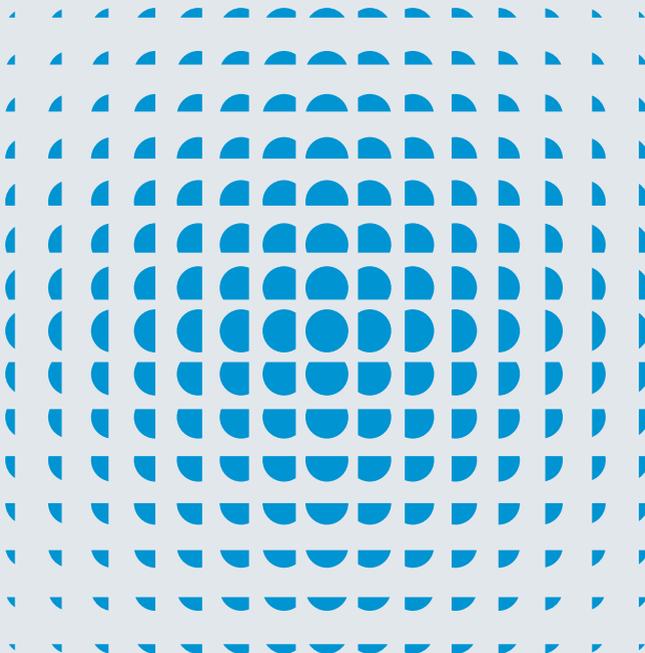


INTERVENCIÓN CLÍNICA EN TIEMPOS DE INCERTIDUMBRE

Pandemia del COVID-19, arrasamientos subjetivos y
desamparo social



JORNADAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMOS PROBLEMÁTICOS



Hospital Nacional en Red
Lic. Laura Bonaparte



Ministerio de Salud
Argentina

7 Jornadas de Salud Mental
y Consumos Problemáticos

Intervención clínica en tiempos de incertidumbre

Pandemia del COVID-19,
arrasamientos subjetivos
y desamparo social

Intervención clínica en tiempos de incertidumbre : Pandemia del COVID-19, arrasamientos subjetivos y desamparo social / Andrés Rodríguez Evans ... [et al.] ; prólogo de Edith Benedetti. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Licenciada Laura Bonaparte, 2023.
Libro digital, PDF - (Jornadas y Congresos)

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-987-48920-1-0

1. Atención a la Salud. 2. Pandemias. 3. Salud Mental. I. Rodríguez Evans, Andrés. II. Benedetti, Edith, prolog.
CDD 362.0423

© Ediciones Licenciada Laura Bonaparte · Combate de los Pozos 2133
C1245AAS, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
www.argentina.gob.ar/salud/hospitalbonaparte

EDICIONES LICENCIADA LAURA BONAPARTE

Directora de la editorial: Lic. Edith Benedetti

Coordinadora Académica de la editorial: Mg. Mariana Camilo de Oliveira

Asistente en la Coordinación editorial: Manuela Sol Martínez

Comité editorial: Federico Kohen, Lic. Eugenia Oddo Lanzillotti
y Lic. Florencia Sciorra

Coordinadoras del volumen: Mg. Mariana Camilo de Oliveira,
Lic. Florencia Sciorra y Lic. Eugenia Oddo Lanzillotti

Corrección de paratextos: Lic. Clara Anich

Diseño y diagramación: Fernando Lendoiro, Área de Comunicación del
Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte"

Las opiniones expresadas en cada ponencia de esta obra, su contenido, así como la corrección gramatical y de estilo de los textos, son responsabilidad de su/s autor/a o autoras/es.

