de cuidados, contribuyendo con conocimiento situado para el fortalecimiento de redes integradas de salud mental en contextos locales y ofreciendo evidencia relevante para el desarrollo de políticas públicas orientadas a consolidar el modelo comunitario impulsado por la Ley Nacional de Salud Mental.

Metodología

El diseño metodológico se basó en la metodología cualitativa, puntualmente en la teoría fundamentada en los datos (Miles et al., 2014; Strauss y Corbin, 1998); ya que durante el proceso de investigación, emergieron conceptos en forma inductiva que luego fueron interrelacionados con el propósito de enriquecer paulatinamente la comprensión del fenómeno objeto de estudio, propiciando una mirada situada “desde adentro” de las prácticas de salud y recuperando la perspectiva de agentes de salud y puntualmente les profesionales de la psicología.

El carácter flexible y abierto de una propuesta con estas características favorece la identificación de aspectos y atributos que podrían ser novedosos y clarificadores del problema de investigación (Creswell y Miller, 2000; Levitt, 2015; Mendizabal, 2006; Vasilachis de Gialdino, 2006).

a. Participantes

La conformación del grupo de participantes fue intencional, consistente en seleccionar psicólogos y agentes de salud miembros de equipos interdisciplinarios del nivel primario de atención de la salud en la ciudad de Unquillo, Córdoba. El total de participantes fue nueve (9), conformado por siete (7) psicólogos (un varón y seis mujeres), una trabajadora social y una agente sanitaria. El contacto inicial fue realizado a través de las autoridades del área de Salud de la Municipalidad de Unquillo. Si bien, la conformación del grupo de participantes no era de psicólogos en su totalidad, en las dos entrevistas de agentes no psicólogos se plantearon igualmente perspectivas que involucraban reflexiones y aportes sobre el papel que cumplen profesionales de psicología, por lo cual, se considera que el conjunto de la muestra refleja fundamentalmente una perspectiva desde profesionales de psicología.

b. Instrumento

Las entrevistas fueron realizadas durante el año 2025 y se basaron en preguntas abiertas orientadas en base a ejes generales del abordaje en los CAPS, puntuando la problemática del suicidio y abordaje de crisis de salud mental. Las mismas fueron grabadas, y posteriormente transcritas y analizadas.

Tanto los procedimientos generales seguidos en los encuentros, así como su información aportada estuvo precedida por la lectura y firma de un consentimiento informado elaborado de acuerdo a los códigos de ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina, también del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, y en consonancia con la Ley de Protección de los Datos Personales 25.326 (Argentina, 2001).

c. Procedimientos

Las entrevistas se desarrollaron en los CAPS de la ciudad de Unquillo donde cada participante se desempeñaba, en sus horarios de trabajo. De esta manera se propició una aproximación territorial e institucional basada en observaciones no participantes en terreno que fueron complementadas con los datos de las entrevistas.

Una vez desgrabada la entrevista, a cada participante le fue enviada la misma con el pedido de realizar señalamientos u observaciones adicionales en caso de considerarlo. Este procedimiento buscaba socializar, construir y confirmar de manera abierta y flexible datos desde la propia perspectiva de los agentes de salud, funcionando como criterio adicional de calidad y de integridad metodológica (Flick, 2004; Levitt et al., 2021; McLeod et al., 2021; Mendizabal, 2006). De ello, solo una participante aportó información adicional.

d. Análisis de datos

El análisis de datos se centró en la recuperación de sentidos y significados aportados por los participantes (Strauss y Corbin, 1998). Nueve entrevistas fueron incluidas en el análisis final, llegando de la siguiente manera al criterio de saturación (Soneira, 2006; Strauss y Corbin, 1998): un primer grupo de categorías fue elaborado en base al análisis de las primeras tres entrevistas. Dichas categorías se ampliaron posteriormente incorporando cuatro entrevistas más (siete en total). El conjunto de categorías no tuvo modificaciones con la incorporación de dos entrevistas adicionales (nueve en total). Por lo tanto, estas últimas entrevistas permitieron establecer la saturación de categorías en base a la cual fue elaborado el análisis final.

Resultados

Tres grandes temáticas o categorías centrales se fueron desplegando desde las primeras entrevistas. La primera, relacionada a aspectos generales del abordaje de salud de los CAPS. La segunda, ligada a las características específicas del abordaje de problemáticas relacionadas al suicidio –el tratamiento en mayor profundidad de estas dos primeras categorías es desarrollado con mayor extensión en otra publicación (Di Persia, 2026)—. Finalmente, la temática referida a la coordinación de la atención de salud mental entre niveles y sus factores asociados.

a. Aspectos generales del abordaje de salud de los CAPS

Alrededor de esta primera agrupación emergieron 3 subcategorías referidas a las características generales del abordaje de los CAPS, a los agentes y niveles de salud articulados con los CAPS, y al impacto de la pandemia en la salud mental en general; que se desarrollan a continuación.

Características generales del abordaje de los CAPS

El abordaje en los CAPS se configura desde una perspectiva territorial, colectiva e intersectorial, don-

de la atención primaria de la salud se posiciona como puerta de entrada al sistema y como sostén comunitario orientado a garantizar accesibilidad a derechos. Se privilegia una lógica que desborda el enfoque individual y “despsicologiza” las intervenciones, promoviendo prácticas situadas en lo comunitario y en estrecha relación con el territorio. El dispositivo de atención es el centro de salud en su conjunto, donde el total de agentes —desde personal administrativo, diversos agentes comunitarios y profesionales— participan de manera integral, bajo el principio de disponibilidad y derecho a la atención. A su vez, se destaca el protagonismo de las tramas comunitarias, la participación activa de la población y el desarrollo de acciones de promoción de la salud mediante estrategias grupales y redes interinstitucionales. No obstante, este modelo convive con tensiones vinculadas a la precarización laboral y al debilitamiento de políticas públicas, lo que impacta en la sostenibilidad de los equipos y dispositivos.

Agentes y niveles de salud articulados con los CAPS

Los CAPS se insertan en una red de articulaciones institucionales que incluyen tanto a otros niveles del sistema de salud como a diversas dependencias estatales y organizaciones del territorio. En particular, el Hospital Provincial Urrutia ocupa un lugar central

como segundo nivel de atención en la continuidad de los abordajes en salud mental, mientras que el Hospital Pediátrico interviene en situaciones de mayor complejidad que requieren internación de menores de edad. Asimismo, ante situaciones de crisis, se articulan acciones con organismos como Defensa Civil, fuerzas de seguridad, instituciones educativas y organizaciones comunitarias. Estas intervenciones son coordinadas y monitoreadas por la Coordinación de Salud Mental en conjunto con la Dirección de Salud municipal, consolidando un entramado institucional que busca dar respuesta integral a las problemáticas.

Impacto de la pandemia en la salud mental en general

La pandemia y las medidas de distanciamiento social produjeron un fuerte deterioro en la salud mental de la población, generando un aumento significativo de la demanda y complejidad de las intervenciones. Las entrevistas dan cuenta de un escenario crítico caracterizado por el incremento del consumo de sustancias, la intensificación de la violencia de género y contra las infancias, el abandono y las dificultades en la continuidad educativa, así como un aumento de problemáticas vinculadas al suicidio. En este contexto, las situaciones de salud mental fueron percibidas como particularmente desbordantes, incluso más complejas que las derivadas

del COVID en sí mismo, evidenciando la magnitud del impacto psicosocial de la pandemia.

b. Características específicas del abordaje de problemáticas relacionadas al suicidio

Alrededor de esta segunda agrupación emergieron tres subcategorías principales. En primer lugar, el incremento de situaciones de crisis por salud mental; en segundo, los factores de riesgo, la vulneración de derechos y algunas características que asumen las subjetividades contemporáneas y, finalmente, una categorización vinculada a las estrategias y acciones específicas para el abordaje de problemáticas ligadas al suicidio.

Incremento de situaciones de crisis por salud mental

Les participantes observan un aumento significativo de situaciones de crisis en salud mental que complejizan su abordaje, prevención y seguimiento, en un contexto marcado por la pospandemia y por una serie de suicidios, especialmente de jóvenes conocidos en la comunidad. Este escenario ha tenido un fuerte impacto tanto en los equipos de salud como en la población, generando una revisión crítica de los marcos teóricos y prácticas de intervención. En este marco, el acompañamiento del Estado municipal y la creación reciente de una Coordinación de Salud Mental resultaron cla-

ves, aunque persisten tensiones vinculadas a la jerarquización del área dentro de la estructura municipal. Asimismo, estas crisis se articulan con un incremento de problemáticas sociales como violencias y consumo de sustancias, profundizando la complejidad de las intervenciones.

Factores de riesgo, vulneración de derechos y subjetividades contemporáneas

Los factores de riesgo asociados al suicidio se vinculan tanto a condiciones estructurales como a características de las subjetividades contemporáneas, destacándose el consumo problemático de sustancias, la precarización de las condiciones de vida y la vulneración de derechos. A su vez, la inmediatez y la impulsividad propias de la época dificultan la anticipación y el abordaje de las crisis, tensionando las capacidades de respuesta del sistema de salud. Desde esta perspectiva, el suicidio no es entendido como una conducta individual sino como un fenómeno social complejo, atravesado por desigualdades en el acceso a recursos básicos y redes de contención. En este sentido, la presencia de instituciones como la escuela o el trabajo opera como factor protector, mientras que su ausencia incrementa la vulnerabilidad. Asimismo, se señalan diferencias de género: los varones presentan mayor prevalencia de

suicidio y menor acceso a espacios donde tramitar la afectividad y ponerla en palabras, mientras que las mujeres, aunque enfrentan barreras específicas —ser con mayor frecuencia víctimas de situaciones de violencia, entre otras— son reconocidas como quienes toman la palabra, se animan a expresar lo que sucede, piden ayuda y tienden a generar redes de apoyo que actúan como protección no sólo de sí mismas, sino de sus familias y su comunidad.

Estrategias y acciones específicas para el abordaje de problemáticas ligadas al suicidio

Las estrategias de abordaje se organizan en torno a la prevención, el seguimiento y la posvención, enmarcadas en un cambio progresivo hacia una mayor visibilización del suicidio como problemática de salud pública. La prevención se basa en la construcción de redes y en la generación de un “fondo común de memoria” comunitario que permite reconocer señales de alerta a partir de la escucha distribuida entre diversos actores, fortalecida por dispositivos de primera escucha y capacitaciones. El seguimiento implica articulaciones con el sistema de salud —especialmente con el Hospital— mediante estrategias flexibles y “trianguladas”, que combinan intervenciones médicas y acompañamientos psicosociales sostenidos en el tiempo. Por su parte, la

posvención se despliega a través de acciones comunitarias e institucionales —como jornadas, intervenciones en escuelas o acompañamientos a familias— orientadas a elaborar los efectos subjetivos de los suicidios, fortalecer redes y promover procesos de resignificación colectiva del malestar.

c. Coordinación de la atención de salud mental entre niveles y sus factores asociados

Dos subcategorías emergieron como centrales en torno a esta temática. Una, referida a las principales dificultades en la articulación con el segundo nivel de atención (Hospital Provincial Urrutia) para el seguimiento de situaciones de crisis en salud mental, y otra a herramientas e instrumentos de seguimiento y articulación ante situaciones de crisis en salud mental que aún falta fortalecer.

Dificultades en la articulación con el segundo nivel de atención (Hospital Provincial Urrutia) para el seguimiento de situaciones de crisis en salud mental

De manera consistente, la vinculación con el Hospital Provincial Urrutia como segundo nivel de atención fue referida como problemática, compleja y cargada de tensiones en relación al abordaje de casos por salud mental. “Siempre venimos manifestando malestar con

cómo se maneja el Hospital con salud mental... todas las cuestiones nos las derivan a nosotros” (C).¹ Se trata de un “problema”, “interferencias” (A) que, a pesar de existir acuerdos verbales, capacitaciones y comunicación en torno a prácticas puntuales, no obstante, persisten dificultades y falencias en la articulación, principalmente ante la derivación de casos en las que se entorpece la posibilidad de un seguimiento. En ocasiones se desconoce si se dan altas o indicaciones de tratamientos, se extravía la comunicación o faltan elementos formales de notificación.

Los CAPS generalmente reciben las demandas en los espacios de primera escucha y se interviene según el requerimiento del caso acorde al primer nivel de atención. Cuando se valora:

(...) riesgo cierto o inminente en relación a la conducta que esa persona está teniendo, se articula un traslado al Hospital, se avisa a la guardia del Hospital, que va a ir tal persona con tal documento el acompañante, entonces hay que buscarlo, hay que lograr que esa persona te dé el documento, que te dé el dato de alguien, calmarlo mientras estamos en el CAPS, tratar de contener ahí (...) ahora estamos intentando manejar psicofármacos en los CAPS porque a veces un sublingual resuelve eso para llegar al Hospital. (A)

En ocasiones, ante una derivación al Hospital, surge interferencia cuando “(...) la guardia clínica... la guardia general no siempre activa a la guardia de Salud Mental... a veces la guardia general recibe... le mete un inyectable, y lo pasa para su casa” (A).

Un hecho puntual fue destacado como un ejemplo claro de estas dificultades: un joven que estuvo 4 días internado, no logró estabilizarse, pidió el alta voluntaria, se fue y a las 5 horas se suicidó. Este hecho ha llamado mucho la atención porque expone las diferencias de criterios entre niveles:

y ahí entramos en una marea de qué hacemos, o les dan de alta en situación de calle, por ejemplo. Entonces a nosotros nos queda, cuando salga de alta, ver a dónde va a dormir. Entramos a hablar con la iglesia, con cualquier persona que lo pueda alojar. (A)

Siguiendo con el mismo ejemplo, la internación se hizo porque un actor de la comunidad tuvo el gesto de acompañarlo y “el Hospital dice que no lo va a retener porque no era su voluntad, pero a las 5 horas se suicida” (B). Entonces, “cuando se los recibe en el Hospital, por lo general quedan internados 1 o 2 días, pero la persona decide hasta cuándo se queda” (B). Entonces, si quedan internados:

(...) es en una cama fría, una camilla, como tienen los centros de salud, de 10 minutos de revisión, y ahí tienen que pasar 4 días. ¿Qué persona quiere estar así? Sin enfermera ni siquiera de salud mental que venga, le dé la medicación y se dé cuenta si la tomó adecuadamente y saber si está teniendo el efecto esperado, además de no estar en una habitación adecuada, sin intimidad. Imaginate pacientes con problemáticas de consumo que no tienen redes ¿cómo hacemos para internarlo? No se lo interna. (B)

Este hecho ha sido recurrente, y con frecuencia ha sucedido que a un paciente que le dan el alta no se le da aviso al CAPS o bien los mecanismos de comunicación no son eficientes. En ocasiones, se utilizan medios informales como el “Whatsapp” (A), que si bien es “fácil y rápido” (A), constituye un medio ineficiente de información porque “hay muchas cosas que no te dicen y que uno no se entera” (A). También ha llegado un usuario al CAPS con un RP (encabezado tradicional que los médicos colocan al inicio de una receta médica) que decía “seguimiento psicología Quebrada Honda” y resulta que cuando se le pregunta por qué requería de psicología, cuenta “me acaban de sacar porque me quise matar” (A), sin que se sepa si tiene recetada medicación, la situación, etc.

Frente a estas situaciones, se han mantenido reuniones con la dirección del Hospital, con la secretaría de Salud Mental, la jefa del servicio, la dirección de Salud de la municipalidad y lo acordado fue que:

todas las situaciones de crisis de Salud Mental que lleguen al Hospital y se internen, sean avisadas a la coordinación de Salud Mental por mail (...) sin embargo, sólo pasa cuando es muy extremo. Por ejemplo, nos han avisado cuando se internaban personas que tienen hijos y esos hijos quedaron solos, entonces hay que ver qué, o cosas así como muy bombas. Pero algo que es cotidiano y es una internación, que para nosotros es súper importante, no te comunican (...) el servicio de Salud Mental no da aviso a los CAPS. (A)

Sin embargo, no sólo no se produce en todos los casos la comunicación pertinente, sino que la situación dista de lo que sería ideal: “tener una articulación previa para preparar la red que va a contener a esa persona (D).

Al respecto, señalaba otro entrevistado, hay equipos que no funcionan como equipos, sino como “sumatoria de gente en un mar de fragmentaciones donde algunos servicios, algunas cosas, funcionan un poco más aceptadas (E). Entonces, frente a este desmembramiento, lo

que prevalece es el “capital vincular” (E), es decir, los vínculos que posibilitan la comunicación, pero por vías informales. Sin embargo, “lamentablemente, la informalidad no construye derechos porque lo que tiene que haber es un mecanismo institucional, no vínculo” (E). En este sentido, se debería apuntar a la construcción integrada de redes, porque “necesariamente tenemos que pensar con otros y articular” (E).

Herramientas e instrumentos de seguimiento y articulación ante situaciones de crisis en salud mental que aún falta fortalecer

Desde la creación de la coordinación en Salud Mental han sido realizadas numerosas capacitaciones, muchas de ellas desde el Ministerio de Salud de la Provincia, en relación al abordaje de situaciones de crisis en salud mental en los CAPS. Se ha compartido el manual mhGAP que permite rápidamente a los agentes de salud, desde el personal “administrativo, maestranza y demás”, identificar acciones a seguir en caso de urgencia (A). Existe también la constante tarea de construir e implementar protocolos que ordenen el accionar intersectorial. Para esto fue convocada, hace 2 años aproximadamente, la OCII (Oficina de coordinación de internaciones judicializadas involuntarias) para que brinde capacitación sobre los marcos legales de la

crisis en salud mental, entendiendo que dichos marcos permitirían establecer criterios entre los actores intervinientes, que son muchos: Policía de la Provincia de Córdoba, Bomberos, Defensa Civil, Seguridad Ciudadana, Hospital Provincial Urrutia, área de Salud de la municipalidad, Secretaría de Gobierno de la municipalidad, jueza de paz y secretaria de Salud Mental de la Provincia. Esto sirvió para “reconocer los factores que intervienen y saber qué hace cada uno” (A). Sin embargo, se estableció sólo “de palabra”, quedando “pendiente de formalizar”, un protocolo de acción ante situaciones de crisis (A).

Desde entonces, cada vez que hay un intento de suicidio, junto a “N, que es quien se ocupa de los operativos de Defensa Civil y ante cualquier situación de crisis en salud mental o intentos de suicidio o suicidio, es el primero que interviene, hace una valoración general y llama a quien deba intervenir” (A); en conjunto con él, se trabaja junto a la coordinación de Salud Mental en base a una ficha con información, que completa N, y que sintetiza el hecho ocurrido, identificando quién intervino y datos personales que permiten la búsqueda de información en los registros e historias clínicas conservadas en legajos en los CAPS. De esta manera, la coordinadora de Salud Mental averigua:

dónde vive esa persona (...) y consulto en la historia clínica si alguien lo atendió, porque si alguien lo atendió posiblemente tenga cierta confianza con esa persona (...) ya sea médico, enfermero, lo que sea, y que esa persona lo puede captar para comenzar otro tratamiento. Esa captación se hace o, por criterio vincular, dígame: persona de confianza dentro del sistema de salud; o por criterio comunitario, dígame: la agente sanitaria conoce a la vecina del chico, entonces vamos con la vecina y la agente a que [la persona] se acerque al centro de salud. (A)

Junto a esta ficha de información de articulación entre la coordinadora de Salud Mental y N de Defensa Civil, también se han implementado “algunas pequeñas palabras técnicas estratégicas que sirven para que esa persona sea recibida” en la guardia de Salud Mental y no llegue sólo a la guardia general (debido a que ésta última es quien determina si activa a la primera o no) (A), ya que “las conductas autolíticas en adolescentes llegan a las guardias y son registradas como cortes o ingesta de medicación. Esos casos no llegan a salud mental. Ese subregistro no te permite ubicar epidemiológicamente lo que está sucediendo” (F). Entonces, por ejemplo, N, en lugar de completar la ficha con la frase “intento de suicidio”, emplea el término “intoxicación” en su lugar, cuando la persona se empastilló (A). De esta manera,

al emplear esa palabra, aumentamos la probabilidad de “un abordaje clínico, que le pasen un suero, (...) y después vean si atiende Salud Mental o no”. Se trata así de “pequeños movimientos, muy finitos, que nos han permitido mejorar el engranaje que implica todo esto y enmarcar el abordaje intersectorial de las crisis en salud mental” (A).

Un instrumento denominado “Formulario de referencia y contrarreferencia” tiene la finalidad de articular entre los niveles de atención en salud y ha sido implementado desde la Dirección de integración sanitaria, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia. En la misma constan: “datos del paciente, si tiene algún cuadro clínico o algún diagnóstico, el motivo de la derivación, la firma y un sello. Y la contrarreferencia que sería quién lo va a recibir, la fecha, hora y la firma nuestra” (C).

Si bien se reconoce la importancia y utilidad de este instrumento, en la práctica resulta que su aplicación “no funciona” (C) de manera general y completa, ya que en ocasiones “hasta el día de hoy nos cuesta que la llenen y tenés que derivarla de nuevo” (C). También “sucede mucho que la persona se siente pateada. Y eso genera mucho enojo. Entonces, ese enojo viene acá [al CAPS de referencia], porque acá es donde viven” (D).

Al respecto, un participante experimentado comentaba que desde hace mucho se viene intentando implementar este formulario, pero que son las propias fallas en el sistema de salud las que provocan que se tenga que volver a empezar una y otra vez sin que se termine de consolidar. Lo que pasa, señalaba, es que “las políticas van cambiando y todas las veces empezamos de nuevo, pero bueno, acá lo estamos haciendo funcionar desde el año pasado” (E).

Este reordenamiento ha implicado revisar las bases mismas de lo que implica la atención en salud, pensada en, primero, “ordenar cómo llega esa persona” (F). En este sentido, la ficha de referencia y contrarreferencia es un instrumento ordenador, de comunicación y articulación que permite formalizar la información y la atención, fortalecer la articulación en red, haciéndola parte integral del sistema y no dependiente de nombres propios, voluntades, o el capital vincular exclusivamente. En este sentido, se expresa una mirada crítica al respecto por parte de los equipos de salud, en la que se reconoce que “la informalidad no construye derechos” (E); “tenemos que formalizar, hacer algo que no dependa de la interpretación de nadie” (A); porque “si queda librado a la voluntad de las personas no sabés cuánto tiempo va a sostenerse; es como una herramienta débil para el territorio porque se iría con la persona” (B).

Discusión

Los resultados, elaborados en base a los lineamientos de teoría fundamentada, permitieron identificar 3 temáticas principales como elementos centrales de la organización de la atención en salud mental desde una perspectiva territorial, comunitaria e intersectorial, en línea con los postulados de la atención primaria de la salud y los enfoques de salud mental comunitaria y que fueron ordenados en base a las siguientes categorías centrales:

- Aspectos generales del abordaje de salud de los CAPS
- Características específicas del abordaje de problemáticas relacionadas al suicidio
- Coordinación de la atención de salud mental entre niveles y sus factores asociados

Las primeras dos temáticas permiten ubicar el dispositivo institucional CAPS por sobre la lógica del profesional individual, dando cuenta de un corrimiento respecto de modelos biomédicos tradicionales, enfatizando la corresponsabilidad, la accesibilidad y el trabajo en red. Sin embargo, esta orientación convive con tensiones estructurales, particularmente la precari-

zación laboral y el debilitamiento de políticas públicas, que impactan en la sostenibilidad de los equipos y en la consolidación de prácticas.

En este marco, la pandemia aparece como un punto de inflexión que intensificó las problemáticas de salud mental y visibilizó la insuficiencia de los dispositivos existentes, al tiempo que impulsó la creación de nuevas instancias de coordinación y respuesta estatal.

El incremento de situaciones de crisis, especialmente ligadas al suicidio, no puede entenderse de manera aislada, sino en articulación con procesos más amplios de vulneración de derechos, precarización de la vida y transformaciones en las subjetividades contemporáneas, caracterizadas por la inmediatez, la impulsividad y la fragilidad de los lazos sociales. Esto refuerza la necesidad de sostener una lectura no individualizante del suicidio, sino situada en tramas sociales complejas.

En relación a la tercer categoría central, de coordinación de la atención de salud mental entre niveles y sus factores asociados, las estrategias desplegadas por los CAPS —centradas en la prevención, el seguimiento y la posvención— evidencian un fuerte anclaje comunitario y una apuesta por la construcción de redes de cuidado. Resulta particularmente relevante la noción de “fondo

común de memoria”, que pone en valor saberes colectivos y circuitos informales de alerta como elementos fundamentales para la detección temprana y la intervención. No obstante, aquí emerge una tensión central: si bien estos dispositivos informales resultan eficaces en la práctica cotidiana, su predominio da cuenta de la fragilidad de los mecanismos institucionales formales.

Esta problemática se vuelve especialmente crítica en la articulación con el segundo nivel de atención. Las dificultades en la comunicación, la falta de protocolos formalizados y las diferencias de criterios clínicos generan discontinuidades en el cuidado, afectando la calidad de la atención y, en algunos casos, produciendo consecuencias graves.

La recurrencia a estrategias informales —como contactos personales o el uso de aplicaciones de mensajería— pone de relieve la importancia del “capital vincular”, pero también sus límites en términos de garantía de derechos. En este sentido, los intentos por implementar herramientas como formularios de referencia y contrarreferencia, protocolos intersectoriales (como mhGAP) y capacitaciones constituyen avances significativos, aunque aún insuficientes frente a las dificultades estructurales del sistema.

Tres aspectos principales fueron los que evidenciaron mayores dificultades de coordinación:

- Comunicación: coexistencia y uso simultáneo de canales formales e informales de intercambio de información.
- Referencia y contrarreferencia: uso irregular de la ficha correspondiente y de procedimientos sistemáticos.
- Criterios de abordaje de situaciones de crisis en salud mental: discrepancias entre los niveles sobre la necesidad o no de internación, activación de dispositivos de guardia y comunicación de las altas, lo que obstaculiza la continuidad del cuidado.

Conclusiones

El estudio pone de manifiesto que los CAPS desempeñan un rol central en el abordaje de la salud mental a partir de estrategias comunitarias, territoriales e intersectoriales que amplían la noción de cuidado. Sin embargo, este potencial se ve tensionado por limitaciones estructurales del sistema de salud, especialmente en la articulación entre niveles de atención y en la falta de institucionalización de mecanismos de coordi-

nación y seguimiento. En Argentina, estas dificultades se profundizaron a partir de los procesos de reforma implementados desde la década de 1990, marcados por políticas de descentralización que trasladaron responsabilidades a gobiernos locales sin una adecuada transferencia de recursos, generando desarticulación organizacional, debilitamiento de la coordinación entre niveles y una lógica de gestión orientada al ajuste fiscal antes que a prioridades sanitarias (Ase, 2006; Stolkiner y Rosales, 2023).

Estas dificultades adquieren especial relevancia considerando que la fragmentación constituye una característica persistente de los sistemas sanitarios latinoamericanos (OPS, 2010; Terraza Núñez et al., 2006). En Argentina, esta situación se expresa mediante problemas de comunicación, deficiencias en los mecanismos de referencia y contrarreferencia, escaso intercambio de información clínica y diferencias en los criterios de intervención entre niveles asistenciales (Ase, 2006; OPS, 2010; Puzzolo et al., 2009).

Diversos estudios (Puzzolo et al., 2009; Vázquez et al., 2009) han identificado múltiples factores que dificultan este proceso, y que también emergieron en las entrevistas realizadas en el presente estudio, tales como: sobrecarga laboral, insuficiencia de tiempos

institucionales para la coordinación, precarización del trabajo en salud, ausencia de dispositivos formales de comunicación y escasa confianza entre profesionales pertenecientes a distintos niveles asistenciales.

En este sentido, resulta fundamental fortalecer las políticas públicas en salud mental, jerarquizar las áreas específicas dentro de las estructuras estatales y avanzar en la formalización de protocolos e instrumentos que garanticen la continuidad del cuidado. De esta manera, sería fundamental trabajar en una coordinación asistencial, siguiendo para esto lineamientos planteados por la OPS (2010), que posibiliten articular sistemáticamente todos los servicios involucrados en la atención de una persona para garantizar continuidad, coherencia y eficiencia de los cuidados, independientemente del lugar donde estos se presten. Cuando dicha articulación alcanza elevados niveles de integración organizacional y clínica se configura un modelo de atención integrada (Puzzolo et al., 2009).

De esta manera, consolidando dispositivos de formación y sensibilización que permitan sostener la detección temprana y la intervención oportuna, el sistema se hará menos dependiente de iniciativas individuales e informales. El trabajo de los CAPS muestra que, aun en condiciones adversas, las intervenciones territoriales y

vinculares pueden tener capacidad preventiva y transformadora, pero también que estas prácticas necesitan respaldo institucional y estatal para consolidarse.

Finalmente, los hallazgos subrayan la importancia de conocer y analizar las herramientas e instrumentos existentes para la coordinación de la atención en salud mental entre niveles y los factores que condicionan su funcionamiento de manera de poder fortalecer la coordinación entre niveles de atención mejorando de esta manera la capacidad de respuesta del sistema.

Referencias Bibliográficas

- Ardila-Gómez, S., Fernández, M., Bertagni, J., Dinolfo, L., Galíndez, L., Prado, M. y Rosales, M. (2021). Calidad de la atención de servicios de internación psiquiátrica en hospitales generales de Argentina, 2018. *SAÚDE DEBATE*, 45,(128), 54-65, DOI: 10.1590/0103-1104202112804
- Argentina (2001). *Ley N° 25.326 de protección de los datos personales*.
- Argentina (2010). *Ley N° 26.657 de Salud Mental*.
- Ase, I. (2006). La Descentralización de Servicios de Salud en Córdoba (Argentina): Entre la Confianza Democrática y el Desencanto Neoliberal. *Salud colectiva*, 2(2), 199-218.
- Cohen, H. y Natella, G. (2013). *Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental*. Lugar Editorial.
- Colomer, J. (2024). *Salud mental. En Córdoba ya hay casi tantas muertes por suicidio como por siniestros viales*. La Voz del Interior. [Consultado el día 11/11/2024] Disponible: <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/en-cordoba-ya-hay-casi-tantas-muertes-por-suicidio-como-por-siniestros-viales/>
- Creswell, J., y Miller, D. (2000). Determining Validity in Qualitative Inquiry. *Theory into practice*; 39(3).
- Di Persia, N. (2026). Abordaje del suicidio en atención primaria. Estudio cualitativo con profesionales en psicología de Unquillo. *Nuestra Ciencia*, 18, 11-22.
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, (33)2, 117-126.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Morata.
- Greenhalgh, T. (2009). WHO/WONCA report – In-

- tegrating Mental Health in Primary Care: A Global Perspective. *London J Prim Care (Abingdon)*; 2(1), 81–82. Doi: 10.1080/17571472.2009.11493254
- Levitt, H. (2015). Qualitative psychotherapy research: The journey so far and future directions. *Psychotherapy*, 52(1), 31–37. <https://doi.org/10.1037/a0037076>
- Levitt, H., McLeod, J., y Stiles, W. (2021). The Conceptualization, Design, and Evaluation of Qualitative Methods in Research on Psychotherapy. En Barkham, M., Lutz, W., y Castonguay, L. (eds.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (pp. 51-86). Wiley.
- McLeod, J., Stiles, W., y Levitt, H. (2021). Qualitative Research: Contributions to Psychotherapy Practice, Theory and Policy. En Barkham, M., Lutz, W., y Castonguay, L. (eds.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (pp. 351-384). Wiley.
- Mendizabal, N. (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En I. Vasila-chis de Gialdino (Coord), *Estrategias de Investigación Cualitativa*. (pp. 65-105). Gedisa.
- Miles, M., Huberman, A. y Saldaña, J. (2014). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook*. Sage.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2021). *Abordaje integral del suicidio en las adolescencias: lineamientos para equipos de salud*. Ministerio de Salud de la Nación; Sociedad Argentina de Pediatría; UNICEF.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de políticas y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. OPS/ OMS.
- Puzzolo, J., Amarilla, D., Colautti, M., Moreno, J., De Paepe, P., Vargas Lorenzo, I. y Vázquez Navarrete, M. (2009). Coordinación de la atención entre niveles y sus factores asociados en dos subredes de la red municipal de salud de la ciudad de Rosario, Argentina. *Revista de Salud Pública, (XXIII)*1, 26-40.
- Salvo, L., Florenzano, R., y Gómez, A. (2021). Evaluación y manejo inicial de las ideas e intentos de suicidio en atención primaria. *Rev Med Chile*, 149, 913-919.

- Soneira, A. (2006). La Teoría Fundamentada en los datos (Grounded Theory) de Glaser y Strauss. En I. Vasilachis de Gialdino (Coord), *Estrategias de Investigación Cualitativa*. (pp. 163-173). Gedisa.
- Stolkiner, A y Rosales, M. (2023). Fundamentos de la Salud Mental Comunitaria. En: Wilner, A. y Torricelli, F. (comps). *Praxis en salud mental. Abordajes y procesos de cuidado*. (pp. 11-32). UNLa.
- Strauss, A. y Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Sage.
- Terraza Núñez, R., Vargas Lorenzo, I., y Vázquez Navarrete, M. (2006). La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*, 20(6), 485-495.
- Thornicroft, G., y Tansella, M. (2013). The balanced care model for global mental health. *Psychological Medicine*, 43(4), 849–863. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001420>
- Vargas, I., Mogollón-Pérez, A. S., De Paepe, P., Ferreira-da-Silva, M. R., Unger, J.-P., y Vázquez, M. L. (2016). Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: A qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *International Journal of Health Planning and Management*, 31(6), 736–748. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv126>
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). La investigación cualitativa. En I. Vasilachis de Gialdino (Coord), *Estrategias de Investigación Cualitativa*. (pp. 23-64). Gedisa.
- Vázquez, M. L., Vargas, I., Unger, J.-P, Mogollón-Pérez, A. Ferreira-da-Silva, M. y De Paepe, P. (2009). Integrated health care networks in Latin America: Toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Publica*; 26(4), 360–7.

Notas

1. De aquí en adelante se hace referencia a cada participante y/o persona mencionada con una letra decidida al azar.

El acompañamiento terapéutico como campo en disputa: producción epistémica, relaciones de poder y salud mental comunitaria en el XXI Congreso Argentino e Iberoamericano

DUIMICH, Yanela.

Psicóloga, Universidad Nacional del Comahue (UNCo). Doctoranda en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Docente área salud mental comunitaria (UNCo). Directora de la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico y coordinadora del Centro de consumos problemáticos, sede Comahue, Universidad de Flores (UFLO). Psicóloga en dispositivos territoriales.

Contacto: yanela_duimich@hotmail.com
ORCID:/0000-0002-8330-1663

Recibido: 13/04/2026 - **Aceptado:** 03/07/2026

Cómo citar: Duimich, Y. (2026). El acompañamiento terapéutico como campo en disputa: producción epistémica, relaciones de poder y salud mental comunitaria en el XXI Congreso Argentino e Iberoamericano. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (20), 136-156

Resumen

El presente artículo analiza el XXI Congreso Argentino e Iberoamericano de Acompañamiento Terapéutico como una escena privilegiada para indagar las tensiones que atraviesan la configuración del campo. Desde un abordaje exploratorio, se examinan las producciones presentadas, identificando la coexistencia de matrices clínicas dominantes y perspectivas emergentes vinculadas a la salud mental comunitaria. Los resultados evidencian el predominio de lenguajes provenientes del psicoanálisis en la organización de las prácticas, así como la persistencia de relaciones de saber que estructuran jerarquías profesionales. Al mismo tiempo, se reconocen movimientos orientados a la construcción de una especificidad disciplinar propia, articulada con enfoques territoriales, intersectoriales y de continuidad de cuidados. En diálogo con la epistemología crítica, estas tensiones son interpretadas como expresiones de disputas políticas en torno a la produc-

ción y legitimación del conocimiento en salud mental. Se sostiene que la consolidación del acompañamiento terapéutico requiere fortalecer la producción de conocimiento científico situado, capaz de superar la mera normativización de la práctica e inscribirse en una perspectiva desde la continuidad de cuidados.

Palabras clave: acompañamiento terapéutico, salud mental comunitaria, producción de conocimiento; epistemología, disputas de poder.

Therapeutic accompaniment as a field in dispute: epistemic production, power relations, and community mental health in the XXI Argentine and Ibero-American Congress

Abstract

This article analyzes the 21st Argentine and Ibero-American Congress on Therapeutic Accompaniment as a privileged setting for exploring the tensions shaping the configuration of the field. Using an exploratory approach, it examines the papers and presentations delivered at the conference, identifying the coexistence of dominant clinical frameworks and emerging perspectives linked to community mental health. The findings reveal the predominance of psychoanalytic languages in the organization of practices,

as well as the persistence of knowledge relations that structure professional hierarchies. At the same time, movements toward the construction of a distinct disciplinary specificity are identified, articulated through territorial, intersectoral, and continuity of care approaches. In dialogue with critical epistemology, these tensions are interpreted as expressions of political disputes surrounding the production and legitimization of knowledge in the field of mental health. The article argues that the consolidation of therapeutic accompaniment requires strengthening the production of situated scientific knowledge capable of moving beyond the mere standardization of practice and grounding itself within a continuity of care perspective.

Keywords: therapeutic accompaniment, community mental health, knowledge production, epistemology; power relations.

Introducción

El XXI Congreso Argentino e Iberoamericano de Acompañamiento Terapéutico, organizado por la Asociación Argentina de Acompañamiento Terapéutico (AATRA) y coorganizado por la Universidad de Flores (UFLO), realizado en la provincia de Neuquén en el mes de noviembre del 2025, constituyó un espacio significativo

para observar las formas actuales de producción de saber en el campo del acompañamiento terapéutico (AT), así como las tensiones que atraviesan su configuración como práctica profesional. Más allá de su carácter académico, el congreso operó como un escenario donde se articularon dimensiones formativas, institucionales y políticas, permitiendo analizar no sólo las prácticas presentadas, sino también las condiciones en las que se disputa el lugar del AT dentro del campo de la salud mental.

El evento se desarrolló en un momento particularmente relevante para la provincia. La apertura del congreso dio lugar a un acto político e institucional de alto impacto: la esperada reglamentación de la Ley Provincial N°3147 de Acompañamiento Terapéutico, sancionada en el año 2018 y hasta ese momento, sin reglamentación. La presencia del ministro de salud provincial en esa instancia otorgó visibilidad estatal a una demanda largamente sostenida por distintos sectores del campo.

A su vez, la escena neuquina presentó una singularidad que vuelve especialmente significativa esta coyuntura: la formación en AT se ofrece, al momento del congreso, únicamente en el ámbito universitario privado. Esta particularidad introduce interrogantes sobre

las brechas entre formación, regulación, acceso y políticas públicas.

En ese marco, el presente trabajo se propone analizar la producción presentada en el congreso atendiendo a tres ejes: a) la producción epistémica del campo; b) las configuraciones del rol del acompañante terapéutico; y c) las tensiones en torno a su autonomía en relación con otros saberes y disciplinas.

El supuesto que orienta esta lectura es que el congreso no solo expone una perspectiva acerca del estado actual del campo, sino que también participa activamente en la delimitación de aquello que resulta decible, legítimo y transmisible como saber sobre el AT.

1. El congreso como acontecimiento académico y político

Leído en perspectiva, el congreso funcionó como dispositivo académico promoviendo un espacio de encuentro entre actores del campo y escenario político. Por un lado, reunió mesas de ponencias, talleres, foros y minicursos que dieron cuenta de la heterogeneidad de prácticas, dispositivos y lenguajes presentes en el AT.

Por el otro, hizo visibles tensiones entre distintos sectores en torno a la profesionalización, la regulación

normativa, la matrícula, las condiciones de trabajo y el lugar institucional del AT. Dichas tensiones se expresaron en debates acerca de la jerarquización profesional, en diferencias respecto de las formas de organización colectiva y en disputas por la representación del campo.

La reglamentación de la ley provincial, ocurrida en simultáneo con el desarrollo del congreso, operó como un hecho condensador: mientras para la mayoría de los sectores se trató de un avance decisivo en el proceso de reconocimiento profesional, para otros reactivó desacuerdos acerca de quiénes representan legítimamente al colectivo, qué modelo de formación resulta deseable y bajo qué marcos teóricos y políticos debe consolidarse el AT.

En esta línea, Maximiliano Peverelli (2025) advierte que, en el campo del AT, los interrogantes que podrían orientar una estrategia integral capaz de articular regulación, formación, legitimación clínica y organización colectiva no logran aún instalarse con claridad en las discusiones del sector.

Las escenas de debate observadas permiten reconocer la vigencia de este señalamiento, tal como sostiene el autor, “lo que se observa es que el eje dominante del reclamo gira en torno a la regulación de la relación con

obras sociales y prepagas, con la esperanza de que una ley logre ordenar pagos, fijar valores prestacionales y evitar arbitrariedades” (Peverelli, 2025, p. 31).