Hecho el depósito que establece la Ley 11.723. Libro de edición argentina. No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito de la editorial. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD
DE LA NACIÓN

Ministra de Salud

Dra. Carla Vizzotti

Secretario de Calidad en Salud

Dr. Alejandro Federico Collia

Subsecretaria de Gestión de Servicios e Institutos

Lic. Edith Benedetti

Director Nacional de Gestión de Servicios Asistenciales

Dr. Carlos Alberto Devani

AUTORIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL EN RED
ESPECIALIZADO EN SALUD MENTAL
Y ADICCIONES "LIC. LAURA BONAPARTE"

Interventora General

Lic. Beatriz Baldelli

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| Prólogo <i>Lic. Edith Benedetti</i> | 11 |
| EJE I: LA SALUD MENTAL Y LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS ANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 | |
| Pandemia, hospitalidad y salud mental <i>Andrés Rodríguez Evans</i> | 17 |
| Muertes desritualizadas <i>Mariana Camilo de Oliveira y Fábio Roberto Rodrigues Belo</i> | 25 |
| Abordaje de las urgencias de Salud mental en contexto de la pandemia de Covid 19 <i>Soledad Álvarez, Nadia Jausken y Liliana Nuñez</i> | 35 |
| Cuerpo y pandemia. Lecturas desde el Hospital Público <i>Gastón Fazio y Roxana Gaudio</i> | 41 |
| Determinantes sociales del padecimiento mental en varones con consumo problemático. Desafíos del campo de la salud para la construcción de nuevas masculinidades <i>Juan Pablo Burriel y Luciana Daniela Rivas</i> | 51 |

| | |
|---|-----|
| Drogas y Cuarentena <i>Ana Alli, Federico Araya, Florencia Palmieri, Ariel Parajón y Luciana Rubel</i> | 59 |
| Estallidos que inauguran presencias <i>Miranda Arfeliz, Manuel Lisandro Baravalle, Paula Etchart, Mariano Kantor, Soledad Ríos Santa Cruz, Ayelén Soldo y Lola Tolosa</i> | 69 |
| Grupo de mujeres en el Centro Huella de Paraná <i>Cristina Guadalupe Martínez, Daniela Verónica Pérez y Maria Laura Zingg</i> | 77 |
| Intervención clínica en tiempos de incertidumbre <i>Juan Pedro Bonifazzi, Betina Bovino, Lucila Capello y Gabriela Mana</i> | 87 |
| La punta del ovillo <i>Yanina Safirsztein y Gabriel Hagman</i> | 95 |
| Pandemia del Covid-19: Atravesando los muros de la desigualdad <i>Ángeles Anabel Caliva</i> | 103 |
| Primeros pasos para una iniciativa emprendedora en salud mental: el taller de lutheria Kida <i>María Gisele Chairrasco, Maximiliano Edgardo Giménez y Roberto Rafael Morfes Conforti</i> | 111 |
| Sobre “poner el cuerpo” en tiempos de distanciamiento social. Desafíos del trabajo con adolescencias y juventudes <i>Virginia Belachur, Natalia Chuluyán, Jorgelina Di Iorio y Priscila Mastroianni</i> | 119 |
| ¿Y si no podemos internar? <i>Gabriel Hagman</i> | 127 |

EJE II: NUEVOS DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN ANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19. MODALIDADES DE TELEASISTENCIA

- Acompañamiento a niños: apropiación de un espacio y tiempo en el aislamiento obligatorio en hoteles 139
Jesica Castillo y María Gabriela Más
- Aprendiendo de los nuevos dispositivos de intervención en contexto de pandemia 147
Karina Badaracco, Natalia Verónica Campos y Melisa Reynoso
- Comunicación para la desmanicomialización: aportes desde la comunicación para pensar la salud mental en tiempos de pandemia 157
Milagros Mercedes Mon
- Desencadenados: interdisciplina en contexto de emergencia 165
Valentina Lavado Polo, Pablo José Lorenzo, Laura Cecilia Martínez Didolich, Juan Manuel Ojeda Mariniers, María Anahí Ortiz, Luciana Daniela Vallejo y Marina Mabel Rivas
- ¿DETeCTar qué en quién?
La dimensión subjetiva en un operativo de salud 175
María Sol Conti, Verónica Laplace y María Soledad Pintos
- Dispositivo de inclusión social para mujeres con consumo problemático de sustancias en tiempos de cuarentena 183
Mariana Casal, Laura Damonte, María Florencia Garrido Pagnotta, María Emilia Herrero, Ingrid Jéssica Kleiner, Irene Posternak y Catalina Sala
- El juego y el humor como apuesta de alojamiento en tiempos de pandemia. Una experiencia de trabajo en el Dispositivo Integral de Abordaje Territorial. Rosario 193
Karina Jaquelina Saggal y Eliseo Vena

| | |
|---|-----|
| Fortaleciendo vínculos en la pandemia: adaptaciones de los dispositivos de intervención sobre envejecimiento saludable en el CeSAC N°12, Htal. Pirovano, CABA <i>Natalia Elli, Florencia Fontana, Stephanie Lifszyc, Luisina Miniaci, Agustín Pernía y Federico Ruscitto</i> | 201 |
| Hacerse un lugar por fuera de la violencia <i>Inés Arjovsky, Karina Badaracco, Natalia Verónica Campos y María Victoria Debarnot</i> | 209 |
| Hacia la construcción de un nuevo dispositivo de salud mental en Rosario en tiempos de COVID-19. Experiencias del dispositivo de acompañamiento terapéutico de sala en el Hospital Alberdi <i>Ana Costa, Agostina De Vita, Marcelo Multari, Fátima Nobelli, Agustín Perasolo, Antonio Tesolini y Federico Tolosa</i> | 219 |
| Interrogantes epistemológicos de una experiencia de abordaje integral con personas en situación de calle en ASPO por COVID-19 en Jujuy <i>Sofía Belén Apesteguía, Ignacio Bereciartua, Daniela Alejandra Juárez, Gabriela Erika Kukoc, Eugenia García y Antonio Moreira</i> | 227 |
| La juegoteca móvil: un dispositivo de promoción de la salud mental en niños en tiempos de pandemia <i>Mariana Colesnikow, Noelia Costa y María Soledad Pintos</i> | 235 |
| La lectura y la escritura como estrategias subjetivantes en tiempos de aislamiento y distanciamiento social obligatorio <i>Cecilia Greca</i> | 243 |
| Modos de la presencia institucional en tiempos de incertidumbre. Línea de atención telefónica del Servicio de niñas, niños y adolescentes, en el marco del COVID-19 <i>Carolina Alcuaz</i> | 251 |

¿Qué hay de nuevo, viejo? 257
Maria Sofía Belén Álvarez, Marina Bertini, Lucía Carolina Coronado, Daiana Martina Dell'Amico, María Alejandra Lovillo, Micaela Pérez, Cintia Roxana Quilodrán y Victoria Sagripanti

Teleasistencia en salud mental desde un Hospital Nacional.
Breve repaso de experiencia en el Hospital Nacional en Red
Especializado en Salud Mental y Adicciones "Lic. Laura Bonaparte" 265
Juan Castaño, Cynthia Coman, María Belén Luchetti, Marina Martín, Ivanna Maria Max y Matías Alejandro Honigman

EJE III: ARRASAMIENTOS SUBJETIVOS Y DESAMPARO SOCIAL

Comunidad Organizada y Clínica del sujeto: Opciones de lazo 277
Florencia Belén Sciorra

Construcción de legalidades en las estrategias de intervención
clínica. Reflexiones sobre la condición de producción de
subjetividad en tiempos de desigualdad social
y desamparo subjetivo 285
Juan Pablo Burwiel y Serenela Cuaderno

COVID-19 expone las cicatrices coloniales en Brasil y la urgencia
de un Cuidado Político y Decolonial: Revisión del Alcance 295
Claudia Camilo

Desmantelando el cissexismo administrativo desde la primera toma
de datos 313
Rocío Mabilia Garófalo, An Millet y Eugenia Oddo Lanzillotti