Lejos de constituir un dato aislado, esta centralidad de la demanda regulatoria puede leerse como un indicador de las limitaciones estructurales del campo para avanzar en procesos de profesionalización más amplios que se reducen a la confianza en la ley, en lugar de habilitar acciones estratégicas que integren la regulación, la formación, la legitimidad disciplinar y la organización colectiva. En este sentido, el congreso hizo visible la brecha entre el reconocimiento normativo del AT y su efectiva implementación en los dispositivos de salud mental comunitaria de la provincia. Así, más que resolver estas tensiones, el acontecimiento las condensó y las expuso, permitiendo situar empíricamente uno de los núcleos problemáticos que organiza este artículo: la reglamentación de la ley no resuelve por sí misma las disputas de poder que se expresan en el campo de la salud mental dentro de la provincia.

Las discusiones giran en torno a la definición de la especificidad del AT y su subordinación o autonomía respecto de otros saberes consolidados; las coyunturas institucionales, ligadas a las condiciones de inserción del rol en los dispositivos de salud y a la democratiza-

ción de la voz de los profesionales que integran el equipo interdisciplinario; las salariales, vinculadas a la precarización laboral, la intermediación de obras sociales y prepagas y la fijación de valores prestacionales; y las simbólicas, relativas al reconocimiento social y profesional del AT como práctica legítima dentro del campo de la salud mental.

Este entramado de tensiones permite intuir que el problema no radica únicamente en la ausencia o presencia de marcos normativos, sino en las condiciones históricas, políticas e institucionales que configuran y tensionan los modos concretos de implementación del AT.

2. Consideraciones metodológicas

El presente artículo se inscribe en un enfoque exploratorio y se propone analizar la producción presentada en el XXI Congreso Argentino e Iberoamericano de Acompañamiento Terapéutico como una escena significativa para la lectura de las configuraciones actuales del campo profesional. El corpus de análisis se construyó a partir de dos fuentes principales: el programa general del congreso y el programa correspondiente a una de las jornadas, complementados con notas de campo elaboradas durante la apertura institucional, las

ponencias presenciadas, la participación dentro del comité científico de evaluación de trabajos y las reflexiones posteriores producidas en diálogo con el proyecto de investigación doctoral de la autora. En total, el corpus estuvo compuesto por 90 trabajos o actividades con título identificable, distribuidos en mesas temáticas, mesas libres, talleres, foros, minicursos y presentaciones especiales.

La estrategia analítica consistió en la construcción de categorías interpretativas orientadas a identificar: a) la matriz epistemológica predominante en cada producción; b) el tipo de trabajo presentado, diferenciando relatos de experiencia, estudios de caso, investigaciones y desarrollos teóricos; c) el modo en que se configura el rol de las y los AT en relación con otros actores del campo; y d) el nivel de problematización política del AT en vínculo con la salud mental comunitaria y las políticas de cuidado.

La construcción de estas categorías se apoyó en la tradición de investigación cualitativa comprensiva, entendiendo el análisis como una producción interpretativa de segundo orden orientada a identificar estructuras de relevancia y regularidades presentes en el material analizado, más que a realizar una mera clasificación temática de las producciones (Minayo, 2010).

Tabla 1. Distribución de las producciones presentadas según matriz analítica predominante en el XXI Congreso Argentino e Iberoamericano de Acompañamiento Terapéutico

Categoría	N	%
Matriz clínica psi/psicoanalítica	31	34,4
Politización del padecimiento y salud mental comunitaria	19	21,1
Reflexiones sobre el campo profesional y la formación	14	15,6
Continuidad de cuidados y prácticas comunitarias	11	12,2
Producciones híbridas o de difícil clasificación	9	10,0
Perspectivas técnico-funcionales y rehabilitadoras	6	6,7
Total	90	100

Fuente: elaboración propia a partir del programa científico del XXI Congreso Argentino e Iberoamericano de Acompañamiento Terapéutico y registros de campo de la autora.

En este sentido, las categorías elaboradas no buscan describir exclusivamente los temas abordados por las ponencias, sino aproximarse a las matrices de sentido, las formas de producción de conocimiento y las disputas paradigmáticas que atraviesan el campo del AT.

El análisis se basó en una lectura sistemática de los títulos y descripciones disponibles en el programa, entendidos como unidades de sentido que condensan posicionamientos teóricos, clínicos y políticos. En consecuencia, los resultados deben interpretarse como tendencias exploratorias que permiten aproximarse a

determinadas configuraciones del campo, sin constituir una clasificación exhaustiva de las ponencias ni un análisis en profundidad de sus contenidos.

2.1. Producción epistémica y matrices de inteligibilidad

El análisis de los trabajos presentados permite identificar la coexistencia de diversas formas de producción de saber con predominio de enfoques vinculados al campo clínico de la psicología. En varios títulos se presenta asociado a desarrollos conceptuales de tradi-

ción psicoanalítica, especialmente en torno a categorías como la transferencia, el sujeto, el encuadre y el desamparo, ampliamente desarrolladas por autores como Sigmund Freud y Jacques Lacan.

En términos exploratorios, el relevamiento realizado mostró el predominio de una matriz psicoanalítica, presente en el 34,4% de las producciones analizadas. A cierta distancia, aunque con una presencia significativa, se ubicaron los trabajos que problematizan explícitamente el lugar político del AT en relación con la salud mental, las políticas públicas y la ciudadanía (21,1%). Las reflexiones sobre la identidad profesional, la formación y la construcción del campo representaron el 15,6% del corpus, mientras que las producciones que permiten pensar al AT como estrategia de continuidad de cuidados y como práctica de salud mental comunitaria alcanzaron el 12,2%. Las perspectivas técnico-funcionales y rehabilitadoras constituyeron el 6,7% de los trabajos, y un 10% correspondió a producciones híbridas o de difícil clasificación, lo que podría sugerir la heterogeneidad y superposición de matrices que caracteriza actualmente al campo.

Estos datos no agotan la complejidad de las ponencias, pero permiten advertir una tendencia: las perspectivas clínicas organizan de forma dominante la inteli-

bilidad del campo, mientras que las miradas orientadas a construir una especificidad disciplinar del AT en clave comunitaria aparecen aún como corrientes emergentes. El análisis de los títulos del programa permite identificar la presencia explícita de algunos conceptos asociados a la salud mental comunitaria, principalmente comunidad, continuidad de cuidados, interdisciplina y trabajo en red, con referencias más esporádicas a derechos o ciudadanía. Sin embargo, esta presencia resulta no solo acotada sino también discontinua, y no alcanza a configurar un repertorio conceptual capaz de organizar de manera consistente la producción del campo. En este sentido, “lo” comunitario aparece como un conjunto de enunciados que, aun cuando logra expresarse en experiencias vinculadas al territorio, la ciudadanía, las prácticas colectivas y la inclusión social, encuentra dificultades para constituirse en un principio organizador del campo capaz de disputar la centralidad de los lenguajes clínicos. Esta situación parece remitir menos a las producciones particulares que a las relaciones de saber y poder históricamente sedimentadas en el campo de la salud mental y del propio acompañamiento terapéutico.

Si bien, este análisis permite identificar la presencia de desarrollos que recuperan la perspectiva de la salud mental comunitaria, estos no siempre logran reorga-

nizar de manera consistente las prácticas presentadas ni las categorías desde las cuales se las interpreta. Esta observación resulta especialmente significativa si se considera que la salud mental comunitaria no constituye una corriente emergente, sino un paradigma consolidado en el contexto nacional, tanto en el plano normativo como en el histórico-político. Los procesos de desmanicomialización, la perspectiva de derechos humanos, la construcción de ciudadanía y la construcción de dispositivos territoriales han configurado un marco desde el cual la salud mental se concibe como un proceso social, colectivo y situado. Como señala Bottinelli *et al.*:

(...) las leyes (desde la constitución hasta las leyes específicas de salud mental) son consensos sociales de garantías explícitas a los que se arriba siempre con pujas y disputas. Pero deben ser leídos como base, “pisos” del estatus legal de derechos y deberes. La conquista de estos derechos son el devenir de luchas históricas que costaron vidas. (2022, p.48)

En este sentido, la normativa no solo regula prácticas, sino que condensa disputas históricas en torno a los modos de concebir el padecimiento y sus formas de abordaje.

Otra característica relevante de la producción analizada es el predominio de relatos de experiencia y estudios de caso por sobre investigaciones empíricas sistemáticas. Este dato, sin embargo, no debe ser interpretado en términos de una jerarquía entre formatos de producción de conocimiento. La narración constituye, en el campo del AT, una vía privilegiada de transmisión, en tanto permite dar cuenta de la dimensión situada, relacional y singular de las prácticas. El problema no radica entonces en la centralidad del relato, sino en las condiciones de su elaboración. En numerosos casos, los trabajos presentan experiencias sin desarrollar un proceso de problematización que permita interrogar las categorías implícitas, las posiciones desde las cuales se enuncia o los alcances de lo que se afirma. En estas situaciones, la experiencia corre el riesgo de quedar reducida a una acumulación de casos o a la exposición de trayectorias singulares sin capacidad de producir conocimiento transmisible.

En este sentido, más que oponer narración e investigación sistemática, es necesario pensar los procesos mediante los cuales la experiencia se convierte en saber. Leídos a la luz de los aportes de Leandro Luciani Conde (2019), estos resultados permiten complejizar la interpretación. Más que evidenciar una mera distribución de enfoques, lo que se pone en juego es una tensión

entre distintas matrices de producción de saber que, aun cuando se presentan como críticas del positivismo, no logran necesariamente desplazarse hacia un análisis de las condiciones políticas que organizan el campo. El predominio de narrativas clínicas y relatos de experiencia puede ser leído no solo como una elección metodológica, sino también como efecto de un posicionamiento epistémico que, al tiempo que se distancia del paradigma experimental, no siempre logra construir alternativas sistemáticas en su producción.

Tal como advierte Luciani Conde (2019), “el problema no radica exclusivamente en la adopción o rechazo de determinados marcos epistemológicos, sino en la capacidad de generar prácticas de conocimiento que articulen reflexividad epistémica con análisis político” (p. 34).

Los datos analizados permiten hipotetizar que uno de los desafíos centrales del campo no es solo consolidar su reconocimiento normativo o su legitimidad profesional, sino fortalecer su capacidad de producir categorías, problemas y herramientas analíticas propias que, sin recaer en un retorno acrítico al positivismo, logren superar la mera narrativización de la práctica. Esto implica desarrollar estrategias de investigación que permitan dar cuenta de la especificidad del AT

en los dispositivos de salud mental comunitaria, contribuyendo así a la construcción de una epistemología situada, capaz de intervenir en las disputas por la legitimidad del conocimiento y las formas de autoridad científica en el campo de la salud.

3. Disputas contemporáneas en la configuración del acompañamiento terapéutico

El análisis de las ponencias y de las escenas de debate registradas durante el Congreso permitió reconocer que las controversias allí expresadas exceden las diferencias técnicas o metodológicas. En profundidad, remiten a disputas epistemológicas, éticas y políticas acerca de cómo comprender el AT, cómo explicar la producción social del padecimiento y qué proyecto de salud mental orienta las prácticas del campo. En este sentido, la discusión sobre el AT constituye también una discusión acerca del modelo de cuidado que se pretende consolidar y, en un plano más amplio, sobre las formas de organización social que dicho modelo contribuye a reproducir o transformar.

Desde la perspectiva de la determinación social de la salud, estas controversias no pueden comprenderse como posiciones individuales o desacuerdos disciplinares aislados. Como sostiene Jaime Breilh, los procesos

de salud, enfermedad, atención y cuidado se producen en el marco de relaciones históricas de poder que organizan la reproducción social y configuran las condiciones materiales de existencia (2021). En consecuencia, las tensiones observadas durante el congreso constituyen expresiones particulares de disputas estructurales que atraviesan actualmente el campo de la salud mental.

Esta perspectiva supone desplazar el análisis desde la descripción de desigualdades o de determinantes aislados hacia la comprensión de los procesos históricos que las producen. La inequidad deja entonces de entenderse exclusivamente como una distribución desigual de recursos para ser analizada como el resultado de relaciones de explotación, dominación y subordinación que atraviesan simultáneamente los planos económico, político, cultural, institucional y epistemológico (Brellilh, 2021). Desde esta lectura, las discusiones en torno al AT no se reducen a la regulación profesional ni a la organización de los dispositivos asistenciales, sino que expresan distintas formas de comprender el vínculo entre salud, sociedad y producción de subjetividad.

En este marco, la tensión central identificada en el congreso puede leerse entre perspectivas que orientan sus esfuerzos hacia la ampliación de derechos, la regulación profesional y la reducción de inequidades,

y otras que proponen recuperar la dimensión política del padecimiento interrogando las condiciones estructurales que lo producen. En diálogo con Mark Fisher (2016), esta segunda perspectiva cuestiona los procesos de despolitización característicos del realismo capitalista, mediante los cuales, los problemas socialmente producidos aparecen como responsabilidades individuales. La hipótesis que orienta esta mirada es que la potencia política del AT no reside únicamente en ampliar dispositivos de atención o fortalecer su reconocimiento profesional, sino en su capacidad para disputar los sentidos dominantes de la salud mental e intervenir sobre las condiciones sociales que producen el sufrimiento.

A partir de este marco analítico, el apartado se organiza en tres dimensiones interrelacionadas: las configuraciones del rol y las relaciones de saber; la politización del padecimiento en el marco de la salud mental comunitaria; y las tensiones que atraviesan la construcción del campo profesional.

Lejos de constituir problemas independientes, estas dimensiones representan distintas expresiones de una misma disputa por la configuración del AT y por el proyecto de salud mental que este contribuye a sostener.

3.1. Configuraciones del rol y relaciones de saber

Uno de los aspectos más relevantes que emergen del análisis es la forma en que se configura el rol del AT en relación con otros actores del campo de la salud mental. Como ya se ha señalado, en numerosas presentaciones aparece inscripto dentro de dispositivos organizados a partir de marcos teóricos provenientes del psicoanálisis. Esto se traduce, por ejemplo, en la centralidad otorgada a formatos tales como la “supervisión clínica”, la “clínica entre varios”, “la transferencia” categorías clásicas del psicoanálisis que se erigen para ordenar la práctica como principios organizadores del AT.

Asimismo, se observa que una parte importante de los referentes más visibles del campo proviene de formaciones en psicología, específicamente del psicoanálisis. Esta situación no constituye en sí misma un problema, pero resulta analíticamente significativa en la medida en que incide en la organización de las prácticas, en la jerarquización de ciertos lenguajes y en la manera en que se define aquello que cuenta como saber legítimo sobre el AT. La presencia significativa de estos marcos conceptuales en las ponencias no permite, por sí sola, afirmar una subordinación epistemológica del AT. En efecto, el uso de determinadas categorías no implica necesariamente una dependencia teórica,

en la medida en que estas pueden ser apropiadas, resignificadas o integradas en desarrollos propios. Sin embargo, este dato adquiere otro espesor cuando se lo sitúa en relación con la organización efectiva del campo. La centralidad de profesionales provenientes de la psicología en espacios de formación, supervisión, producción teórica y representación institucional sugiere la persistencia de ciertas asimetrías en la producción y legitimación del saber. En este sentido, el problema no se reduce al lenguaje utilizado, sino a las condiciones desde las cuales es autorizado, transmitido y reconocido como válido.

La pregunta por la autonomía del AT no remite a la exclusión de determinados marcos teóricos, sino a la posibilidad de construir posiciones de enunciación propias, desde las cuales dialogar críticamente con otras tradiciones sin quedar subsumidos a ellas. Esto implica interrogar no sólo qué conceptos se utilizan, sino quiénes los producen, desde qué lugares institucionales y con qué efectos en la organización del campo.

En este contexto, es relevante insistir con las experiencias que exploran alternativas a esta organización, particularmente a través de nociones como la co-visión, el trabajo en red y la construcción de dispositivos horizontales en los equipos interdisciplinarios de salud

mental. Las experiencias presentadas en el congreso desde la co-visión permiten recuperar los aportes de Simonotto *et al.* (2015), en diálogo con Ana María Fernández (2000), como un espacio horizontal entre colegas orientado a la reflexión de la práctica profesional, en el que, desde el reconocimiento de la diferencia y la pluralidad de miradas, busca no solo fortalecer la intervención, sino también producir procesos colectivos e individuales que mitiguen la alienación en la tarea y protejan a quienes trabajan en el campo social. Estos aportes entusiasman a una configuración del campo del AT situada desde la salud mental comunitaria y con autonomía de una perspectiva psicologizante.

La centralidad que adquiere la psicología y particularmente el psicoanálisis en la organización del campo de la salud mental en Argentina no puede leerse únicamente como un problema disciplinar de AT, sino como el resultado de un proceso histórico complejo en el que ciertas tradiciones lograron constituirse como lenguajes privilegiados para nombrar, interpretar y tratar el padecimiento. Tal como reconstruyen Carpintero y Vainer (2014), la conformación del campo de la salud mental en las décadas del 60' y 70' estuvo atravesada por disputas políticas, institucionales y epistemológicas que no solo enfrentaron a la psiquiatría con otras corrientes, sino que también habilitaron la expansión

del psicoanálisis como matriz dominante de inteligibilidad. Este proceso, interrumpido violentamente por la última dictadura militar (24 de marzo de 1976 hasta el 10 de diciembre de 1983) y reconfigurado en la postdictadura, contribuyó a consolidar una lectura del padecimiento centrada en el sujeto, aun cuando coexistiera con experiencias que buscaban inscribir la salud mental en una perspectiva comunitaria, territorial y de derechos (Carpintero y Vainer, 2014). En este sentido, la actual tendencia a identificar la salud mental con el campo “psi” puede entenderse desde una de sus aristas como el efecto de una hegemonía histórica que, al tiempo que produjo herramientas valiosas para la clínica, también tendió a reducir la complejidad de los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado a coordenadas predominantemente individuales, dificultando la plena integración de las dimensiones sociales, materiales y políticas que resultan constitutivas del campo y que nuestra Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones (2013) expone con claridad.

En esta dirección, el análisis de la tendencia a reducir la salud mental al campo de la psicología y a dispositivos centrados en el individuo requiere situarse en el marco de los procesos contemporáneos de producción de la expansión de una subjetividad neoliberal, característica del capitalismo contemporáneo, que reorganiza

las formas de comprender el sufrimiento al privilegiar explicaciones individuales allí donde operan procesos históricos, económicos y políticos de producción de la vida. Desde esta perspectiva, la psicologización del malestar deja de ser únicamente un problema disciplinar para constituirse también en una forma de inteligibilidad que dialoga con las racionalidades del capital y con relaciones de dominación que tienden a despolitizar el padecimiento y a invisibilizar sus determinaciones sociales.

3.2. Politización del padecimiento y salud mental comunitaria

El congreso evidenció también la presencia de discursos que recuperan la perspectiva de la salud mental comunitaria, con la tradición desmanicomializadora que forma parte de la historia de las provincias de Río Negro y Neuquén. Estas perspectivas enfatizan la importancia del territorio, la ciudadanía, la reducción de brechas y la continuidad de cuidados, acentuando la urgencia de que emerjan y se consoliden disciplinas con potencial para intervenir en estos niveles, como lo es el AT en sus competencias e incumbencias.

Sin embargo, la articulación entre estos discursos y las prácticas efectivamente presentadas no siempre

resultó consistente. En varios casos, la apelación a lo comunitario coexistió con marcos de lectura centrados en la singularidad del sujeto, con la delegación de la dimensión colectiva e histórica a otras disciplinas, y la reiteración de narraciones de casos únicos para argumentar la pertinencia “clínica” del AT en trayectorias individuales de inclusión social. Uno de los ejes más narrados en los trabajos presentados lo constituyó la inclusión escolar, sin desconfiar del hecho de que la inclusión en la provincia depende de la presencia cotidiana del AT para garantizar la permanencia dentro de la institución. Esto nos permite preguntarnos qué ocurriría si se volviera audible la demanda de los sectores educativos que advierten sobre la presencia de múltiples adultos en el aula. Esta situación se vincula con trayectorias de inclusión en las que cada niño, niña o adolescente con Certificado Único de Discapacidad (CUD) asiste a la institución escolar junto con su acompañante terapéutico.

Más que interpretar esta demanda como una queja o como un movimiento de cierre por parte de la escuela, resulta productivo leerla como una oportunidad para problematizar las paradojas que surgen de la yuxtaposición entre el paradigma rehabilitador y el paradigma de la convivencia. Interrogar este escenario podría habilitar la pregunta de si un acompañante por cada es-

tudiante no individualiza la resolución de los accesos a la problemática de la persona, en lugar de elaborar las construcciones de los apoyos de forma colectiva y concreta dentro de cada aula.

En el campo de la salud mental conviven paradigmas que orientan de manera diferente la lectura del padecimiento y las estrategias de intervención. Desde una perspectiva normativa, la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N.º 26.657 establece que las prácticas deberían organizarse desde el paradigma de la salud mental comunitaria y el reconocimiento de derechos. Sin embargo, persisten enfoques biomédicos y rehabilitadores que tienden a reducir el padecimiento a la categoría de enfermedad mediante un recorte individual, desatendiendo las dimensiones históricas, sociales y materiales involucradas en los procesos de salud y enfermedad. Esta coexistencia conflictiva se expresa en una tensión histórica dentro de los servicios de atención, donde el modelo biomédico todavía ejerce una fuerte hegemonía a través de respuestas reduccionistas y medicalizantes que colisionan con las propuestas de un modelo integral e interdisciplinario (Bang, 2020). Habilitando a preguntarse en qué medida la dimensión política de la salud mental logra integrarse efectivamente a la configuración del campo o si permanece enunciada como un horizonte normativo sin traducirse

en una reorganización sustantiva de los dispositivos, las prácticas y las categorías de análisis.

En diálogo con Mark Fisher (2016), esta cuestión puede pensarse en relación con los procesos de individualización del malestar que caracterizan al presente de la salud mental en consonancia con una producción social de subjetividad neoliberal, que exceden al AT, pero que lo incluyen en la profundidad de la discusión que aspiramos plantear al preguntarnos por las disputas contemporáneas en el campo de la salud mental. Desde la perspectiva del autor, la dificultad para politizar el padecimiento no remite simplemente a una omisión teórica, sino a una forma planificada de inteligibilidad social en la que las condiciones estructurales tienden a desplazarse en interpretaciones centradas en la persona insistiendo en una privatización del padecimiento, donde el “éxito de la gestión del malestar” imprime cualidades de fortaleza y resiliencia que alardean individualidad y autonomía alejándose del aspiracional de protección del estado frente al riesgo de la vida. Desde esta perspectiva, re-politizar el malestar mental implica volver a interrogar los efectos subjetivos y colectivos que producen las lógicas que organizan las prácticas de cuidado. En el campo del AT, esta operación supone desplazar la mirada desde las dificultades individuales hacia las condiciones sociales, institucionales y políticas

que participan en la producción del padecimiento. En este marco, emergen algunos interrogantes centrales para el campo. ¿El dispositivo "uno a uno" refuerza la centralidad del padecimiento individual o constituye un apoyo sostenido en los procesos de cuidado? ¿Las estrategias de AT promueven la autonomía o reproducen relaciones de tutelaje? ¿El AT se desarrolla predominantemente desde un paradigma rehabilitador o desde una lógica de continuidad de cuidados?

Estas preguntas, en la superficie, cuestionan la técnica; en profundidad, sin embargo, interrogan la ética y la potencia política del AT. Buscan explorar si la producción de salud mental se organiza a partir de formas horizontales de cuidado capaces de restituir derechos y sostener el deseo o si, por el contrario, reproduce relaciones asimétricas que subsume al sujeto a la condición de objeto clínico, reconocido formalmente como titular de derechos, pero sin posibilidades efectivas de ejercerlos.

Siguiendo la propuesta de re-politizar la salud mental, entendemos que no alcanza con enumerar determinantes sociales de la salud como factores que influyen en la enfermedad: el trabajo, los ingresos, el acceso a la educación, etc., la invitación es a analizar los procesos sociales que producen esas condiciones. Jaime Breilh

(2013) da un paso más allá y propone, desde la perspectiva de la determinación social de la salud, situar los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado en relación con las condiciones materiales, históricas y políticas.

La diferencia es importante: no se trata de una lista de factores aislados, sino de procesos estructurales que organizan la vida social. Nos propone comprender la salud a partir de tres niveles interrelacionados: los procesos estructurales, vinculados al modelo económico y a las relaciones de poder; los procesos colectivos, que se expresan en las condiciones de existencia de los grupos sociales; y los procesos singulares, que aparecen en las trayectorias concretas de las personas. Desde esta perspectiva, la enfermedad deja de ser solamente un problema biológico individual y pasa a ser la expresión de cómo una sociedad organiza la experiencia cotidiana, el trabajo y la distribución de los recursos.

Siguiendo esta propuesta analítica, el análisis sobre las posibilidades de inclusión del AT en el sistema de salud neuquino podría organizarse de la siguiente manera: un nivel estructural, que permite observar cómo se organiza el modelo de salud en la provincia y quiénes lo organizan; un proceso colectivo, que lleva a observar por un lado la organización del colectivo del AT y

por el otro, el colectivo de salud mental; y un nivel de los procesos singulares, donde surgen la trayectoria de los acompañados. El uso de esta matriz, o de las matrices disponibles desde las perspectivas críticas permite un análisis estructural de las disputas que atraviesan la implementación del AT que supera análisis parciales o superficiales. Este ejercicio de análisis sujeto a los objetivos de este artículo permite hipotetizar que el campo de la salud mental continúa organizado por relaciones de poder estructurales que, pese a los discursos de horizontalidad e interdisciplinariedad, expresan formas persistentes de hegemonía.

En este marco, sostenemos que correrse de una configuración estrictamente tutelada y afirmar un saber propio, en diálogo con los principios de la salud mental comunitaria, constituye principalmente un movimiento estratégico orientado a disputar las condiciones de producción, reconocimiento y legitimidad del AT.

En este sentido, se vuelve pertinente la advertencia de Leandro Luciani Conde (2019), cuando enuncia que: “toda producción científica se inscribe en una trama política, en tanto implica la construcción hegemónica de una determinada cosmovisión del mundo, sostenida en formas específicas de conocimiento y en racionalidades que responden a intereses históricos concretos” (p.41).

Desde esta perspectiva, la dificultad para politizar el padecimiento en el campo del AT no puede ser leída como una inconsistencia entre discurso y práctica, sino como efecto de matrices de conocimiento que tienden a reproducir formas de comprensión individualizantes y deshistorizadas. La propuesta de descolonizar la salud mental en términos analíticos más que como consigna permite condensar dos movimientos fundamentales: por un lado, la necesidad de producir lecturas que indaguen en las relaciones de poder y dominación que atraviesan las prácticas; por otro, la exigencia de una reflexión crítica sobre la subjetividad moderno-colonial occidental de los propios profesionales que las sostienen. Asimismo, Luciani Conde plantea que:

(...) la insistencia en la crítica al positivismo y al método experimental constituye, en gran medida, una discusión ya saldada en ciertos sectores del campo. El desafío actual no radica tanto en la elección entre marcos epistemológicos, sino en desplazar el foco hacia los fines de la producción de conocimiento: es decir, hacia las formas en que estos saberes contribuyen, o no, a reproducir o transformar las condiciones de desigualdad y las lógicas de dominación presentes en el campo de la salud mental. (2018, p. 37)

Desde esta perspectiva, la politización del padecimiento no se reduce a la incorporación de categorías teóricas, sino que implica una transformación en las formas de producir, validar y poner en circulación el conocimiento, abriendo la posibilidad de prácticas que, como el AT, puedan inscribirse de manera efectiva en proyectos de salud mental comunitaria que busquen impactar en las condiciones materiales en las que se reproduce la vida.

Para concluir, convocamos la idea de “ignorancia planificada” (Breilh, 2013) que explica cómo ciertas formas de producción científica pueden terminar generando ignorancia sobre aspectos fundamentales de la vida social, sin embargo, no es una ignorancia accidental. Muchas veces funciona como una forma de invisibilizar los procesos estructurales que organizan la desigualdad.

Desde esta perspectiva, la estrategia política del AT podría pensarse como la construcción de un campo profesional con capacidad de intervenir críticamente en las disputas contemporáneas de la salud mental.

Más que limitarse a la ampliación de incumbencias o al reconocimiento normativo, ello implica asumir una ética de cuidado orientada a repolitizar el padecimien-

to, disputar las racionalidades que lo individualizan e inscribir la práctica en proyectos de transformación social, en diálogo con la perspectiva de la determinación social de la salud.

3.3. Tensiones en la construcción del campo profesional

Las discusiones suscitadas durante el congreso también mostraron la existencia de tensiones internas en el colectivo del AT, tanto a nivel provincial como nacional. Las diferencias entre sectores respecto de la reglamentación, la formación, la matrícula y la representación del campo hicieron visible una escena de desunión en torno a la lucha por la jerarquización y profesionalización. Más que leerse únicamente como un obstáculo coyuntural, estas tensiones pueden interpretarse como parte de un proceso de institucionalización todavía abierto, en el que coexisten proyectos diversos sobre la disciplina, qué lugar debe ocupar en el sistema de salud y bajo qué marcos políticos y epistemológicos puede consolidarse.

La escena neuquina condensó además una paradoja significativa: mientras la provincia avanzaba en la reglamentación de una ley largamente esperada, la formación local seguía concentrada en una institución

privada. Esta coexistencia entre reconocimiento estatal y restricción de la oferta formativa pública vuelve especialmente relevante la pregunta por las políticas necesarias para sostener la expansión del campo en condiciones de mayor acceso. En otras palabras, la profesionalización del AT no puede pensarse sólo en términos de regulación normativa; requiere también condiciones institucionales de formación, investigación, inserción laboral y producción de conocimiento.

La urgencia por la reglamentación terminó opacando una discusión central: cuál sería la propuesta efectiva de profesionalización para las y los at que, desde hace años, sostienen tareas en el sector público y privado y serían incorporados de manera inminente al régimen de matriculación provincial, en un escenario donde una proporción importante de quienes actualmente ocupan esos puestos no posee formación específica ni titulación habilitante en AT.

El antecedente reciente, es la vecina provincia de Río Negro, que frente a la reglamentación en el año 2019 propuso que las y los trabajadores que ejercían de at, se matricularan de forma provisoria a través de un examen de nivelación organizado por el ministerio de salud. El plazo para concluir la formación, establecida como tecnicatura fue de tres a cinco años. Frente a la

brecha de accesibilidad a la formación por encontrarse únicamente en institutos privados, la provincia de Río Negro garantizó el acceso a la formación en las instituciones privadas asignando becas totales a los matriculados.

Hasta el momento, la provincia de Neuquén no ha desarrollado una política de profesionalización que acompañe el proceso de reglamentación del AT. Esta ausencia deja en una situación de mayor vulnerabilidad a quienes actualmente ejercen como ats en el sistema de salud provincial, tanto en el ámbito público como en el privado y en el sector de las obras sociales.

En muchos casos, se trata de trabajadoras y trabajadores que desarrollan tareas propias del campo de la salud mental sin contar con condiciones laborales ajustadas al derecho, con reconocimiento profesional efectivo ni con mecanismos suficientes de protección laborales. Si bien estas problemáticas exceden los objetivos específicos del presente trabajo, constituyen el trasfondo material desde el cual adquieren sentido muchas de las tensiones analizadas. En este contexto, la precarización laboral y la insuficiente protección de quienes ejercen el AT emergen como una de las problemáticas más urgentes para la consolidación del campo profesional.

La organización de un colectivo capaz de articular el reclamo por los derechos laborales con una reflexión crítica sobre el devenir de la disciplina continúa siendo un desafío. En la actualidad, las y los ats se encuentran frecuentemente dispersos y fragmentados en discusiones atravesadas por la urgencia de resolver las condiciones materiales de trabajo. Esta necesidad, legítima e ineludible, tiende a postergar la construcción de agendas comunes orientadas a debatir el proyecto profesional, las condiciones de producción del conocimiento y el lugar estratégico de la disciplina en el campo de la salud mental. En este sentido, la precarización laboral no solo vulnera derechos y precariza la vida, sino que también actúa limitando la posibilidad de consolidar un sujeto colectivo con capacidad de organización, representación y movilización.

4. Conclusiones

El análisis del *XXI Congreso Argentino e Iberoamericano de Acompañamiento Terapéutico* permite identificar un campo en proceso de consolidación, atravesado por tensiones entre matrices clínicas dominantes y perspectivas emergentes vinculadas a la salud mental comunitaria. La producción analizada permite pensar que el AT es leído con frecuencia a través de lenguajes provenientes del campo psicoanálisis, al tiempo que se afirma

en intentos por construir una especificidad disciplinar propia, más atenta al territorio, a la continuidad de cuidados y a la dimensión política del padecimiento.

La coyuntura institucional en la que se desarrolló el congreso acentuó estas disputas. La reglamentación de la ley provincial en Neuquén permitió visibilizar la importancia de las luchas colectivas por el reconocimiento del campo, pero también dejó en evidencia la persistencia de desacuerdos acerca de sus formas de organización, sus marcos teóricos y sus estrategias de profesionalización. En este contexto, la pregunta por la autonomía del AT no remite a una separación abstracta de otros saberes, sino a la capacidad de producir herramientas conceptuales y metodológicas propias en diálogo con la interdisciplina.

Avanzar en la consolidación del campo implica, por lo tanto, fortalecer la formación, promover la investigación y profundizar la reflexión sobre el lugar del AT en las políticas públicas de salud mental. Ello supone no solo revisar las categorías con las que se nombran las prácticas, sino también asumir el desafío de construir una producción epistémica capaz de situar el padecimiento en sus atravesamientos políticos, sociales, históricos y materiales, para que la referencia a la comunidad no quede reducida a una consigna o un territorio,

sino que se traduzca en acciones capaces de conmover las estructuras en las que se organiza la vida.

En este marco, queda abierta una pregunta que excede el alcance de este trabajo, pero que resulta ineludible para el devenir del campo: ¿en qué medida el AT puede constituirse en una fuerza capaz de disputar los saberes hegemónicos que organizan la salud mental, no solo en el plano discursivo, sino en la transformación efectiva de sus condiciones estructurales?

Esta pregunta implica desplazar la discusión desde la adopción de marcos teóricos hacia la producción de conocimiento situado para intervenir sobre la determinación social del padecimiento. En este sentido, la potencia del AT no radica únicamente en su inserción en dispositivos existentes, sino en su capacidad de politizar la práctica, construir un horizonte teórico-epistemológico propio y, desde allí, reconfigurar su lugar en el campo de la salud mental.

Lejos de implicar una ruptura con su historia, marcada por su filiación con la psicología y, particularmente, con el psicoanálisis, este movimiento supone una elaboración dialéctica de esa herencia, orientada a la construcción de una autonomía que no se funda en la negación, sino que, a partir de este movimiento habilite

un saber y lugar de síntesis. Es en esa tensión entre filiación y emancipación donde el AT encuentra, quizás, su principal potencia.

Referencias bibliográficas

- Asociación Argentina de Acompañamiento Terapéutico de la República Argentina (AATRA) y Universidad de Flores. (2026). *Programa del XXI Congreso Argentino e Iberoamericano de Acompañamiento Terapéutico*.
- Bang, C. (2020). Salud mental comunitaria en el primer nivel de atención: aprendizajes y desafíos en contexto de pandemia. *Salud Mental y Comunidad*, (9), 16-32.
- Bottinelli, M. M., Garzón, A. C. y Nabergoi, M. (Comps.). (2022). *Tramas en la formación de profesionales en salud: Investigaciones y experiencias a diez años de la Ley Nacional de Salud Mental*. Teseo.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, S13-S27. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v31s1a03>

Breilh, J. (2021). *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos: Ciencia, ética y valiente en una civilización mal-sana*. Lugar Editorial.

Carpintero, E. y Vainer, A. (2014). *Las huellas de la memoria: psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los '60 y '70, 1957-1983* (Vol. 1). Topía.

Fisher, M. (2016). *Realismo capitalista: ¿No hay alternativa?*. Caja Negra.

Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. (2010). *Boletín Oficial de la República Argentina*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977>

Ley Provincial N°3147 de Ejercicio de Acompañantes Terapéuticos. (2018). Provincia del Neuquén.

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

Minayo, M. C. de S. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*, 6(3), 251-261. <https://doi.org/10.18294/sc.2010.283>

Peverelli, M. (2025). *Campo, práctica y experiencia de*

una clínica entre varios: Acompañamiento terapéutico en equipo. Letra Viva.

Simonotto, E., Paradela, L., López, X. y Mallardi, M. (2015). *La co-visión como posibilidad de crítica al cotidiano profesional y de fortalecimiento de la autonomía profesional* [Documento institucional]. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.



Valor de uso y producción de salud. El lugar del Hospital Laura Bonaparte desde las narrativas de usuarios y usuarias

ALURRALDE PÉREZ, TOMAS

Médico, Universidad de Buenos Aires (UBA). Médico Psiquiatra por la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) en el Hospital Nacional en Red Licenciada Laura Bonaparte. Jefe de residentes de la Residencia de psiquiatría del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Médico Psiquiatra en Proyecto Suma. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Contacto: alpetomas@gmail.com
ORCID: 0009-0004-3145-7801

OYAKAWA, Daniela.

Médica, Universidad de Buenos Aires (UBA). Médica Psiquiatra por la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) en el Hospital Nacional en Red Licenciada Laura Bonaparte. Jefa de residentes de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) del Hospital Nacional en Red Licenciada Laura Bonaparte. Médica Psiquiatra en Proyecto Suma. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Contacto: dfoyawaka@gmail.com
ORCID: 0009-0001-6964-5400

VERONESI, Camila.

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional del Litoral (UNL). Especialista en Salud Mental Comunitaria por la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) en el Hospital Nacional en Red Licenciada Laura Bonaparte. Jefa de residentes de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) del Hospital Nacional en Red Licenciada Laura Bonaparte. Terapeuta Ocupacional de planta de la Casa de Medio Camino Ruy Díaz de Guzmán del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Contacto: camila.veronesip@gmail.com
ORCID: 0009-0007-1769-5901

Recibido: 03/04/2026 - **Aceptado:** 08/07/2026

Cómo citar: Alurralde Pérez, T., Oyakawa, D. y Veronesi, C. (2026). Valor de uso y producción de salud. El lugar del Hospital Laura Bonaparte desde las narrativas de usuarios y usuarias. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (20), 157-178

Resumen

El presente artículo busca aportar al pensamiento y las reflexiones en torno a las instituciones públicas de salud, abogando porque su sentido de ser sea lo más cercano posible a las necesidades de la población destinataria. El mismo, parte de una investigación cualitativa realizada en el marco de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM), con sede en el Hospital Nacional en Red Licenciada Laura Bonaparte durante el periodo 2024 - 2025, en donde se buscó analizar los procesos de producción de salud de usuarios y usuarias del Dispositivo Ambulatorio de dicho hospital. Hemos focalizado en el presente artículo en el valor de uso que los y las usuarias le otorgan a sus trayectorias terapéuticas y el vínculo que esto tiene respecto del lugar que ocupa la institución en sus vidas cotidianas. El trabajo pretendió recuperar desde un posicionamiento ético y político la voz de las personas protagonistas de sus propias trayectorias, entendiendo a las mismas como voceras fundamentales en la construcción del conocimiento. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, de temporalidad transversal utilizando como instrumento entrevistas semiestructuradas, buscando recuperar las narrativas de usuarios y usuarias en primera persona. Según las narrativas analizadas, el hospital adquiere valor como lugar de cuidado, pertenencia, sostén mate-

rial, acompañamiento interdisciplinario y producción de autonomía relacional.

Palabras clave: producción de salud, valor de uso, lugar, narrativas, salud mental

Use value and health production. The place of the Laura Bonaparte Hospital from the narratives of users

Abstract

This article seeks to contribute to critical thinking and reflection on public health institutions, advocating for their purpose to be as closely aligned as possible with the needs of the populations they serve. It is based on a qualitative research conducted within the framework of the Interdisciplinary Residency in Mental Health (RISaM) at the Hospital Nacional en Red Licenciada Laura Bonaparte during the 2024–2025 period. The study aimed to analyze the health production processes of users attending the Outpatient Service, focusing in this article on the use value that users attribute to their therapeutic trajectories and how this relates to the place the institution occupies in their everyday lives. From an ethical and political standpoint, the research sought to foreground the voices of individuals as protagonists of their own trajectories, understanding them as key

contributors to knowledge production. A descriptive, cross-sectional study was carried out using semi-structured interviews to recover first-person narratives. According to the narratives analyzed, the hospital is valued as a place of care, belonging, material support, interdisciplinary accompaniment, and the fostering of autonomy.

Keywords: health production, use value, narratives, mental health

Introducción

El presente artículo surge de una investigación realizada por residentes de Terapia ocupacional, Psiquiatría y Musicoterapia en el marco del programa de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” durante el periodo 2024-2025.

El proceso formativo-asistencial de la residencia, incluye una rotación por el Dispositivo Ambulatorio (Consultorios Externos), que permite formar parte de los equipos interdisciplinarios que acompañan los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado de los/as usuarias, conocer las lógicas y dinámicas del mismo y generar un vínculo con profesionales que trabajaban en el dispositivo. En el tránsito por el servicio, surgieron

diferentes interrogantes de investigación vinculados a los sentidos atribuidos por dichas personas a sus propias trayectorias terapéuticas en el marco de su producción de salud. En el presente artículo se focalizará en el valor de uso que le otorgan a las mismas y el lugar que tiene la institución en sus vidas cotidianas.

Resulta interesante destacar dos trabajos realizados por residentes de la misma institución que parten desde la voz de usuarios/as de este hospital. Por un lado, los aportes de Girado *et al.* (2022) quienes abordan los sentidos construidos por usuarios y usuarias acerca de la internación por salud mental, entendiendo que los mismos se construyen en confluencia con las determinaciones sociales de la salud, los imaginarios sociales y las experiencias subjetivas. Y por el otro, Bustos *et al.* (2023) se disponen a recuperar las nociones que las usuarias despliegan en relación a sus sexualidades, a fines de conocer cómo las construyen y cuáles son los atravesamientos a lo largo de sus trayectorias terapéuticas en el hospital. Se valoran los posicionamientos de las autoras, que van en línea con la presente investigación, al plasmar el tránsito de las usuarias por el hospital como parte de procesos de producción de salud (Sousa Campos, 2021) desde los itinerarios terapéuticos. En relación a estos últimos, Gianni (2016) nos brinda aportes abordando en su investigación la histo-

rización y mirada en torno a los itinerarios terapéuticos y las categorías utilizadas por la autora para comprenderlos, teniendo en cuenta que la reconstrucción de los mismos nos permite, por un lado, conocer “los modos en que los sujetos construyen sus decisiones de consulta y de qué manera estas decisiones están relacionadas con la utilización de los Servicios” (p. 4), y por el otro, evaluar el tipo de prácticas que se ofrecen como respuesta a una problemática a través de la perspectiva de los destinatarios.

Aspectos metodológicos

La investigación fue realizada dentro del enfoque metodológico cualitativo, ya que presenta un diseño abierto, flexible y construido durante el trabajo de campo. El alcance teórico está basado en un estudio de tipo descriptivo, de temporalidad transversal (Hernández Sampieri, 2014).

Para ello se realizaron siete entrevistas individuales semiestructuradas a usuarios/as de salud mental que sostenían trayectorias terapéuticas en el Dispositivo Ambulatorio del hospital con una duración mayor o igual a un año. A su vez, se realizaron intercambios con profesionales, tanto del servicio como residentes que formaban parte de los equipos terapéuticos de las per-

sonas entrevistadas, incorporándose como informantes claves, con el objetivo de indagar respecto de la situación actual de éstas y responder a los aspectos éticos de la investigación.

Se buscó abarcar en la muestra la mayor heterogeneidad posible para analizar de qué forma interactúan la edad, el género, las redes afectivas, la situación económica y habitacional, la conformación de sus equipos interdisciplinarios, la frecuencia con la que concurren a la institución y la cantidad de años que asisten al hospital. De las siete personas entrevistadas, tres eran varones cis, tres mujeres cis y una mujer trans; cuatro tenían entre 30 y 40 años, y tres eran mayores de 50 años. En cuanto al nivel educativo alcanzado, cuatro pudieron comenzar una carrera universitaria o terciaria, una se encontraba cursando el secundario y dos tenían el secundario incompleto. Solo dos usuarios/as contaban con cobertura de salud. Cinco de las personas entrevistadas vivían en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) u otras localidades de la Provincia de Buenos Aires (PBA), cinco habitaban en casa o departamento en donde no pagaban alquiler, mientras que dos vivían en hogares de distintas organizaciones de CABA. En lo que respecta a la situación laboral, solo una de las personas entrevistadas contaba con empleo y cinco de ellas se encontraban en búsqueda activa, enfrentando difi-

cultades para conseguirlo. Se observó que quienes tenían su propia casa y convivían con familiares, recibían apoyo afectivo y económico de parte de los mismos, y quienes residían en hogares contaban principalmente con ingresos provenientes de planes y programas sociales.

El instrumento de construcción de datos utilizado fue la entrevista en profundidad semi-estructurada. La misma tiene por objetivo obtener información y registrar experiencias, a partir del análisis y descripción de discursos y perspectivas de los/as usuarios sobre sus propias trayectorias.

Dichas entrevistas permitieron una flexibilidad para recibir los aportes de las personas entrevistadas, lo cual propició el conocer en profundidad aspectos de la vida cotidiana de las mismas. Esto fue beneficioso para la investigación, ya que no se pretendió generalizar datos, sino poder comprender la singularidad sobre el valor de uso y el lugar que ocupa la institución en la vida cotidiana de los/as usuarios/as en el marco de sus trayectorias terapéuticas; y así poder vincular dicha perspectiva al análisis sobre sus procesos de producción de salud.

El análisis de las entrevistas se desarrolló de manera progresiva y colectiva. Una vez desgrabadas, las trans-

cripciones fueron organizadas en una matriz, que consta de un cuadro de doble entrada, que tiene en cuenta por un lado las dimensiones y subdimensiones de los objetivos específicos, y por el otro, cada usuario/a entrevistado/a. En dicha matriz se incorporaron los fragmentos de las entrevistas correspondientes a cada dimensión, admitiendo que un mismo testimonio pudiera ser recuperado en más de una categoría cuando su contenido así lo requiriera. Posteriormente, las matrices fueron revisadas por todos integrantes del equipo, favoreciendo la discusión de los criterios de clasificación y la construcción compartida de síntesis analíticas. Este proceso permitió revisar y reformular algunas dimensiones y subdimensiones inicialmente previstas, en función de la riqueza del material empírico y de su capacidad para dar cuenta de las categorías estudiadas, consolidándose finalmente la categoría de “lugar” como dimensión integradora de los hallazgos. Los testimonios incluidos en este artículo fueron seleccionados por su capacidad para ilustrar los núcleos analíticos desarrollados y reflejar la diversidad y singularidad de las experiencias de las personas entrevistadas.

A la hora de construir el instrumento, además de utilizar el marco teórico que encuadró la investigación, también se tuvo en cuenta el contexto sociopolítico del país en general y del hospital en particular. El 4 de octu-

bre de 2024, el Ministerio de Salud de la Nación tomó la decisión de interrumpir el funcionamiento del servicio de internación y de limitar la atención por guardia del Hospital Bonaparte. Fue en ese contexto, que se vió en riesgo la continuidad del hospital en su totalidad, llevando a trabajadores/as, asociaciones científicas, organismos de la salud, parte del arco político y a la comunidad en general a manifestarse en repudio frente a esta situación. Los y las usuarias que recibían atención en el hospital, tuvieron una participación activa en la defensa del mismo, y fue pertinente incluir preguntas en la entrevista que estuvieran relacionadas al intento de cierre y a las sensaciones que atravesaron las personas en ese momento.

Durante los meses posteriores al 4 de octubre de 2024 hasta la actualidad, la calidad y cantidad de recursos del Hospital Bonaparte continuó su deterioro debido al recorte permanente por parte del estado nacional. Esto lleva a que las condiciones en las que los usuarios/as transitan sus trayectorias terapéuticas sean muy disímiles a lo largo del tiempo por lo que los resultados obtenidos en la investigación, no se condicen necesariamente con la realidad actual del Dispositivo Ambulatorio en particular y del Hospital Laura Bonaparte en general.

Desde el posicionamiento de la salud colectiva y la salud mental en su noción de complejidad, en el presente artículo se presenta la información obtenida a través de la categoría teórica de *valor de uso* como dimensión principal, analizada de manera transversal con la categoría de *lugar*, dando cuenta del vínculo entre el valor de uso que cada usuario/a le atribuye a su trayectoria terapéutica y el lugar que ocupa la institución en su vida cotidiana.

Previo a dar inicio al trabajo de campo, el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, un órgano de carácter consultivo e interdisciplinario, que tiene en consideración la protección de los derechos de las personas, a través del respeto de los principios y compromisos bioéticos.

También, se elaboró un modelo de consentimiento informado que explicitaba los aspectos éticos de la investigación. Tanto para la construcción de las herramientas de recolección de datos, como en la utilización de herramientas de análisis de los mismos, fueron tenidos en cuenta criterios de confidencialidad y protección de datos que puedan comprometer la identidad de los/as entrevistados/as. Asimismo, las entrevistas se llevaron a cabo exclusivamente sobre la base de la volunta-

riedad de la persona participante, pudiendo las mismas ser suspendidas o finalizadas según su consideración y/o al encontrarse en situación de urgencia subjetiva. La información indagada y analizada fue solamente aquella conforme a los objetivos delimitados para la investigación, pudiendo la persona entrevistada rechazar brindar información con la que se sintiera incómoda o que considerara irrelevante a los fines del acuerdo.

Sobre el posicionamiento epistemológico

Resulta necesario explicitar el posicionamiento epistemológico que orienta el trabajo como parte del marco teórico del mismo, teniendo como eje central las concepciones del campo de la Salud Colectiva. Esta perspectiva desde sus inicios cuestiona las nociones hegemónicas de salud y enfermedad propias del modelo biomédico tradicional, Stolkiner y Ardilla Gomez (2012) manifiestan que la Salud Colectiva problematiza la concepción de salud (y por ende de enfermedad) inherente a las prácticas hegemónicas, dejando de considerar la salud-enfermedad como estados antagónicos, para “poner en el centro de la conceptualización el proceso de producción-reproducción social como matriz del fenómeno, también dinámico y procesual, de la salud-enfermedad” (p. 11).

Al indagar sobre los procesos de producción de salud, resultan relevantes los aportes de Sousa Campos (2021) que amplían la discusión al sostener que la producción de salud no depende exclusivamente de intervenciones médicas, sino que involucra normas, saberes, culturas, sistemas e instituciones, manifestando que no hay manera de producir salud sin movilizar estas instancias. El autor entiende la producción de salud como “una combinación cualitativa y cuantitativa de prácticas orientadas a producir algún valor de uso” (Burriel et al., 2024, p. 120); entendido éste como aquello que puede satisfacer una necesidad social. Es así, que en este trabajo se propuso analizar el valor de uso que los/las usuarios/as del Dispositivo Ambulatorio le otorgan a sus trayectorias terapéuticas; comprendiendo que existen diversas formas de producir salud y éstas pueden interactuar y nutrirse mutuamente, en función de la singularidad de cada persona y del contexto en el que vive.

Al intentar comprender el lugar que ocupa la institución en la vida de los/las usuarios/as que transitan por el Dispositivo Ambulatorio, se incorporó el concepto de “lugar” desde la teoría formulada por Tuan (1977); en donde expone una diferencia entre el lugar y el espacio. Según el autor, el espacio es un terreno abstracto e indiferenciado que tiene un sentido de libertad

y movimiento. En cambio, el lugar es un territorio de significatividades que tiene un sentido de seguridad. Asimismo, sostiene que el espacio se transforma en lugar a medida que adquiere definición y significado. Si bien el tiempo favorece la construcción de este proceso, la intensidad y la calidad de la experiencia pueden resultar tan significativas como su duración. En ese sentido, tomando el lugar como una pausa en el movimiento, ésta permite que un terreno se vuelva una concretización de valor, en un centro de valor reconocido.

Además, Merhy *et al.* (2012) postulan que la noción de “territorio” es existencial y situacional, y que el sentido que adopta está íntimamente relacionado con cada persona en particular. Es por ello que consideran que los/as usuarios/as de los establecimientos de salud “buscan generalmente formas de vínculos relacionales con diversos territorios posibles de un modo muy singular, tomando esa construcción como algo subjetivante” (p. 27). Asimismo, los/as autores/as señalan que los/as usuarios/as, aunque estén fuertemente vinculados/as a ciertos equipos de salud y de que exista entonces una fuerte territorialización, son “nómades” en el sentido de que son productores de redes de conexiones existenciales no previstas, que escapan a los lugares instituidos como propios por los servicios de salud.

Desde esta perspectiva resulta necesario asumir un posicionamiento ético y político en la producción de conocimiento. Reconocer que las experiencias cotidianas de los/las usuarios/as son portadoras de saber implica desplazar la mirada desde un modelo centrado exclusivamente en la autoridad profesional hacia una construcción dialógica. Por ello, este trabajo busca crear conocimiento a partir de las narrativas de quienes transitan los dispositivos de salud, dándole protagonismo a las diversas experiencias en esos recorridos y desafiando las lógicas jerárquicas propias del modelo médico hegemónico, donde el saber experto suele imponerse sobre la experiencia vivida.

En consonancia, Michalewicz *et al.* (2014) plantean que “no puede pensarse el derecho a la salud mental sin la posibilidad de hablar en nombre propio” (p.212); en palabras de un usuario entrevistado: “Hay un conocimiento real que nos autoriza”. De esta manera, el posicionarse desde el lugar de sujeto de derechos habilita poder darse cuenta de las propias necesidades y reclamarlas, remarcando que toda práctica de cuidado implica, ante todo, el reconocimiento de esa voz. Se destaca la postura de los/as autores/as al afirmar que “poder hablar en nombre de la propia experiencia, constituye una perspectiva sobre la problemática que únicamente los usuarios pueden aportar” (p. 212).

En este sentido, se recuperan las narrativas de los/as usuarios/as buscando comprender y analizar qué elementos posibilitaron que el hospital se convirtiera en un lugar como centro de valor reconocido y distinguir aquellas condiciones que determinan que sea diferente para cada uno/a.

Presentación de resultados

Para abordar el análisis de los relatos, se utilizaron las dimensiones de “valor de uso”, con sus respectivas subdimensiones y “lugar,” como categoría transversal, conceptos nombrados anteriormente como parte del marco teórico.

Samaja (2004) adhiere a la concepción marxista de la reproducción social de una persona como el resultado de una relación dialéctica y compleja, entendiendo la sociedad como una totalidad, que se forma por estratos organizados en distintos niveles (individual, comunal, estatal, societal). La conservación de esa totalidad, necesita de la reproducción social de los estratos, que dan lugar a los procesos de conservación y transformación de la sociedad. Siguiendo esta línea teórica, la “enfermedad” va hacerse presente cuando aparezcan obstáculos en la reproducción. El autor conceptualiza la “enfermedad”, como una representación subjetiva de un

sujeto viviente, siendo al mismo tiempo un emergente singular en la vida de una persona y un concepto socialmente instituido de manera histórica que reconoce una situación como problemática. Cada persona y cada estrato de la sociedad intentarán sortear los obstáculos que se les presenten, sabiendo que al resolver esas tensiones sería posible dar lugar a procesos de reproducción social únicos, singulares y con la posibilidad de ser transformadores de la realidad de las personas.

El término valor de uso, tomado del marxismo, hacía referencia de la utilidad que los bienes y servicios tienen para las personas concretas que viven en situaciones específicas (Sousa Campos, 2021).

El autor brasileño retoma este concepto, para aplicarlo a la salud y explicar que ésta no tiene un valor intrínseco sino que es un producto histórico y socialmente construido de la vida y por tanto, varía conforme el tiempo, el espacio y la clase social de las personas. Así, resulta de la acción de diferentes y múltiples actores sociales, que imprimen cada bien o servicio con un determinado valor de uso que se expresa bajo la forma de necesidades sociales. Siguiendo esta línea, la salud será, por lo tanto, el resultado de un proceso de reproducción transformador que genere un valor significativo para la vida de la persona. Al respecto, advierte que

“centrar el eje de los servicios de salud en la producción de salud, es, por consiguiente, en defensa de la vida” (p. 88).

Como profesionales de la salud mental y partícipes de los procesos de producción de salud es fundamental interiorizarse con la realidad de las personas en toda su complejidad. Se busca favorecer así al armado de estrategias de manera conjunta con los/as usuarios/as, pudiendo singularizar los tratamientos en cada caso y permitiendo que cada usuario/a le otorgue su valor de uso a su proceso terapéutico.

Buedo (2022), retoma el concepto de autonomía relacional de la bioética feminista, y explica que el ejercicio de la autonomía es afectado por el contexto que lo rodea, pudiendo la autonomía ser limitada por el padecimiento subjetivo, el estatus social y las relaciones de poder. La autonomía relacional puede ser potenciada si se ponen en valor las condiciones de posibilidad que favorezcan la toma de decisiones, el conocimiento de los propios padecimientos subjetivos y el reconocimiento de contextos donde sean cuidados o amenazados. En este sentido:

El deber profesional de quienes trabajamos en el campo sanitario tiene su núcleo en la corresponsabilidad sobre el proceso salud-enfermedad de las personas

(...) la obligación positiva, en términos bioéticos, de fomentar la autonomía, y una de sus dimensiones tiene que ver con la toma de decisiones. (Buedo, 2022, p. 38)

La autora además, agrega que el reconocer a los/as usuarios/as de salud mental como autónomos/as, permite alejarse del estigma de su condición de incapacidad (Buedo, 2022); postura que va en consonancia con el reconocer la voz de los/as usuarios/as en primera persona como fuente de conocimiento legítimo sobre los padecimientos subjetivos y fundamentales para los fines del trabajo.

Entendiendo el valor de uso como un término complejo, para facilitar su análisis se dividió la categoría teórica en dos subdimensiones: 1. Valor de uso simbólico/afectivo y 2. Valor de uso material/concreto. En la primera se buscó conocer respecto a los significados atribuidos a la institución y a sus trayectorias terapéuticas por parte de los/as usuarios/as. Mientras que en la segunda dimensión se hizo hincapié en los aspectos valorados por los/as usuarios/as en relación a sus trayectorias terapéuticas, vinculados a la materialización de modificaciones en sus condiciones de vida, así como también de aspectos que identifican que mejoraron su situación de padecimiento subjetivo.

1. Valor de uso simbólico/afectivo

A continuación se detallan algunas de las nociones sobre el valor de uso simbólico/afectivo y el sentido que le atribuyen los/as usuarios/as a sus trayectorias terapéuticas. Para resguardar la confidencialidad de las personas entrevistadas, sus testimonios son presentados con nombres ficticios que hacen referencia a ex residentes y/o jefes/as de la RISaM, acompañados de la edad de los/as usuarios/as.¹

Los/as usuarios/as reconocen sus itinerarios terapéuticos y sus trayectorias en el Hospital Laura Bonaparte como procesos dinámicos, lo que les permitió con el tiempo ir cambiando su relación con el espacio terapéutico y los motivos por los que asisten, a raíz de lo trabajado junto a su equipo: “Mi intención la primera vez que vine era no alucinar más” (Martín, 37 años) y; “Tengo un profundo sentimiento de soledad. Y bueno, acá, no lo tengo como por lo menos era al principio, que era muy fuerte” (Nicolás, 35 años).

Entendiendo la salud como un proceso dinámico, afectado por múltiples factores, se comprende que las trayectorias terapéuticas de los/as usuarios/as también se vean modificadas a lo largo del tiempo. Durante las entrevistas se pudo observar que además de los moti-

vos de consulta iniciales, también fueron cambiando las percepciones de los padecimientos en salud mental, el propio concepto de salud mental, el posicionamiento de los/as usuarios/as en sus procesos terapéuticos y las expectativas de sus trayectorias terapéuticas. Estos cambios, que en su mayoría se traducen en mejoras en la calidad de vida en general, fueron posibles gracias al trabajo conjunto con profesionales.

En primer lugar, se destacan como características fundamentales de los espacios del hospital la integralidad y la interdisciplina, cualidades que no se repiten en otras instituciones, según expresaron la mayoría de los/as usuarios/as. Así lo dicen: “Realmente la experiencia así completa es la primera vez que tengo yo, con todos los tratamientos como debe ser” (Nicolás, 35 años) y; “Acá fue como muy integral, muy abarcativo, pero para abarcar un montón, así y todo viste que dicen “quien mucho abarca poco aprieta”. Acá abarcan un montón y así todo siguen abarcando” (Martín, 39 años).

Se evidencia que no alcanza con sólo un cuerpo teórico, con una perspectiva, con un saber (o dos). La realidad y la subjetividad humana conllevan demasiadas aristas que requieren de un verdadero trabajo en equipo con múltiples miradas y saberes. En palabras de Stolkiner (1987):

La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrollable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos. (p.2)

Es así que, posicionarse e intervenir desde la interdisciplina requiere de cierta apertura como profesional para aceptar y nutrirse de otras perspectivas en pos de brindar a los/as usuarios/as el abordaje que mejor se adapte a sus necesidades. Ofrecer una atención respetuosa y humanizante es central para el abordaje integral de la salud mental.

En esta línea, se destaca que el total de las personas entrevistadas valora el acompañamiento que recibe por parte de sus equipos tratantes; que incluye como característica especial la empatía y el compromiso, y que genera un vínculo de confianza y contención con los/as profesionales. En palabras de una usuaria: "Porque veía el amor que le ponían, y las ganas que tenían de verme bien" (María Eugenia, 57 años). En relación a la pregunta de qué aspectos le gusta de su equipo tratante, Daniela y Nicolás refieren: "La contención y el amor de ellos" (Daniela, 31 años); "Vos los veías, cómo pensa-

ban, cómo trataban de buscarle la vuelta... Para llegar, para moverme de mi lugar... Eso se siente bien. Está bueno." (Nicolás, 35 años).

Montes Paez (2024) manifiesta que para acompañar es necesario hacerlo desde el afecto: "Afecto en un sentido filosófico: de disponibilidad para afectarse" (p.77) por la otra persona. Este apoyo emocional y afectivo se identifica como un factor clave que motiva a continuar con sus trayectorias terapéuticas, así lo destacan los/as usuarios/as en distintos tipos de ayuda e intervenciones que recibieron, donde se aloja el malestar y también se valida el dolor que atraviesan: "Sí, te pasó esto malo, no es tu culpa (...) "Ya vas a estar bien" (...) Y solamente esas cosas hacen que te cambien un montón de cosas por dentro, un montón" (Martín, 39 años) y; "Gracias a Dios que me quedé porque si hubiera pasado esto de mi mamá y no hubiera tenido la contención de mi equipo (...) yo no, no sé lo que hubiera sido de mí con esto. (...) Me ayudan tantas veces que ya perdí la cuenta" (Daniela, 31 años).

Atribuyen que gracias al establecimiento de ese vínculo, pudieron trabajar en conjunto con su equipo y así modificar la apreciación que tenían de su salud mental, cambiando la relación que guardan con su propio padecimiento subjetivo. Esto para algunos/as incluso

produjo cierto grado de alivio en cómo sobrellevar su situación: “Hay muchas cosas de mí que no entiendo y cuando las hablo, como que me ayudan a sacármelas de encima” (Luciana, 32 años) y; “También para entender mi quilombo. (...) Si bien no estoy bien todavía. (...) Acá, poco a poco, ha ido, por lo menos, bajando la intensidad. (...) He ido comprendiendo muchas cosas de mí” (Nicolás, 35 años). Se agrega el siguiente comentario:

Yo era un tipo que se convencía de que era malo porque le pasaba algo malo y que era culpa mía y tenía que tragar las pastillas y eso iba a solucionar todo. (...) Pienso yo que la mayoría de las personas que le pasan cosas en la mente es porque acumularon tanto dolor que ese dolor lo transmutan de la forma que sea, no sé, depresión, psicosis, ansiedad, pánico, lo que sea. (Martín, 39 años)

El conocer más sobre sus malestares, posibilita que puedan manifestar sus expectativas sobre sus trayectorias terapéuticas y qué aspectos desean seguir trabajando en pos del valor de uso atribuido a sus espacios terapéuticos. Así lo expresaron: “Espero que me puedan... contener las ideas. La idea de muerte básicamente yo la siento como una compañera que va conmigo, en algún momento va llegar. No le tengo miedo” (Serenela, 64 años). Y también se la siguiente forma:

Supuestamente no tiene cura, así que lo que quiero es aprender a vivir con esto.(...) Esperaba demasiado.(...) Ahora solamente quiero aprender a vivir con esto, y poder... No sé si volver a una vida normal... Vivir más de acuerdo a como me gustaría. Eso es lo que más quiero. Por ahí, tener cierta estabilidad mental y vivir como a mí me gusta. Siempre tuve una forma particular de ser. Una forma que me gusta igual. Quiero un poco de equilibrio y ser como yo quiero ser y vivir de acuerdo a eso. (Nicolás, 35 años)

En esta línea, una usuaria que historizó haber sufrido violencia de género durante muchos años en su pasado, mencionó lo significativo que resultó para ella tener un varón en su equipo y poder entablar un vínculo con él: “Yo tenía los miedos de hablar con hombres y para mí fue un desafío tenerlo como psiquiatra. Escucharlo, ver que me escuche, y contestar. Contestaba a sus preguntas. Yo hablando a un hombre, a un varón, fue un desafío, pero fue lindo” (María Eugenia, 57 años).

El conocimiento sobre sus padecimientos también se ve reflejado en el poder de decisión de cómo y por qué desean seguir sosteniendo sus espacios terapéuticos, que los/as reafirma como protagonistas de sus trayectorias terapéuticas. En ese sentido, se destaca lo elaborado por Duran (2012) respecto de las interven-

ciones en el campo de la salud mental. La autora sostiene que las mismas deben estar orientadas a que los/as usuarios/as, en tanto protagonistas de sus procesos de salud, puedan recuperar su historia resignificando su padecimiento y puedan construir nuevas respuestas ante dificultades que se les presentan.

Las personas entrevistadas dejaron entrever estos movimientos en sus trayectorias terapéuticas con sus propias palabras: “Es tener el conjunto de la medicación para ayudar con los síntomas y las terapias, como conversamos. Eso creo es lo que más ayuda. (...) También para entender mi quilombo” (Nicolás, 35 años). Asimismo, se agregan los siguientes fragmentos:

Si bien yo no resolví mi problemática, yo tuve intentos de suicidio... La terapia hoy me sirve para entender lo que estoy pensando, entender un poco las ideas (...) Mantener las ideas de un modo en que yo no me traicione pero pueda un poco manejarme (...) Me tranquiliza. Me pone como en eje. (Serenela, 64 años)

A tratar de encontrarle una solución al conflicto que tenga en ese momento (...) De tener herramientas como para no caer en el juego de la gente que no me quiere. (...) Porque tengo un lugar donde puedo expresar mis sentimientos. (Luciana, 32 años)

De hecho en la pandemia tuve un episodio de alucinaciones muy fuerte, pero ya me conozco en detalle de qué me pasa, cómo me pasa, por qué me pasa, qué me puede pasar. (...) Pero me atendí igual en externos porque no estaba peligroso ni para mí ni para nadie. (Martín, 39 años)

En segundo lugar, algunas personas lograron generar un nivel de identificación y referencia muy grande con el hospital, reconociendo que muchos de los cambios en su vida que pudieron realizar fue a partir del recorrido hecho durante la trayectoria institucional, tal como se expresa a continuación: “Sí, cambió un montón. El hospital me ayudó en todo. Y yo llegué hasta acá, gracias al hospital. Gracias a la atención de los profesionales” (María Eugenia, 57 años).

No me veía con mis amigos, no tenía pareja, no tenía un vínculo de afecto con mi familia, con mis hijos, con mis hermanos, con mis sobrinos; no trabajaba, no estudiaba, estaba tragando pastillas y como me sobraba el tiempo, me acostaba a dormir todo el día (...) Me cambió la vida básicamente el hospital, me cambió la vida. Fue increíble incluso hasta en el aspecto físico, de las cosas que digo, cosas que hago (...) Incluso me aportó básicamente la oportunidad de tener una felicidad. (Martín, 39 años)

Otras personas identifican que por lo significativo que le resultan sus años de trayectoria terapéutica en el hospital y lo que implicó para sus historias personales, hoy en día ven a la institución de alguna manera como su casa: “No tengo casa casa, pero como que son mi familia. Mis compañeros, todos son mi familia” (Daniela, 31 años).

Hace un año y medio que vengo, es mi casa el hospital (...) Me siento bien en el hospital, tengo los talleres, tengo la terapia. Es como mi casa, mi segundo hogar. Es mi lugar de encuentro (...) No puedo pedir más nada, es una familia para mí. (Juan Pablo, 52 años)

En consonancia con lo expuesto en el apartado de metodología, a partir de lo sucedido el 4 octubre de 2024, momento en que se vió comprometida la continuidad del funcionamiento del hospital, algunos/as usuarios/as pudieron resignificar y revalorar sus trayectorias terapéuticas.

Esto permite visualizar no sólo el valor de uso que le otorgan a las mismas, sino también las implicancias del lugar que le otorgan en su vida cotidiana, donde adquiere un significado más amplio e incluso para algunas personas, de pertenencia colectiva: “Porque digo, tal vez no sea en vano estar viva, ¿no? Porque ser alguien que puede defender este espacio que no es mío, es de

la comunidad” (Serenela, 64 años) y; “Y ahí caí en la cuenta de lo importante que es el hospital para mí, me cayó la ficha, porque (...) era como empezar de cero de vuelta, una sensación de mierrrrrda que es horrible, “y ahora qué hago decía yo?” (Juan Pablo, 52 años).

En ese marco, todas las personas entrevistadas dejaron entrever y relataron diversas experiencias atravesadas en la institución que posibilitaron un mejoramiento y cambios significativos en relación a su padecimiento subjetivo. Incluso algunas de ellas, identificaron sus espacios terapéuticos como un factor clave para comprender mejor las situaciones de padecimiento subjetivo que atraviesan y al mismo tiempo, repensar su trayectoria terapéutica y a sí mismos/as.

2. Valor de uso material/concreto

Respecto al valor de uso material y concreto que las personas entrevistadas otorgaron a su trayectoria terapéutica, de manera general, seis de las siete personas entrevistadas mencionaron que el plan psicofarmacológico que reciben es una herramienta clave para el control de su sintomatología.

En muchos casos, este medicamento no solo ayuda a gestionar los síntomas, sino que también les ofrece una mayor estabilidad en su día a día, y por ende, en la

forma que transitan su vida cotidiana. Algunos incluso destacaron el valor del abordaje en este hospital por sobre experiencias anteriores:

Incluso químicamente mi cerebro está muchísimo más estable, estoy hace más o menos un año y medio con el mismo remedio muy mínimo, uno solo. Cuando he estado con cócteles, no sé, de cuatro o seis remedios por día, fue drástico el cambio que hice. (Martín, 39 años)

El protagonismo de los/as usuarios/as en sus trayectorias terapéuticas, también radica el conocimiento que tienen sobre su plan de medicación, sobre sus efectos deseados y adversos, pudiendo reconocer para qué sirve y para qué les sirve: “La medicación me ayuda a no estar tan al pendiente de la gente que solamente quiere desenfocarme. O sea, la gente que no tolera las diversidades” (Luciana, 32 años); “La medicación ayuda mucho también, a mí por lo menos. Hace un año que la estoy tomando y ayuda, te controla, sabes que no puedes tomar alcohol (...) Le pegaron justo, la dosis exacta” (Juan Pablo, 52 años) y:

La medicación me aporta seguridad; porque yo por ejemplo con la Risperidona logro no estar pensando que están conspirando contra mí, no me estoy haciendo en la cabeza, enseguida que tomo el remedio ya me

calmo y si no están conspirando contra mí no tengo que preparar ningún frente de guerra (...) Me ayuda a estar tranquila. El Clonazepam también me ayuda a estar tranquila, me calma los nervios (...) Tomo también para la depresión y me ayuda a mi vida cotidiana, poder realizarla. (María Eugenia, 57 años)

Por otro lado, en cuanto a apoyos económicos facilitados, dos usuarios/as destacaron el trabajo de su equipo en cuanto a la gestión de planes y programas sociales, la pensión por discapacidad u otros apoyos, lo que observaron fue posible únicamente a partir de su trayectoria terapéutica en esta institución. Resaltaron que dichos apoyos han tenido un impacto concreto en sus vidas, permitiéndoles mejorar su situación económica y, en el caso de una persona, incluso emprender nuevos proyectos: “Ahora estoy haciendo la pensión de discapacidad, me están ayudando acá en el hospital” (Daniela, 31 años).

Porque yo tengo una tarjeta del gobierno de la ciudad: la ciudadanía porteña. (...) Mi trabajadora social me dijo: “ya que no tenés otra ayuda, hay un programa de ayuda para los pacientes del hospital”. (...) Ahora voy a empezar a vender galletitas, que me dieron la ayuda de acá también del hospital. Una ayuda económica te dan y con eso voy a invertir. (Juan Pablo, 52 años)

El tratamiento interdisciplinario parece ser una clave en los relatos de las personas entrevistadas. Valoraron especialmente la integración de diversas disciplinas en sus equipos tratantes que aportan a una atención integral en su trayectoria terapéutica. En línea con ello, un usuario vinculó la incorporación de trabajo social a su equipo tratante como una disciplina fundamental para que él pudiera hacer modificaciones en su situación económica y lograr volver a insertarse en el mundo laboral:

De hecho, en ese momento que yo empecé con la trabajadora social, (...) hacía ya como tres años, cuatro años que no trabajaba absolutamente nada. A los seis meses volví a trabajar y me cambió, me aportó muchísimo también. (Martín, 39 años)

En el caso de otro usuario, comentó cómo en su espacio de terapia ocupacional trabajaron aspectos de su vida cotidiana vinculados al deseo y a la participación ciudadana: “Con mi terapeuta ocupacional organizábamos salidas, como ella era mi terapeuta ocupacional con su celular loco empezaba a buscar, yo no la tenía clara con mi celular” (Juan Pablo, 52 años).

Otra usuaria marcó lo pertinente que fue la incorporación de musicoterapia en su equipo tratante ya que le permitió vincular un aspecto de su vida que había

quedado relegado y reconectar con una actividad sumamente significativa en su historia de vida:

Porque como a mí me gusta cantar, tengo videos en YouTube. Mi pasión es cantar y yo había quedado troncada con eso. (...) “Qué mejor que hacer musicoterapia que eso la va a ayudar”. Con mi musicoterapeuta ya hicimos un video, hablamos mucho de las notas. (María Eugenia, 57 años)

Además del Dispositivo Ambulatorio, algunos/as usuarios/as utilizaban otros servicios del hospital que ubicaron como fundamentales dentro de su trayectoria terapéutica institucional, tanto por la calidad de la atención y de las actividades realizadas, como también por la cantidad de espacios a los que asistían. Por un lado, mencionaron los distintos talleres que realizaban: “Y mis semanas pasan acá (...) Pero son cuatro días que la pasó acá, y hoy el quinto con ustedes, hoy el quinto de la semana (ríe). Es muy importante el hospital para mí” (Juan Pablo, 52 años).

Por otro lado, Luciana retomó sus experiencias previas en el sistema de salud donde preponderaron lógicas patologizantes y expulsivas únicamente por su identidad de género, para destacar la importancia en la forma que fue atendida por profesionales del dispositivo de Salud Integral.

En ese sentido, la usuaria puso en valor la perspectiva de género de las profesionales y una forma de trabajo “descisexualizante”, donde el foco está puesto en buscar desaprender y desarraigar el entramado simbólico y material basado en la concepción de que las personas cis son más valiosas que las personas trans (Millet, 2020).

Luciana relató incluso la posibilidad de realizarse la operación de afirmación de género a partir de ello: *“Ahora estoy tratando de poder operarme mis genitales. De reasignación sexual. Ellas me están ayudando un montón con eso”* (Luciana, 32 años).

Algunas personas historizaron sobre su contexto y situación personal al iniciar su trayectoria terapéutica para resaltar el valor y los aspectos que identificaron que contribuyeron al cambio y al mejoramiento de su padecimiento subjetivo: “Sigue siendo difícil, pero por lo menos acá, ya salí, de un pozo depresivo en el que estaba viviendo años al arrastre” (Nicolás, 35 años).

Yo no salía de casa y al principio solo salía para venir acá y volvía a mi casa y me encerraba hasta la próxima vez que me tocaba venir. (...) Voy al gimnasio y el fin de pasado estuve con mi hijo, mi nieto; hago mandados. Todo gracias al Bonaparte, antes no hacía nada. (María Eugenia, 57 años)

Me ayudó mucho el hospital, no soy la misma persona, yo antes no soportaba a las personas (...) Ahora estoy más sociable, no era un antisocial, pero la gente me generaba una desconfianza bárbara, aparte estar en la calle, estás desconfiando de todo. Siempre estás en alerta... Cambié mucho, ahora me ocupo de mí. Estoy bien. (Juan Pablo, 52 años)

A partir de los testimonios expuestos, es posible dar cuenta del impacto que tiene la trayectoria terapéutica en el hospital en diversos aspectos de la vida de las personas entrevistadas. Es así que el Hospital Laura Bonaparte termina adquiriendo la categoría de lugar, en tanto, como fue expuesto anteriormente, pausa en el movimiento que permite que un terreno se vuelva una concretización de valor, un centro de valor reconocido (Tuan, 1977).

Conclusiones

En el presente artículo se propuso reflexionar acerca de los procesos de producción de salud de las/los usuarias/os a partir de entrevistas que permitieron recuperar estos procesos desde sus propias narrativas, indagando respecto al valor de uso que adquiere la trayectoria terapéutica para cada persona en singular y el vínculo que ello tiene con el lugar que ocupa la institución su vida cotidiana.

En cuanto al valor de uso que los y las usuarias otorgan a sus trayectorias terapéuticas, es pertinente acentuar el nexo ineludible entre la posibilidad de concreción de modificaciones en sus condiciones de vida y los significados que ellos/as le atribuyen al hospital. En ese marco, para quienes su red de apoyo la constituye mayormente esta institución, se pudo entrever el impacto significativo que tuvo en la forma en que transitan su vida cotidiana la construcción de una trayectoria terapéutica en el mismo, a partir de la cual pudieron acceder a un hogar donde alojarse, así como a apoyos económicos básicos para el sostenimiento de sus gastos cotidianos y el acceso a la medicación; mejorando su calidad de vida y posibilitando nuevos puntos de anclaje sobre los que posicionarse y trabajar en sus espacios terapéuticos. A su vez, son las mismas personas para quienes el hospital se volvió un lugar de pertenencia e identificación importante, llegando a considerarlo, como se mencionó anteriormente, su casa o familia, lo que es comprensible al considerar la ausencia de redes vinculares por fuera de la institución y las modificaciones en sus condiciones de vida a partir de su recorrido en la misma.

Por otro lado, las entrevistas permitieron visualizar que para el resto de los y las usuarias, existe un registro de sus trayectorias terapéuticas como procesos dinámi-

cos en los que trabajan múltiples aspectos de su vida. Resaltaron que el comprender mejor su padecimiento subjetivo y la posibilidad de repensar su propia concepción sobre el mismo permitió modificar los motivos por los que concurren al hospital y al mismo tiempo, adquirir mayor poder de decisión en el sostenimiento de sus espacios terapéuticos, lo que los y las reafirma como protagonistas de sus trayectorias terapéuticas.

A su vez, destacaron la integralidad del abordaje en el hospital como algo invaluable, donde el equipo es capaz de visualizar el contexto e intentar adaptar el acompañamiento lo más acorde que se pueda a las necesidades situacionales de cada usuario/a según el momento que se encuentran atravesando. Profundizando en el entramado vincular institucional, valoran la confianza construida con sus equipos tratantes y resaltan la empatía y el compromiso de los y las profesionales, quienes se constituyen como un apoyo emocional y afectivo fundamental en su vida cotidiana y posibilitaron que el hospital se convirtiera en un lugar de cuidado, donde se aloja el malestar y se valida el dolor atravesado.

Durante el presente trabajo se pudo realizar un aproximación a comprender el lugar que ocupa la institución en la vida de las personas entrevistadas. El valor de uso que las/los usuarias/os le atribuyen a sus tra-

yectorias terapéuticas hacen al sentido y significado que el hospital tiene para ellos/as, y la relación entre valor de uso y lugar da cuenta de una complejidad que también incluye condiciones de vida y su recorrido singular en cada trayectoria terapéutica. Recuperando a Tuan (1977), quién define al lugar como aquel territorio de significatividades que tiene un sentido de seguridad, podemos afirmar que el Hospital Laura Bonaparte adquirió este sentido para los/as usuarios, constituyéndose como un lugar para pensar y comprenderse a sí mismos/as, un lugar de encuentro y socialización, un lugar de contención y de ayuda, un lugar seguro, un hogar y una familia.

A partir del proceso de investigación desarrollado, se considera pertinente mencionar algunas líneas posibles para futuras investigaciones. Por un lado, la dimensión de valor de uso posee gran complejidad y amplitud y podría ser tomada para construir conocimiento sobre otros dispositivos o instituciones, teniendo en cuenta la importancia que tiene para poder construir estrategias apropiadas para las personas destinatarias de los diferentes dispositivos.

Además, sería interesante poder realizar una investigación en donde las personas entrevistadas sean profesionales de la salud mental, pudiendo así contrastar

las nociones que éstos tienen en relación a lo que tiene valor para los y las usuarias dentro de sus trayectorias terapéuticas; así como a los lugares que las instituciones de salud tienen en sus vidas cotidianas, aportando a la resignificación de las prácticas y al acercamiento entre los servicios que ofrecen los y las profesionales con las demandas y expectativas que tienen las personas usuarias.

Por último, si bien se mencionó a lo largo de este trabajo el posicionamiento ético y político a la hora de construir la investigación desde las narrativas de las personas usuarias, recuperando sus voces y atribuyéndoles el reconocimiento y protagonismo que merecen; se comprende que en última instancia, lo desarrollado en este escrito tiene que ver con las impresiones subjetivas que las/os autoras han podido construir desde sus interpretaciones. Por ello, resulta pertinente como futura línea de investigación, poder desarrollar investigaciones participativas en donde las personas tengan una implicancia más profunda dentro del proceso de construcción del conocimiento.

Reflexiones finales

Para finalizar, es preciso remarcar que acercarse a la comprensión del valor de uso que tienen las trayec-

torias terapéuticas para las personas usuarias es fundamental para analizar cómo se producen, reproducen y transforman las prácticas de salud.