Notas sobre violencia policial en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires:
estigmas, abusos y producción de sufrimiento 321
Andrea Vázquez

| | |
|---|-----|
| Pandemia y Accesibilidad: interrogantes acerca de sus efectos en las consultas en Salud Mental y Adicciones de las diversidades/disidencias | 329 |
| <i>Ana Melisa Martínez, María Alejandra Sciortino y María Laura Zapata</i> | |
| Racismo estructural, Microracismos y Población Migrante en la Atención de Salud Mental | 337 |
| <i>Azul Carranza y Noelia Valda</i> | |
| Repensar las intervenciones en materia de consumos y violencias | 345 |
| <i>Sofía Capria, Luis Alberto Juárez y Daniela Travaglini</i> | |
| Salud mental, COVID-19 y comunicación: coordinadas para pensar el COVID-19 como un fenómeno social, cultural y comunicacional y su impacto en el campo de la salud mental | 353 |
| <i>Milagros Luján Oberti</i> | |
| Tras las huellas del tiempo: impacto del abuso en la niñez | 363 |
| <i>María Victoria Debarnot y Cecilia Judith García</i> | |
| Violencia de género: la ruta crítica y los aportes desde la salud mental | 371 |
| <i>Julieta Chevalier y Gabriela Galland</i> | |
| Acerca de lxs autores | 379 |
| Sobre el sello Editorial | 403 |

PRÓLOGO

Lic. Edith Benedetti

En el año 2020 la coyuntura de emergencia sanitaria por la pandemia del Covid-19 se hizo presente de manera inesperada. El aislamiento social preventivo y obligatorio demandó una reconfiguración por parte de los efectores de salud, quienes se vieron en la tarea de dar respuestas inmediatas a una problemática en ascenso. Por otro lado, permitió pensar nuevos modos de estar presentes, garantizando el acceso a la salud integral de todas las personas. En este contexto, se decidió que las Jornadas Anuales de Salud Mental y Consumos Problemáticos de nuestro Hospital versaran sobre los modos de intervención clínica en tiempos de incertidumbre, la pandemia del COVID-19, los arrasamientos subjetivos y el desamparo social. El sintagma “tiempos de incertidumbre” fue especialmente oportuno para señalar el terreno sobre el cual caminábamos; “ni catástrofe, ni celebración de la oportunidad”, como bien dijo Sonia Kleiman en una de nuestras teleconferencias. Los tres grandes ejes temáticos a partir de los cuales se organizó esta séptima edición fueron: “La salud mental y los consumos problemáticos ante la pandemia del COVID-19”, “Nuevos dispositivos de atención ante la pandemia del COVID-19. Modalidades de teleasistencia. Setting online” y “Arrasamientos subjetivos y desamparo social”. En definitiva se

pretendió reflexionar sobre los padecimientos subjetivos en aquel contexto, así como las estrategias y dispositivos de intervención engendrados para hacer frente.

La propuesta de las Jornadas surgió en el año 2013 dentro del marco del Plan Estratégico 2013-2015 en pos de generar espacios para pensar las prácticas y escenarios de los equipos de salud mental, las dificultades de la clínica y los distintos dispositivos de abordaje de los consumos problemáticos. Durante el período comprendido entre 2013 y 2015, los trabajos presentados en las jornadas se publicaron en la Serie Jornadas y Congresos, del sello Ediciones Licenciada Laura Bonaparte. Tras un lapso de tiempo, retomamos las publicaciones de esta colección, que tiene el espíritu de hacer público y disponible el saber construido allí donde hay praxis.

El desafío que implicó la modificación de las Jornadas de modalidad presencial hacia la diagramación enteramente virtual posibilitó que colegas de todo el país y la región presenten sus trabajos de forma remota y participen en las distintas mesas temáticas a través del *streaming*. Nos complace compartir con ustedes a través de esta publicación una selección de trabajos que contribuyeron al ejercicio de la reflexión sobre los modos de padecer, las intervenciones clínicas y el aporte de nuevas acciones en las prácticas que la época exige. Asimismo, al tratarse de una publicación digital, pretende ser una herramienta disponible y accesible.

Como solemos decir, el Hospital piensa. La Serie Jornadas y Congresos reafirma de manera emblemática esta máxima. Desde el Bonaparte, hospital público estatal, apostamos a generar espacios de intercambio y reflexión, no para arribar a respuestas acabadas, sino para seguir abriendo interrogantes y tejiendo en conjunto posibles intervenciones allí donde la clínica encuentra sus obstáculos.