Como se ha mencionado a lo largo del artículo, la investigación desde la cual se parte, recuperó las trayectorias terapéuticas de usuarios y usuarias que transcurrieron previo al desmantelamiento material y simbólico que continúa llevándose a cabo en el Hospital Laura Bonaparte, por lo que compartir este trabajo se vuelve un modo más de visibilización y lucha en pos de recuperar y defender las prácticas interdisciplinarias que abogan por la producción de salud y la construcción de vidas más vivibles para usuarios y usuarias del sistema de salud.

En este sentido, realizar el artículo permitió obtener un lugar posible desde el cual aportar al pensamiento y las reflexiones en torno a las instituciones públicas de salud, abogando porque su sentido de ser sea lo más cercano posible a las necesidades reales de la población para la cual funcionan. Allí radica el sentido ético y político del presente artículo, en la construcción de un conocimiento que recupere las voces de las personas usuarias y pueda tener un impacto en prácticas futuras como profesionales de la salud.

Referencias bibliográficas

- Buedo, P. (2022). *Ethos mental: Bioética para re-pensar la salud mental*. Prometeo Libros.
- Burriel, J. P., Maldonado, M., y Terreno, B. (2024). Pensar la producción de salud desde el trabajo social: Intersecciones entre rol profesional y la salud colectiva. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 14(27), 116–125. <https://doi.org/10.62174/DPdp.9739>
- Bustos, F., Maldonado, M., Terreno, B., y Vidal, R. (2023). Salud Mental y Sexualidades: tramas narrativas de mujeres cis usuarias de salud mental en sus trayectorias terapéuticas en el Dispositivo Ambulatorio del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte. Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte.
- Durán, M. S. (2012). El proyecto ético-político del trabajo social: Aportes para la construcción de un proyecto profesional crítico desde la intervención en procesos de salud-enfermedad mental. *Documentos de Trabajo Social*, (51), 121–139.
- Gianni, S. (2016). *Itinerarios terapéuticos de pacientes de los dispositivos de atención del Hospital Nacional en Red*

especializado en adicciones y salud mental Laura Bonaparte.

Girado, R., Madanes, I. Mansilla, C. y Nudelman, R. (2022). *CONSTRUYENDO SENTIDOS: La interacción en Salud Mental por parte de usuarixs que realizan tratamiento ambulatorio en el Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte.*

Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. 6° Edición. McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. DE C.V.

Merhy, E. E., Feuerwerker, L., y Silva, E. (2012). Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: Aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Salud Colectiva*, 8(1), 25–34. <https://doi.org/10.18294/sc.2012.125>

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*, 21, 217–224. Millet, A. (2020). *Cisexismo y salud: Algunas ideas desde otro lado*. Puntos Suspensivos Ediciones.

Paez, F. M. (2024). *Acompañar es político: Ensayo trans-feminista sobre la situación de calle*. Abduciendo Ediciones.

Samaja, J. (2004). *Epistemología de la salud: Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Lugar Editorial.

Stolkiner, A., y Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(101), 57–67. Stolkiner, A. (1987). De interdisciplinas y disciplinas. En N. Elchirry (Comp.), *El niño y la escuela: Reflexiones sobre lo obvio* (pp. 313–315). Nueva Visión.

Yi-Fu Tuan (1977). *Space and Place: The Perspective of Experience*. University of Minnesota Press.

Notas

1. Con su correspondiente consentimiento, decidimos utilizar los nombres de algunas de las personas que formaron parte de la residencia y que continúan aportando a los procesos de aprendizajes y a la construcción colectiva de saberes. La mayoría de ellas fueron despedidas, en el marco del vaciamiento de los dispositivos y al detrimento de las prácticas interdisciplinarias.

Entre el cuidado y el control: desafíos en un dispositivo habitacional de la red sociosanitaria de salud mental comunitaria en Puerto Madryn, Chubut

COLOMBERO, Fernando.

Licenciado en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional del Litoral (UNL). Realizó la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria (Secretaría de Salud, Chubut). Profesional del Servicio de Salud Mental Comunitaria del Hospital Zonal Andrés Bóola de Puerto Madryn, Chubut. Docente de la Universidad del Chubut (UDC) y del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación Barceló (IUCS Barceló).

Contacto: fernando.colombero@gmail.com
ORCID: 0000-0002-3676-5975

Recibido: 12/11/2024 - **Aceptado:** 10/07/2025

Cómo citar: Colombero, F. (2026). Entre el cuidado y el control: desafíos en un dispositivo habitacional de la red sociosanitaria de salud mental comunitaria en Puerto Madryn, Chubut. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (20), 179-190

Resumen

En el presente texto se pretende compartir una producción de articulación teórico-práctica a partir de la experiencia de rotación por el Dispositivo de Inclusión Habitacional que realicé durante los meses de mayo a julio del 2023. Esta se desarrolló en el marco de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria, con sede en el Hospital Zonal A. Bóola de Puerto Madryn. Se considera la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y la Ley Provincial N° 384 como marco normativo de base y el campo de la salud mental comunitaria en diálogo con saberes plurales como fundamento de la praxis. En el escrito se presentan brevemente las acciones en las que se ha participado durante este proceso, así como también se ponen en discusión interrogantes y reflexiones originadas durante el recorrido, situando perspectivas y fundamentos que subyacen las intervenciones y lecturas. Esto se desarrolla particularmente en torno a dos ejes: 1. El dispositivo habitacional como

zona de frontera entre lo doméstico y lo institucional y; 2. Las lógicas desde las cuales se implementan las normas y los cuidados en el mismo. Finalmente, se enfatiza la relevancia de los modos que tejemos en nuestro cotidiano para fortalecer la trama comunitaria, poniendo en valor el acompañamiento a los trabajadores de salud y la necesidad de revisar las posiciones y fundamentos desde los cuales realizan sus prácticas.

Palabras clave: dispositivos habitacionales, salud mental comunitaria, derechos humanos, cuidados, comunidad

Between care and control: challenges in a supported housing of the community mental health network in Puerto Madryn, Chubut

Abstract

The aim of this paper is to share a rotation experience carried out in a supported housing service, during May to July 2023. I developed the rotation on the Interdisciplinary Residency in Community Mental Health, at the A. Ísola Zonal Hospital of Puerto Madryn.

The National Mental Health Law No. 26,657 and Provincial Law No. 384 are considered as the basic regulatory framework. The community mental health

is also considered. The writing presents the actions in which we have participated during this process, as well as discussion and questions that underlie the interventions, particularly from two axes: 1. The supported housing as a border zone between the domestic and the institutional, and 2. The logic from which the norms are implemented. Finally, the relevance of the ways we weave our everyday life is emphasized as a means to strengthen the community fabric, highlighting the importance of accompanying health workers and the need to revisit the positions and foundations from which their practices are carried out.

Keywords: supported housing services, community mental health, human rights, care, community

Introducción

En el presente texto se pretende compartir una producción de articulación teórico-práctica a partir de la experiencia de rotación por el Dispositivo de Inclusión Habitacional que realicé durante los meses de mayo a julio del 2023 en el marco de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria (SMC), con sede en el Hospital Zonal A. Ísola de Puerto Madryn (HZPM).

Este escrito parte de la premisa de que es necesario que existan dispositivos habitacionales dentro de la

red sociosanitaria de salud mental. Esto se debe a que la historia de abordaje de las personas con padecimientos subjetivos estuvo centrada en el encierro y en las múltiples vulneraciones a los Derechos Humanos de las personas en el manicomio (Vommaro, 2011; Di Nella, 2012), por lo que el modelo de abordaje comunitario reivindica la concreción del ejercicio de derechos de todas las personas en condiciones de vida digna. Un dispositivo habitacional se entiende como un espacio de convivencia, que forma parte de la red de Servicios de Salud Mental. Son estructuras intermedias ubicadas entre los cuidados del sector de salud y la comunidad general, a fin de propiciar el fortalecimiento de los lazos sociales. Se sitúan como dispositivos promocionales de las capacidades de las personas y parte fundamental de la estrategia de rehabilitación psicosocial (DNSMyA, 2018).

Este dispositivo, desde una lógica sustitutiva de la manicomial y como parte de la red sociosanitaria ampliada, ofrece la posibilidad de contar con una vivienda en el territorio por el que circulan las personas cotidianamente, propiciando oportunidades para el ejercicio de la autonomía, entendiéndola como un proceso donde los apoyos, la construcción de consensos y los riesgos de la vida en común son parte del ejercicio de ciudadanía.

En la provincia de Chubut, los dispositivos de inclusión habitacional se inauguran en la ciudad de Trelew en el año 2005, mientras que en la ciudad de Puerto Madryn en marzo del 2022 (Fernandez, 2023). En el marco del trabajo articulado entre el Ministerio de Salud Provincial, la Municipalidad de Puerto Madryn y el Instituto Provincial de la Vivienda y Desarrollo Urbano (IPV), se construyó un complejo de ocho viviendas monoambientes, de las cuales seis fueron destinadas al Servicio de SMC, dependiente del HZPM, para la creación del dispositivo habitacional (Corradi, 2022).

Al momento de la rotación, se encontraban siete usuaries habitando cuatro de las unidades. Estas casas están pensadas para que convivan duplas del mismo género, de quienes se espera que puedan organizarse con la limpieza y la preparación de los alimentos (con la opción de compartir o no las comidas), así como consensuar sus propias normas de convivencia, con los sistemas de apoyo necesarios de acuerdo a cada singularidad y la conformación de cada dupla. Si bien cada una de las personas cuenta con algún ingreso económico, el dispositivo se compromete a proveer servicios generales (agua potable, gas natural, red eléctrica, desagües cloacales/pluviales), servicio de limpieza y mantenimiento, alimentos frescos y secos (Fernandez, 2023). Otra de las casas se utiliza como oficina y espacio de encuen-

tro entre los operadores, el equipo técnico y, en algunas oportunidades, con les usuaries.

La coordinación técnica y asistencial de las personas alojadas está a cargo de un equipo del servicio de SMC así como también la inscripción institucional y administrativa. Al momento de la rotación, dicho equipo técnico estaba conformado por una terapeuta ocupacional (coordinadora del dispositivo), una psicóloga, una trabajadora social, la coordinadora de operadores de Salud Mental y 12 operadores de apoyo. Los operadores comunitarios se constituyen como la figura que acompaña y promueve la autonomía personal, la convivencia y la inclusión comunitaria de las personas del dispositivo (Ministerio de Salud Chubut, 2017; Schiappa Pietra, 2008).

El modo de ingreso de les usuaries al programa habitacional suele ser por derivación de otros equipos de la red asistencial socio-sanitaria como parte del plan de tratamiento individualizado (PTI), intentando garantizar la continuidad de cuidados e inclusión en la comunidad. Pueden ingresar personas entre 16 y 65 años con algún tipo de sufrimiento subjetivo sin restricciones de diagnóstico, que requieran un sistema de apoyo de bajo a moderado en sus actividades de la vida diaria, que no presenten situación de riesgo cierto e inminente y es-

tén en condiciones de brindar consentimiento. Es fundamental la conformidad de la persona para ingresar y permanecer en el dispositivo, teniendo en cuenta la voluntad de retirarse del mismo por decisión propia y/o en conjunto con el equipo de referencia. A su vez, existe un acuerdo de convivencia general (Gurioli, 2022) que firma cada persona al ingresar al mismo, que puede pensarse como un consentimiento informado posibilitando la participación de les usuaries en su tratamiento.

Narrar lo cotidiano: entre la práctica y la reflexión

*La hora de la siesta era para mí la hora de la libertad.
El resto del tiempo siempre había algún adulto cerca,
cuidando, controlando lo que hacía [...]
Federico Falco (2020)*

Arias (2022) propone narrar lo cotidiano y lo que nos pasa en el trabajo, por lo que comienzo describiendo la dinámica habitual del dispositivo en la cual me pude incluir. La jornada laboral suele comenzar con la lectura del registro de operadores y el acompañamiento en la administración de la medicación a les usuaries que requieren supervisión. Las mañanas pueden continuar con reuniones, algunas gestiones necesarias así como también el acompañamiento en alguna actividad

puntual o recibir la invitación de algún usuario a tomar mates. Suelen surgir intercambios interesantes entre el equipo de operadores a partir de alguna situación acontecida con algún usuario que implica revisar la estrategia y el posicionamiento. Los días jueves habitualmente se realiza la asamblea entre quienes habitan el dispositivo. Las temáticas más frecuentes están relacionadas con dificultades en la convivencia, así como inquietudes por arreglos necesarios en alguna de las casas o en el espacio compartido (como veredas, instalación de un lavarropas para compartir entre todos, entre otros).

Durante el último tiempo, mi tarea consistió también en facilitar un espacio-tiempo de taller con los operadores de apoyo, con el fin de propiciar la reflexión colectiva vinculada con los desafíos que encuentran en la labor cotidiana. En este sentido, el acompañamiento a los trabajadores y la revisión de las prácticas se retomará más adelante como un aspecto central a problematizar.

Tomando este escrito como oportunidad de pausa y elaboración, y siguiendo a una colega, presento algunas reflexiones en modo de *comentarios*, como herramienta que da mayor libertad cuando se trata de transmitir algunas intuiciones, algo del orden de un cierto saber que no está cerrado (Testa, 2020). Dicha autora agrega que

un comentario está destinado a ir y venir o a quedarse flotando, a disposición de quien quiera hacer algo con él, habilitando la posibilidad de pensar colectivamente.

Un espacio de frontera: ¿cómo pensar los cuidados en un dispositivo habitacional?

Este interrogante se abre en un lugar que fundamentalmente inaugura la posibilidad de garantizar la continuidad de cuidados a personas que experimentan padecimiento subjetivo y que, por su problemática psicosocial, requieren de un espacio de residencia transitoria. (Ministerio de Salud Chubut, 2017) entendiéndolo como parte de su proceso de salud-enfermedad-cuidados. Esto es así en los casos en que se considera que la persona no cuenta con otras posibilidades de acceso a una vivienda digna en la comunidad, o que es inviable sostener su vida en el lugar donde residía debido al alto riesgo que implica a su salud. También puede acontecer que no cuentan con una red afectiva que pueda ser parte de las tareas de cuidados y/o sostener el nivel de apoyo en el tiempo que requieren muchas veces las personas que vivencian problemáticas psicosociales complejas.

Exceden las posibilidades de este relato de experiencia problematizar la cuestión de los cuidados y la trama social imbricada en la misma. Lo que interesa desplegar

aquí son algunas preguntas en torno al lugar de las intervenciones y estrategias de los trabajadores del dispositivo hacia/con los usuarios. Los desafíos aparecen al pensarse como un ofrecimiento intermedio entre la institución hospitalaria y la comunidad, sujeto a la voluntad de los usuarios para habitar su casa, y al mismo tiempo, la presencia (casi) continua del equipo de salud. Se presenta entonces un espacio de frontera entre dos territorios, la institución hospitalaria y el espacio doméstico de quienes conviven en el complejo de viviendas asistidas.

A su vez, si bien se parte de la premisa que el cuidado nunca es unidireccional, existen personas que se dedican al oficio de proveerlo como centro de su tarea laboral y profesional. Las cuales han sido históricamente invisibilizadas y desvalorizadas en lo económico y lo social. Estas condiciones estructurales hacen aún más necesario el trabajo de cuidado de los cuidadores (de la Aldea, 2019a).

Estos desafíos motivaron a que una línea de acción sea construir espacios de reflexión con operadores, dando lugar a las emociones, quejas y malestares que acontecen en el cotidiano, y desde allí motorizar el movimiento del pensamiento colectivo, la discusión y la visibilización de condiciones, responsabilidades, lími-

tes y transformaciones posibles en su trabajo. De estos encuentros se desprende el siguiente interrogante.

Implementación de normas en el dispositivo: ¿lógica de control o lógica de cuidados?

En este borde difuso entre el espacio institucional y el doméstico es que surge el dilema con respecto a las normas en el dispositivo, particularmente se cuestiona quienes toman las decisiones, quienes las hacen cumplir y quienes deben acatarlas. Algunas situaciones de riesgo experimentadas en el complejo de viviendas asistidas fueron el puntapié inicial para trabajar colectivamente con operadores una guía de acción ante estas situaciones.

Entre las múltiples propuestas discutidas se pueden situar al menos dos fuerzas en tensión subyaciendo. Por un lado, surge la necesidad de diseñar protocolos, solicitar que se aumenten las horas de la presencia de fuerza policial (debido a que previamente se realizó un acuerdo para que pueda permanecer todas las noches en la esquina del complejo de viviendas), exacerbar la comunicación de toda conducta potencialmente peligrosa y la demanda de que alguien venga a dar las respuestas necesarias para el resguardo de todos. Por el otro, se encuentran permeables a la discusión, se descubren mati-

ces que se piensan en función de la situación, reparos en la singularidad de cada quien, se da lugar a nuestras emociones al acompañarnos en la tarea cotidiana y se toman responsabilidades en la nominación, comunicación y transformación colectiva de lo que nos pasa.

Estas perspectivas fueron nombradas en los encuentros como lógica de control *versus* lógica de cuidados, mientras que Najmanovich (2022) lo trabaja como cuidado regimentado *versus* cuidado vivo. Si bien estos binomios no tienen relación con el pensamiento complejo por el que se brega, este modo de presentación dicotómico opera como esquema mental representativo para poder poner en juego algunas concepciones instaladas y naturalizadas, y a partir de allí construir intersticios posibles.

Tampoco se busca incurrir en catalogar lo primero como negativo e innecesario y lo segundo como la única vía a seguir, sino que se intenta delinear fundamentos para arribar a modos intermedios, vaivenes posibles, haceres creativos en esta zona intermedia. La metáfora de espacio de frontera remite a lo conceptualizado sobre proceso creador y salud, nominado como tercera zona por Winnicott (2003) y frontera indómita por Montes (2011).

Por otra parte, si nos detenemos en la noción de riesgo, Angelini (2011) propone que en sus orígenes estuvo vinculado al destino, en el sentido de aventurarse o tomar coraje ante múltiples probabilidades, asignándole un valor neutral. Con el devenir del tiempo, adquirió predominantemente una connotación e adversidad, de talante negativo, en tanto peligro y fue ligándose a un uso profesional, en especial en aquellos saberes o disciplinas vinculadas a las técnicas de control social (medicina, psiquiatría, psicología, trabajo social, terapia ocupacional, entre otras). Además, la noción de riesgo comenzó a atribuirse exclusivamente al sujeto, desconociendo lo circunstancial y situacional que puede poner a una persona en esa condición. También se invisibiliza la dimensión social y cultural, como si no se tratara de una construcción colectiva acerca de qué consideramos riesgoso en la actualidad.

Estas ideas ligadas al campo de las prácticas en salud mental se pueden comprender como la búsqueda de “inmunizarse frente al fracaso de no poder saber a ciencia cierta el comportamiento futuro de una persona que padece un trastorno mental, y evitar todo tipo de desajuste con respecto a la norma” (Angelini, 2011, p. 10). Es por ello que muchas veces los servicios adquieren características tutelares, derivan en la creación de nuevas formas de control social que reproducen lógicas

disciplinarios (Tisera y Lohigorry, 2018). Al pretender vivir según protocolos, incurrimos en una “epidemia preventiva” (Najmanovich, 1999) en la cual en nombre del bienintencionado interés de cuidar al otro sostenemos prácticas con el fin de evitar todo posible riesgo de dolor y enfermedad, dentro de la medicalización de la vida actual y como modo de control de lo normal (de la Aldea, 2019b). Así, ocurre una desatención de las necesidades, deseos, creencias, posibilidades de ciertos otros y prevalece el saber de ciertos discursos “por su bien”, para “ahorrarles el sufrimiento”.

En términos de Frías, López y Povilaitis (2011) “esta matriz condiciona la consideración de la voluntad, del decidir del *enfermo-paciente*, y entroniza un saber poder que hegemonícamente define las intervenciones: el del profesional médico y subsidiaria y progresivamente el del cuerpo lego (otros profesionales)” (p.13). Siguiendo a los autores, el discurso médico-psiquiátrico (lo terapéutico) y el discurso tutelar (la protección) abonan al estigma social del *loco* como peligroso e irresponsable.¹

Esta posición también se la puede relacionar con lo que Elena de la Aldea (2005) conceptualizó como subjetividad heroica, desde la cual el trabajador de la salud muchas veces se ubica como el salvador que siempre tiene que saber qué hacer para que las cosas sean

como deben ser, eliminar el conflicto inmediatamente. Debido a la “vorágine del dispositivo” no hay tiempo, por lo tanto, no hay posibilidad de considerar a “los del problema” ya que no tienen nada que aportar a la resolución del mismo (sino ya lo hubiesen hecho). Lo que subyace aquí es que si uno hace algo *por* le otro, lo ubica como objeto. Si uno hace algo *con* le otro, lo sitúa como sujeto. Hacer algo con le otro requiere pensar cómo situarse como par y tener disposición al diálogo.

¿Qué se propone entonces ante lo expuesto? La cultura del riesgo paraliza toda posibilidad de variación que conlleva la vida misma. Desde el modelo comunitario se impulsa el reconocimiento de su dignidad en la toma de decisiones por parte de las personas con discapacidad y/o usuarias de los servicios de salud mental. Este posicionamiento rescata que lo incierto y lo riesgoso en la vida es inevitable, porque nadie sabe de antemano cómo van a resultar sus acciones ni los efectos de las mismas. La sobreprotección le resta dignidad a las personas porque anula casi por completo sus posibilidades de decidir (Alcorta, 2014).

Por otro lado, de la Aldea propone recuperar los gestos del cuidado, los cuales emergen venciendo condicionamientos y normalizaciones en el encuentro con ese otro que no soy yo y que sin embargo podría ser

(2019c). De mi parte, agrego otras posibles militancias para construir desde el mencionado espacio de frontera: generar oportunidades para posibilitar la prueba y el error en la experiencia de habitar juntas lo público y lo colectivo, asumir el riesgo de que cada quien tenga derecho a elegir y a tomar las propias decisiones en el tejido comunitario, de participar de los intercambios materiales y sociales en su comunidad, de aventurarse en la construcción de proyectos de vida, entre otros. Asimismo, darnos tiempo-espacio para pensar cómo cuidarnos colectivamente, para pensar en conversación (Segato, 2018). Ante lo inefable de lo que acontece, podemos situarnos a la par del otro (compañere, usuaria, vecine), y así, reconocernos como comunidad, en el sentido de lo que une y amalgama la variedad de las perspectivas y los comportamientos, sin perder la riqueza de la otredad (de la Aldea, 2019c) que esas diferencias manifiestan.

A modo de cierre

Para cerrar, cabe aclarar que en el presente texto se ofrece una lectura particular de las situaciones, entre tantas otras que son posibles, y que pone el foco en lo acontecido en un recorte témporo-espacial acotado, que no pretende cubrir la complejidad de la situación. Se entretejieron algunos conceptos y reflexiones que

parten de un convencimiento ético y político: los modos que tejemos en nuestro cotidiano ocupan un lugar central para abonar a la trama de cuidados comunitarios.

En este recorrido, se buscó también revisar la implicación de los trabajadores, promoviendo movimientos que interpelan sus posiciones y habilitan la revisión de los fundamentos desde los cuales realizan sus prácticas. Reconocer y acompañar a quienes sostienen el trabajo cotidiano se vuelve parte inseparable de la tarea en el campo de la salud mental comunitaria, en tanto implica conmover las formas establecidas y abrir la posibilidad de repensar colectivamente los modos de hacer.

Referencias bibliográficas

- Alcorta, J. (2014). Responsabilidad civil de los equipos interdisciplinarios de salud mental. *Revista Derecho Privado*, 3(9), 127-136.
- Angelini, S., Carrillo, M. F., Irie, A., & Penna, A. (2011, 10-12 de agosto). *La ley 26.657 y la evaluación de riesgo cierto e inminente en las internaciones involuntarias* [Presentación de trabajo libre]. IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población: Derecho a la Salud y Protección Social, Buenos Aires, Argentina.

- Arias, A. (2022). De brujas y nudos: la narración de nuestras prácticas. En M.R. Aussière, A. Monzón, S. Spampinato (eds). *De amuletos y artificios. Reflexiones situadas en clave feminista desde Terapia Ocupacional* (pp. 173-184). Fundación La Hendija.
- Corradi, A. (2022). *Relato de experiencia Dispositivo Habitacional*. [Documento institucional no publicado]. Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria, Hospital A. Isola, Puerto Madryn, Chubut.
- De la Aldea, E. (2005). *La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias*. En A. Gallini (coord.). Los talleres. Cuidar al que cuida. Editorial Los Talleres.
- De la Aldea, E. (2019a). Acompañar y cuidar desde lo laboral. En E. De la Aldea, *Los cuidados en tiempo de descuido*, (pp. 61-65). LOM Ediciones.
- De la Aldea, E. (2019b). A que no llamamos cuidados. En E. De la Aldea, *Los cuidados en tiempo de descuido*, (pp. 79-82). LOM Ediciones.
- De la Aldea, E. (2019c) Gestos de cuidado. En E. De la Aldea, *Los cuidados en tiempo de descuido*, (pp. 27-30). LOM Ediciones.
- Di Nella, Y. (2012). *Inclusión Mental. Políticas públicas con enfoque de derechos*. Editorial Koyatun.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones [DNSMyA]. (2018). *Dispositivos de inclusión habitacional*. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.
- Fernandez, A. (2023) *Relato de experiencia Dispositivo Habitacional*. [Documento institucional no publicado]. Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria, Hospital A. Isola, Puerto Madryn, Chubut.
- Foucault, M. (1972). *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI.
- Frías, J., Lopez, M. y Povilaitis, A. (2011). *El consentimiento informado y la atención en Salud Mental*. Conferencia en IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Buenos Aires, Argentina.

- Goffman, E. (1970a). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu editores.
- Goffman, E. (1970b). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu editores.
- Gurioli, L. (2022). *Proyecto Dispositivo de Inclusión Habitacional*. [Documento institucional no publicado]. Servicio de Salud Mental y Adicciones. Hospital Andrés Bello de Puerto Madryn, Chubut.
- Ministerio de Salud de la Provincia del Chubut. (2017). Programa Dispositivo Habitacional.
- Ministerio de Salud de la Provincia del Chubut. (s/f). Programa de Operadores Comunitarios.
- Montes, G. (2011). *La frontera indómita: en torno a la construcción y defensa del espacio poético*. Fondo de Cultura Económica.
- Najmanovich, D. (1999). El lado oscuro de la prevención. *Revista Claves en Psicoanálisis y Medicina*, 9(2), s/p.
- Najmanovich, D. (2022). *Violencias y autolesiones. Intervenciones desde una ética del cuidado*. Curso de actualización en infancias y adolescencias. Asociación Fórum Infancias.
- Schiappa Pietra, J. (2008). Operadores de Salud Mental. En S. P. Jose, *Desmanicomialización. Modo Rionegrino de trabajo en Salud Mental*. Fondo Editorial Rionegrino.
- Segato, R. (2018). *Contra-pedagogías de la crueldad*. Prometeo Libros.
- Testa, D. (2020). “Un cuarto propio” y dinero en la billetera: condiciones de producción en terapia ocupacional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28(4), 1357-1364 <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF2047>
- Tisera, A. y Lohigorry, J. (2018). La voz de los usuarios de dispositivos de salud mental. En A. Tisera, J. Lohigorry, M. Bottinelli, M. y R. Longo. *Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental. Ciudad Autónoma de Buenos Aires*, (pp. 43-60). Teseo.
- Vommaro, H. (2011). Historia de la internación. En H. Vommaro, J. Garramuño J. y D. Tobal. *Desafíos en Salud Mental*, (pp. 129-152). Polemos.
- Winnicott, D. (2003). *Realidad y Juego*. Gedisa.

Legislaciones citadas

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

Ley Provincial I N° 384. (2009). Ley Provincial de Salud Mental. 17 de diciembre de 2008. Legislatura de la Provincia de Chubut. <https://tinyurl.com/4z5cebtv> [consulta, abril 2023]

Notas

1. Para profundizar estos desarrollos teóricos ver Foucault (1972; 1976) y Goffman (1970a; 1970b).



Restitución del lazo. Experiencia en un dispositivo de internación de un hospital especializado en salud mental y discapacidad

CEBALLOS, Johanna Mariel.

Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Egresada y Jefa de Residentes de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental del Hospital Nacional y Comunidad Dr. Ramón Carrillo. Maestranda en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (UNLa).

Contacto: ceballosjohannamariel@gmail.com

ORCID: 0009-0002-3658-3773

TOMAS, Luciano Marcelo.

Licenciado en Trabajo Social, Universidad Nacional de Moreno (UNM). Egresado de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental del Hospital Nacional y Comunidad Dr. Ramón Carrillo. Trabajador del sistema de Salud y Niñez.

Contacto: tomaslucianomarcelo@gmail.com

ORCID: 0009-0006-5412-7332

Recibido: 21/11/2024 - **Aceptado:** 10/07/2025

Cómo citar: Ceballos, J.M. y Tomas, L.M. (2026). Restitución del lazo. Experiencia en un dispositivo de internación de un hospital especializado en salud mental y discapacidad. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (20), 191-200

Resumen

Este artículo analiza las prácticas profesionales en contextos de internaciones prolongadas en hospitales especializados en salud mental, centrándose específicamente en un servicio destinado a mujeres. A partir de la experiencia de una dupla de residentes en Psicología y Trabajo Social, se adopta un enfoque crítico que aborda los procesos de cronificación de estas permanencias y la reparación de los vínculos significativos.

La experiencia resalta cómo la cronificación no solo responde a factores clínicos, sino predominantemente a problemáticas sociales complejas, como la violencia, el desarraigo, la fragmentación del tejido social y la marginalización, que marcan las trayectorias de vida de quienes allí se alojan.

A partir del concepto de problemáticas sociales complejas (Carballeda, 2008), se discute la necesidad

de un enfoque interdisciplinario y singularizado que trascienda la medicalización (Foucault, 1977) y el tratamiento centrado en lo sintomático, reconociendo la multicausalidad que subyace a las demandas en salud mental.

En este contexto, se aborda la noción de *encerrona trágica* (Ulloa, 1995) como una forma de padecimiento subjetivo recurrente en sujetos que han atravesado condiciones de extrema vulnerabilidad, particularmente mujeres víctimas de violencia de género.

Asimismo, se propone la ternura como una intervención psíquica reparadora, capaz de transformar los vínculos dañados y propiciar una salida a la repetición del sufrimiento que sostiene la cronificación, muchas veces ligada a la dependencia de un otro, ahora encarnado en la institución.

La conclusión subraya la necesidad de una política de sinceramiento y readecuación en los dispositivos de salud mental, como deuda histórica de las instituciones asilares hacia la comunidad.

Palabras clave: internación prolongada, violencias, vínculos significativos, reparación histórica, salud mental comunitaria

Restoration of the Bond: Experience in a Psychiatric Hospital and Disability Care Facility

Abstract

This article analyzes professional practices in contexts of prolonged hospitalization in specialized mental health hospitals, focusing specifically on a women's service. Drawing on the experience of a pair of residents in Psychology and Social Work, a critical approach is adopted to address the processes of chronification of these stays and the restoration of significant relationships.

The experience highlights how chronification is not only the result of clinical factors but is predominantly linked to complex social issues, such as violence, uprooting, the fragmentation of the social fabric, and marginalization, which shape the life trajectories of those who reside there.

Based on the concept of complex social problems (Carballeda, 2008), the article discusses the need for an interdisciplinary and individualized approach that goes beyond medicalization (Foucault, 1977) and symptom-centered treatment, recognizing the multicausality underlying mental health demands.

In this context, the notion of the “tragic entrapment” (Ulloa, 1995) is addressed as a form of subjective suffering recurrent among individuals who have experienced conditions of extreme vulnerability, particularly women who are victims of gender-based violence.

Furthermore, tenderness is proposed as a reparative psychic intervention, capable of transforming damaged relationships and fostering a way out of the repetitive suffering that sustains chronification, often linked to dependence on an Other, now embodied in the institution.

The conclusion underscores the need for policies of acknowledgment and restructuring within mental health services, as a historical debt owed by asylum-based institutions to the community.

Keywords: prolonged hospitalization, violence, significant relationships, historical reparation, community mental health

Introducción

Este trabajo aborda las intervenciones en internaciones prolongadas en hospitales de Salud Mental, con un enfoque crítico sobre dos ejes principales: la cronificación de las internaciones y los vínculos significa-

tivos. Se analiza la cronificación de las internaciones enfatizando en los avatares sociales de trayectorias de vida marcadas por múltiples violencias, ponderando a las problemáticas sociales complejas (Carballeda, 2008) como factor de predominancia dentro de las multicausalidades que confluyen en su perpetuación. A su vez, se busca problematizar las intervenciones comúnmente denominadas revinculaciones familiares, valorándose como procesos de reparación desde la ternura. Se propone que estas revinculaciones puedan actuar como una posible vía hacia la terceridad, ofreciendo una salida a la encerrona trágica (Ulloa, 1995) que impregna la complejidad de las situaciones sociales. Una restitución que hace revancha del amor, allí donde la afectación del lazo por diferentes instancias de violencias, antes y durante la institucionalización, ha ido trazando una no-posibilidad.

De este modo, el objetivo del trabajo es analizar las intervenciones en contextos de internación prolongada en hospitales especializados en salud mental, con foco en un servicio para mujeres, y reflexionar sobre cómo los factores sociales y subjetivos inciden en la cronificación de las mismas y en la reparación de los vínculos significativos.

Revancha amorosa: desafiando la revinculación familiar en el contexto de la internación prolongada

La revinculación familiar en el contexto de mujeres internadas en hospitales de salud mental presenta un desafío complejo y frecuentemente reduccionista. A menudo, los lazos familiares se ven interrumpidos o desestructurados por la internación prolongada, y las instituciones asilares, al no atender adecuadamente estos vínculos, contribuyen a nuestro parecer lo que daremos en llamar una "no posibilidad" de constitución afectiva. En sentido opuesto, la revinculación se ha conceptualizado tradicionalmente como un proceso de restauración de los lazos familiares dentro de un sistema que interactúa de manera holística. Sin embargo, esta perspectiva sistémica puede resultar limitante al centrarse exclusivamente en la reconstrucción de la interacción familiar, sin considerar el impacto profundo que la institucionalización tiene sobre la subjetividad y la identidad de las mujeres.

La intervención profesional en estos casos, en lugar de promover una reconfiguración profunda de los vínculos, a menudo se reduce a esfuerzos superficiales de reintegración, sin abordar las dinámicas estructurales que han llevado a la desconexión. La falta de contacto

sostenido con la familia y la omisión de intervenciones terapéuticas adecuadas no solo refuerzan la separación física, sino que perpetúan un vacío afectivo que, con el tiempo, puede volverse estructural. Las mujeres internadas pueden empezar a sentirse ajenas a sus propios círculos familiares, incapaces de retomar esos lazos, como si el tiempo y las circunstancias las hubieran despojado de su derecho a ser reconocidas emocionalmente.

Aquí es donde ponemos a jugar el concepto que proponemos de *revancha amorosa*, que desafía la visión tradicional de la revinculación. Esta no se limitaría a la restauración de lo perdido, sino que implicaría un proceso activo de recuperación emocional. La revancha amorosa no es simplemente un deseo de recuperar afectos, sino un acto de resistencia que reivindica el derecho a restablecer vínculos familiares que han sido despojados por la institucionalización y los arrasamientos previos en las trayectorias de vida. Es una lucha por reconectar con el amor y el reconocimiento que fueron desplazados o congelados durante años de padecimiento fuera y dentro de la internación.

Este enfoque no solo revisa la revinculación desde un punto de vista más dinámico y activo, sino que también pone en cuestión la visión atomista y reduccionis-

ta de la intervención familiar. Mientras que el modelo sistémico tradicional pone el énfasis en restaurar los vínculos dentro de un sistema familiar, la *revancha amorosa* reclama una revolución afectiva dentro del individuo, desafiando la "no posibilidad", aquello que no ha podido constituirse como lazo o lo ha hecho desde hilos vinculares sumamente delgados. ¿Qué es entonces lo que se pretendería re-vincular? ¿no sería más adecuado hablar de constituir, de configurar, de dar revancha a las no posibilidades históricas? En este sentido, el proceso comúnmente llamado de revinculación dejaría de ser un mero acto mecánico y pasivo para convertirse en una afirmación activa del derecho a ser amada y reconocida, tanto por la familia como por el sistema social en general.

Problemáticas sociales complejas: la intersección de la salud mental y las dimensiones estructurales

Carballeda (2008) desarrolla el concepto de problemáticas sociales complejas como una relectura crítica de los escenarios contemporáneos que emergen con el advenimiento del neoliberalismo. Dicho contexto propicia la disolución de los modelos societales tradicionales y la ruptura de los lazos sociales que antiguamente brindaban pertenencia, tales como el trabajo, la escuela, el barrio, los clubes y la familia. Esta fragmentación del

tejido social genera nuevas expresiones de subjetividad y fomenta la atomización social, exponiendo a los individuos a un entorno dominado por la competencia y el rendimiento, lo cual incrementa su vulnerabilidad y complejiza la cuestión social.

Dentro de este panorama, emerge lo que el autor denomina como sujeto inesperado: individuos a quienes los dispositivos tradicionales, diseñados para atender problemáticas de una población homogénea y previsible, no logran abordar en su complejidad debido a las nuevas condiciones que los configuran. Las problemáticas sociales complejas, transversales por naturaleza, abarcan una serie de conflictos que se manifiestan de manera singular en cada sujeto y requieren intervenciones interdisciplinarias que respeten su especificidad, promoviendo abordajes cada vez más singularizados (Carballeda, 2008).

En su expresión, dichas problemáticas sociales se configuran como producto de un entramado de múltiples otras complejidades. Los equipos profesionales no enfrentan un único problema, sino una serie de interacciones que exigen respuestas multipolares. En el ámbito de la salud mental, esto incluye, con frecuencia, vulneraciones vinculadas a condiciones habitacionales y a derechos sociales y civiles, lo cual evidencia la natu-

raleza interrelacionada de estas problemáticas y el lugar del padecimiento en salud mental dentro de esta red.

Sin embargo, las propias instituciones de salud mental han sabido mantener durante gran parte de su historia de manera explícita y fundada en el enfoque *psi* una lógica de intervención centrada en el cuadro patológico y el abordaje sintomático, dejando de lado la complejidad social que subyace a las problemáticas individuales. En palabras de Carballada (2012), las demandas actuales en salud mental requieren una reconceptualización tanto en la comprensión de las situaciones como en su intervención.

Será así entonces que deberemos enfrentarnos a la tarea de desarmar dichas demandas iniciales, desentrañando sus múltiples dimensiones para abordar la complejidad de sus causas y superar las tendencias históricas reduccionistas en nuestras intervenciones.

La experiencia en dispositivos de internación, al interior de los servicios de los que se desprende este relato, muestra que muchas de las permanencias prolongadas son de larga data y se extienden en el tiempo, dando lugar a procesos de cronificación tanto en términos espacio-temporales como de padecimiento. Lo que suele implicar una ruptura de los lazos sociales, familia-

res y comunitarios, en tanto las demandas iniciales han sido abordadas, en gran medida, desde una perspectiva medicalizante (Foucault, 1977) y una lógica asilar, sin considerar otras dimensiones ni ofrecer respuestas acordes a la heterogeneidad que las origina.

Como señala Pérez Arias (2023), la institucionalización en salud mental puede producir efectos adversos cuando excede sus límites terapéuticos, ocupando el lugar de otras estrategias de abordaje y favoreciendo la exclusión social del sujeto.

Si bien la inclusión de quienes aún residen en contextos asilares en la vida social constituye un objetivo clave de las reformas en salud mental de las últimas décadas, la cronificación y cristalización de estas estadias continúan presentes en numerosos casos. Esto se debe, en parte, a situaciones subyacentes no atendidas, como conflictos familiares o habitacionales, vivencias traumáticas silenciadas y la sobrecarga del plantel profesional en el día a día, entre otras. De una u otra forma, casi siempre se termina generando un "embudo" en la actuación profesional, que acaba decantando en la lógica dominante de intervención, centrada en la institucionalización y la sobremedicación como única intervención posible.

La encerrona trágica y la ternura: desafíos en la reparación de los vínculos en la institucionalización

En una abrumadora mayoría de las usuarias que componen el servicio se observa un predominio de la violencia de género y de situaciones de extrema vulnerabilidad y fragilidad, presentes desde su infancia.

Estas mujeres han experimentado desde muy pequeñas el desarraigo afectivo y la desidia, asumiendo el cuidado de otros más vulnerables y enfrentando, en muchos casos, el abuso sistemático como un medio de supervivencia o simplemente para preservar sus vidas. Estas experiencias límite han conducido en algún momento a su institucionalización.

En *Novela Clínica Psicoanalítica*, Ulloa (1995) retoma el término “tragedia” para describir la “encerrona trágica” como un factor epidemiológico común en entornos sociales vulnerables, donde la pobreza intensifica su dimensión trágica.

Estas “encerronas trágicas” ocurren cuando un individuo depende para sobrevivir de un otro que lo rechaza, maltrata o deshumaniza, en una relación de dependencia absoluta en la que no hay un tercero al cual recurrir.

Ulloa también subraya la relevancia de la ternura como una instancia psíquica fundadora de la condición humana. La ternura, entendida como una función empática y respetuosa de los límites del otro, es fundamental en el desarrollo inicial del sujeto humano. Según Ulloa (1988), la ternura parental durante la infancia funciona como un primer amparo que no solo provee el cuidado necesario, sino que valida al otro como sujeto independiente y ajeno a quien se mira con interés amoroso. Sin este primer amparo, el sujeto se encuentra expuesto a situaciones de injusticia, sufrimiento y violencia que pueden llevar a una vida de desesperanza. La falta de esta “ternura fundadora” deviene en lo que el autor define como desamparo, un fracaso del primer sostén afectivo que hace del sujeto un ser social. Este desamparo temprano, al no ser contenido por la función de la ternura, se convierte en el primer antecedente de las encerronas trágicas, donde los vínculos carecen de una terceridad a la cual apelar.

Para estas mujeres, cuyas historias de vida están marcadas por múltiples formas de violencia, como abusos, encierros forzosos y prácticas deshumanizantes, la institucionalización en dispositivos asilares, si bien no carga el mismo tenor de crueldad que sus experiencias previas, parece reproducir el efecto de encerrona. La institución se convierte en un “otro” del cual dependen

para sobrevivir, de alguna forma repitiendo su posición nuevamente en una relación de dependencia total y generando una esquema donde, como describe Ulloa (1995), la única vía de supervivencia parece ser el hospital que “reenferma” en lugar de curar.

Este contexto dificulta el surgimiento de una “terceridad” a la cual apelar ante la brutalidad de las encerronas a las que han sido sometidas. Dentro del abordaje institucional, se produce un efecto de negación que impide una re-simbolización de sus experiencias. El dolor, en lugar de ser trabajado, permanece embotado y enquistado en su psiquismo durante el curso de las internaciones, y los factores que contribuyeron a su sufrimiento terminan invisibilizándose. Ulloa (1995) señala que el paso de la “mortificación idiotizante” hacia la toma de conciencia de la tragedia requiere la recuperación de un sufrimiento anestesiado por el dolor acumulado. Este obstáculo, según el autor, dificulta superar la alienante “anestesia mortificadora” (p. 170).

En este sentido, la reparación y simbolización de estos traumas adquieren una relevancia histórica y social que excede lo individual (Ulloa, 1995). La experiencia de estas mujeres, inscrita en un entramado de significaciones, produce efectos resonantes en la comunidad. Sin la mediación de procesos de ternura y amparo, el

sufrimiento tiende a perpetuarse y a colectivizarse. La violencia que padecen no se reduce a un suceso individual, sino que se inscribe en una trama colectiva e histórica que exige respuestas de reparación comunitaria, en las que la ternura, como función psíquica y social, puede constituir una vía de resignificación.

Una posible salida de la mortificación podría ser, a partir de una posición de observador, reconocer y validar el sufrimiento a través de una narrativa que permita un proceso de simbolización. Esto implicaría, parafraseando a Ulloa, apelar a la ficción sin ocultar los hechos, dejándose afectar por el dolor inefable de estas mujeres para encontrar las palabras que permitan simbolizar lo traumático, combatiendo el silencio y el secretismo que agravan la invalidación crónica de sus experiencias (Ulloa, 1995, p. 121). Así, retomar y resignificar aquellos vínculos que fueron marcados por la tragedia, acompañarse y reconstruir esos lazos podría abrir una salida a la encerrona, en la que sea posible denunciar el dolor vivido y, al mismo tiempo, generar nuevas relaciones significativas. Este enfoque permitiría una vía terapéutica orientada no solo hacia la externación, dado que las condiciones sociales que perpetúan la cronificación continúan existiendo, sino hacia la reparación de los vínculos dañados, posibilitando un espacio de transformación en la relación con el otro y con su historia.

Las experiencias de revinculación en el proceso de transición de una institución no solo impactan en la subjetividad de la persona, sino que también transforman el devenir de la misma. El cambio en su posición subjetiva incide profundamente en el espacio hospitalario, donde asume diversos roles: fue cuidada y cuidadora, consejera y aconsejada, hermana, tía, tía abuela y vecina, ocupando funciones filiales que la conectan nuevamente con su entorno social. Después de años de permanecer en una posición estancada y verticalizada, se produce una transformación subjetiva que también repercute significativamente en sus compañeras. Así, el hogar convivencial se ve afectado por esta reconfiguración de roles, mostrando cómo un cambio a nivel individual puede generar un impacto colectivo, al alterar las dinámicas de poder y las relaciones allí existentes.

Este proceso puede entenderse como una línea de fuga, en el sentido propuesto por Deleuze y Guattari (1980), en tanto implica una ruptura con estructuras rígidas y repetitivas que habilita la emergencia de nuevas configuraciones vinculares. El rizoma, como concepto, funciona como un mapa dinámico que no responde a una lógica binaria ni jerárquica, sino que propone una organización fluida donde la circulación del poder se vuelve posible. En este marco, los roles y las relaciones no están predefinidos ni son estáticos, sino que pueden

reconfigurarse por los distintos actores del entramado. De este modo, la transformación en una de las personas alojadas no solo opera a nivel subjetivo, sino que también despliega nuevas posibilidades para la reconfiguración de los vínculos y el ejercicio del poder en el espacio compartido, generando un efecto colectivo que favorece su circulación y redistribución. En este sentido, el cambio individual se constituye como condición de posibilidad para transformaciones más amplias.

Conclusiones

A raíz de lo expuesto, se puede llegar a la conclusión de que los factores multicausales de la expresión de salud mental han sido históricamente reducidos al diagnóstico y abordaje por el ejercicio de la hegemonía médica. Esta enunciación puede sonar reiterativa o poco novedosa a estas alturas. Sin embargo, resulta necesario recuperar, a partir de las experiencias concretas y cada vez que sea posible, la memoria de toda aquella crudeza desatendida en las vidas de quienes aún hoy permanecen en dispositivos de atención en salud mental.

Esto ocurre incluso en un contexto donde el discurso contra la hegemonía médica se repite y se amplifica. Dichos espacios mantienen con estas personas una deuda histórica: haber silenciado lo indecible y haberse

resignado a considerar, por su complejidad, como inabordable aquello que sí podría ser abordado.

Tal reparación no se verá resuelta con reformas de tipo edilicias, ni aún con la concreción de externaciones exitosas, sino que requiere de una profunda y concreta política del sinceramiento, del riesgo y de una reeducación cabal de la forma en que ocupamos las instituciones; diagnosticando, abordando y acompañando.

En relación a los vínculos familiares, se concluye que en los casos descritos se logró concretar una forma de abordar lo que conocemos habitualmente como “revinculaciones”, desde una posición de revancha amorosa en la vida de las hermanas, ofreciendo la posibilidad de construir un nuevo sentido a esos lazos atravesados por el desarraigo y por las intervenciones profesionales que, por “cuidadosas”, sostuvieron a lo largo del tiempo un desencuentro, una “no posibilidad”.

En estas intervenciones desde la revancha de lo amoroso, estará siempre presente el riesgo de que no funcione como lo esperábamos. Sin embargo, en trabajar sobre las bases de la posibilidad, se encuentra aquello de un orden reparador, un registro que convocamos con la propuesta.

Referencias bibliográficas

- Carballeda, A. (2008). La Intervención en lo Social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social. *Revista Margen*, 48, 1-5.
- Carballeda, A. (2012). La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. *V Xerte*, 38.
- Deleuze, G., y Guattari, F. (1980). *Mille plateaux: Capitalisme et schizophrénie* (Vol. 2). Les Éditions de Minuit.
- Perez Arias, E. (2023). *Mujeres de Vidas Grises. Avatares y obstáculos en los procesos de externación de personas internadas en hospitales especializados, monovalentes o de salud mental*. Revista Topia
- Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Paidós.

Suicidio adolescente. Una intervención en un club de rugby: de la posvención a la prevención

OJAM, Enrique.

Licenciado en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Terapeuta infanto-juvenil. Profesor adjunto e Investigador Categoría III, Universidad Nacional de Quilmes (UNQ).

Contacto: eojam@uvq.edu.ar
ORCID: 0009-0006-9186-3822

CASARICO, Gabriela.

Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Directora de la consultora "Psicólogos del deporte", Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Docente CBC, UBA.

Contacto: gabycasarico@hotmail.com
ORCID: 0009-0008-5517-7301

Recibido: 06/04/2026 - **Aceptado:** 29/06/2026

Cómo citar: Ojam, E. y Casarico, G. (2026). Suicidio adolescente. Una intervención en un club de rugby: de la posvención a la prevención. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (20), 201-214

Resumen

El presente trabajo relata una intervención realizada a partir del suicidio de un jugador de 19 años de un club de Rugby de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. El abordaje se basó en dos pilares: actuar con rapidez y contener para prevenir. Se diseñó una estrategia de "capas de cebolla", interviniendo desde los vínculos más cercanos hasta la comunidad general. Se trabajó a partir de una comunicación directa al mismo tiempo que se trabajaba también a partir de significaciones arraigadas en la comunidad afectada. El proceso culminó con el club unido bajo la consigna "Juntos, Familia", logrando que los jóvenes procesaran el duelo a través del deporte.

Palabras clave: suicidio, posvención, prevención, rugby, adolescencia

Teenage suicide. An intervention at a rugby club: from postvention to prevention

Abstract

This work reports an intervention carried out following the suicide of a 19-year-old player from a Rugby club in the Province of Buenos Aires. The approach was based on two pillars: act quickly and contain to prevent. A "layers of onion" strategy was designed, intervening from the closest links to the general community. We worked from direct communication while also working from meanings rooted in the affected community. The process culminated with the club united under the slogan "Together, Family", making the young people process the grief through sport.

Keywords: suicide, posvention, prevention, rugby, adolescence

1. Introducción

El presente relato narra el dispositivo de intervención implementado en un club de Rugby del conurbano bonaerense, a partir del suicidio de un chico de las divisiones juveniles, a quien llamaremos Pablo –para resguardar su identidad– y que pertenecía al equipo de M19¹ de dicho club.

Su equipo jugaba los domingos y Pablo fue encontrado muerto en su habitación un domingo por la

mañana. Algunos compañeros se enteraron mientras estaban jugando su partido de rugby. Otros, mientras miraban a sus amigos jugar. Sus entrenadores, apenas unos minutos antes.

La intención en este escrito no es centrarnos en los motivos que llevaron a Pablo a suicidarse, ni a las características prototípicas del suicidio adolescente, sino que nos proponemos relatar el dispositivo de intervención que implementamos. El mismo tuvo por objetivo brindar herramientas y estrategias que le permitieran a sus compañeros, entrenadores y la comunidad del club en general sobrellevar la situación con el menor impacto posible. Particularmente, se trataron de herramientas inicialmente de contención y posteriormente de elaboración de lo acontecido. Estas intervenciones se desarrollaron en distintas etapas y apuntando a actores institucionales específicos. Unas con sus compañeros y amigos del club; otras con el *staff* de entrenadores y colaboradores de la M19; y, finalmente, hubo intervenciones que tuvieron como destinatarios a la comunidad del club en general.

2. Equipo de trabajo

El equipo de trabajo estuvo integrado por dos psicólogos con experiencia en intervenciones institucio-

nales, quienes escriben. Ambos formábamos parte de la institución, aunque ocupábamos distintos roles. Nos conocíamos previamente y ya habíamos realizado intervenciones en Salud Mental y rendimiento deportivo en este club.

Fuimos contactados minutos después de enterarnos de la noticia. Esto nos permitió coordinar todas las acciones desde un inicio. Debido al impacto que tiene una noticia como un suicidio adolescente, el análisis de la implicación fue importante desde el minuto uno y siempre lo tuvimos presente al momento de tomar decisiones.

3. Algunas particularidades del rugby como deporte

El hecho ocurrió en un club de rugby y hockey del conurbano bonaerense. Dicho club no es una comunidad muy grande. Según sus miembros, dicen que “todos se conocen”. Son alrededor de 2000 socios, de los cuales no más de 600 juegan al rugby.

La historia que nos ocupa es la del suicidio de uno de los chicos que jugaba en la última división de juveniles del club, que corresponde a la edad de 18 a 19 años. El grupo se conforma por algo más de 60 chicos divididos en 3 equipos de acuerdo con su nivel rugbístico. Cada

uno tiene un número en su camiseta, que es asignado a principio de año. Los equipos no se preestablecen a principio de temporada, sino que cada domingo –para cada fecha del campeonato– se conforman de acuerdo con el desempeño de cada jugador surgido de su actuación en la semana de entrenamiento previa, provocando mucha rotación domingo a domingo.

Al ser grupos tan numerosos, los equipos de rugby suelen tener más de un entrenador y varios colaboradores. En este caso, el grupo contaba con tres entrenadores principales y varios jugadores del plantel superior del club que ayudaban en aspectos técnicos específicos del juego. También suele ser habitual en el rugby que cada división juvenil cuente con padres cuya función es asistir a estos entrenadores en cuestiones organizativas. Este grupo estaba liderado por el *manager* de la división, que era el padre de uno de los chicos. A todo este grupo de adultos que se ocupan de los jugadores se lo denomina *staff* de trabajo.

Jugadores y *staff* suelen verse las caras todos los martes, jueves y domingos desde febrero a noviembre. Además, los chicos muchas veces suman sesiones de gimnasio tres veces por semana. Esto resulta en que, como grupo, pasan mucho tiempo juntos.

Es importante resaltar algunas prácticas típicas de un deporte como el rugby. El foco está puesto en aquellas que fueron importantes para entender el dispositivo de intervención. En primer lugar, nos interesa destacar que la capitanía en el rugby suele ser muy importante: más allá de su rol durante el partido, cumple la función de ser el representante del grupo frente a los entrenadores, también suele comunicar las decisiones al equipo y se espera que su compromiso, conducta y predisposición sean intachables. Habitualmente se busca un liderazgo en la figura de capitán que resulte un ejemplo a seguir para sus compañeros.

Otra de las prácticas habituales en el rugby es que una vez finalizado un entrenamiento o un partido el equipo se junta en una ronda, todos abrazados, y allí suele tomar la palabra el capitán del equipo para hablar no solo de cuestiones técnicas o tácticas sino también de cuestiones grupales.

La tercera cuestión es el tercer tiempo (3T, en adelante). Esta práctica consiste en que luego de cada partido los jugadores y el *staff* de cada equipo (locales y visitantes) se sientan a compartir un sándwich y una gaseosa. Esto se respeta desde las divisiones infantiles más chicas hasta los partidos de rugby internacional.

4. Dispositivo implementado

Vamos a presentar el dispositivo implementado respetando la temporalidad en que fue puesto en marcha. Fue diseñado de a un paso a la vez, desde la inmediatez del impacto emocional, hacia la reflexión y capacidad de elaborar lo que allí había sucedido.

4.1. Día 1: domingo

El suicidio tuvo lugar en la madrugada del sábado al domingo. Pablo no se presenta a jugar el domingo en el club. De hecho, muchos de sus compañeros le mandan mensajes a Pablo por *whatsapp* con tono recriminatorio, suponiendo que se había quedado dormido. Alrededor de las 11 a. m. uno de sus amigos recibe la noticia por parte de la madre de Pablo quien le comunica la noticia. Este es el encargado de transmitir lo que había sucedido a sus compañeros y entrenadores.

En nuestro caso, recibimos la llamada de uno de los entrenadores de la división, alrededor de las 12 a. m. Nos relata lo que pasó y el modo en que se enteran. Manifiesta no solo su perplejidad sino también la necesidad de contar con herramientas que le permitan contener al grupo. Nos dice que no logra pensar cuál sería la mejor estrategia. Repite: “no puedo pensar”.

En el grupo había chicos más amigos de Pablo que otros, pero todos eran compañeros. Martes, jueves y domingo compartían una actividad, una tarea, entrenar y jugar al rugby. Teniendo en cuenta esto se propusieron dos acciones y algunas indicaciones:

- En primer lugar, reunir a los jugadores en el vestuario para comunicar la noticia con claridad en un espacio de intimidad: el vestuario. Allí no habría miradas ajenas. Por otro lado, se buscó evitar el llamado “radio pasillo” y sus consecuentes múltiples versiones de lo sucedido, así como unificar el discurso. Contar la verdad. Sin adjetivos ni suposiciones. Solo lo que se sabía.
- Posteriormente, alojar a los chicos en una de las prácticas más tradicionales del rugby: un tercer tiempo. Esta vez sin un circunstancial adversario en la cancha. Solo el grupo. El objetivo era que se reuniera, que no se dispersaran.

Esta práctica del 3T, habitual de todos los domingos, ahora buscamos que mutara de sentido, tenía que contener. Se buscó evitar que los miedos y los propios pensamientos los atemorizaran y aislaran. Pero además

fue importante “prender el hogar” para que, desde el espacio físico, se facilitara el alojamiento de los chicos en el quincho. Contenerlos allí, en su espacio. Darles lugar a que piensen juntos. Se apoyen unos a otros. Lloren juntos. Recuerden juntos. Se saquen las dudas juntos. Se enojen juntos.

Esta primera intervención necesitaba de dos indicaciones claras: a) No había necesidad de “mostrarse fuertes” y; b) No hacer de cuenta que esto no pasó. Entendimos que había que darle lugar a la circulación de las emociones, a posibilitar la desnaturalización de que los hombres son fuertes porque “no sienten”, “no lloran”. Acá había pasado algo y tenían que poder dejar salir aquello que les pasaba.

El tiempo fue transcurriendo y casi todos se quedaron toda la tarde en el quincho. *Staff* y jugadores. Allí salieron muchas charlas. Lloraron y se rieron. Estuvieron juntos.

4.2. Día 2: martes

4.2.1. Con la “M19” (sus compañeros)

Desde el club surgió la necesidad institucional de rendir homenaje a Pablo. Por otro lado, sus compañeros eligieron entrenar. Tenían que hacerlo porque

tomaron la decisión de jugar el siguiente domingo. Esta fue la forma que ellos eligieron homenajearlo. Y en el entrenamiento, según nos dijeron era la forma que ellos sentían que podían expresar lo que les pasaba. Había que compatibilizar ambas cosas: homenaje y entrenamiento. De nuestra parte, la consigna volvió a ser clara: no se puede hacer de cuenta que no pasó nada. Había que pensar la forma de rendir homenaje institucionalmente a Pablo al mismo tiempo que se contenía a sus amigos, a sus compañeros y se les daba lugar a lo que ellos pedían.

Así surgió una forma particular de honrar a Pablo. Bajo la consigna “Abracemos a la M19” se propuso armar una gran ronda alrededor de la M19 para rendir homenaje. La idea de abrazo surgió como una forma de contener. Y la idea fue hacerlo en su lugar habitual de entrenamiento, a donde les iba a ser difícil ir por primera vez post acontecimiento. El dispositivo sumó también la premisa de un discurso institucional corto por parte del presidente del club y, en la misma línea, el de un referente de la primera división del club. Dos palabras insistieron con fuerza en ambos discursos: “juntos y en familia”.

Este homenaje siguió de un entrenamiento adaptado. Primero tuvo alguna cuestión lúdica para distender

las emociones a flor de piel. Pero luego ganó en intensidad y permitió la descarga física de todos esos sentimientos encontrados que tenían.

Posteriormente, organizamos una reunión con todo el equipo de la M19. Cuando decimos “todo el equipo”, no solo hablamos de los jugadores, sino también de los entrenadores, *managers* y padres colaboradores. Esta reunión se hizo intencionalmente en un salón relativamente pequeño que también tenía un hogar. Pedimos que lo prendieran para hacer el espacio lo más cálido posible. En el salón, el club dejó bebida y algo de comida para todos. Esto permitió estar más cerca unos de otros en un clima de contención y distensión. Sabemos que los espacios disponen (Fernández y Cols, 1999) y creemos esto fue un acierto. Allí escuchamos lo que todos tenían para decir (o los que se animaron a hablar) sin importar su rol dentro del grupo. Al mismo tiempo que escuchábamos, permitíamos la circulación de los distintos tipos de emociones. Otra vez hubo llanto y risa. Aparecieron imaginarios grupales, significaciones acerca del suicidio. Se indagaron sobre sentimientos de culpa y autorreproches. Sobre enojos, dudas y miedos. La intención fue hacer salir todas esas emociones guardadas, alojadas en tanta angustia y buscamos que encontraran formas de expresarse, pero también la autorregulación (Anzieu y Martin, 1971) que surge en

general en todo grupo. Allí estaba una de las claves del JUNTOS. Es decir, apostar a que el grupo se contenga a sí mismo sin obturar las emociones.

Nosotros sabíamos que cuando hay una situación de suicidio suele haber lo que se llama “réplicas” (Fernández, Basile y Perez Barrero, 2017). Es decir, nuevos intentos de suicidio producto de uno previo. En función a ello, este dispositivo nos permitió la detección de aquellos chicos mayormente afectados por la situación y/o que tenían menos herramientas para tramitar sus emociones.

El detectar estos casos nos permitió su posterior abordaje individual. De hecho, en la detección de potenciales réplicas es donde la posvención se volvió, en un mismo acto, prevención.

En un sentido preventivo también se trabajó en brindar algunas herramientas que ayudaran a tramitar psíquicamente lo acontecido. Una importante fue habilitar en esta reunión la circulación de emociones desde una perspectiva de género. Se trabajó sobre la noción de “macho” (Volnovich, 2017) y se buscó brindar algunas certezas, muy necesarias para un adolescente. Y, fundamentalmente, se trabajó en cómo pedir ayuda cuando alguno se viera desbordado por esta u otras cuestiones.

En esta ronda es donde algunos chicos confirman que habían hablado entre ellos y decidieron jugar el domingo su partido. En este sentido, fue importante darles las herramientas para el manejo de las emociones en la cancha. También se trabajó una buena forma de alojar a Pablo en lo sucesivo. Los chicos decidieron hacerlo a partir de una bandera y con su camiseta. Decidieron que ambos elementos los acompañarían cada domingo que les tocara jugar.

Luego de esta reunión casi toda la comunidad del club los esperaba en el quincho de terceros tiempos para compartir un inmenso 3T. Un gran modo de decirles “acá estamos todos para apoyarlos”.

Todo fue muy difícil ese martes. De mucha angustia, pero la concepción de “juntos” facilitó la circulación de emociones. Hizo todo “más llevadero”, según nos dijeron algunos chicos.

4.2.2. Categoría 05

Como si todo el caso no tuviera mucha complejidad, durante el lunes nos enteramos que Pablo hasta 2024 jugaba con una categoría mayor; y que sus amigos más cercanos pertenecían a esta categoría. De hecho, uno de ellos fue el primero en enterarse de la noticia por parte de la familia. Si bien no iban a tener que enfrentar si-

tuaciones propias del deporte de manera inmediata, estaban devastados. La decisión fue incorporarlos al salón luego de la charla de la M19, para alojarlos. Ese martes todos se sacaron una foto junto a un *banner* que el club preparó y también fueron especialmente invitados al 3T posterior junto a la M19, es decir, sus compañeros del año anterior. No hubo más sentidos que contenerlos. Alojarlos.

4.2.3. De la M12 a la M17

Por último, había una cuestión institucional que atender. El club estaba consternado y las múltiples versiones circulaban entre los jugadores de las categorías menores creando mucha confusión. Nos pareció importante unificar un discurso y comunicarlo desde los entrenadores de cada división juvenil y prejuvenil. Se trabajó, de forma individual con cada entrenador, el mejor modo de comunicar a los chicos la información, adecuándola según la edad.

Para ello se usó las típicas rondas que cada división hace al finalizar su entrenamiento. Se planteó también el lineamiento de cómo transmitir la noticia. Hablamos de qué *sí* y qué *no* comunicar. Las formas importaban. Y se los convocó a que participen del abrazo a la M19.

4.2.4. Todo el club: la comunidad

Por último, todo el club fue convocado a la ronda alrededor de la M19. Participaron jugadores de rugby y jugadoras de hockey; entrenadores y entrenadoras; veteranos y veteranas. Luego todos/as estaban invitados/as al quincho del club a compartir un inmenso 3T con la M19. Fue multitudinario.

Algún veterano dijo que no recordaba algún acontecimiento donde el quincho hubiese estado tan lleno de gente: “ni cuando ascendimos”, dijo. Realmente se hizo carne la consigna “JUNTOS, FAMILIA”.

4.3. Día 3: jueves

El jueves fue un día complejo. Ese día era el velorio de Pablo. Se llevaría a cabo en una casa velatoria de la zona, a unas pocas cuerdas del club. Se habló con los entrenadores de la M19 para que junten a los chicos allí y vayan todos juntos. También allí estuvimos para contener alguna situación, si la hubiera. Pero no las hubo, el mismo grupo logró contenerse a sí mismo. Entre ellos se apoyaron, “se bancaron”, como dicen ellos.

Por otra parte, los jugadores del plantel superior del club decidieron acompañar a la M19 en un gran número. Esos que suelen ser los referentes deportivos de

estos chicos ahora estaban acompañándolos en ese momento difícil que les tocaba vivir. Esta convocatoria fue espontánea. También allí aparecieron ex entrenadores de estos chicos, las chicas de hockey y otros integrantes del club. El lema “JUNTOS” seguía tomando cuerpo. El club estaba unido. Un referente del club dijo: “Entre todos nos acompañamos”. Se repetían los llantos y siempre aparecía un hombro, una palmada, una palabra, pero sobre todas las cosas, un abrazo contenedor.

4.4. Día 4: viernes

El entierro. Otra vez los entrenadores convocan y los chicos responden. Se juntan nuevamente en el club. Concurren todos juntos al entierro. Sobre el final, sus compañeros improvisan una ronda sobre la tumba. Una ronda semejante a las que hacen al final de cada partido, de cada entrenamiento. Allí circularon muchas emociones. Otra vez lloraron, insultaron, se rieron. Y otra vez son los entrenadores y *managers* los que toman la posta. Proponen volver al club, pedir unas pizzas, jugar al fútbol. Pasar la tarde “JUNTOS”. Sobre el final del día, los chicos entrenaron. Querían jugar el domingo por su amigo. Querían rendirle homenaje en la cancha. De nuestro lado había que evaluar si estaban en condiciones de jugar. *Spoiler alert*: lo hicieron, y ¡de qué manera!

Posteriormente, hubo un asado. Solo para la M19. No faltó nadie. La cena la invitó el *staff*. Alojaron a los chicos, a sus jugadores. Una vez más los contuvieron. Gran trabajo del *staff*. Mucha presencia. No era fácil tampoco para ellos. También tenían que animarse a hacer circular sus emociones.

Finalizando el asado improvisamos una reunión con el grupo de entrenadores, *managers* y colaboradores. Ellos también necesitaban contención. Lideraron de gran forma todo este proceso, lo que significaba mucho peso sobre sus hombros. Estaban afectados como todos/as. Había que darles el espacio para que pudieran hacer circular lo que les pasaba no solo con el suicidio de Pablo sino también en su rol de cabezas de grupo. Esto era entre “TODOS”.

4.5. Día 5: domingo

4.5.1. Categoría 05

El domingo comenzó con una nueva reunión. El rugby se divide en categorías que se definen por el año de nacimiento. Pablo era categoría 2006. Pero en esos días nos enteramos de que Pablo había jugado muchos años con la categoría de un año superior (es decir con los chicos nacidos en 2005). En función de esto decidimos armar un espacio para contener a este grupo también.

Misma dinámica que el encuentro del martes. Pero esta vez, la reunión fue muy íntima. Eran muchos menos. Algunos ya jugaban en plantel superior, otros habían dejado de jugar.

Convocamos a todos. Salieron muchos miedos, salieron fantasmas, pero también salió mucha solidaridad y mucha necesidad de entender. Se puso especial foco en el manejo de las emociones y brindarle herramientas para que se contengan entre ellos. Uno de ellos llorando nos dijo “cómo sé si a él o a él o a él (señalando a compañeros de forma indistinta) les pasa algo y un día deciden no estar más”. Se trabajó mucho, una vez más, que ser varón no significa no sentir emociones. Ser macho no es sinónimo de ser fuerte; y ser fuerte no es sinónimo de no tener emociones. Esta intervención nos volvió a marcar la importancia de trabajar la forma de pedir ayuda a un/a amigo/a.

4.5.2. M19

El domingo era el primer día que los chicos iban a jugar sin Pablo. Sin su capitán. Un día de muchas emociones para todos: jugadores, entrenadores, colaboradores, *managers*, público. Todos/as. En esa fecha, la M19 debía jugar de visitante. Rápidamente, se pidió a los clubes rivales que cedieran la localía para que ju-

garan en el club. En su cancha. En su lugar. También había que organizar el homenaje institucional. Para eso fue importante escuchar lo que los compañeros querían. Se jugaban tres partidos consecutivos, tres equipos distintos, pero un mismo grupo: la M19.

Ellos pidieron hacer un solo minuto de silencio, en ronda, abrazados, todos juntos. Incluso junto a sus tres rivales. JUNTOS. Pusieron la camiseta de Pablo en el medio de la ronda. Le rindieron homenaje. En silencio. Cada uno en sus pensamientos. Antes de dejar la ronda, se abrazaron con fuerza. Se dieron fuerza.

También le hicieron una bandera para que los acompañe a todos los partidos. Era la forma de representar a Pablo en el grupo. Si estaba la bandera, Pablo estaba con ellos. La colgaron por donde saldría cada equipo a la cancha. Querían que estuviera con ellos, al menos de esa forma. La bandera decía “desde el cielo alentás” en presente. Insistimos, si estaba la bandera, Pablo estaba.

El plantel superior se autoconvocó para acompañar. El club estaba lleno. Juntos una vez más. Jugaron un gran partido. Dejaron todo. Lograron hacer de sus emociones potencia. Ganaron sus partidos. De gran manera.

5. Cómo seguimos

El desafío era seguir acompañando a este grupo a lo largo del tiempo y en función a ello se decidieron dos estrategias. Por un lado, se hicieron entrevistas individuales a aquellos chicos que se los notó más afectados. También se acordó con el *staff* entrevistas grupales para monitorear cómo afectaba esta situación al grupo. No nos olvidemos que la tarea que los convoca es jugar al rugby. Pero que allí juegan chicos que son personas y les pasan cosas. No podíamos perder de vista esto.

5.1 Entrevistas individuales

Se realizaron entrevistas individuales a los chicos de la M19 y de la categoría 2005 que detectamos que necesitaban un seguimiento más de cerca. Se los acompañó en el duelo y ayudó a gestionar sus emociones en los partidos.

5.2 Encuentros grupales

Al mes, aproximadamente, se realizó otro encuentro con la M19, esta vez con asado. Se preguntó. Se escuchó. Queríamos ver cómo iban tramitando el duelo como grupo. Se transmitió que seguíamos estando para ellos. Que la clave seguía siendo estar “todos juntos”. Y que ahí estábamos para el que lo necesitara.

5.3 Encuentro con padres

El club nos pidió organizar una charla con los padres de la M19 extensiva a otros integrantes del club que se interesaran. Les pareció importante contar qué cosas se habían hecho y por qué. Sirvió también para contar muchas otras cosas que se hacían como club para contener a los jugadores/as infantiles y juveniles tanto de rugby como de hockey. Acciones que tienen menos visibilidad que las deportivas.

Otra vez el quíncho explotó de gente. Hubo que buscar un micrófono para que se escuchara. Aparecieron muchos miedos acerca de qué discursos pudieran estar circulando entre los chicos. Que estuviéramos allí sirvió para tranquilizarlos. La reunión fue muy productiva. Salieron muchas cosas. Tantas que luego se realizaron reuniones específicas para trabajar algunas de estas cuestiones con quienes correspondía. Se reforzó la idea de FAMILIA y JUNTOS, qué era lo que espontáneamente el club había enarbolado.

A modo de cierre

Fue central para el éxito de la intervención la continua comunicación con los distintos actores dirigenciales y entrenadores del club, como así también con el *staff* de M19, la subcomisión de rugby, la comisión

directiva y un área del club permitió delinear e implementar las distintas intervenciones. Una a la vez con cada uno de los actores involucrados. Se establecieron rápidamente parámetros: “Qué sí hacer/decir y qué no hacer/decir”. La estrategia fue alinear las distintas intervenciones con un mismo criterio. Lo que enmarcamos dentro del *si* fue aquello que contuviera y alojara; que permitiera expresar las afectaciones de los compañeros; que diera lugar a las características de un tipo particular de deporte, el rugby; y enarbolara los valores del club. Lo que enmarcamos dentro del *no* fueron las conductas evitativas y negacionistas que tendían a dispersar a los chicos, entrenadores y directivos.

Si bien podemos observar que este dispositivo tiene muchas pautas propias de lo que habitualmente en psicología se llama posvención, preferimos pensarlo como el puntapié inicial de un proceso de prevención. Como ya expusimos, sabemos que son habituales las réplicas en los casos de los suicidios adolescentes (Fernández, Basile y Perez Barrero, 2017). Por ello, en este dispositivo nos propusimos que allí donde interveníamos para contener teníamos por objetivo, al mismo tiempo, escuchar atentamente. Leer los emergentes grupales (Pichon-Rivière, 1975). Buscar aquello que insistiera (Fernández, Ojam e Imaz, 2001). Distinguir deslizamientos y posibles agenciamientos que pudieran conducir a una

de estas réplicas. Es decir, había que estar atentos a donde anclaba tanta angustia grupal e individual. Mucho vacío y falta de certezas para un grupo conformado por adolescentes de 18 y 19 años. Trabajamos a partir de distinguir y puntuar insistencias y a partir de allí construir certezas que no negaran lo sucedido y a la vez funcionaran como cohesionador del grupo.

Por otra parte, tanto la consigna como las distintas intervenciones que le dieron forma al lema “juntos” creemos que sirvieron para afianzar el sentido de pertenencia institucional necesario para que todos los chicos se sintieran parte del club. Se sintieran alojados, armando y fortaleciendo el lazo entre ellos y para con el club. Sabemos que las inscripciones institucionales operan no solo de paraguas sino que ocupan un rol contenedor importante para todo grupo (Montenegro, 2004). En este sentido el trabajo con el grupo de entrenadores en tanto líderes, con estrategias paternalistas, fue central para el afianzamiento de esas certezas que mencionamos en el párrafo anterior.

Creemos que el dispositivo de abordaje tuvo un impacto positivo, principalmente por el *feedback* de los chicos. Dijeron que se sintieron contenidos y acompañados (resaltando eso constantemente) y ese había sido el principal objetivo. También desde lo institucional se

pudo lograr atravesar de manera resiliente una situación de tanta complejidad. Tanto el *staff*, como dirigentes y familias lo fueron manifestando de esa manera.

Desde otros clubes de Unión de Rugby de Buenos Aires, nos han consultado sobre cómo se había abordado la delicada situación y se compartió la información. Más allá de esto, creemos relevante el papel de este escrito para colaborar con la difusión de herramientas y ser solidarios compartiendo contenidos teóricos, muchas veces complicados de implementar en la práctica.

En cuanto a lo deportivo (que no es un dato menor ya que es lo que convoca a estos chicos en el deporte) cabe destacar que el domingo la M19 disputó un *gran* partido con *gran* entereza y altura deportiva, contra un rival de categoría. Y fue lograda una victoria repleta de emociones ambivalentes. El marco fue con todas las familias, el plantel superior y todo el club acompañando. La camiseta y la bandera de Pablo, presentes.

Creemos que, de esto, el club salió más unido que antes.

Referencias bibliográficas

Anzieu, D. y Martín, J. Y. (1971). *La dinámica de los grupos pequeños*. Kapeluz.

Fernández, A. M. et al. (1999). *Instituciones estalladas*. Biblos.

Fernández, A. M., Ojám, E. e Imaz, X. (2001). *¿Se puede investigar la subjetividad?* [Ponencia]. VIII Jornadas de Investigación: La investigación en la práctica profesional, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Fernández, J. J., Basile, H. y Pérez Barrero, S. A. (2017). *Suicidio infanto juvenil*. Salerno.

Montenegro, R. (2004). Dispositivos de enunciación: Las operaciones de distinción y puntuación. En *Memorias de las XI Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*.

Pichon-Rivière, E. (1975). Técnica de los grupos operativos. En E. Pichon-Rivière, *El proceso grupal* (pp. 135-163). Nueva Visión.

Volnovich, J. C. (2017). Viejas y nuevas masculinidades. En E. Faur (Comp.), *Mujeres y varones en la Argentina de hoy: Géneros en movimiento* (pp. 133-154). Siglo XXI Editores.

Notas

1. La letra "M" significa simplemente "Menores de". Es una abreviatura tradicional del rugby argentino para clasificar las divisiones por edades. El número que acompaña a la "M" indica el límite de edad que los jugadores no deben superar durante el año calendario. En este caso se refiere a "Menores de 19 años".



Primera jornada de Derechos Humanos, Salud Mental y Comunidad en el Espacio de la Memoria y Promoción de los Derechos Humanos, ex Centro Clandestino de Detención, Tortura y Exterminio “Pozo de Banfield”

CANOSA, Leopoldo Marcelo.

Licenciado en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Integrante de la comisión de Salud Mental de la Mesa de Trabajo del Sitio de la Memoria Ex Centro Clandestino de Detención, Tortura y Exterminio “Pozo de Banfield”. Responsable del frente Arte Militante de Peronismo Militante.

Contacto: leopoldocanosa@hotmail.com
ORCID: 0009-0002-6649-6902

Recibido: 16/03/2026 - **Aceptado:** 17/06/2026

Cómo citar: Canosa, L.M., Gago, S.G., Giglia, S.B., Moreno, E. y Pitman, S.R. (2026). Primera jornada de Derechos Humanos, Salud Mental y Comunidad en el Espacio de la Memoria y Promoción de los Derechos Humanos, Ex Centro Clandestino de Detención, Tortura y Exterminio “Pozo de Banfield”. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (20), 215-226

GAGO, Sylvia Griselda.

Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Psicoanalista. Ex Pasante Oficial del equipo de niños HIGA Evita de Lanús (2006-2009). Ex Pasante Oficial del equipo de Adultos HIGA Evita de Lanús (2011-2018). Psicóloga Clínica. Escritora.

Contacto: sylviagago183@gmail.com
ORCID: 0009-0006-0281-6267

GIGLIA, Silvia Beatriz.

Profesora nacional. Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Especialidad en clínica con orientación en psicoanálisis (UBA). Ex integrante del equipo de Salud Mental Municipalidad de Lomas de Zamora. Se desempeñó como docente de nivel secundario. (M.Ed.Bs.As.) y universitario (UBA). Fue supervisora de los equipos de la Secretaría de la Mujer de la Municipalidad de Lomas de Zamora. Miembro de la comisión directiva A.P.S.L.Z. (CICOP).

Contacto: silviagiglia@yahoo.com.ar
ORCID: 0009-0002-7242-7479

MORENO, Emilse.

Familiar de Víctima del accionar del terrorismo de estado. Licenciada y Profesora en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Magister en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Docente Investigadora e integrante del Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldemberg” (UNLa). Ex Coordinadora de Servicios Locales de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de Lanús.

Contacto: emilsemoreno@gmail.com

ORCID: 0000-0001-6801-1206

PITMAN, Sara Rosa.

Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Ex integrante del equipo de Salud Mental del Municipio de Lomas de Zamora y ex directora en varios periodos del mismo equipo. Supervisora institucional de equipos de Secretaría de la Mujer. Integrante de la comisión de Salud Mental de la Mesa de Trabajo del Sitio de la Memoria Ex Centro Clandestino de Detención, Tortura y Exterminio “Pozo de Banfield”. Coordinadora de Salud Mental, Secretaría de Salud de Lomas de Zamora.

Contacto: sararpitman@hotmail.com

ORCID: 0009-0008-5451-0942

Resumen

El presente trabajo es una crónica de la Primera Jornada de Derechos Humanos (DDHH), Salud Mental (SM) y Comunidad llevada a cabo en el Sitio de la Memoria ex Centro Clandestino de Detención, Tortura y Exterminio, “Pozo de Banfield”, realizada el día 4 de octubre de 2025.

El escrito relata cómo surgen las circunstancias que rodean a la conformación del comité organizador (autor de este relato) y la idea de impulsar esta jornada en trabajo conjunto con la Mesa de trabajo del ex Centro Clandestino de Detención Tortura y Exterminio “Pozo de Banfield”. Tiene el objetivo de destacar particularmente las circunstancias del inicio y las respuestas obtenidas. También describe la realización de la jornada, como actividad en sí misma. Revisitar esta experiencia a los fines de escribir el presente artículo, nos permitió la articulación teórica necesaria para nombrar lo sucedido. Entendemos que los resultados de este trabajo podrán constituirse en un aporte para la reflexión crítica sobre la temática que nos convoca: la articulación entre DDHH, SM y Comunidad.

Palabras Clave: sitio de la memoria, derechos humanos, salud mental, comunidad, jornada.

First Conference on Human Rights, Mental Health, and Community at the Space for Memory and the Promotion of Human Rights, Former Clandestine Detention, Torture, and Extermination Center 'Pozo de Banfield'

Abstract

This paper chronicles the First Conference on Human Rights, Mental Health, and Community, held at the former clandestine detention, torture, and extermination center (CCDTyE) "Pozo de Banfield" on October 4th, 2025.