EJE I

**LA SALUD MENTAL Y LOS CONSUMOS
PROBLEMÁTICOS ANTE LA PANDEMIA
DEL COVID-19**

Las ponencias que integran la presente sección analizan, a través de herramientas conceptuales, la relación entre salud mental y la pandemia. La hospitalidad, los duelos, los cuerpos, la incertidumbre, el distanciamiento y los vínculos son algunos de los vocablos que componen el entramado de términos en juego. Si hay algo que la pandemia ha puesto en relieve es la importancia crucial de la salud mental y la necesidad de una mirada integral.

PANDEMIA, HOSPITALIDAD Y SALUD MENTAL

Andrés Rodríguez Evans

“Nos han robado el tiempo y con el tiempo se fue el arte
y el placer de conversar”.

Rita Segato

Pensarnos hoy

Vivimos tiempos de incertidumbre, de perplejidad, de desamparo. Atravesamos una crisis en lo simbólico que produce nuevos modos de subjetivación alterando las estructuras sociales, tornándolas frágiles, precarias, cambiantes y no perdurables, afectando la vida y los vínculos humanos.

Fase apocalíptica y neoliberal de producción de subjetividad, donde la conexión global y la proliferación de lo igual anulan y rechazan lo distinto en una reproducción del yo que refuerza el narcisismo y atenta contra toda experiencia de alteridad, de encuentro con el otro.

Un mundo digitalizado, hiperconectado y paradójicamente aislado, donde las conexiones van en detrimento de los vínculos. Un flujo continuo de sobreinformación que genera nuevas percepciones, nuevas sensibilidades a medida que “la máquina que habla y que muestra imágenes tomó el lugar del cuerpo del otro” (Bifo, 2007, p. 92).

La indignación, el desencanto, la apatía, engendran efectos aglutinantes, de enjambre, dejándonos captados en el plano de la emoción, de la angustia y de los miedos individualizados, imposibilitando una salida colectiva en pos de generar una acción transformadora y un bien común. “La sociedad mundial se ha vuelto flácida, sin contornos, sin energía que sea capaz de impulsar un posible consistente”. (Guattari, 2005, p. 272)

Avanzamos hacia un régimen que ya no es el de las sociedades disciplinarias y aún no podemos calcular cuáles serán sus efectos en la vida tal como la conocemos.

En "Posdata sobre las sociedades de control" Giles Deleuze nos plantea que las instituciones que fueron creadas como dispositivos disciplinarios hoy agonizan. Dice: "todos sabemos que estas instituciones están terminadas...sólo se trata de administrar su agonía y ocupar a la gente hasta la instalación de nuevas fuerzas" (Deleuze, 1991, inédito). E invita a pensar que "no se trata de temer o de esperar, sino de buscar nuevas armas"(ídem).

Nos dirigimos hacia "una nueva medicina, sin médico ni enfermo" (ídem). Una medicina regulada por la lógica del mercado, donde la salud es una mercancía más.

Hoy el sujeto posmoderno ya no está encerrado, sino endeudado, empobrecido. La promoción de las libertades individuales oculta las lógicas de sujeción mediante la autoexplotación y alienación como forma de vida.

En "Estrés y libertad" Peter Sloterdijk remarca que "el individuo está completamente recludo en sí mismo, y al mismo tiempo está liberándose de cualquier identidad cotidiana. En la ensoñación, el individuo se aparta de la sociedad y se desvincula de toda persona inmersa en el entramado social" (Sloterdijk, 2011, p. 31).

El empresario de sí mismo es el ideal de individuo contemporáneo que se sostiene en un yo aislado, omnipotente y a su vez frágil, vacío. Son nuevos modos de subjetivación que amenazan la posibilidad de una vida en comunidad.

Pandemia como acontecimiento

La situación actual de la pandemia amplifica y saca a la luz los males-tares de la cultura contemporánea. Nos encontramos con algo inédito y desconocido que provoca una ralentización de la vida humana y que en tanto acontecimiento, nos interpela.

La administración del virus pasa a ser objeto de una lucha social, política y afectiva. Hay un aumento del odio, de la vigilancia, del racismo

y de la xenofobia. De la vecinocracia, de la intolerancia y de la violencia. Queda expuesta la precariedad de un sistema de salud saqueado, la crueldad de los lugares de encierro, la prevalencia del control y la hostilidad por sobre el cuidado.