The text recounts the circumstances surrounding the formation of the organizing committee (the author of this account) and the idea of promoting this conference in collaboration with the working group of the former CCDTyE "Pozo de Banfield." It aims to highlight the initial circumstances and the responses received. It also describes the conference itself. Revisiting this experience for the purpose of writing this article provided the necessary theoretical framework to name what transpired. We believe that the results of this work will contribute to critical reflection on the topic at hand: the relationship between mental health, human rights, and community.

Keywords: site of memory, human rights, mental health, community, working day.

1. Introducción

Compartimos la organización y realización de una jornada llevada a cabo en el conurbano bonaerense, en un espacio particularmente significativo como un Sitio de Memoria en Lomas de Zamora, y en un contexto nacional atravesado por políticas regresivas en materia de derechos en general y de DDHH en particular.

La experiencia adquirió relevancia por su carácter inaugural en una doble dimensión. Por un lado, constituyó la primera experiencia desarrollada en la provincia de Buenos Aires de una jornada cuya temática fuera DDHH, SM y Comunidad realizada en un Sitio de Memoria, el ex "Pozo de Banfield".

Por otro lado, su nominación de "primera" instaló el desafío de dar continuidad a este tipo de propuestas, especialmente a partir de la amplia participación y la respuesta obtenida durante la convocatoria y el desarrollo de la actividad.

El propósito de este escrito es compartir el proceso de construcción, organización y desarrollo de la primera jornada impulsada por nuestro comité. En este sen-

tido, se buscará recuperar las motivaciones que, en un primer momento, promovieron nuestra conformación como grupo de trabajo y posteriormente, como comité organizador de la actividad.

La jornada tuvo como objetivo generar un espacio de encuentro, reflexión e intercambio de experiencias, prácticas y proyectos entre equipos de trabajo pertenecientes a distintos sectores del Estado y diversos actores de la comunidad local. No obstante, una vez realizada la convocatoria, la propuesta trascendió los límites territoriales inicialmente previstos, ampliando su alcance hacia diferentes provincias del país. Como trabajadores y trabajadoras del campo de la SM, entendimos que esta dimensión debía articularse necesariamente con la perspectiva de los DDHH, particularmente a partir de la decisión de realizar la actividad en un Sitio de Memoria. Asimismo, consideramos fundamental incorporar a la comunidad como una tercera dimensión en la convocatoria, buscando expresar, desde el propio título de la jornada, la perspectiva político-institucional y ética que orientó la propuesta.

Finalmente, nos interesa compartir tanto las producciones y resultados surgidos durante el desarrollo de la jornada como algunas de las repercusiones y efectos posteriores que esta experiencia generó en los

equipos participantes, las instituciones involucradas y la comunidad.

2. Antes de la Jornada

El grupo autodenominado Comité Organizador para la realización de la jornada, tiene su origen en 2023. Año en el que fuimos constituyendo un colectivo de psicólogos y psicólogas con idea de cambiar la perspectiva de una de las instituciones a la que pertenecemos. En ese sentido los primeros movimientos se orientaron a participar activamente en tal entidad. Dado que aquel proyecto se vió frustrado, consolidamos un grupo más pequeño y decidimos impulsar actividades en línea con el propósito que nos dió origen.

Comenzamos a reunirnos con el propósito de pensar y planificar una jornada. Partíamos de la premisa de que la SM resulta indisociable del paradigma de los DDHH y de su ejercicio efectivo: sin DDHH, no hay SM. Sin embargo, surgía un interrogante central: ¿cómo evitar que estas afirmaciones quedaran reducidas a un slogan?

Fue a partir de esa pregunta que decidimos incorporar a la comunidad como dimensión constitutiva de la propuesta. Entendíamos que la comunidad está conformada por sujetos concretos que acceden —o ven obs-

taculizado su acceso— tanto a la SM como al ejercicio pleno de sus derechos. En este sentido, la articulación entre SM, DDHH y comunidad constituye un eje ampliamente desarrollado en la obra de Emiliano Galende (1993, 2011), cuyo legado atravesó nuestra labor, tanto en las dimensiones elegidas para nombrar la jornada como en las distintas producciones y exposiciones que recuperaron sus aportes.

Así fuimos caminando hasta nombrar la propuesta. Aún cuando algunos de nosotros nos estábamos conociendo y veníamos de diferentes trayectorias profesionales, hubo desde el inicio un acuerdo fundante en cuanto a concepción de la SM en línea con las directrices que sostiene nuestra Ley Nacional de SM N° 26.657 (2010), que contemplan el abordaje interdisciplinario, ambulatorio, no asilar y comunitario.

Fue muy importante que dos colegas de nuestro comité integren la comisión de SM de la Mesa de Trabajo del ex Pozo. Esta circunstancia agilizó nuestra intención de realizar la jornada en ese lugar.

La propuesta no solo fué muy bien recibida por todos los integrantes de la Mesa del ex Pozo sino que, además se pusieron inmediatamente a disposición para articular la organización.

El ex Pozo no es cualquier lugar

Formalmente hablando es un Sitio de la Memoria que pertenece institucionalmente al Ministerio de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, a la Subsecretaría de Derechos Humanos, con asiento en Banfield, localidad del municipio de Lomas de Zamora. En cuanto al origen institucional del espacio como sitio de la memoria, relata Daniel Prassel (2025), integrante de la mesa de trabajo, que en su Trabajo Final Integrador para la Licenciatura en Justicia y Derechos Humanos de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa), refiere que en el año 2015 se firmó entre los tres niveles del Estado, el convenio de gestión tripartita que habilitaba la apertura como Espacio de Memoria. Sin embargo, esto no pudo realizarse hasta el 22 de marzo de 2019, en un acto por el día nacional de la Memoria, la Verdad y la Justicia, que fue puntapié inicial para visitas guiadas, acciones, iniciativas y actividades, articuladas con los diferentes niveles del Estado y la Mesa de Trabajo del Ex Pozo en la actualidad. Donde había funcionado el centro clandestino “Pozo de Banfield” la comunidad organizó actividades de visibilización y militancia para denunciar los horrores allí cometidos como la primera marcha al lugar en 1986. Posteriormente con la conformación de la multisectorial “Chau Pozo”, integrada por familiares y referentes de DDHH, entre ellos la entrañable com-

pañera Adriana Calvo de Laborde, sobreviviente del Circuito Camps que parió a su hija Teresa en el Pozo, se llegó a desafectar el edificio en 2006, entregando la llave de manera simbólica a la Mesa de trabajo.

En la provincia de Buenos Aires, se sancionó en el año 2006 la Ley N° 13.584 que preserva aquellos sitios donde habían ocurrido estas gravísimas violaciones a los DDHH.

Luego se sancionó la Ley Nacional N° 26.691 en el año 2011, que obliga a los tres niveles del Estado (Nacional, Provincial y Local) a sostener estos espacios en funcionamiento sumando además como actor protagónico a estas mesas de trabajo para construir, observar y diseñar políticas públicas de DDHH. Destacamos que esta ley, única en el mundo sienta precedente en materia de DDHH.

En este lugar que funcionó como centro clandestino de detención desaparición y exterminio sucedieron todo tipo de violaciones a los DDHH desde noviembre de 1974 hasta octubre de 1978. Hoy nos propusimos habitarlo, llenarlo de gente, de ideas, de mates y abrazos con el respeto que el espacio merece. Pudimos hacerlo porque muchos años antes esas personas, algunas de ellas sobrevivientes del accionar del terrorismo de Es-

tado, asumieron la tarea de constituirlo como Sitio de la Memoria a partir de una política pública.

Empezamos las gestiones con la Mesa de Trabajo, La Municipalidad, La Región Sanitaria VI, la Subsecretaría de Derechos Humanos y la de Salud Mental de la Provincia. Recibimos apoyo y acompañamientos de estas áreas de gobierno, de colegas, de compañeros de aquella primera agrupación, de la Universidad Nacional de Lanús mediante su Instituto de Justicia y Derechos Humanos “Eduardo Luis Duhalde” y su centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldemberg”.

Armamos la convocatoria. Definimos la jornada como Derechos Humanos, Salud Mental y Comunidad, pensamos ejes de trabajo para el abordaje de la temática: identidad, género, justicia, Territorio y niñeces y adolescencias. Recibimos trabajos provenientes de diferentes grupos, servicios, ámbitos y sectores tanto de la comunidad como del Estado vinculados a las prácticas en SM, a los derechos y a la cultura. Seleccionamos treinta y dos trabajos que organizamos en ocho mesas, cuatro simultáneas a la mañana y cuatro a la tarde. Elegimos confiar la coordinación de cada una de ellas a referentes y colegas dispuestos a colaborar. El programa de la jornada contempló además una mesa de apertura y una de cierre.

3. Durante la Jornada

Nos preocupaba que pueda entrar toda la gente que se había inscripto, pero salió el sol y dispusimos todo para que la actividad transcurra en el patio. La Mesa de apertura estuvo a cargo de las siguientes autoridades: Julieta Calmels por la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos problemáticos y Violencias en el ámbito de la salud, del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Lorena Battistiol, Directora Sitios y Espacios de Memoria por la Subsecretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia de la Provincia, Adelqui del Do, vocal del directorio de IOMA, y Gabriela Mastellone, Subsecretaría de Atención Primaria de la Secretaría de Salud del Municipio de Lomas de Zamora.

La coordinación de la mesa estuvo a cargo de un integrante del Comité Organizador de la jornada y de la comisión de SM de la Mesa de Trabajo del “Pozo de Banfield”, Leopoldo Toto Canosa.

Cada intervención de esta mesa hizo lugar a la relevancia del acto. En general todas las ponencias iniciaron con la caracterización de la situación mundial y nacional, para luego desarrollar las consecuencias sobre las poblaciones y subjetividades. Asimismo la subsecretaría de SM, consumos problemáticos y violencias en

el ámbito de la salud dió cuenta de las novedades en cuanto a dispositivos, estrategias y agentes de salud que la provincia ha puesto en marcha aún en el contexto regresivo que vive el país. La defensa de la Ley 26.657 (2010) fué otro de los puntos nodales de esta primera mesa, así como la valoración de espacios de intercambio y visibilización del trabajo comunitario en salud y SM.

Luego se desarrollaron las mesas de trabajo, todas ellas coordinadas por referentes del campo de la SM y los DDHH, que colaboraron cálidamente con la actividad. Se dispusieron cuatro mesas simultáneas a la mañana y cuatro a la tarde. Si bien esta modalidad no había sido programada previamente, la dinámica que se generó en cada una de las mesas propició un desarrollo más próximo al formato de taller que a la exposición tradicional. Tanto los abordajes de carácter más teórico como los relatos de experiencias se vieron ampliamente enriquecidos por los aportes y las intervenciones del público participante.

El cierre de la jornada se programó contando con una mesa coordinada por Sara Pitman y Sylvia Gago, integrantes de este comité. Las disertaciones estuvieron a cargo de la Lic. Marina Vega (Directora provincial de Coordinación estratégica, fortalecimiento y ar-

ticulación institucional de la Subsecretaría de Derechos Humanos), Berta Horen y Mimi Digianni (ex presas políticas de Devoto, coautoras de “Nosotras en libertad”), y Emilse Moreno Carreño (familiar de víctima del accionar del terrorismo de estado, también integrante de este comité).

4. Después de la Jornada

Algunos resultados de la jornada se visibilizan en actos y hechos. En primer lugar, el Concejo Deliberante de Lomas de Zamora resolvió dictar la ordenanza N° 19.442 que declara la jornada de interés municipal, en sus considerandos destaca:

Que frente a los discursos de odio y las políticas tendientes a promover el individualismo que se pretenden imponer desde el gobierno nacional, resulta indispensable fortalecer las acciones comunitarias que apunten a la defensa del lazo social, la protección de los derechos humanos y la promoción de la salud integral de la población. Que los efectos sociales y subjetivos derivados del deterioro del tejido comunitario tienen un alto impacto en la salud mental colectiva, fenómeno ampliamente documentado en los ámbitos académicos, sanitarios y de derechos humanos. Que en este contexto, la generación de espacios de en-

cuentro, intercambio, reflexión y producción teórica, así como de socialización de experiencias territoriales constituye una herramienta fundamental para la protección y promoción de la salud mental y los derechos humanos. (Concejo deliberante de Lomas de Zamora, 2025, p. 1)

En segundo lugar la subsecretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia de la Provincia de Buenos Aires nos propuso publicar la producción que se desplegó el día de la jornada a través de su editorial MeVeJu (Memoria, Verdad y Justicia) proyecto en el que nos encontramos trabajando.

También presentamos la experiencia de la jornada en el Congreso de Salud de la Provincia de Buenos Aires (COSAPRO) realizado en la ciudad de Mar Del Plata durante abril de 2026. Nos invitaron de diferentes espacios y municipios a transmitir la experiencia.

Actualmente nos encontramos proyectando la segunda jornada de Derechos Humanos, Salud Mental y Comunidad para realizarla nuevamente en el Ex “Pozo de Banfield”. Estas repercusiones y efectos de la actividad relanzan la apuesta de proyectos colectivos que recuperan trayectorias y a la vez convocan nuevas voces del campo de la SM y los DDHH.

Destacamos como resultado muy significativo que la Jornada se constituyó en un momento de encuentro y reencuentro. Con personas que socializan sus maneras de hacer en y con la comunidad. En medio de un discurso de época que promueve el individualismo y la competencia, soportando políticas nacionales tendientes a romper todo lazo social, saber de otras y otros en diversos lugares del país trabajan desde una posicionamiento social, incluso es sin duda un impulso que alienta a seguir.

5. Consideraciones finales

Como señalamos al inicio los cinco integrantes de la comisión organizadora nos habíamos conocido poco antes de la jornada. Provenientes de ámbitos diversos, esto sin duda enriqueció la mirada. Diversidad que necesariamente alojó puntos de anclaje comunes:

- Que los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado no pueden ser pensados fuera de la comunidad
- Que la salud comunitaria no es tal sin una política de DDHH que la sostenga. Que los DDHH en nuestro país no pueden pensarse por fuera de la política de Memoria, Verdad y Justicia.

- Que adherimos a los principios de la Ley Nacional de SM 26.657 (2010).

También dijimos que como grupo veníamos de una frustración. Como profesionales de la salud, recibimos cotidianamente demandas de tratamiento que nacen de una frustración. La teoría psicoanalítica hace de este concepto uno de los pilares del desarrollo del ser humano. Para Enrique Pichon-Rivière (2008), la frustración no es simplemente un sentimiento negativo, sino un componente central en la dinámica grupal y el proceso de aprendizaje que puede llevar a la inmovilidad (enfermedad) o a la transformación creativa. El manejo de la frustración está intrínsecamente ligado a la acción (praxis) y al abordaje de las ansiedades básicas.

Por su parte, Floreal Ferrara retoma algunos conceptos pichonianos cuando describe el proceso de salud-enfermedad, y sostiene que:

Es cierto que también puede conducir a la muerte, a la quietud definitiva para el individuo, pero al no quedar estática, detenida, al no mineralizarse, la enfermedad se hace una especulación transitoria del proceso y entonces ilumina el camino de la salud social, al permitir comprender el déficit histórico-social que la produjo, reconocer sus potencialidades contradictorias y ayu-

dar a ejercer dicha potencia para volver a encontrar esa nueva etapa de salud. La enfermedad aparece así como un emergente de un sistema histórico-social que tiene en su seno la capacidad transformadora que requiere el nuevo proceso que ella denuncia. (Ferrara, 1985, p.25)

Asumir superar ese aquel obstáculo nos dio la posibilidad de poner a trabajar la frustración desde las herramientas de nuestra práctica. Eso nos unió, nos puso en movimiento para accionar, para intentar cambios en la comunidad ... y en nosotros.

Sabíamos que el camino era convocar, escuchar, escucharnos. Pero no nos imaginábamos que éramos tantos los que estábamos dispuestos. Nuestra sorpresa por la cantidad de gente que aceptó la convocatoria y la calidad de los trabajos, fue muy reconfortante. A la vez muestra en un solo acto, cuán afectados estamos por la tendencia hacia la que es empujada la subjetividad de la época. La Jornada de Salud Mental. Derechos Humanos y Comunidad, entendemos entonces, se constituyó en denunciante de un síntoma que da cuenta de un malestar que está en otro lugar. En un contexto nacional y mundial mortífero y regresivo en materia de derechos, la jornada permitió visibilizar que seguimos trabajando, interesados y comprometidos.

Por último, entendemos que la experiencia sobre la que hemos intentado dar cuenta produjo efectos reparatorios, dimensión que atravesó toda la jornada y que se manifestó especialmente en la mesa de cierre. La participación de Berta Horen, Mimi Digianni y Emilse Moreno dio cuenta de historias que no sólo reafirmaron los motivos de la elección del espacio para el encuentro, sino que también propiciaron una reflexión colectiva acerca de aquellos períodos más oscuros de la historia de nuestro país, en los que la resistencia se sostuvo con el cuerpo y con la propia vida.

El cierre constituyó, sin dudas, un momento doloroso y profundamente emotivo, que nos convoca a continuar trabajando por los DDHH y por una SM construida para y desde la comunidad.

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>
- Ferrara, F. (1985). *Teoría social y salud*. Catálogos, Editora.
- Galende, E. (1993) *Psicoanálisis y salud mental. Para una*

crítica de la razón psiquiátrica. Paidós.

Ley Nacional N° 26.657 (2 de diciembre de 2010). Ley Nacional de Salud Mental

Ley Nacional N°26.691. (Julio 27 de 2011). De Preservación y difusión de sitios de memoria del terrorismo de estado.

Ley Provincial N° 13.584 (30 de noviembre de 2006). De preservación de todos los lugares que funcionaron como centros clandestinos de detención.

Ordenanza de declaración de interés municipal[n°19.422. (29 de octubre de 2025). Honorable Concejo Deliberante de Lomas de Zamora.

Pichon Riviere, E. (2008) El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (1). Ediciones Nueva Visión.

Prassel, D. (2025) *El Pozo de Banfield, de Centro Clandestino del Terrorismo de Estado a Espacio de Memoria (1983 - 2025)*. Trabajo final integrador, Licenciatura en Justicia y Derechos Humanos. UNLa.

Imagen 1. Frente del Sitio para la Memoria y promoción de los Derechos Humanos, Ex “Pozo de Banfield”.



Fuente: Gerónimo Xicarts (2025)

Imagen 2. Vista de la jornada en el patio. Sobre el techo visible se encuentran los calabozos del Ex CCDTyE.



Fuente: Gerónimo Xicarts (2025)

Imagen 3. Participantes de la jornada.



Fuente: Gerónimo Xicarts (2025)

Imagen 4. Preparando la Mesa de apertura



Fuente: Nahuel Facundo De Lima (2025)



Formación en servicio y producción de redes vivas: la preceptoría en salud mental en una universidad brasileña

ALBUQUERQUE, Gabriela

Cassiano de. Enfermera, especialista en Salud Mental / Salud Colectiva por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estatal de Campinas (UNICAMP). Estudiante de Maestría en el Programa de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Estatal de Campinas (UNICAMP).

Contacto: gabriela.albuquerque31@gmail.com
ORCID: 0009-0005-1910-7603

ZAFALON, Julia Floriano.

Psicóloga, especialista por la Residencia Multiprofesional en Salud Mental y Salud Colectiva por la Universidad de Estado de Campinas (UNICAMP), Brasil. Estudiante de Maestría en Salud Colectiva en la Facultad de Ciencias Médicas, en el área de Política, Planificación y Gestión en Salud (UNICAMP).

Contacto: juliafzafa@gmail.com
ORCID: 0000-0002-7777-7825

Recibido: 15/04/2026 - **Aceptado:** 06/07/2026

Cómo citar: Albuquerque, G.C., Zafalon, J.F., Gomes, B.W., Pellatti, G. y Onocko-Campos, M.T. (2026). Formación en servicio y producción de redes vivas: la preceptoría en salud mental en una universidad brasileña. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (20), 227-239

GOMES, Bruno Waldman.

Psicólogo, especialista por la Residencia Multiprofesional en Salud Mental y Salud Colectiva por la Universidad de Estado de Campinas (UNICAMP), Brasil. Estudiante de Maestría en Salud Colectiva en la Facultad de Ciencias Médicas, en el área de Política, Planificación y Gestión en Salud (UNICAMP).

Contacto: waldman.gomes@gmail.com
ORCID: 0009-0001-1187-8850

PELLATTI, Giovana.

Terapeuta Ocupacional. eEspecialista en Salud Mental y en el Método Terapia Ocupacional Dinámica (MTOD) por el Centro de Especialidades en Terapia Ocupacional (CETO). Actualmente es supervisora de la Residencia Multiprofesional en Salud Mental de la Universidad de Estado de Campinas (UNICAMP), y magíster y doctoranda en Salud Colectiva por la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) de la misma institución.

Contacto: giovanapellatti@gmail.com
ORCID: 0000-0002-3074-4938

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa.

Profesora Titular del Departamento de Salud Colectiva y docente del Programa de Posgrado en Salud Colectiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estatal de Campinas (UNICAMP), Brasil. Psicoanalista e investigadora en la interfaz entre salud mental y salud colectiva.

Contacto: rosanaoc@unicamp.br
ORCID: 0000-0003-0469-5447

Resumen

El presente estudio analiza la preceptoría en salud mental como dispositivo ético-político en la formación para el Sistema Único de Salud (SUS), especialmente en el contexto de la Reforma Psiquiátrica y de la Red de Atención Psicosocial (RAPS) brasileña. Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo, tipo relato reflexivo de experiencia, basado en la noción de experiencia. La preceptoría sostiene, junto a profesionales en formación, espacios críticos frente a la lógica productivista, favoreciendo la clínica ampliada y las redes vivas, pese a tensiones institucionales. Se evidencia su función como práctica de resistencia y coproducción de sujetos, con límites impuestos por la fragilización de las políticas públicas de salud.

Palabras clave: formación en servicio, preceptoría, salud mental, reforma psiquiátrica, Sistema de Salud brasileño

In-service training and the production of living networks: preceptorship in mental health at a Brazilian university

Abstract

This study analyzes preceptorship in mental health

Cassiano de Albuquerque | Zafalon | Waldman Gomes | Pellatti |
Onocko-Campos

as an ethical-political device in training for the Brazilian Unified Health System (SUS), particularly in the context of the Psychiatric Reform and the Brazilian Psychosocial Care Network (RAPS). It is a qualitative, descriptive study, presented as a reflective experience report, based on the notion of experience. Preceptorship, together with professionals in training, sustains critical spaces in the face of productivist logic, fostering expanded clinical practice and living networks, despite institutional tensions. Its role is highlighted as a practice of resistance and co-production of subjects, with limits imposed by the weakening of public health policies.

Keywords: in-service training, receptorship, mental health, psychiatric reform, brazilian Health System

Introducción

Comprender la formación en salud en el contexto brasileño exige situarla en el interior del Sistema Único de Salud (SUS), que es definido como un sistema público universal orientado por los principios de universalidad, integralidad y equidad (Brasil, 1990). El SUS se configura como un proyecto ético-político de producción de cuidado y garantía de derechos, en el que la formación de los trabajadores ocupa un lugar estratégico.

La Reforma Psiquiátrica brasileña, consolidada a partir de la organización popular y promulgada por la Ley N° 10.216/2001, instituyó un marco ético-político para la reorganización de la atención en salud mental orientada por la desinstitutionalización, la superación del modelo asilar y la construcción de prácticas centradas en el cuidado en libertad (Brasil, 2001). En este contexto, la creación de la Red de Atención Psicosocial (RAPS) se configuró como una estrategia de organización de servicios sustitutivos a la lógica manicomial, articulando dispositivos territoriales tales como: los centros de atención psicosocial, los centros comunitarios y los servicios de residencia terapéutica (Brasil, 2011), que producen cuidado a partir del territorio y de las necesidades de los sujetos (Yasui, 2010).

La implementación de la RAPS impulsó la expansión de cursos formativos en salud mental, desde modelos teóricos hasta metodologías en servicio. En este escenario, se destacan las residencias en salud como modalidad de posgrado que articula formación teórico-práctica, con carga horaria intensiva, siendo fundamentales para la preparación de profesionales para el SUS por favorecer la producción de saberes, la formación interdisciplinaria y la vivencia de la atención (Ceccim y Feuerwerker, 2004).

Ceccim (2005) sostiene que la educación en salud se fundamenta en la problematización de las prácticas y en el análisis del cotidiano como motor formativo, comprendiendo el trabajo como espacio de producción de saber. El aprendizaje emerge de la implicación con problemas concretos, mediante reflexión crítica y reinención de prácticas, en oposición a modelos prescriptivos. Así, los modos de formar y cuidar se producen simultáneamente en el cotidiano de los servicios.

El referencial del cuadrilátero de la formación (enseñanza, gestión, atención y control social)¹ amplía esta comprensión al evidenciar que la formación ocurre en la intersección de distintos planos del sistema (Ceccim, 2005). Esto permite reconocer que los procesos formativos están atravesados por relaciones institucionales, disputas de poder y organización del trabajo. Esta perspectiva dialoga con Campos (2000b; Campos et al., 2014), quien concibe el trabajo en salud como espacio de coproducción de sujetos, prácticas e instituciones, donde clínica y gestión son indisolubles y se construyen colectivamente.

Emerich y Onocko-Campos (2016; 2019) destacan que la formación en salud mental debe considerar la inseparabilidad entre sujeto, colectivo e institución, reconociendo que cuidado y formación se producen en

los encuentros cotidianos. Asimismo, subrayan que la formación implica lidiar con tensiones institucionales y exige invención frente a las limitaciones de la red.

Este estudio se centra en el programa de preceptoría de una residencia multiprofesional en salud mental de una universidad pública brasileña. A lo largo de 15 años, el programa pasó de especialización de un año a residencia de dos años con dedicación exclusiva. De carácter multiprofesional, involucra áreas como psicología, terapia ocupacional, enfermería y fonoaudiología, y se orienta al fortalecimiento del trabajo territorial, la construcción de vínculos, prácticas comunitarias y control social (Coelho, 2012).

La incorporación reciente de preceptores egresados del propio programa constituyó un hito, ya que la preceptoría se configura como dispositivo pedagógico clave en la mediación entre teoría y práctica, con papel estratégico en la supervisión, el acompañamiento y la problematización del trabajo en salud (Bottari y Vasconcellos, 2011). La inserción de estos profesionales tensiona y potencia las prácticas pedagógicas al movilizar saberes experienciales.

No obstante, esta iniciativa ocurre en un contexto de desfinanciamiento y fragilización de las políticas de

salud mental, con retrocesos que tensionan la Reforma Psiquiátrica (Delgado, 2019). Se evidencian contradicciones entre la potencia de una formación crítica y las condiciones de precarización de los servicios y debilitamiento del control social (Miwa y Ventura, 2020).

Ante ello, se plantea la siguiente cuestión: ¿cómo la formación en servicio, mediada por la preceptoría, opera en contextos de fragilización institucional y qué efectos produce en la construcción del cuidado en salud mental? A partir de la experiencia como eje analítico, este estudio busca comprender las potencialidades y límites de este dispositivo formativo en la producción de prácticas alineadas con la Reforma Psiquiátrica brasileña.

Metodología

Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo, del tipo relato de experiencia, basado en la comprensión de la práctica como campo de producción de conocimiento. Se adoptó el referencial metodológico de Jorge Larrosa Bondía, especialmente su obra *Notas sobre la experiencia y el saber de experiencia* (2002), que entiende la experiencia como aquello que atraviesa, transforma y produce sentidos, posibilitando la articulación entre práctica y teoría.

La experiencia analizada se desarrolló entre marzo de 2024 y febrero de 2025, en el contexto de la primera cohorte de preceptores vinculados a una residencia multiprofesional en salud mental de una universidad pública en un municipio de gran porte, ciudad polo de la red de salud. Los preceptores, provenientes de distintos núcleos profesionales como psicología y enfermería, eran responsables del acompañamiento formativo de los residentes.

El escenario de actuación fueron los servicios de la red de atención a la salud (RAS) del SUS, especialmente en los niveles de atención primaria y terciaria, configurando espacios privilegiados por la inmersión en cuadrilátero de la formación. Las actividades incluyeron dos ejes principales: uno pedagógico, con supervisión de campo, discusión de casos, atención conjunta y reuniones de acompañamiento formativo; y otro orientado a la gestión de la formación, mediante la participación en reuniones con gestores de servicios y coordinación de la residencia, buscando articular las demandas del trabajo con el proceso formativo.

Para la sistematización de los datos se utilizaron memorias derivadas de la observación participante y diarios de campo de los preceptores. Este material permitió la elaboración de reflexiones críticas sobre las

prácticas, considerando atravesamientos institucionales, pedagógicos y relacionales, evidenciando la potencia de la experiencia como dispositivo formativo y su contribución al aprendizaje en el propio contexto de trabajo.

Descripción de la experiencia

El programa de preceptoría de la universidad en la cual se basa este relato se inició en 2024 con el objetivo de fortalecer los procesos de enseñanza-aprendizaje en el ámbito de las residencias médicas y multiprofesionales, en el contexto del sistema público de salud brasileño, a partir del vínculo profesional de los preceptores con la institución de enseñanza.

La función del preceptor en los programas de residencia en salud se encuentra reglamentada por la Resolución Nº2, de 13 de abril de 2012 (Brasil, 2012), que define la preceptoría como la supervisión de las actividades prácticas desarrolladas por los residentes en los servicios de salud, ejercida por profesionales con formación mínima de especialista e insertos en el campo de práctica. El documento establece que estos profesionales pueden estar vinculados tanto a la institución formadora como a la ejecutora, enfatizando la centralidad del acompañamiento en el escenario de práctica y de

la responsabilidad formativa en el cotidiano del trabajo en salud. De este modo, el preceptor se configura como figura fundamental en la mediación entre enseñanza y servicio.

Además de la supervisión, la normativa atribuye al preceptor un papel amplio en el proceso formativo, incluyendo el acompañamiento del desarrollo teórico-práctico de los residentes, la facilitación de su integración con equipos, usuarios y demás actores del campo, así como la participación en procesos evaluativos, actividades de investigación y en la construcción y mejora de los programas de residencia. En este sentido, la preceptoría se presenta no sólo como función de soporte técnico, sino como un dispositivo estratégico en la articulación entre formación, cuidado y gestión en los servicios de salud.

Antes de la implementación del programa institucional, los preceptores se restringían a trabajadores de los campos de práctica, dependiendo de su disponibilidad e interés para asumir dicha función, en un contexto ya marcado por múltiples demandas laborales. La ampliación de la presencia de preceptores vinculados a la institución de enseñanza, sumada a aquellos insertos en los servicios, permitió diversificar los modos de acompañamiento de los residentes y ampliar el soporte

formativo. Esta composición favoreció la integración enseñanza-servicio-comunidad, así como una mayor aproximación a la realidad de los territorios, considerando la dinámica de los equipos, las necesidades locales y las redes de salud construidas junto a los usuarios.

Insertado en la lógica del SUS, el programa se articula con distintos puntos de la red de atención, especialmente en el campo de la salud mental, orientado por los principios de la Reforma Psiquiátrica Brasileña, que propone el cuidado en libertad y la construcción de redes territoriales.

En este campo, la preceptoría estuvo compuesta por cinco profesionales con formación en psicología y enfermería, insertos en distintos escenarios de la red pública: tres en la atención primaria, uno en un hospital general y uno en un servicio especializado. Esta distribución evidencia la diversidad de puntos de atención y la heterogeneidad de las demandas que atraviesan la formación en salud mental.

Las actividades desarrolladas incluyeron dispositivos pedagógicos como participación en reuniones de equipo, conducción de espacios de preceptoría, discusión de casos clínicos y acompañamiento de atenciones, tanto de forma compartida como en acciones territo-

riales. Estas prácticas dialogan con la lógica de la atención psicosocial, basada en la articulación entre saberes, servicios y niveles de atención, así como en la construcción del cuidado a partir de las singularidades de los usuarios y sus contextos de vida. La presencia en los territorios permitió tensionar perspectivas exclusivamente biomédicas, incorporando dimensiones sociales, culturales y relacionales en el cuidado, en consonancia con la noción de clínica ampliada (Campos, 1997).

Además de los escenarios asistenciales, los preceptores actuaron en actividades de enseñanza en la graduación, especialmente en los primeros años de los cursos de medicina y fonoaudiología, contribuyendo a la aproximación de los estudiantes a los principios de la salud colectiva y a la organización del cuidado en el SUS.

Se promovieron espacios de problematización de las prácticas y de apertura a la experiencia, articulando saberes de núcleo y de campo (Campos, 2000a). No obstante, estos procesos se desarrollaron en el marco de las condiciones concretas de los servicios, atravesados por dinámicas institucionales, limitaciones estructurales y distintas concepciones sobre el papel de la preceptoría. En este contexto, la formación en servicio no se restringe a los dispositivos formales de los programas

de residencia, sino que también se configura a partir de elementos del cotidiano, como las dificultades en la articulación de la red, las brechas en la oferta de cuidado, las estrategias para garantizar el acceso y las articulaciones entre profesionales, servicios y usuarios.

De este modo, la residencia reconoce como formativas tanto las instancias pedagógicas institucionalizadas como las experiencias del cotidiano, incluyendo tensiones, contradicciones e invenciones. Aprender en y para el SUS implica lidiar con su complejidad, exigiendo de residentes y preceptores no solo competencias técnicas, sino también dimensiones éticas, críticas y de articulación en red, orientadas a la construcción de respuestas frente a los desafíos institucionales.

Análisis de la experiencia

La práctica de la preceptoría en salud mental se construye en las fisuras entre las exigencias institucionales del servicio y el compromiso con una formación ético-política. Lejos de ser una vigilancia técnica, actúa como una mediación esencial en la sustentabilidad de espacios protegidos de aprendizaje, impidiendo que la urgencia y las presiones cotidianas del servicio asfixien el proceso formativo. En escenarios marcados por la precarización y la cronificación, donde metas numéri-

cas y flujos burocráticos pueden mecanizar el cuidado, la preceptoría opera para que el trabajo del residente no sea absorbido por la lógica productivista. Su papel es evitar que la práctica sea capturada por el “trabajo muerto” (Merhy, 2002), por normas y protocolos rígidos, garantizando la supervivencia de la reflexión y de la invención en el encuentro clínico.

Sostener este espacio constituye una resistencia activa a la racionalidad gerencial hegemónica que vacía el hacer e induce actuaciones desprovistas de reflexión. Al preservar tiempos de resguardo crítico, la preceptoría construye una experiencia que excede la función de reproducción de mano de obra alienada.

Es precisamente en esta suspensión de la urgencia asistencial donde la ampliación de la clínica se vuelve viable, al garantizar condiciones para el uso de tecnologías leves como el vínculo, la escucha y la implicación en lugar de ceder al ritmo de la captura administrativa. En este sentido, el “preceptorar” (Santos y Pezzato, 2020) se manifiesta en la capacidad de catalizar los malestares del cotidiano en potencia crítica, anclando la formación en el trabajo vivo en acto (Merhy, 2002), protegiendo la autonomía del residente y la ética del cuidado en el SUS.

La inserción de la preceptoría vinculada a la universidad reveló también conflictos que delimitan esta función y evidencian la fragilidad institucional frente a la construcción de nuevos espacios y relaciones. Lo experimentado fue un lugar marcado por la ambigüedad: para los equipos, el preceptor oscilaba entre ser una fuerza de trabajo adicional y una figura de saber teórico o de fiscalización distanciada del territorio. Esta condición de “extranjero” en el cotidiano de la red expresa la escisión histórica entre la producción de cuidado y la producción de saber. Como señala Ceccim (2005), la inserción de la enseñanza en los servicios tensiona fronteras establecidas, mostrando que esta extrañeza es resultado de un modelo formativo históricamente desvinculado de la práctica asistencial (Merhy, 2002).

Habitar este espacio intermedio exige no solo dominio técnico, sino también la construcción de legitimidad, que no se garantiza únicamente por el vínculo institucional. La entrada en los servicios convoca al preceptor a un ejercicio ético de implicación, afirmando que el saber académico requiere insertarse en el trabajo como apoyo en la coproducción de sujetos y colectivos (Emerich y Onocko-Campos, 2019), tensionando lógicas jerárquicas. Inspirado en el método Paideia (Campos, 2000b), el preceptor fomenta espacios de cogestión que permiten a residentes y equipos

elaborar el sufrimiento institucional, transformando la parálisis en potencia de cuidado en el territorio.

Esta construcción artesanal se torna aún más desafiante ante el desmantelamiento progresivo de la RAPS. . La fragilización de los servicios y de sus vínculos ético-políticos ejerce presión sobre el cotidiano formativo, donde la inestabilidad de recursos y la inseguridad técnica pueden producir angustia. Ante la propia impotencia, emerge una tendencia a banalizar el sufrimiento del usuario como mecanismo de defensa institucional (Onocko-Campos, 2012). Este movimiento se articula con el avance de la “atención gerenciada”, que busca trasladar la microdecisión clínica hacia la esfera administrativa.

Frente a ello, se sostiene que es en las lagunas de las estructuras formales donde la producción de redes vivas cobra fuerza, especialmente en la invención de flujos que desbordan protocolos rígidos y priorizan el trabajo vivo en acto, centrado en la posibilidad del encuentro, desde la noción de clínica ampliada (Campos, 1997). Esta perspectiva dialoga con Merhy (2002; Merhy y Franco, 2003), al comprender el trabajo en salud como producción de cuidado mediada por tecnologías leves, leve-duras y duras, destacando la centralidad de la relación. Así, el proceso de trabajo está atravesado

por disputas entre modelos asistenciales, lo que implica reconocer que la formación no se limita a competencias técnicas, sino que involucra modos de actuar y de implicarse con el otro. En este sentido, formar trabajadores para el SUS implica la capacidad de operar en escenarios abiertos y dinámicos, marcados por la imprevisibilidad y por la necesidad de articulación en red. Son prácticas construidas en la implicación con el territorio, que funcionan como micropotencias innovadoras para sostener la continuidad del cuidado (Merhy, 2002).

De este modo, la formación en salud mental puede comprenderse como una práctica ético-política, al implicar posicionamientos frente a los modos de cuidado, la organización de los servicios y las relaciones con usuarios y territorios. Formar para el SUS, especialmente en la atención psicosocial, supone sostener prácticas alineadas con el cuidado en libertad y con la construcción de redes territoriales, reconociendo tensiones, límites y contradicciones del cotidiano. Al entender la formación como proceso situado y atravesado por disputas, se hace posible comprender la preceptoría como un dispositivo que opera en la interfaz entre enseñanza, cuidado y gestión, participando activamente en la producción de modos de atención y en la sostenibilidad de prácticas en salud mental.

Finalmente, este ejercicio de invención busca transformar la parálisis de la impotencia en aprendizaje significativo, a partir de la problematización constante del trabajo. La preceptoría se constituye como un espacio donde las experiencias pueden ser narradas y el sufrimiento institucional elaborado (Emerich y Onocko-Campos, 2019). Al convertir la parálisis en acción ética y política, valida el saber de la experiencia (Bon-día, 2002), entendido como aquello que nos atraviesa y transforma. El “preceptorar” se reafirma, así, como la coproducción de sujetos capaces de transformar la realidad de los servicios mientras son transformados por ella.

Conclusión

Este relato de experiencia tuvo como objetivo presentar el ejercicio y la construcción de la función de preceptoría en una residencia multiprofesional en salud mental, en un contexto de fragilización de las redes de cuidado y de los vínculos ético-políticos. Al retomar el recorrido descrito, se observa que esta función se constituyó como una resistencia ética indispensable, capaz de sostener la dimensión reflexiva de la formación incluso bajo la presión de la racionalidad gerencial que tensiona los avances de la Reforma Psiquiátrica. La experiencia mostró que la mediación de la preceptoría

potencia el soporte para que los residentes sostengan prácticas de la clínica ampliada y el uso de tecnologías leves, favoreciendo una actuación reflexiva y centrada en el usuario.

Desde la perspectiva metodológica, el relato evidenció que el saber producido en lo cotidiano no es meramente técnico, sino un saber que “pasa y transforma” a los sujetos. Aunque el desmantelamiento de la RAPS presione hacia la reducción del residente a un recurso ejecutor, la experiencia reveló que la preceptoría cataliza la invención de redes vivas, incluso protagonizadas por los propios residentes. Es en la artesanía del cotidiano, en el fortalecimiento de las relaciones institucionales y en las articulaciones territoriales donde se buscó la continuidad del cuidado, actuando sobre la parálisis institucional para transformarla en aprendizaje e implicación política.

No obstante, se reconocen los límites de la coyuntura actual: la fragilidad de los servicios y la ambigüedad del lugar del preceptor académico aún dificultan la integración enseñanza-servicio. En última instancia, la preceptoría se reafirma como una apuesta por la co-producción de sujetos críticos. Para que estas prácticas no se restrinjan a micropolíticas aisladas, es necesario fortalecer las políticas de educación permanente y el

financiamiento del SUS. Solo la consolidación del sistema público como espacio de experiencia y producción de saber puede sostener un cuidado comprometido con los principios del SUS, la libertad y la dignidad de los sujetos en sus territorios.