Se generan miedos y angustias creándose a su vez nuevos enemigos. La pandemia insta un nosotros, tornando a otros, más amenazantes, más contagiosos y menos saludables, como si algunos cuerpos y vidas fueran más propensos al virus y a la expansión del contagio.

La necesidad de distanciamiento no debería generar una lejanía del otro, una pérdida de la capacidad de empatizar, de poder alojar y escuchar. Los protocolos no deberían ser de control, sino de cuidado.

En la era de la inmediatez y la urgencia, la pausa es la invitación para no adaptarnos apresuradamente a una "nueva normalidad" sin antes interrogarla, para dar lugar algo distinto que no sea la reproducción de lo mismo.

El anhelo conservador de retorno a lo igual es un modo de ponernos al resguardo de la vulnerabilidad y el desamparo. Nos preserva y crea la ilusión de una vida que nos pertenece y es segura.

La normalidad siempre es una idea del yo, autorreferencial, narcisista. Es un muro, separa a unos de los otros, los que están adentro y los que permanecen afuera. El manicomio, la cárcel son su paradigma. Establece una hegemonía y una valoración de determinados modos de vida menospreciando otros. Normativiza, psicopatologiza, controla y segrega. Lleva a una psicopatologización de la vida cotidiana al desconocer otras formas que no se rigen por la hegemonía de la normalidad reinante, siempre expulsiva y cerrada a lo diferente.

En nombre de lo normal hemos naturalizado la crueldad, la vida se ha vuelto medible, vendible, comprable, generándonos un umbral bajo de empatía, produciendo un blindaje en la capacidad afectiva, volviéndonos más inmunes al dolor y sufrimiento ajeno.

La adaptación demasiado apresurada naturaliza y banaliza la pandemia como acontecimiento, anulándola como experiencia capaz de engendrar una nueva relación con la realidad que habitamos.

Es necesario salir de esa prisa por concluir en una supuesta normalidad en pos de poder pensar otras composiciones, otras formas de vincularnos. Ni el temor ni la esperanza, sino nuevas armas. Inventar armas es

pensar otros conceptos, otros dispositivos, para salir del desencanto de una época que oprime y anula toda potencia transformadora.

El Otro y la hospitalidad

Plantea Byung - Chul Han, que “los tiempos en los que existía el otro se han ido. El otro como misterio, el otro como seducción, el otro como eros, el otro como deseo, el otro como infierno, el otro como dolor va desapareciendo. Hoy la negatividad del otro deja paso a la positividad de lo igual. La proliferación de lo igual es lo que constituye las alteraciones patológicas de las que está aquejado el cuerpo social” (Chul Han, 2016, pág 9) La pregunta por el extranjero es la pregunta por la hospitalidad, nos introduce en un campo ético y político. Podemos pensar dos modos de posicionarnos ante ese otro que llega y nos cuestiona, que provoca una extrañeza inquietante, que amenaza y disloca las normas del lugar impuestas siempre al recién llegado: la hospitalidad o la tolerancia.

Jacques Derrida plantea que la verdadera hospitalidad está abierta a la diferencia, cuando recibimos a ese otro absolutamente extraño, no identificable, rompiendo con la lógica de la invitación, del cálculo.

El encuentro con el Otro es con el enigma, con lo inesperado, y para ello requiere de un creciente proceso de desubjetivación, por fuera de la tolerancia.

Esta última es el inverso de la hospitalidad. Mientras que la lógica de la visitación amenaza el lugar propio, la invitación siempre deja en claro que quien llega es un invitado; limita y predetermina la recepción. Se acepta al otro como prójimo, lo reconozco como tal, a condición de negar esa diferencia radical inquietante, que nos interpela.

En la tolerancia hay una soberanía sobre la vida y cuerpo del otro encubierta en esa ilusión de igualdad, del otro como sujeto igual a mí mismo, ocultándose el ejercicio de un poder que opera como primera violencia en ese encuentro que pretendiendo ser amigable, se torna hostil y amenazante.