Referencias bibliográficas

- Brasil. (1990). *Ley n.º 8.080, de 19 de septiembre de 1990: Dispone sobre las condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud, la organización y el funcionamiento de los servicios correspondientes*. Diario Oficial de la Unión.
- Brasil. (2001). *Ley n.º 10.216, de 6 de abril de 2001: Dispone sobre la protección y los derechos de las personas con trastornos mentales y redirige el modelo asistencial en salud mental*. Diario Oficial de la Unión.
- Brasil. Ministério da Educação, Comissão Nacional de Residência Médica. (2012). *Resolución CNRM n.º 2, de 13 de abril de 2012: Dispone sobre directrices generales para los programas de residencia médica*. Diario Oficial de la Unión.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Portaria n.º 198/GM/MS, de 13 de febrero de 2004: Instituye la Política Nacional de Educación Permanente en Salud como estra-*

- tegia del Sistema Único de Salud para la formación y el desarrollo de trabajadores para el sector.* Diario Oficial de la Unión.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Portaria n.º 3.088, de 23 de diciembre de 2011: Instituye la Red de Atención Psicosocial (RAPS).* Diario Oficial de la Unión.
- Bottari, C. y Vasconcellos, M. M. (2011). Preceptoria: un campo en construcción en la formación en salud. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(39), 1185–1197.
- Campos, G. W. S. (1997). *La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada* [mimeo]. DMPS-UNICAMP.
- Campos, G. W. D. S. (2000a). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5, 219-230. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>
- Campos, G. W. S. (2000b). *Un método para el análisis y la cogestión de colectivos.* Hucitec.
- Campos, G. W. S. Figueiredo, M.D., Pereira Júnior, N., y Castro, C P. (2014). La aplicación de la metodología Paideia en el apoyo institucional, en el apoyo matricial y en la clínica ampliada. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18, 983–995. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>
- Ceccim, R.B. (2005). Educación permanente en salud: desafío ambicioso y necesario. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 161–177. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>
- Ceccim, R. B., y Feuerwerker, L. C. M. (2004). El cuadrilátero de la formación para el área de la salud: enseñanza, gestión, atención y control social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14, 41–65.
- Coelho, J. S. (2012). Construyendo la participación social en el SUS: un constante repensar en busca de equidad y transformación. *Saúde & Sociedade*, 21, 138–151.
- Delgado, P. G. (2019). Reforma psiquiátrica: estrategias para resistir al desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17, e0021241.
- Emerich, B F., y Onocko-Campos, R.T. (2016). Formación de trabajadores para la salud mental: la experiencia de la residencia multiprofesional en el proyecto recorridos formativos en desinstitucionalización. Em S. D. Rosa, E.M.A. Vasconcelos, y

- R.M. Rosa-Castro (Orgs.), *Formación en salud mental: experiencias, desafíos y contribuciones de la residencia multiprofesional en salud* (pp. 91–106).CRV.
- Emerich, B.F. y Onocko-Campos, R.T. (2019). Formación para el trabajo en salud mental: reflexiones a partir de las concepciones de sujeto, colectivo e institución. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e170521. <https://doi.org/10.1590/Interface.170521>
- Larrosa, J. (2002). Notas sobre la experiencia y el saber de experiencia. *Revista Brasileira de Educação*, 19, 20–28.
- Merhy, E. E. (2002). *Salud: la cartografía del trabajo vivo*. Hucitec.
- Merhy, E.E., y Franco, T.B. (2003). Por una composición técnica del trabajo en salud centrada en el campo relacional y en las tecnologías leves. *Saúde em Debate*, 27(65), 316–323.
- Miwa, M., y Ventura, C. (2020). El (des)compromiso social en la modernidad líquida: sobre participación social en salud. *Saúde em Debate*, 44(126), 1246–1254. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012722>
- Santos, J. B., y Pezzato, L. M. (2020). El “preceptorar” como dispositivo de aprendizaje en la residencia multiprofesional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190547. <https://doi.org/10.1590/Interface.190547>
- Yasui, S. (2010). *Rupturas y encuentros: desafíos de la reforma psiquiátrica brasileña*. Fiocruz.

Notas

1. En el contexto de las políticas públicas de Brasil, el término "control social" constituye un pilar fundamental del Sistema Único de Salud (SUS). Refiere al derecho constitucionalmente garantizado de la sociedad civil organizada para participar en la formulación, fiscalización y gestión de las políticas de salud, materializado de forma paritaria por medio de sus actores clave, los usuarios, trabajadores de la salud y gestores de servicios, a través de los Consejos y Conferencias de Salud. De este modo, representa un logro histórico de la movilización social, al asegurar un papel protagonista para la sociedad en la defensa y la configuración de sus propios derechos.

Salud mental y violaciones a los derechos humanos. A 50 años del terrorismo de Estado, una reflexión necesaria

MARTÍNEZ, Victoria Julia.

Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Especialista en trauma por violencia política. Directora de la Diplomatura Transmisión de Memorias Traumáticas de la Universidad del Chaco Austral y la Asociación Argentina de Salud Mental. Ex Directora Nacional de Atención a Grupos Vulnerables de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación. (2003-2014). Autora del libro Terrorismo de Estado. Efectos Psicológicos en los niños (Paidós)

Contacto: victoriajmartinez@yahoo.com.ar

Cómo citar: Martínez, V.J. (2026). Salud mental y violaciones a los derechos humanos. A 50 años del terrorismo de Estado, una reflexión necesaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (20), 240-246

Reflexionar en el marco de los 50 años del inicio de la última Dictadura cívico militar en nuestro país, implica considerar los efectos que produjo ese trágico episodio de nuestra historia. Hacerlo desde la mirada de un profesional de la salud mental es una enorme responsabilidad, ya que sabemos que esas marcas dejadas en las víctimas directas del terrorismo de Estado, también han dejado sus huellas en el conjunto de la sociedad y debemos analizar de qué manera siguen produciendo efectos en la subjetividad de hoy.

El inédito campo de la salud mental y los derechos humanos

El rasgo predominante de las metodologías represivas aplicadas en América Latina fue la asunción por parte del Estado de la eliminación del disenso social a través del terror. El caso argentino es considerado paradigmático en la aplicación de esta política, no sólo por su masividad sino por lo siniestro y clandestino

de las metodologías utilizadas. Torturas, secuestros en centros clandestinos de detención y desapariciones forzadas, maternidades en los campos y apropiación de niños, presos políticos, persecución, censura y el doloroso exilio de miles de personas. El propósito de imponer el terror fue generar la fragmentación social necesaria para la implementación del modelo económico sostenido por los sectores dominantes.

Hablar de consecuencias colectivas y memoria nos obliga a hacer un ejercicio de recuperar la historia de los contenidos y reflexiones sobre ese campo inédito, que acordamos en llamar salud mental y derechos humanos, que surge en aquel momento, derivado de la atención psicológica de las víctimas de terrorismo de Estado, que realizamos desde el movimiento de derechos humanos y sus equipos psicoasistenciales.

Durante la propia Dictadura y en los años posteriores, los profesionales de la salud mental, en su gran mayoría psicoanalistas, aún a riesgo de la propia seguridad, asumíamos el desafío de afrontar los límites teóricos de nuestras formaciones, instituyendo una práctica inédita de asistencia a víctimas del terrorismo de Estado, que nos derivaban desde el interior de los ocho históricos Organismos de derechos humanos.

La teorización de la práctica por parte de este colectivo de profesionales surge de la reflexión conjunta, generando conceptualizaciones a la luz de la incertidumbre que generaba la figura del “detenido desaparecido” y sus incidencias en la tramitación psíquica de la pérdida y el problema del duelo tanto individual como colectivo.

Fernando Ulloa, que coordinaba la supervisión del área clínica del *Movimiento Solidario de Salud Mental*, nos traía a consideración “la ética del analista frente a lo siniestro” y el compromiso necesario que se asumía con las víctimas, con quienes establecían un lazo de confianza con los psicoterapeutas y acudían en busca de un espacio donde poder hablar de su dolor, en momentos donde hablar era en sí mismo un acto de resistencia que ponía en peligro la vida de quien hablaba y de quien escuchaba.

En un intento de poner palabras a lo que ocurría, en los inicios se llamó a ese trabajo sobre la ausencia, de diversos modos: “duelos suspendidos”, “duelos congelados” o “duelos imposibles”, partiendo de que era una ausencia en contexto de enorme incertidumbre acerca de su destino. Había que comprender lo que acontecía y acompañar el trabajo psíquico desencadenado ante la ausencia fantasmática de un ser querido que no moría,

sino que desaparecía sin dejar rastros. Las preguntas sin respuesta se agolpaban en los familiares *¿Seguirá vivo? ¿Aparecerá? ¿Dónde está, dónde lo tienen? ¿Quién se lo llevó?*

La metodología de silencio y ocultamiento de estos crímenes producía una operación muy inquietante destinada a “hacer desaparecer a los desaparecidos”, tal como señala la psicoanalista García Reinoso Gilou (1984) en su mítico trabajo “Matar la muerte”, en el que analizaba que la desaparición era un procedimiento de anulación subjetiva, con la intención de aniquilar el orden simbólico, pretendiendo borrar la existencia misma. Se atacaba el rito fundante de toda condición humana, el derecho a la ritualización de la muerte, “el derecho a las lágrimas”, como decían en la Antigua Grecia.

Coincidíamos en que se trataba del abordaje del trauma particular inscripto en cada novela familiar, en cada historia, y que, aunque se desplegara en una escena colectiva, eran situaciones que implicaban un padecimiento extremo, de un acontecimiento que irrumpía en la vida de un sujeto con amenaza a su integridad, provocando un sufrimiento que lo desbordaba y paralizaba, generando ansiedad, angustia y terror de que vuelva a ocurrir, a sí mismo o sus seres queridos.

Las acciones posteriores de conceptualización, producción teórica, difusión, investigación surgieron del trabajo común de esos equipos y referentes de la salud mental sobre cómo abordar, desde nuestra función profesional, los efectos de las formas represivas en los afectados, especialmente la desaparición forzada, práctica que muy pronto se convirtió no sólo en una figura de incidencias clínicas, sino también jurídicas.

Es fundamental comprender lo que provocó en nuestra sociedad, el terrorismo estatal como tal, la destrucción del entramado social, la instalación del olvido como elemento esencial de la eficacia genocida, así como el proceso desencadenado durante el Juicio a las Juntas, de alto impacto simbólico. Luego, las leyes de Obediencia debida, Punto Final y los decretos de Indulto, generaron un nuevo padecimiento, que terminó por legalizar la impunidad y someter nuevamente a las víctimas a la deslegitimación social de sus reclamos.

Políticas públicas de Memoria, Verdad y Justicia

La Dictadura militar que usurpó el poder desde el 24 de marzo de 1976 se convirtió en un Estado terrorista, con una faz clandestina, en el que la coerción reemplazó las decisiones democráticas y el autoritarismo se configuró en el manejo discrecional del aparato del

Estado en la derogación de los derechos y libertades de los ciudadanos. Ello significó un cambio cualitativo y profundo en la propia concepción del Estado que dejó sembrados núcleos de terror en la población, debido a su operar clandestino, que configuran efectos no visibles, memorias de lo traumático que predicen comportamientos negacionistas actuales.

El compromiso por la Memoria, la Verdad y la Justicia, sostenido durante años por los organismos de derechos humanos es tomado por la gestión de gobierno, en el 2003 por la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y se los convierte en políticas públicas. Para ello, se decide convocar a referentes de esos años a sumar el bagaje conceptual realizado sobre salud mental y derechos humanos, a acciones de asesoramiento e investigación sobre “las consecuencias actuales del terrorismo de Estado en la salud mental”, creando un programa específico.

En el año 2004, ya con la derogación de las leyes de impunidad, se abre la posibilidad de que el propio Estado pueda comenzar a reparar el daño cometido.

Se inicia un histórico proceso de juicios por *crímenes de lesa humanidad* en todo el país, caracterizados así por ser ataques sistemáticos contra la población que aten-

tan contra la dignidad humana y son imprescriptibles por la gravedad del daño, que perdura en el tiempo afectando generaciones.

En los juicios, con todas las garantías para los represores, es fundamental comprender que son las propias víctimas las que desde su memoria y testimonio sostienen el peso de la prueba por los crímenes cometidos.

Ya iniciado ese proceso, en 2006, en el marco del juicio a Etchecolatz, se produce la desaparición del testigo, Jorge Julio López. A la vez, se generó una campaña de amenazas anónimas y acciones intimidatorias contra funcionarios judiciales, querellantes y testigos de los juicios. Esto generó efectos de reactualización del terror en los afectados directos, que incluso se habían preparado para relatar por primera vez en muchos casos, delante de sus familias, los horrores de lo padecido que habían guardado en su intimidad durante años y que iban a ser testimonio probatorio de los crímenes.

Para acompañar este proceso de justicia y articular la asistencia y contención a los que tenían que brindar su testimonio, la Secretaría de Derechos Humanos implementó el “Plan Nacional de acompañamiento y asistencia a testigos y querellantes, víctimas del terrorismo de Estado”, y se trabajó conjuntamente con las áreas de

Protección y Seguridad para que cuidaran a los testigos de manera no revictimizante.

El proceso desarrollado por miles de víctimas testigos que dan testimonio en los diversos juicios por delitos de lesa humanidad en todo el país, no ha sido fácil ni sin consecuencias retraumatizantes para ellos y sus familias. Sin embargo, esto ha sido posible a partir del proceso de recuperación de la confianza en la política que fue asumida por el Estado, la certeza de que esta vez sí era posible la Justicia, y parte de esa Verdad, ya que nunca proporcionaron información quienes siguen ocultando a la sociedad el destino de los desaparecidos y de los hijos apropiados, negándose a asumir la responsabilidad de sus crímenes.

Las víctimas, no sólo estaban en el camino de hacer justicia sobre el propio horror padecido dando testimonio, sino también a sus compañeros, familiares, toda la sociedad y diría a la conciencia Universal, ya que son juicios tomados como ejemplares para el mundo.

Las consecuencias derivadas del Terrorismo estatal, que durante estos años se han detectado en diversas esferas tanto subjetivas como sociales, están inscriptos en un entramado que enlaza al menos tres registros: lo social, lo subjetivo (lo privado y lo íntimo), y lo jurídico.

Es por ello que se consolidó un equipo interdisciplinario de salud mental que realizó esta tarea nuevamente inédita, “acompañar” a las víctimas desde esa comprensión del proceso subjetivo que atravesaban. Ese dispositivo de acompañamiento se multiplicó formando otros en todos los lugares del país en el que se iban abriendo los juicios, sumando a los ámbitos de salud pública.

Desde distintas acciones se intentaba recuperar lo escindido del espacio social, renegado, e incluso forcluido, y que hace a la reconstrucción de la huella histórica, disputando un sentido instalado por la inducción al olvido y produciendo nuevos ámbitos de sanción social sobre los hechos ocurridos, ya que lo que se intenta olvidar, retorna como síntoma.

El pasaje del relato particular y privado al ámbito público, también generó un movimiento reparatorio, en tanto posibilitó el reconocimiento social y jurídico de la condición de afectados por violaciones a los derechos humanos.

Para consolidar y dar continuidad a todas las acciones mencionadas, se crea por decisión presidencial en 2011, el *Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos “Dr. Fernando Ulloa”*, constituido como un centro desde el cual se brinda asistencia psi-

cológica, se acompaña a los testigos en los juicios, se evalúa el daño psíquico de las víctimas para las leyes reparatorias, se deriva a una red de efectores públicos de salud mental en todo el país, se capacita a profesionales psicológicos y judiciales, entre otras acciones. Siendo un referente único y ejemplo de política pública de reparación integral a víctimas de violaciones a los derechos humanos.

Si bien se siguen sosteniendo los juicios por delitos de lesa humanidad, por los cuales se ha condenado a 1.190 genocidas, los años de impunidad y la falta de Verdad acerca de los desaparecidos y los nietos apropiados, hoy adultos, continúan produciendo efectos, cobrando dimensiones de actualidad.

Se intentaba con todas estas políticas dar respuesta desde las políticas públicas a la trágica experiencia vivida en nuestro país, que modificó la cultura institucional, los lazos sociales y los modos de transmisión generacional de las memorias traumáticas.

Transmisión de memorias traumáticas, efectos actuales

En una comunidad, la memoria construye subjetividad tanto a nivel individual como en la cultura. Las situaciones traumáticas vividas en el pasado, dejan su

impronta y sus efectos en el tejido social, se despliegan y transmiten, son memorias enterradas que siguen produciendo consecuencias, la mayoría de las veces sin conciencia de sus orígenes.

Se trata de un modo de transmisión de lo no dicho, pero inscripto en el cuerpo de quien porta esa historia pero también inscripto en el corpus social pese al silencio. En este sentido, podemos sostener que toda la sociedad en su conjunto fue sustraída de una parte de su linaje histórico. El impacto generacional, está fundado en la transmisión que significa –en el ordenamiento genealógico– el lugar del padre/madre desaparecido/a e incluso de hijos y nietos antes su ausencia. La Dictadura además produjo una ruptura al desaparecer a referentes de una generación interrumpiendo la transmisión familiar y generacional.

Son los efectos siniestros que produce el ocultamiento de una verdad genealógica, que se traduce no sólo en las consecuencias vividas por quienes padecen ese ocultamiento de modo directo, sino además y muy especialmente por la repercusión transgeneracional que ello implica. Este impacto entonces está vinculado a lo que aún, no siendo dicho, retorna, tornándose actual en las generaciones siguientes.

La transmisión de memorias traumáticas, inter y transgeneracionalmente, hay que comprenderla desde los múltiples síntomas que se reactivan ante nuevas amenazas o crisis del presente. La fuerza simbólica de la memoria determina a los sujetos y sus vínculos, los imaginarios sociales, pautas culturales, y así como es un arma de transformación también puede serlo de resistencias, perturbaciones, o sufrimientos hasta el negacionismo y el adormecimiento.

Tanto la figura del detenido desaparecido, como la apropiación de niños y sustracción de identidad, son centrales para analizar el impacto del genocidio en la construcción de subjetividades como así también los efectos que se derivan del particular modo de construcción de los lazos sociales a partir de la crueldad padecida y las ausencias fantasmáticas.

Quiero retomar la idea de responsabilidad del campo de la salud mental de reflexionar sobre las marcas en la subjetividad social que nos ha dejado el sometimiento al terror que como sociedad hemos vivido y que cobra su vigencia ante el avance de ultraderechas que reactualizan las memorias del horror para someter a las sociedades a la indiferencia ante el padecimiento del otro y la ostentación de la crueldad.

Referencias bibliográficas

- Centro de Asistencia a Víctimas de Derechos Humanos "Dr. Fernando Ulloa". (2011). *Protocolo de intervención para el tratamiento de Víctimas-Testigos en el marco de Procesos Judiciales*. Acordado entre el Juzgado Federal 12 y la Secretaría de Derechos Humanos Nacional, Ratificado por la Corte Suprema de Justicia.
- Duhalde, E.L. (1997). *El Estado terrorista argentino. Quince años después, una mirada crítica*. EUDEBA.
- Duhalde, E.L. y Rousseaux, F. (2015). *El ex detenido desaparecido como testigo en los juicios de lesa humanidad*. Ed. Fundación Eduardo L. Duhalde.
- García Reinoso, G. (2009). *Matar la muerte, subjetividad y contexto*. Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2005). *Resolución 2005/35 sobre Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones a las normas internacionales de derechos humanos y del derecho internacional humanitario*.
- Ulloa, F. (1995). *Novela Clínica Psicoanalítica*. Paidós.

Reparación: concepto y efectos pensados en contextos de encierro manicomial

TORRICELLI, Flavia.

Licenciada en Psicología y Doctora en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Docente, Facultad de Ciencias Sociales (UBA), Universidad Nacional de Lanús (UNLa) y Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER). Investigadora (UBA).

Contacto: flvtorri@gmail.com

Cómo citar: Torricelli, F. (2026). Reparación: concepto y efectos pensados en contextos de encierro manicomial.. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (20), 247-257

“nunca pudieron volver a ser como eran antes, como prometían seguir siendo o como prometían llegar a ser”

I.Piper Shafir

Pero serán otras y otros...

Los procesos transformadores o des/institucionalizadores tal como los conceptualiza Silvia Faraone (2012, 2013; Faraone, Bianchi y Giraldez, 2015) quien acuñó esa palabra con barra interpuesta, son procesos donde convergen lo específicamente singular, lo institucional y la política pública. Refieren a la necesidad de creación de una nueva institucionalidad que subvierta las lógicas manicomiales previas y dé paso a acciones extramuros concebidas desde una integralidad, con perspectiva de derechos, con base territorial y comunitaria.

En diferentes informes (CELS, 2008; CELS, CPM y MDR, 2017; CELS, ELA, MDR, 2022; Comisión Provincial por la Memoria, 2020, 2021, 2025) y el 1° Censo

Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (2019) la vida de miles de mujeres y hombres se vio suspendida, cronificada, con desintegración familiar, territorial y comunitaria. Se han registrado reiteradas denuncias (CELS, 2008; CELS, CPM y MDR, 2017) en distintas instituciones monovalentes sobre vulneraciones de derechos fundamentales ligadas a aislamientos prolongados, sobremedicación de psicotrópicos muy distantes de los fines terapéuticos buscados, delitos sexuales, condiciones de hacinamiento, sujeción mecánica, lógicas de premios/castigos ligados por ejemplo la prohibición de contacto como medida o consecuencias de incumplimientos de normas, entre otros. En el último censo, 12.035 personas se encontraban internadas, y registraban un promedio de estadía de 8,2 años. En el sector público el promedio de internación ascendía a 12,5 años, mientras que en el sector privado el promedio de internación era de 4,2 años. El 30% estuvo internada 8 años o más. Y muchas personas registraban haber pasado toda su vida en el monovalente.

La “terapéutica” de encierro por largos años es un oxímoron que despoja a las personas de sus signos singulares, la desmembra de sus tramas afectivas, familiares, barriales, sociales, y en general suele ser un eslabón más de una larga sucesión de vulneraciones de derechos previos perdidos. Ya Goffman (1992) describió la *carre-*

ra moral del enfermo para retratar la desubjetivación y el desdibujamiento de rasgos singulares producto de esas instituciones totales. En una línea similar Ulloa (1995) refiere y teoriza sobre la *cultura del oprobio* y la *cultura de la mortificación* donde las personas conviven en condiciones hostiles, adversas, hecho que involucra tanto a las personas internadas como a las y los trabajadores que han “normalizado” ese cotidiano y esas condiciones de existencia desde una “alienante anestesia mortificada” (Ulloa, 1995, p.188).

La cronificación está muy lejos de concebir la internación como un recurso terapéutico excepcional tal lo sanciona la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/2010, en su Artículo 20º,¹ y las garantías más que establecidas están abolidas. Se genera una tolerancia a la violencia que se torna invisible y naturalizada y que involucra a ambos, tanto a esas víctimas de violencia como a las y los trabajadores y operadores del sistema de salud quienes acriticamente desdibujan sus responsabilidades en ese circuito desarraigado de toda pulsión de vida (Izaguirre, 1998). Y ambos constituyen un binomio de mortificación silencioso que necesita ser deconstruido.

Tal como lo afirma Barcala en su Tesis (2010) y en otras investigaciones relacionadas (Barcala, et al. 2020; Barcala et al. 2023) las instituciones enmarcadas en

condiciones históricas, políticas, sociales y culturales específicas producen subjetividad. Estas constituyen un territorio privilegiado de la repetición. La subjetividad está siempre situada y la fragilización de las instituciones impone a su vez nuevas normas de producción de subjetividad. La temática de la producción de subjetividad conlleva, por un lado, a reflexionar sobre las distintas formas y modalidades de existencia producidas por este contexto de neoliberalismo global depredador que genera precariedades y sufrimiento psíquico y social; y donde el imperativo se centra en controlar y aislar lo extraño, lo loco, lo anormal (Merhy, 2023). Por otro lado, lleva a focalizar específicamente en los efectos que producen los actores y sus prácticas, los dispositivos sociales y de salud para entender esos procesos. En ese sentido, las tramas institucionales y las políticas públicas contribuyen fuertemente a modelar y son performativas de la subjetividad.

En los monovalentes vemos a personas con muchos años de institucionalización cuyas subjetividades están producidas y signadas por el aislamiento, la exclusión y desigualdad, y es posible ver en esos cuerpos marcas de la violencia a veces silenciosamente padecida. Sin embargo, muchas personas que han pasado gran parte de su vida institucionalizadas en ocasiones no quieren salir del encierro o sus familias tampoco las quieren re-

cibir en sus casas. Al respecto Amarante (2015) sostiene que como mecanismo de defensa, inclusive, reacomodan sus casas para que el miembro con padecimiento mental no tenga oportunidad de volver. Sin embargo, el monovalente no es un lugar para vivir, ni para morir. Hay un núcleo profundo de inhumanidad en el encierro crónico al que nos hemos incómodamente acostumbrado (Galende, 1994). Esas huellas, esos traumatismos por la vulneración sostenida, iterativa producida por esas experiencias necesita, sin dudas, ser reparada.

El concepto de reparación

El concepto de reparación proviene del campo jurídico, y para esta situación específica se traslada al campo sociosanitario y cultural. Al importarlo del derecho es imprescindible establecer coordenadas, evaluar la pertinencia y pensar la rigurosidad de tal articulación. En este caso, situamos la reparación partiendo de la premisa que si es el Estado el responsable de la violación de un contrato con la ciudadanía tiene la obligación indeclinable de reparar dicha vulneración. Es el Estado el que posee un papel central en los procesos de reconocimiento de las víctimas directas de esas violencias y debe también admitir que los efectos en ellas han sido devastadores. Por ello, para metabolizar ese padecimiento se requiere de acciones materiales y simbólicas

que posibiliten encontrar alivio. Este entramado ya rige para las víctimas de delitos de lesa humanidad producto del terrorismo de Estado (Guilis, s/f; Calmels, 2015). La legislación, en el campo jurídico, referida a la reparación incluye medidas de *restitución*, de *indemnización* y de *rehabilitación*. Se amplían a continuación: restitución (devolver a la víctima a la situación anterior), indemnización (incluye daño físico, mental, pérdida de ingresos, perjuicios morales) y rehabilitación (atención médica, psicológica, servicios jurídicos y sociales) (ONU, 1997; Guilis, s/f; Calmels y San Felippo, 2019).

En relación con la restitución el texto de la ley plantea restitución *ad integrum*, es decir, volver a la situación anterior, y lograr de este modo que la víctima recupere la situación en la que se encontraba antes de dicho daño. Dado que esto es imposible porque el daño ya ha sido provocado, se plantea una *reparación* de índole *simbólica* (que implica medidas no pecuniaras, ni indemnizatorias) que intente dosificar el dolor mediante acciones donde el Estado asuma públicamente su responsabilidad en el incumplimiento de su papel cuidador, y que puedan visibilizarse así los daños producidos. Consecuentemente se necesita a la vez, que se restituya el cuidado, la dignidad, y se concientice a la comunidad acerca del dolor generado. El Estado es entonces, por definición, el agente que tiene la obligación

de impulsar y asegurar medidas reparadoras (Vikinski, 2019). Si el derecho entonces garantiza el cumplimiento de una reparación por parte del Estado, puede ser una herramienta de transformación de ese sufrimiento.

Pero, por otro lado, la construcción de sentido que hace cada persona, a partir de la implementación de una medida reparatoria, es inexorablemente singular y constituye el *efecto reparador* (Rosseaux, 2019). Los efectos de esas *reparaciones simbólicas* en cada persona son singulares. Se asume la idea de que en ese movimiento reparatorio hay un daño que es irreversible e imposible de subsanar pero que requiere de la responsabilidad del Estado, para que las violencias institucionales cesen, se visibilicen y pueda la sociedad en su conjunto de algún modo construir memoria de ellas. A ello se suma el compromiso también de los organismos y de la sociedad para lograr nuevamente el ejercicio pleno de derechos. Si bien esas vulneraciones se producen directamente sobre las víctimas del encierro el problema atañe a la sociedad y a la humanidad toda. La reparación simbólica requiere de un trabajo intenso de recuperación de la dignidad, de restitución de derechos trayendo alivio sobre esos traumas y traumatismos sistemáticos, y la posibilidad de instaurar otras escenas posibles acerca de la institución que debía garantizar cuidado y no lo hizo. Este movimiento implica asumirse en una

instancia como “víctima” de vulneraciones, para luego generar otro lugar subjetivante, diferente, no cristalizado ni colonizado por ese significante lo que implica un intenso trabajo de desidentificación (Calmels, 2015; Rousseaux, 2019).

Memoria, verdad y justicia en contextos de encierro manicomial

En esa misma línea, como parte de una política de reparación el programa *Buenos Aires libre de Manicomios* de la Provincia de Buenos Aires, en sus cuatro instituciones monovalentes posee un área de Derechos Humanos en la que desarrolla una línea de recuperación de las memorias institucionales, a través de la reconstrucción y conservación de los Archivos Históricos. A partir de esa tarea se han recuperado historias clínicas de las personas institucionalizadas, sus historias, sus territorialidades, sus diagnósticos, cartas nunca enviadas y nunca recibidas por las y los destinatarios, buscando recuperar identidades, singularidades borradas, desdibujadas y silenciadas (Barcala y Faraone, 2023; Valero. et al, 2024).

Argentina ha sido pionera en materia de políticas de reparación en respuesta a las atrocidades perpetradas por el terrorismo de Estado generando las consignas de:

Memoria, Verdad y Justicia. Estos términos contruidos y promovidos por organismos de derechos humanos se implican mutuamente y ninguno tiene valor si no se acompaña en plenitud de los otros dos (Vikinski, 2019). En los tempranos años 2000 se produjo la reapertura de los juicios por delitos de lesa humanidad y de ese hecho surge la incorporación de esas experiencias en dispositivos estatales de atención en salud mental a víctimas de violencia estatal (Calmels y Sanfelippo, 2019). En sintonía con ese movimiento, los organismos de derechos humanos extendieron su lucha a la conquista y preservación de derechos a poblaciones vulnerables, entre ellas las personas con sufrimiento psíquico. Se parte así de la salud/salud mental como núcleo básico e indisoluble de la definición derechos humanos tanto en lo concerniente a su acceso como a la preservación en términos de inclusión e igualdad.

La síntesis entonces entre el campo de los derechos humanos y la salud mental está dada por la extensión de ese reclamo de garantía de derechos por parte de esos organismos de derechos humanos a otros grupos vulnerables. Por ello, desde el 2003 en adelante se armaron distintas instancias (Congresos, mesas federales, la conformación de la Secretaría de Derechos Humanos, etc.) de conjunción e integración de la salud mental y el campo de los derechos humanos propiciatorios de polí-

ticas reparatorias (Faraone y Barcala, 2020). Ese marco fue fundamental para la sanción de Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, concebida desde una perspectiva de derechos que logró dar voz al silencio de la cronicidad, y a los años de aislamiento que merecen ser reparados (Torricelli, 2024). También la presencia constante de figuras icónicas y emblemáticas de los derechos humanos, sumadas a teóricas y teóricos y personas con experticia en salud mental funcionaron como enclave basal para que ese ensamble se produjera. Asimismo, dicho acople tiene como correlato internacional las recomendaciones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) acerca de la necesidad de divulgar estándares de protección de derechos, formulación de legislaciones afines a la inclusión, la integración de personas institucionalizadas y la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1997) así como la Organización de Estados Americanos (OEA), han sido organismos clave en el énfasis de la promoción de mecanismos de reparación (Zenobi, 2017).

La implementación de políticas públicas ligadas a procesos de des/institucionalización en sintonía con las políticas reparatorias requiere ser operacionalizada en diversos ejes. En un plano, el trabajo de reflexión sobre el reconociendo de la dignidad como personas y sus derechos, que incluye enfrentar las consecuencias de los

estigmas portados y vividos por las violencias padecidas. Restablecer también su confianza en las instituciones y en la sociedad. En otro plano, construir o reconstruir el motivo o el anhelo de externación, con un trabajo profundo con las personas usuarias en condiciones de alta, brindando herramientas que propendan al autosostenimiento. Esto implica necesariamente articulación con políticas laborales, previo reconocimiento del derecho al trabajo, y capacitación en diversos oficios. También, asignación de presupuesto a dispositivos extramurales de diversa índole (casas de medio camino, viviendas asistidas, hospitales de día, hospitales de noche, pensiones, habitaciones, etc.) e inclusión en actividades culturales y recreativas desde lo territorial. De esta manera, las políticas reparatorias son esencialmente interdisciplinarias e intersectoriales y requieren elaboraciones y estrategias compartidas.

Resulta cabal, en otro de los planos, la formación permanente de los equipos en clave de derechos y comunitaria afin a la posibilidad de pensar en des/institucionalizar siempre y cuando se hubieren creado nuevas institucionalidades articuladas e imbricadas, así como el armado de apoyos matriciales para esos equipos que diseñan *procesos de cuidado* junto a personas usuarias en el extramuros. La formación debe incluir necesariamente “*cuidar al que cuida*” dado que estos procesos

exigen una fuerte implicación y compromiso. Cada una de las instancias necesita ser compartida, elaborada en equipo con ellas, en función de la recuperación progresiva de ciudadanía (Merhy, Feuerwerker y Silva, 2012; Sabin Paz, 2024). Es indispensable en este trabajo, tal como lo expresa Elif Shafak en el epígrafe del libro *En nombre propio* (Ardila, 2025), que abramos agujeros en nuestros muros mentales para poder seguir combatiendo el estigma. Para poder seguir luchando por la defensa de los derechos, para que todas las personas puedan seguir viviendo en su comunidad, en su barrio, con sus afectos, decidiendo inclusive dónde y junto a quienes morir.

Referencias bibliográficas

- Amarante, P. (2015). *Salud mental y atención psicosocial*. Colección Salud Mental Colectiva 7. Editoria Fio-cruz.
- Ardila, S. (2025). *En nombre propio. Relatos de vida de mujeres que tuvieron internaciones psiquiátricas prolongadas y ahora viven en la comunidad*.
- Barcala, A., Conde, L.L., Parra, M. y D'Angelo, M. Abordajes transversales de salud mental a lo largo de la vida. Parte 1. Infancias y adolescencias. En A. Wilner y F. Torricelli *Praxis en Salud Mental: Abordajes y procesos de cuidado* Buenos Aires. Edunla <https://doi.org/10.18294/rdi.2023.178851>
- Barcala, A., Poverene, L., Wilner, A., Torricelli, F., Micele, C., Moreno, E., Manes, L., Capurro, F. y Pal, T. (2020). *Aportes para la Protección de la Salud Mental de los Niños, Niñas y Adolescentes (NNyA) institucionalizados por razones de salud mental, en el contexto de la pandemia del COVID-19*. Consejo Profesional de Trabajo Social.
- Barcala, A. (2010). *Estado, infancia y salud mental: impacto de las legislaciones en las políticas y en las prácticas de los actores sociales estatales en la década del 90'*. Tesis Doctoral, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Barcala, A. y Faraone, S. (2023). Mental health reforms in Buenos Aires, Argentina. *Lancet Psychiatry*, 10(8), 579-580.
- Calmels, J. (2015). *Experiencias en salud mental y derechos humanos: aportes desde la política pública*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.
- Calmels, J. y Sanfelippo, L. (comps.) (2019). *Trabajos de subjetivación en torno a la última dictadura. Herramientas conceptuales para el pensamiento y la acción*.

- Colección Salud Mental y Derechos Humanos de ENCLAVES-Asociación Civil. Teseo.
- Centro de Estudios Legales y Sociales y Mental Disability Rights International. (2008). *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Siglo veintiuno editores.
- Centro de Estudios Legales y Sociales, Comisión por la Memoria y Movimiento por la Desmanicomialización en Romero. (2017). *Informe conjunto. La situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro Korn "Melchor Romero"*.
- Centro de Estudios Legales y Sociales, Equipo Latinoamericano de Justicia y Género y Movimiento por la Desmanicomialización en Romero. (2022). *La transformación de los manicomios. Una experiencia de trabajo en el Hospital Melchor Romero con perspectiva de género*. Buenos Aires.
- Comisión Provincial por la memoria. *Informe anual 2020*. Provincia de Buenos Aires.
- Comisión Provincial por la memoria. *Informe anual 2021*. Provincia de Buenos Aires.
- Comisión Provincial por la memoria. *Informe anual 2025*. Provincia de Buenos Aires.
- 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.
- Faraone, S. (2012). *Cartografía de la des/institucionalización en salud mental en la Argentina (1983-2010). Tensiones, conflictos y oportunidades en las políticas y las prácticas*. Tesis Doctoral, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Faraone, S. (2013). Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (3), 29-40. <https://doi.org/10.18294/smcy.2013.4992>
- Faraone, S; Bianchi, E. y Giraldez, S. (2015). *Determinantes de la Salud Mental en Ciencias Sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657*. Facultad de Ciencias Sociales. UBA.
- Galende, E. (1994). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Paidós.
- Goffman, E. (1992). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu.

- Guillis, G. y Equipo de Salud Mental del CELS. (s/f). *El concepto de reparación simbólica*. Izaguirre, I. (1998). El poder en proceso: la violencia que no se ve. En E. Sader (comp.) *Democracia sin exclusiones ni excluidos*. Nueva Sociedad.
- Ley N°26.657. (2010). Ley Nacional de Salud Mental. 2 de diciembre de 2010.
- Merhy, E.E., Feuerwerker, L.C. y Silva, E. (2012). Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Salud Colectiva*, 8(1), 25-34.
- Merhy, E. (2023). *Micropolítica del trabajo en salud. Serie salud y Latinoamérica*. Editora Rede.
- Organización de las Naciones Unidas. (1997). *Informe Joinet. La administración de la justicia y los derechos humanos de los detenidos. La cuestión de la impunidad de los autores de violaciones de los derechos humanos*.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2019). *Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental*
- Rousseaux, F. (2019). El debate sobre las víctimas en el marco de las políticas públicas de reparación integral. En J. Calmels y L. Sanfelippo. (comps.). *Trabajos de subjetivación en torno a la última dictadura. Herramientas conceptuales para el pensamiento y la acción*. Teseo.
- Sabin Paz, M. (2024). Vivencias de usuarias en el proceso de desinstitucionalización. Reflexiones en torno a la transformación manicomial. En S. Faraone, S. (coord). *Diálogos en ciencias sociales, salud mental y derechos humanos: problemáticas, desafíos y oportunidades transeccionales*. (71-80). Teseo.
- Torricelli, F. (2024). Apertura. En S. Faraone, S. (coord). *Diálogos en ciencias sociales, salud mental y derechos humanos: problemáticas, desafíos y oportunidades transeccionales*. (31-33). Teseo.
- Ulloa, F. (1995). Cap. III: La tragedia y las instituciones. En *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. (185-204). Paidós.
- Valero, A., Torricelli, F., Cantor, P., Battista, M., Lobato, V., Ferreria E. Beccar, R. y Muschietti, L. (2024). *Procesos des/institucionalizadores en la Provincia de Buenos Aires. Coyunturas críticas, desafíos y líneas de avance en perspectiva de salud mental comunitaria*. Programa de Reconocimiento Institucional de Investi-

gaciones de la Facultad de Ciencias Sociales Convocatoria 2024-2026. UBA.

Wikinski, M. (2019). ¿Puede el derecho hacerle lugar al trauma? Verdad jurídica y verdad subjetiva. En J. Calmels y L. Sanfelippo (comps.) *Trabajos de subjetivación en torno a la última dictadura. Herramientas conceptuales para el pensamiento y la acción*. Colección Salud Mental y Derechos Humanos de ENCLAVES-Asociación Civil. Teseo.

Zenobi, D. (2017). Políticas para la tragedia: Estado y expertos en situaciones de crisis. *Iberoamericana – Nordic Journal of Latin American and Caribbean Studies*, 46(1), 30-41. <http://doi.org/10.16993/iberoamericana.105>

Notas

1. El Artículo 20 enuncia la internación como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. LNSM 26657 /2010



La producción de una sensibilidad ética: Memoria, Derechos Humanos y Salud Mental a 50 años del golpe de Estado¹

LAPLACE, Verónica.

Licenciada y Profesora en Psicología, Universidad Kennedy. Trabajadora de Salud del municipio de Lanús. Presidenta del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones. Militante y ex secretaria de Salud de la APDH Argentina. Especialista en Gestión en Salud, Universidad de Lanús (ISCo/UNLa). Especialista en Psicología Sanitaria, Colegio de Psicólogas y Psicólogos de la provincia de Buenos Aires (COLPSIBA).

Contacto: veronicalaplace@gmail.com

Cómo citar: Laplace, V. (2026). La producción de una sensibilidad ética: Memoria, Derechos Humanos y Salud Mental a 50 años del golpe de Estado. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (20), 257-264

Condición de posibilidad para el paradigma de Derechos Humanos en Salud Mental

A cincuenta años del golpe de Estado, la pregunta por los efectos del terror producido continúa interpe-
lando al campo de la salud mental. No sólo porque el
terrorismo de Estado dejó profundas marcas en nuestro
pueblo, sino porque los procesos de Memoria, Verdad
y Justicia inaugurados con la recuperación democrática
transformaron las formas de comprender el sufrimien-
to, el cuidado, la responsabilidad del Estado y el lugar de
los derechos humanos en las prácticas de salud mental.