Derrida plantea que existe una tensión entre aquello que llama la ley de la hospitalidad, incondicionada, ofrecida al otro por fuera de la

economía del reconocimiento, de la imagen gratificante de la generosidad, y las leyes de la hospitalidad condicionadas por las normas jurídicas y sus reglas.

Es en el cruce entre lo condicional y lo incondicional, donde las normas condicionan y limitan el buen encuentro, el que existe cuando se ofrece al otro la hospitalidad en forma incondicional. A su vez, las leyes condicionadas de la hospitalidad, para ser hospitalarias necesitaran estar inspiradas en esa ley incondicionada que las excede y exige traicionarlas.

Para que la llegada del otro cobre estatuto del buen encuentro, hay algo que no puede preverse ni anticiparse y que cuando sucede cobra el valor de acontecimiento. Anticipar al otro es neutralizarlo, negarlo, tornarlo conocido.

La apertura a la alteridad es la afirmación radical del otro y no su rechazo, dando lugar a la diferencia, a lo distinto que no es igual a mí. Sólo lo distinto produce experiencia y no meramente reproducción. En la tiranía de lo igual, del Uno, lo distinto es expulsado.

Un primer interrogante. ¿Cuánto de la práctica en un hospital ocurre en el terreno de la hospitalidad y cuánto en el de la tolerancia?

Un hospital debería ser un lugar hospitalario y no hostil, abierto a lo distinto. Pero las instituciones tienen una identidad y una normatividad que siempre se le impone al recién llegado. “La pregunta de la hospitalidad comienza ahí: ¿Debemos exigir al extranjero comprendernos, hablar nuestra lengua, en todos los sentidos de este término, en todas sus extensiones posibles, antes y a fin de poder acogerlo entre nosotros?” (Derrida, 1997, p.21).

Clínica y salud mental

Hoy las formas actuales del padecimiento subjetivo se presentan impregnadas por la impronta de la urgencia y lo imposible de soportar. Una clínica que interpela a toda práctica que tenga intenciones de persistir en lo clásico, en lo conocido.

Si los sujetos que hoy llegan al hospital y no se adaptan a los dispositivos que les ofrecemos, ¿no deberíamos replantearnos si eso que

ofertamos está a la altura de la época? ¿Son los sujetos quienes deben adaptarse a los dispositivos o a la inversa, somos nosotros quienes debemos adaptar los dispositivos generando condiciones que alojen y permitan el despliegue de la transferencia?

El desamparo y la falta de un entramado social que precipita las urgencias subjetivas provoca en quienes tendríamos que dar una respuesta efectos de impotencia, de rechazo como forma de defensiva para ponernos al resguardo ante lo insoportable de ese sufrimiento; otras veces, de sobreactuación, de heroísmo, de omnipotencia que también niega al otro anulándolo como sujeto deseante.

Nos encontramos con padecimientos vinculados a problemáticas sociales, familiares, que sobrepasan las intervenciones clínicas de los dispositivos de salud mental, sobre todo cuando estamos pensando en una clínica que no es la que viene a nosotros. Ahí el mal encuentro, el rechazo de la transferencia.

El rechazo a eso que no podemos alojar genera más violencia, más exclusión, donde la falta de respuesta cobra el valor de respuesta.

Entonces, ¿cómo inventar nuevos dispositivos, nuevos artificios que puedan dar respuesta a lo que nos hace la pregunta desde el extranjero?

Será necesario poner en movimiento otros conceptos que nos permitan pensar la clínica actual. Repensar lo instituido y las lógicas normalizadas de los dispositivos, interrogando su fundamento clínico, donde la salud mental incluya no la diversidad, que a veces finge una alteridad inexistente, sino lo distinto, lo verdaderamente Otro, lo que no encaja, lo que no se rige por lo estándar.

Es necesario generar nuevas prácticas, dispositivos que no sean de control sino de cuidado, por fuera de los espacios de encierro. Estar disponibles para poder alojar, con prácticas hospitalarias y no hostiles, subjetivantes y no alienantes, rompiendo con las lógicas verticales, disciplinarias.