Las reflexiones que aquí se presentan parten de una
inquietud que ha acompañado mi recorrido como tra-
bajadora y militante: ¿de qué modo se inscribe el campo
de la Salud Mental en los procesos de Memoria, Verdad
y Justicia? Pero, sobre todo, ¿qué produjeron esos pro-
cesos en el propio campo de la salud mental? ¿Cuál es el
articulador que permite comprender la transformación

de sus prácticas y concepciones hacia la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657? La hipótesis que orienta este trabajo sostiene que dicho articulador es el paradigma de los derechos humanos, entendido no sólo como un marco jurídico, sino como una idea fuerza constituyente de actores sociales (Stolkiner, 2010) .

La propuesta consiste en pensar estos procesos como una experiencia histórica que produjo una nueva sensibilidad democrática: una manera de reconocer el sufrimiento social, de restituir la palabra a quienes fueron silenciados por el terror, de interrogar los efectos de la violencia política sobre los sujetos y las comunidades, y de afirmar la responsabilidad indelegable del Estado en la protección de la dignidad humana y el cuidado en Salud Mental.

Desde esta perspectiva, la Ley Nacional de Salud Mental no constituye solamente una reforma del sistema de atención ni la incorporación formal del enfoque de derechos humanos al campo sanitario. Puede leerse, más profundamente, como la conquista de una elaboración ética, política y social gestada durante décadas de luchas por la Memoria, Verdad y Justicia. En otras palabras, el paradigma de derechos humanos en salud mental no emerge de manera aislada, sino que encuentra una de sus condiciones históricas de posibilidad en

la experiencia democrática argentina y en la persistencia de quienes sostuvieron la Memoria frente al olvido, la impunidad y el negacionismo.

A partir de esta hipótesis, el presente artículo propone un recorrido por algunos hitos de los procesos de Memoria, Verdad y Justicia para mostrar cómo fueron configurando marcas que trascendieron el plano jurídico y político, inscribiéndose también en las concepciones que orientan las prácticas en salud mental.

Los procesos de Memoria, Verdad y Justicia en la transformación del campo de la Salud Mental

En el contexto específico del terrorismo de Estado en Argentina, el movimiento de derechos humanos construyó una trayectoria reconocida a nivel mundial. Su lucha no solo resultó decisiva para la recuperación democrática, sino que produjo transformaciones profundas en las maneras de intervenir sobre el padecimiento subjetivo (Del Do, 2026).

Por ello, es fundamental poner el acento en cómo la experiencia vinculada a los procesos de Memoria, Verdad y Justicia, que se abre en nuestro país a partir de la recuperación de la democracia, luego del atravesamiento de la más cruenta dictadura cívico-militar-ecclesiástica-empresarial, va permeando el campo de la Salud

Mental con tal intensidad que impulsó que muchos de quienes trabajamos allí nos acercáramos a los organismos de derechos humanos en el marco de una militancia más orgánica. En ese entrecruzamiento comprendimos que las luchas por la igualdad, la dignidad humana y la ampliación de derechos encontraban una potencia singular.

A cincuenta años de la implantación del Terrorismo de Estado, insistir en la imposibilidad del olvido continúa siendo una tarea ética y política. Apostar a la construcción colectiva de una memoria que combata la indiferencia, la renegación y el olvido supone entenderla no como un ejercicio meramente historiográfico, sino como una memoria crítica, viva y siempre abierta a nuevas elaboraciones. En esa clave, resulta pertinente recorrer algunos hitos de los procesos de Memoria, Verdad y Justicia para pensar cómo fueron inscribiendo marcas en el campo de la salud mental y contribuyendo a la elaboración colectiva del trauma social.

La Memoria como transmisión

Antes de avanzar en la reconstrucción de una genealogía singular, resulta fecundo recuperar algunos aportes de Jacques Hassoun (1996), quien propone pensar la memoria no como un ejercicio de conservación del

pasado, sino como una práctica de transmisión, donde aquello transmitido sea capaz de ser apropiado, recreado y resignificado por las nuevas generaciones. Después de la dictadura no alcanzaba con conocer lo sucedido: era necesario construir las condiciones sociales, políticas e institucionales para que ese pasado pudiera ser elaborado colectivamente, seguir produciendo sentido y orientar una práctica ética y política capaz de reconocer las distintas formas que asume la deshumanización: desde el Terrorismo de Estado que hizo de la apropiación y la desaparición de los cuerpos una metodología del horror, hasta aquellas instituciones que produjeron el encierro, la segregación y la pérdida de ciudadanía de las personas con padecimiento mental.

Desde esta perspectiva, la memoria se convierte en una práctica social que produce subjetividad. En tanto memoria de las luchas que hicieron posible la conquista y ampliación de derechos orienta las políticas públicas en Salud Mental y crea las condiciones para que las marcas del pasado no permanezcan cristalizadas en el trauma, sino que puedan transformarse en experiencia compartida y en responsabilidad colectiva. Recuperando una expresión de Eduardo Luis Duhalde, la memoria constituye también “un arma de combate”² contra las diferentes formas de deshumanización y negación del otro como semejante.

La inscripción institucional de los procesos Memoria, Verdad y Justicia

En el año 2002, la sanción de la Ley N° 25.633 que instituye el *Día Nacional de la Memoria por la Verdad y la Justicia*, constituye uno de esos hitos. La ley propone consolidar la memoria colectiva, promover la plena vigencia de los derechos humanos y fortalecer el Estado de derecho. No resulta menor que la conmemoración recuerde el inicio del golpe de Estado y no su final. Aunque ello ha suscitado diversos debates, desde el campo de la salud mental partimos de la convicción de que la elaboración del sufrimiento exige volver sobre aquello que produjo la herida. Es esa convicción, producto de la experiencia histórica, la que nos lleva a insistir en la importancia del pasado y en la necesidad de un profundo trabajo de elaboración colectiva sobre los acontecimientos de nuestra historia signados por la crueldad y sus efectos deshumanizantes. Sólo a través de ese trabajo es posible hacer frente al sufrimiento de una sociedad sojuzgada por el terrorismo de Estado y, posteriormente, por una década de perversa impunidad.

Sostengo, asimismo, que la sanción de esta ley expresa un momento de recomposición del vínculo entre el Estado y la sociedad, luego de la profunda crisis

política, económica y social de diciembre de 2001. Sin desconocer el trabajo ineludible que los organismos de derechos humanos venían desarrollando desde hacía décadas, fue a partir de 2003 cuando las Políticas Públicas de Memoria adquirieron un compromiso estatal sostenido.

En esta coyuntura, adquieren especial relevancia la recuperación de la ESMA como Espacio para la Memoria y la Promoción y Defensa de los Derechos Humanos y la declaración del 24 de marzo como feriado nacional. Más que decisiones conmemorativas, constituyen inscripciones institucionales de los procesos de Memoria, Verdad y Justicia. Su profundo valor simbólico reside en que expresan el compromiso del Estado democrático con estos procesos y contribuyen a revertir el andamiaje jurídico de la impunidad, representado por las leyes de Obediencia Debida y Punto Final, y los indultos a los integrantes de las Juntas Militares.

En este camino, pueden reconocerse marcas específicas en el campo de la Salud Mental. La decisión de la Federación de Psicólogas y Psicólogos de la República Argentina de instituir, en 2009, el 8 de agosto como Día Nacional de les Psicólogos Víctimas del Terrorismo de Estado constituye una inscripción significativa de los procesos de Memoria, Verdad y Justicia en la his-

toría de nuestra profesión. Recuperar la figura de Beatriz Perosio y, con ella, la memoria de tantas y tantos, estudiantes y trabajadores de la psicología perseguidos y desaparecidos, implica reconocer que el terrorismo de Estado también atravesó la constitución del campo de la salud mental y permitió reconfigurar las concepciones que orientan las prácticas en Salud Mental.

Una marca decisiva de este recorrido fue la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Una ley de avanzada que recepta en su letra los estándares internacionales de derechos humanos como fundamento de las políticas de Salud Mental, promueve abordajes interdisciplinarios, intersectoriales y comunitarios, y sitúa como uno de sus objetivos centrales el fortalecimiento, la restitución y la promoción de los lazos sociales.

Cabe subrayar que la participación de los organismos de derechos humanos en el proceso de debate y sanción de este cuerpo normativo no constituye un dato accesorio. La defensa de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental pasó a ser comprendida como un problema de derechos humanos y no exclusivamente sanitario. En este sentido, los *Congresos Internacionales de Salud Mental y Derechos Humanos* organizados por las Madres de Plaza de Mayo

representaron un espacio de enorme relevancia para la construcción de consensos, la producción de pensamiento crítico y la articulación entre trabajadores, organizaciones sociales, organismos de derechos humanos y movimientos de usuarios, que aportaron sus miradas al entramado de este cuerpo normativo.

De este modo, reconocemos el lugar que los organismos de derechos humanos han sostenido en un trabajo indeclinable por mantener viva la memoria, no sólo de las crueldades sino también de los sueños y las luchas por la igualdad. En congruencia, la Ley 26.657 es una conquista que forma parte de esas luchas por la igualdad, al recoger una larga tradición de experiencias que bregaban por la desinstitucionalización y luchaban por la construcción de dispositivos que garantizaran el acceso a los servicios de salud mental comunitaria de las personas usuarias.

En este sentido decimos que la Salud Mental es un campo de disputas. Porque las disputas o batallas simbólicas como las llamaba Emiliano Galende (2015) se dan en la definición de los problemas de la Salud Mental, los modos en que deben ser abordados los padecimientos subjetivos y quienes son/somos los profesionales habilitados para esto. Y esto es sin duda, un campo de disputas que la 26.657 sancionada en el año 2010 había

venido a zanjar, y que hoy de manera mucho más grave que en otros momentos vienen a intentar desmontar.

La Ley Nacional de Salud Mental puede entenderse como una de las expresiones más acabadas de un recorrido histórico singular que ubica algunas de las marcas que se reconocen como fundantes del entrecruzamiento de dos campos: el de los Derechos Humanos y la Salud Mental. No sólo porque incorpora el paradigma de Derechos Humanos a las políticas de Salud Mental, sino porque institucionaliza una ética del cuidado construida al calor de las luchas democráticas por la Memoria, la Verdad, la Justicia. Luchas que modificaron la manera en que la Salud Mental argentina empezó a pensar el cuidado y la responsabilidad del Estado en el sufrimiento de sus pueblos.

La producción democrática de una sensibilidad ética

La transmisión de los procesos Memoria, Verdad y Justicia como experiencia histórica no sólo hizo posible que el pasado no quedara clausurado ni reducido a una repetición estéril. También contribuyó a configurar una nueva sensibilidad ética producto de la experiencia democrática argentina. Recuperando las consideraciones de Diego Sztulwark (2019), quien entiende la sen-

sibilidad como un campo de batalla donde se enfrentan procesos de subordinación y de creación propia de nuevas formas, la propuesta es pensar una sensibilidad ética como capacidad colectiva de dejarse afectar por el sufrimiento del otro y de asumir que ese sufrimiento compromete a la comunidad, responsabiliza al Estado y exige una respuesta pública.

En este punto, los aportes de Fernando Ulloa resultan fundamentales. Ulloa (1995, 2011) advertía que la crueldad no se reduce a la violencia física, sino que se expresa también allí donde el otro deja de ser reconocido como semejante. Frente a ello, proponía la ternura como una categoría ética y política capaz de interrumpir las lógicas de deshumanización y de restituir la hospitalidad necesaria para la vida en común. En este sentido, la transformación de la salud mental supone construir condiciones para que el cuidado sustituya a la mortificación (Ulloa, 1995), la palabra al silenciamiento y el reconocimiento del otro como semejante, frente a toda forma de deshumanización.

La lucha de los organismos de derechos humanos y de las organizaciones de personas usuarias y familiares permitió que la vulneración de derechos en los dispositivos manicomiales dejara de ser considerada un problema exclusivamente sanitario para ser comprendida

como una cuestión de derechos humanos. La denuncia del encierro prolongado, de las prácticas de segregación y de la estigmatización de quienes padecen sufrimiento psíquico expresa, precisamente, una sensibilidad ética que se niega a naturalizar la crueldad allí donde ésta ha sido históricamente legitimada.

Silvia Bleichmar (2007) ofrece una clave complementaria para pensar este momento histórico: el índice Dolor País. Se trata de una suerte de ecuación entre el sufrimiento de un pueblo y la insensibilidad de quienes tienen la responsabilidad política de gobernarlo. Cuando esa distancia se profundiza, se debilitan las condiciones simbólicas que hacen posible la solidaridad y el cuidado.

A cincuenta años del golpe, en tiempos donde la sensibilidad ética es puesta en cuestión, donde vuelven a cobrar legitimidad discursos de odio y perspectivas negacionistas, donde se debilitan los lazos sociales y se profundiza el deterioro de las condiciones de vida por el desmantelamiento de políticas públicas, la Memoria vuelve a afirmarse como una apelación necesaria para la vigencia de una sensibilidad ética.

No como evocación del pasado, sino como una práctica capaz de preservar la condición de semejantes

y de sostener una ética del cuidado colectivo frente a las nuevas formas de producción de sufrimiento.

Si los procesos de Memoria, Verdad y Justicia hicieron posible una transformación de las prácticas en salud mental, su vigencia no puede darse por supuesta. Como toda producción democrática esta sensibilidad ética requiere ser defendida, sostenida y recreada.

Referencias bibliográficas

Bleichmar, S. (2007). *Dolor país y después...* Libros del Zorzal

Boletín Oficial de la República Argentina (2002). Ley N° 25633. *Día Nacional de la Memoria por la Verdad y la Justicia*.

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25633-77081/texto>

Boletín Oficial de la República Argentina (2010). Ley N° 26657. *Derecho a la Protección de la Salud Mental*.

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/ver-Norma.do?id=175977>

Del Do, A. (2026). *Salud Mental y Derechos Humanos. Política, clínica y comunidad*. Teseo.

Galende, E. (2015). *Conocimientos y prácticas de Salud Mental*. Lugar Editorial.

Hassoun, J. (1996). *Los contrabandistas de la memoria*. Ediciones de la Flor.

Stolkiner, A. (2010). Derechos Humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. *Medicina Social*, 5(1), 89-95.

Sztulwark, D. (2019). *La ofensiva sensible. Neoliberalismo, populismo y el reverso de lo político*. Caja Negra Editora.

Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica*. Editorial Paidós.

Ulloa, F. (2011). *Salud ele-Mental. Con toda la mar detrás*. Libros del Zorzal.

Notas

1. Una versión preliminar de las ideas desarrolladas en este artículo fue presentada el 24 de marzo de 2022, en el marco del XVIII Congreso Argentino de Psicología de la FE-PPRA, bajo el título Inscripción de los procesos Memoria, Verdad y Justicia en Salud Mental.

2. Frase reconocida a Eduardo Luis Duhalde, quien se desempeñó como Secretario de Derechos Humanos de la Nación hasta el año 2012 (año de su fallecimiento) y fue un abogado pionero en la militancia por Memoria, Verdad y Justicia. Les cercanos cuentan que él solía repetir “la memoria es un arma de combate” porque los derechos conquistados después de un tiempo pueden llegar a naturalizarse, al punto de caer en el olvido lo que significaron las luchas para alcanzarlos.

Procesos de des/institucionalización en salud mental: las voces de mujeres con padecimientos subjetivos y sus referentes afectivas que viven en San Salvador de Jujuy en el período 2011/2021

LORENZINI, Celeste.

Licenciada en Psicología Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP). Especialista en Salud Social y Comunitaria Universidad Nacional de Tucumán (UNT). Doctora en Salud Mental Comunitaria Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Investigadora y docente.

Contacto: celestelorenzini@gmail.com

ORCID: 0009-0006-3804-940X

Presentación de tesis del Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús.

Año de defensa: 2025

Cómo citar: Lorenzini, C. (2026). Procesos de des/institucionalización en salud mental: las voces de mujeres con padecimientos subjetivos y sus referentes afectivas que viven en San Salvador de Jujuy en el período 2011/2021. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (20), 265-271

Introducción

Los procesos de investigación incluyen las condiciones que los posibilitan, así como saberes personales y tácitos que los permean (Piovani, 2018). De esta manera, los cimientos de esta tesis, emergen de un proceso de práctica reflexionada como trabajadora del campo de la salud mental en la esfera pública de la provincia de Jujuy, Argentina. Ese recorrido profesional y personal, a partir de conectarme con variadas historias de mujeres escritas desde una comprensión del mundo y una posición social diferente a la mía, me interpeló en múltiples sentidos; como mujer, profesional, blanca y migrante.

Por otra parte, a través de esa experiencia, reconocí que las mujeres a pesar de ser las principales usuarias de los servicios de salud mental, aparecen desdibujadas en

los archivos androcéntricos de la enfermedad mental y ubicadas como objeto de prácticas de disciplinamiento y de control (Miranda, 2019). Son colocadas bajo tutela, desconociendo la tenacidad y creatividad con la que logran reposicionarse y reinventarse en contextos de profundas desigualdades sociales. Cuestiones a las que se suma mi propia historia familiar, marcada por una conexión temprana al sufrimiento social en contextos de crueldad institucionalizada, que me permitió resignificar diversas instancias de elaboración y reparación colectiva, donde las mujeres avivaban el fuego para mantener vivas las memorias y resistir al arrasamiento subjetivo. Así, el problema de investigación se inscribe en la intersección de los estudios de género desde un enfoque decolonial (Alvarado, 2020) y los desarrollos en el campo de la salud mental comunitaria (Galende, 2015) a través de la conceptualización realizada por Faraone (2015) acerca de los procesos de des/institucionalización en salud mental.

En este marco, me propuse, a partir de reconstruir las trayectorias de vida de mujeres que experimentaron procesos de des/institucionalización en salud mental, identificar los sentidos, las significaciones y las prácticas puestas en juego en torno a las experiencias de padecimiento subjetivo. Y describir, en el marco de las trayectorias terapéuticas desplegadas, las modalidades

de tratamiento utilizadas para mitigar y/o revertir esas situaciones. Incorporo, por otra parte, las condiciones de vida y el universo sociocultural más amplio en el que se anclan.

Cuestión de método(s)

Para dar cuenta de la complejidad del objeto de análisis, realicé un estudio descriptivo exploratorio (Ynoub, 2015) con una metodología cualitativa (de Souza Minayo, 2007) que contempló un trabajo de campo de tipo etnográfico (Jimeno et al., 2012). Implementé una estrategia flexible, con una estructura metodológica heterogénea al modo de “novela polifónica” (Giarracca y Bidasca, 2007, p. 38). Fui articulando variado material empírico sobre la implementación de diversas técnicas de investigación: entrevistas semiestructuradas a informantes clave profesionales, sistematización de información documental y estadística, observación participante en escenarios atencionales y de la vida cotidiana, diálogos informales y entrevistas en profundidad de tipo biográfica a una muestra teórica conformada por 12 mujeres: 9 que transitaban experiencias de institucionalización psiquiátrica en primera persona y 3 referentes afectivas. Se desplegó una estrategia de análisis multinivel desde una perspectiva interpretativa o hermenéutica (de Souza Minayo, 2007). El protocolo

de investigación fue aprobado por el comité de ética del Ministerio de Salud de la provincia de Jujuy.

Del sistema de salud y salud mental

El sistema de salud de la provincia de Jujuy fue cobrando consistencia a la par de las diversas iniciativas a nivel nacional. Históricamente, las prácticas médico-sanitarias implementadas coadyuvaron a la *normalización* de los conjuntos sociales que se alejaban del modelo de ciudadano ilustrado (Fleitas, 2010). De este modo, se consolida un sistema de salud que, en una provincia con una composición multicultural, terminó por erosionar las formas tradicionales de curación, alimentando un imaginario social que las asociaba con lo *atrasado*. E instaló discursos de verdad que legalizaron ciertos dispositivos sanitarios que subalternizaban saberes y a amplios sectores sociales (Hirsch y Lorenzetti, 2016).

En ese contexto, también se despliegan diversas respuestas a las problemáticas ligadas a la salud mental. Respuestas que, al momento de realizar esta investigación, dejaban entrever el advenimiento de una reestructuración administrativa del sistema y la ampliación de servicios de atención psiquiátrica, no una transformación instituyente de nuevas lógicas en el campo.

Frontera, identidad y territorio

Jujuy como frontera geográfico cultural de la Argentina, nos conecta con identidades, prácticas, y experiencias que erosionan las representaciones dominantes sobre un país caracterizado como nación blanca y europea de América Latina (Karasik, 2017). Configurada a la luz de lógicas de gobernabilidad colonial (Suárez Navaz, 2008) se dibuja como una sociedad jerarquizada y racializada. Las historias personales de las mujeres insertas en ese marco, posibilitó comenzar a reconstruir y revelar las conexiones entre las condiciones sociales de vida y su constitución subjetiva. En ese sentido, el contexto es texto en las subjetividades, imprimiendo a nivel de las construcciones identitarias singulares donde confluyen distintos repertorios culturales (Hernández Castillo, 2012), cualidades que, siguiendo a Anzaldúa (2021), denominé como *borderlands*. De esta manera, incorporar una perspectiva temporal, procesual y contextual hizo posible comenzar a desandar el presupuesto, propio de ciertos enfoques sanitarios, desde el que se conciben identidades sustancializadas y homogéneas. Al mismo tiempo que desarticular una serie de ideas, acerca de la ahistoricidad, neutralidad e inmanencia de las problemáticas en salud mental, pudiendo dimensionar su carácter histórico, social, político y económico. Queda al descubierto la distancia entre los sentidos que

socialmente se les otorgan a esas problemáticas y aquellos que construyen las propias sujetas padecientes y quienes cuidan.

Estructura de género y violencias

La construcción de género posee una articulación orgánica con las experiencias de padecimiento subjetivo, abarcando tanto las dimensiones materiales como las simbólicas de lo que supone ser una mujer. Los modos en que se construyen en tanto tales, a partir de la categoría de género como gramática que articula el par masculino/femenino (Segato, 2013), las asigna estructuralmente en un lugar cuya posibilidad de enunciación se encuentra borrada, delimitando así al género femenino y la esencia de la mujer, en tanto ser para otros. (Lagarde, 2018). Las violencias son una parte estructurante de sus vidas, forman parte de su normalidad, y efectivizan diversas articulaciones de subalternización, subyugación y sometimiento corporal, en las que incluí a la institucionalización psiquiátrica. De manera tal que el género, lejos de ser un aspecto secundario a las problemáticas ligadas a la salud mental, es una dimensión estructurante de las vivencias cotidianas de estas mujeres.

Narrativas polifónicas en salud mental

Los padecimientos se viven como parte integral de las trayectorias vitales y no como hechos aislados por fuera de otros eventos significativos de sus existencias. Las interlocutoras traducen sus experiencias complejas a referencialidades concretas, dada la irrupción de diversos estados que las afectan, como rupturas a la cotidianidad. Así, esas particulares experiencias se configuran intersubjetivamente y se vivencian siempre con otros. Inicialmente, esas experiencias inusuales, forman parte del abanico de posibilidades de la vida y se intentan resolver al interior de la red sociofamiliar extensa. En sus relatos, estas mujeres ensamblan elementos de las narrativas culturales más amplias, a través del uso de categorías etnoculturales van ensayando conjeturas sobre el origen de sus padecimientos. Y construyen acerca de los mismos, modelos comprensivos complejos porque entrelazan tres dimensiones: la terrenal (centrada en la historia personal, familiar y cotidiana), la metafísica/espiritual (que integra la religión y las cosmovisiones indígenas) y la social (que establece los mandatos que ordenan la comunidad). A partir de esta triple mirada, y con el objetivo de recuperarse, ellas despliegan estrategias que combinan los cuidados comunitarios con consultas articuladas a especialistas de diversas tradiciones de salud (Menéndez, 2009).

En sus narrativas, conviven los psicofármacos, con el tratamiento de la "aikadura". De manera tal que, en contraposición a la visión biomédica de las enfermedades mentales que fragmentan al sujeto, los padecimientos subjetivos se vivencian y se tratan simultáneamente en el cuerpo, en el alma, en la mente, en los vínculos, en la comunidad y en el ecosistema.

El diagnóstico psicopatológico y la internación constituyen, ambas, experiencias disruptivas que, al estar articuladas una con la otra, imprimen un sentido particular a la experiencia del padecimiento, medicalizando la locura.

Esos procesos articulan diversas lógicas sociales alojándose en cuerpos y subjetividades que se anclan en imaginarios sociales que imponen mandatos de corrección y adecuación a la norma, donde lo manicomial es la síntesis de múltiples instancias segregativas, produciendo y reproduciendo la asimetría fundante de las relaciones de desigualdad.

Conclusiones

Las narrativas de este grupo de mujeres, dejan al descubierto una larga historia de injusticias. Evidencian que ciertas prácticas sanitarias, como proyecto políticamente prescriptivo, profundizan desigualdades

e inequidades. Y son ellas las que, conversando, van desandando las tensiones entre los procesos ligados a la institucionalización y a la desinstitucionalización, sobre las que sus vidas se han ido desplegando. Frente a lógicas que homogenizan y acciones que subordinan ellas crean y recrean nutriendo las capas profundas de las memorias de sus comunidades. Cuidando la vida, como apuesta más allá del propio tiempo. La salud mental vivida es heterodoxa e implica movimiento(s).

Referencias bibliográficas

- Alvarado, M. (Ed.). (2020). *Feminismos del sur. Recorridos, itinerarios, junturas*. Prometeo Libros.
- Anzaldúa, G. (2021). *Borderlands/La frontera: La nueva mestiza*. Capitán Swing Libros.
- De Souza Minayo, M. C. (2007). *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Lugar Editorial.
- Faraone, S. (2015). Reformas en salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. *Salud mental y comunidad*, 3(3), 29-40. <https://doi.org/10.18294/smyc.2013.4992>
- Fleitas, M. S. (2010). La atención pública de la salud

- durante el siglo XX. En A. A. Teruel y M. A. Lagos (Eds.), *Jujuy en la historia. De la colonia al siglo XX*, 491-516. EDIUNJU-Universidad Nacional de Jujuy.
- Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas de salud mental*. Lugar Editorial.
- Giarracca, N., y Bidaseca, K. (2007). Ensamblando las voces: Los actores en el texto sociológico. En A. L. Kornblit (Ed.), *Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis*, 35-46. Biblos.
- Hernández Castillo, R. A. (2012). *Sur profundo. Identidades indígenas en la frontera Chiapas-Guatemala*. Publicaciones de la Casa Chata; CIESAS; CDI.
- Hirsch, S., y Lorenzetti, M. (2016). *Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina. Encuentros, tensiones e interculturalidad*. UNSAM Edita.
- Jimeno, M., Murillo, S. L., y Martínez, M. J. (Eds.). (2012). *Etnografías contemporáneas. Trabajo de campo*, (4). Centro de Estudios Sociales (CES), Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia. <https://tinyurl.com/y3pzh9j3>
- Karasik, G. (2017). Migraciones, trabajo y corporalidad: bolivianos y nativos en el trabajo rural y el servicio doméstico en Jujuy. R. Guber y L. Ferrero (Eds.), *Antropologías hechas en la Argentina*. Volumen II, 265-280, Asociación Latinoamericana de Antropología.
- Lagarde, M. (2018). *Claves feministas para mis socias de la vida*. Batalla de Ideas Editorial
- Menéndez, E. L. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial.
- Miranda, M. A. (Comp.). (2019). *Las locas. Miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental*. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP).
- Piovani, J. I. (2018). Reflexividad en el proceso de investigación social: Entre el diseño y la práctica. En J. I. Piovani & L. Muñoz Terra (Comps.), *¿Condenados a la reflexividad? Apuntes para repensar el proceso de investigación social*, 74-92. Biblos; CLACSO. <https://tinyurl.com/mrxj3e86>
- Segato, R. L. (2013). *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos. Y una antropología por demanda* (1.ª ed.). Prometeo Libros.

Suárez Navaz, L. (2008). Colonialismo, gobernabilidad y feminismos poscoloniales. En L. Suárez Navaz & R. A. Hernández Castillo (Coords.), *Descolonizando el feminismo. Teorías y prácticas desde los márgenes*, 24-67. Cátedra.

Ynoub, R. C. (2015). *Cuestión de método. Aportes para una metodología crítica* (Tomo I). Cengage Learning Editores.



Salud Mental y pandemia. Continuidades y rupturas en el modelo de atención en las internaciones en hospitales generales en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el período marzo a diciembre de 2020

FERNÁNDEZ VENTURA, Nadia.

Licenciada en Trabajo Social, Universidad de Buenos Aires (UBA). Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Especialista en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Docente de posgrado (UNLa). Trabajadora de la salud pública.

Contacto: nadiafernandezventura@gmail.com

ORCID: 0009-0002-3217-5975

Presentación de Trabajo Final Integrador de la Especialización en Salud Mental Comunitaria.

Año de defensa: 2025

Cómo citar: Fernández Ventura, N. (2026). Salud Mental y pandemia. Continuidades y rupturas en el modelo de atención en las internaciones en hospitales generales en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el período marzo a diciembre de 2020. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (20), 272-278

El presente escrito expone los principales aportes del Trabajo Final Integrador (TFI) de la Especialización en Salud Mental Comunitaria (ESMC) de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa), evaluado en el año 2025. El objetivo general propone describir y analizar las continuidades y rupturas en el modelo de atención en las internaciones por razones de salud mental en hospitales generales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a partir de la pandemia por COVID-19, durante el período marzo a diciembre de 2020, desde la perspectiva de los trabajadores de salud mental. Cabe aclarar que este proyecto de investigación, dado que no se trata de una tesis, como se requiere en una instancia de maestría o doctorado, constituyó un ejercicio de exploración y reflexión teórica orientado a construir las bases metodológicas para investigaciones futuras.

Previo a la pandemia por COVID-19, Argentina se encontraba en un proceso de transformación y reforma de la atención de la salud mental, consolidado a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26657 (LNSM) en el año 2010. Estos procesos de des/institucionalización (Faraone, 2015) vienen desarrollándose en el país, algunos más consolidados, otros más incipientes, como alternativas concretas y transformadoras de las lógicas asilares y manicomiales. En este sentido, la LNSM postula un modelo de atención de abordaje comunitario, el cual se encuentra en constante tensión y disputa con el modelo de atención asilar manicomial (Pierri & Riveros, 2023).

En CABA, la atención de la salud mental continúa prevaleciendo desde los hospitales monovalentes, lo cual dificulta la integración de la salud mental a los servicios de salud general e impide avanzar en prácticas que respondan al paradigma de la salud mental comunitaria. En cuanto a los hospitales generales, al momento del inicio de la pandemia por COVID-19, la Ciudad contaba con salas de internación de salud mental en el Hospital Dr. Teodoro Álvarez y en el Hospital Parmenio Piñero, implementadas en la década del 70, y en el Hospital Dr. Ignacio Pirovano, creada en el 2015, en correspondencia con el artículo 28 de la LNSM que dictamina que las internaciones de salud mental de-

ben realizarse en hospitales generales. Luego, en los años 2023 y 2024, se han inaugurado las salas de los hospitales Carlos G. Durand, Bernardino Rivadavia y Dr. Enrique Tornú. A pesar de los diferentes devenires históricos de conformación de cada una de las salas, y de las diferencias en cuanto a su funcionamiento y lógicas de trabajo, se visualizan problemáticas, obstáculos e interrogantes similares en relación a las posibilidades concretas para poder llevar a cabo intervenciones integrales, territoriales y en red (Bruni et al., 2024).

La pandemia por COVID-19 tuvo impacto tanto en la organización y el funcionamiento de los sistemas de salud a nivel mundial como en la provisión de los servicios de salud mental. En Argentina, las modificaciones en los servicios de salud mental se observaron en relación a interrupciones de tratamientos, suspensión de actividades grupales y comunitarias, cambios o cierres de salas de internación, restricción en la prestación de servicios de rehabilitación y la aparición de la atención ambulatoria a través de la teleconsulta (Ardila Gómez et al., 2021; Faraone & Iriart, 2020; Proyecto Suma, 2020).

Asimismo, se pudo observar una centralidad de la atención de la salud mental en los hospitales neuropsiquiátricos, con la consiguiente disminución de las in-

ternaciones en hospitales generales, lo cual es contrario a lo dispuesto por la legislación nacional en salud mental (Ardila Gómez et al., 2021).

Este proyecto de investigación parte del supuesto que durante la pandemia por COVID-19 se han producido continuidades y rupturas en el modelo de atención, en relación a procesos de trabajo, prácticas y producción de cuidados en las internaciones por razones de salud mental en los hospitales generales de CABA: disminución de la cantidad de trabajadores; modificaciones en torno a los criterios de ingreso y de alta; el espacio físico y su uso; la comunicación de las personas internadas con sus redes; los permisos de visita y de salida y los abordajes terapéuticos, en particular grupales y sociales. Asimismo, el estudio parte del supuesto de que se han producido dificultades en los procesos de externación de las personas internadas vinculadas a restricciones en los dispositivos de tratamiento comunitario para la continuidad de los cuidados en territorio. Sin embargo, también ha habido facilitadores inéditos que contribuyeron a estos procesos como, por ejemplo, la utilización e implementación de tecnologías que anteriormente no se utilizaban o la disminución de los tiempos de internación para evitar que las personas puedan estar expuestas al contagio de COVID-19.

Faraone e Iriart (2020) plantean que la pandemia se constituyó en un analizador privilegiado para comprender la situación de los servicios de salud mental y las transformaciones que se deberían realizar en la ciudad para la adecuada atención desde la perspectiva de la LNSM. En esta línea, se considera que investigar los impactos de la pandemia en las internaciones por razones de salud mental en hospitales generales de CABA puede contribuir a repensar los procesos de des/institucionalización que la Ciudad viene (o no) desarrollando.

Marco conceptual

Este trabajo se inscribe dentro del modelo de la Salud Mental Comunitaria. Para su elaboración se incluye la conceptualización que realiza Amarante (2007) del modelo asilar y manicomial, definido no solo con respecto a la estructura física del manicomio, sino como un conjunto de saberes y prácticas, científicas, sociales, legislativas y jurídicas que fundamentan la existencia de un lugar de aislamiento, segregación y patologización de la experiencia humana. Se incorporan aportes de Ardila Gómez y Galende (2012) quienes conceptualizan el cambio del paradigma del modelo asilar y manicomial al modelo de la salud mental comunitaria: de la hospitalización psiquiátrica a servicios comunitarios

próximos al territorio de vida de las personas; de prácticas basadas en la autoridad del profesional a la consideración del paciente como sujeto de derecho en toda su dimensión y complejidad; de un sujeto pasivo a un sujeto activo, partícipe y protagonista de su tratamiento, incluyendo a su familia y miembros significativos de su comunidad en el proceso de atención.

Asimismo, teniendo en cuenta que los paradigmas y modelos de atención, tanto el asilar y manicomial, como el de la salud mental comunitaria, responden a imperativos sociales, históricos, político e ideológicos diferentes y coexisten en un mismo tiempo y lugar, se trabaja con aportes de Faraone e Iriart (2020) quienes refieren que en este contexto:

(...) las transformaciones necesarias en el campo de la salud mental requieren la plena implementación de la LNSM que supone iniciar sin dilación el proceso de cierre de las instituciones monovalentes manicomiales, la apertura de internaciones en un mayor número de hospitales generales, la creación de otras modalidades de atención para las personas con sufrimiento psíquico que requieran cierto nivel de protección especial (casas de medio camino, viviendas asistidas, cooperativas de trabajo, etc.) y el desarrollo de equipos territoriales interdisciplinarios y solidarios que incluyan múltiples

saberes profesionales y de los colectivos formados por usuarias/os y por movimientos de base territorial y de derechos humanos. (p. 3)

Para definir modelo de atención se toma la conceptualización que realiza Menéndez (2015) que habla de modelos, saberes y formas de atención y prevención de padecimientos: “(...) no sólo pensamos en los de tipo biomédico, sino en todos los saberes y formas de atención que en términos intencionales buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado (...)” (p. 25). Para repensar los modelos de atención de salud mental, se incluyen los aportes de Barcala y Luciani Conde (2023), quienes conceptualizan criterios de buenas prácticas en el campo de la salud mental que promueven dispositivos y acciones concordantes con la promoción de derechos y la implementación de la LNSM.

Metodología

El trabajo se enmarca en una investigación cualitativa de tipo descriptiva, interpretativa, retrospectiva y transversal desde la perspectiva de los trabajadores de la salud mental de los hospitales generales de CABA que contaban con salas de internación de salud mental al momento del inicio de la pandemia por COVID-19 en

el mes de marzo de 2020: Álvarez, Piñero y Pirovano. Se toma cada dispositivo seleccionado como un caso a analizar.

La información se recaba a partir de fuentes de información primarias y mediante la realización de entrevistas semiestructuradas a los trabajadores que venían cumpliendo funciones en las salas de internación de salud mental de los tres efectores durante el período seleccionado para el estudio. Se utiliza un muestreo no probabilístico, por cuotas, donde se seleccionan intencionalmente a trabajadores de la salud mental de cada hospital.

Se propone utilizar la técnica de análisis de contenido, orientado por las siguientes categorías preestablecidas, aunque dará lugar al surgimiento de otras categorías emergentes que puedan presentarse como transversales a partir de la información hallada: continuidades y rupturas en los procesos de atención, prácticas y producción de cuidados; dificultades y facilitadores en las estrategias de articulación de redes de atención integradas e integrales tanto institucionales como comunitarias, con relación a los procesos de externación y continuidad de cuidados; cambios y transformaciones en las salas de internación de salud mental en cuanto a la estructura de los servicios y del espacio

físico, a los trabajadores de salud mental y al acceso a recursos de salud.

Reflexiones

Al tratarse de una reseña de un Trabajo Final Integrador, este escrito no pretende formular conclusiones definitivas. En este sentido, se propuso delinear preguntas que puedan ser desarrolladas en el marco de una investigación. Cabe destacar que el TFI materializa el cierre del proceso formativo de la Especialización en Salud Mental Comunitaria. Un proceso de reflexión colectiva, no solo atravesado por aportes teóricos y metodológicos, sino también construido en comunidad junto a otros estudiantes con experiencias en otros territorios del campo de la salud mental.

Investigar en y con los servicios de salud mental resulta de importancia para poder estudiar si los impactos y los efectos de la pandemia por COVID-19 fueron limitados en el tiempo o si perduran hasta la actualidad, en un contexto de procesos de des/institucionalización, de reformas de la atención y de implementación de la LNSM (Ardila Gómez et al., 2021).

Para ir concluyendo, este estudio, a través del análisis de los modelos de atención desde el campo de la salud mental comunitaria, busca interpelar la producción

de salud, los modos de cuidado y las prácticas que se realizan en los servicios de salud mental. En el escenario actual de debates y tensiones en torno a la LNSM, resulta indispensable promover discusiones académicas e institucionales que fortalezcan la defensa de la ley y garanticen su plena y efectiva implementación en los territorios.

Referencias bibliográficas

Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Temas em saúde*. Editora Fiocruz.

Ardila Gómez, S. y Galende, E. (2012). El concepto de comunidad en la Salud Mental Comunitaria. *Salud Mental y Comunidad*, (1), 39-50. <https://doi.org/10.18294/smyc.2011.4957>

Ardila Gómez, S., Rosales, M., Fernández, M., Velzi Diaz, A., Matkovich, A., Agrest, M. (2021). Impacto de la pandemia por COVID-19 en los servicios de salud mental en Argentina. *Revista Argentina Salud Pública*, 13 Supl. COVID-19 (26).

Barcala, A. y Luciani Conde, L. (2023). Abordajes transversales de salud mental a lo largo de la vida. Parte 1. Infancias y Adolescencias. En A. Wilner & F. Torricelli (Eds.), *Praxis en salud mental. Abordajes*

y procesos de cuidado. EDUNLa.

Bruni, M., Castrogiovanni, N. y Fernández 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. *Soberanía Sanitaria en disputa: Reflexiones y luchas del trabajo social y los equipos de salud*. Compilación de la Asociación de Profesionales de Servicio Social del GCABA.

Faraone, S. (2015). Más allá de las fronteras de la des/institucionalización. El dispositivo de salud mental en cárceles: Una estrategia consolidada en la provincia de Santa Fe. *Delito y Sociedad. Revista de Ciencias Sociales*, 40(24), 63-79.

Faraone, S. y Iriart, C. (2020). Salud mental, políticas públicas y trabajo vivo en acto: La pandemia como analizador de la falta de cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 10(20), 41-52. <https://doi.org/10.62174/DPdp.8324>

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

Pierri, C. y Riveros, B. (2023). Estrategias para el abordaje comunitario de las problemáticas de salud mental. A. Wilner & F. Torricelli (Eds.), *Praxis en salud mental. Abordajes y procesos de cuidado*. EDUNLa.

Proyecto Suma. (2020). *Cambios en el proceso de atención clínica, cuidado y autocuidado en el campo de la Salud Mental en la Argentina a partir de la declaración del COVID-19 como pandemia*. <http://bit.ly/49EINpC>





Imagen 1



Imagen 2



Imagen 3

Imagen 1

Año: 2008

Título: Sin título

Tamaño: 91 x 130 cm

Técnica: Acrílico

Nombre: Candia, Martin

(integrante de Cre-Arte)

Imagen 2

Año: 2023

Título: Pájaro

Tamaño: 30 x 81,5 cm

Técnica: Mixta

Nombre: Bustos, José (integrante de Cre-Arte)

Imagen 3

Año: 2024

Título: Sin título

Tamaño: 100 x 30 cm

Técnica: Acrílico sobre madera

Nombre: Fontán, Belén (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