Ofrecer un Otro que escucha y no juzga, que habilita a la palabra, que no demanda ni exige, sino que presta su deseo para que el sujeto pueda desplegar su propia potencia deseante. Eso es la salud mental, una construcción inacabada, no estándar, en movimiento y siempre colectiva.

Bibliografía

- Berardi Bifo, F (2007) "Generación Post Alfa". Buenos Aires, Tinta limón Editores. 2016.
- Deleuze, G. "La subjetivación. Curso sobre Foucault" (1986) Buenos Aires. Editorial Cactus, 2015.
- Deleuze, G. "Postada sobre las sociedades de control" (1991) Christian Ferrer (Comp) El lenguaje literario, T°2. Montevideo, Editorial Norda.
- Derrida, J; Dufourmantelle, A. "La hospitalidad" (1997) Buenos Aires. Ediciones de la Flor, 2006.
- Chul Han, B. "La expulsión de lo distinto" (2016) Buenos Aires. Editorial Herder.
- Chul Han, B. "Psicopolítica" (2016) Buenos Aires. Editorial Herder, 2017.
- Meschonnic, H. "Para salir de lo postmoderno" (2009) Buenos Aires. Editorial Cactus y Tinta Limón, 2017.
- Freud, S. "El malestar en la cultura" (1930) En Obras completas. T XXI. Amorrortu Editores. Buenos Aires, 2011.
- Forster, R. "La sociedad invernadero" (2019) Buenos Aires, Editorial Akal.
- Guattari, F y Rolnik, S. "Micropolítica: Cartografías del deseo" (2005) Buenos Aires, Tinta Limón Ediciones. 2019.
- Segato, R. "Contra pedagogías de la crueldad" (2018) Buenos Aires. Prometeo Libros.
- Sloterdijk, P "Estrés y libertad" (2011) Buenos Aires. Ediciones Godot, 2017.

MUERTES DESRITUALIZADAS

Mariana Camilo De Oliveira y Fábio Roberto Rodrigues Belo

Introducción

A la manera de Susan Sontag en *Ante el dolor de los demás*, dos imágenes especialmente contundentes nos han servido de disparador para pensar las aquí llamadas muertes desritualizadas en el contexto de la pandemia por el Covid-19. Por un lado, las fosas comunes abiertas para enterrar a los muertos por la pandemia en una isla de Nueva York, Estados Unidos, y en Manaus, norte de Brasil. Por otro, ante una manifestación simbólica que consistió en 100 cruces colocadas en la playa de Copacabana, Rio de Janeiro, Brasil, la reacción de un fanático del gobierno Bolsonaro que retira dichas cruces. Más allá de estas imágenes elocuentes - muertes desritualizadas llevadas a sus últimas consecuencias -, experimentamos una época en la cual no sólo los óbitos se dan de modo masivo, sino que el mismo contexto de pandemia imposibilita la realización de funerales y sepultamientos en que se reúnan más que los familiares cercanos.

En la presente ponencia, tomamos la comprensión psicoanalítica del duelo y consideramos los ritos fúnebres como modos de tramitación colectiva de la pérdida. Asimismo, aludimos al mito de Antígona, en la versión de Sófocles, para reflexionar sobre el duelo en la polis y su dimensión ética.

Aportes psicoanalíticos para la comprensión del duelo y de la melancolía

La muerte y su inscripción en la vida anímica ha intrigado e interpelado a la teoría psicoanalítica desde sus albores. Sigmund Freud, en las profusas páginas consagradas a pensar la metapsicología, la técnica, la casuística, la cultura y la sociedad, dedicó no pocas de ellas a pensar la muerte, la guerra, la pulsión de muerte, la agresividad y, vale resaltar, la labor de duelo.

Un texto insoslayable de la teoría psicoanalítica sobre el duelo es el célebre “Duelo y melancolía”, de 1915, publicado en el año 1917, que antecede por no mucho tiempo a la nueva formulación de la teoría de las pulsiones. En retrospectiva se puede decir que es un texto metapsicológico de profunda importancia para la teoría, puesto que el destaque dado a la “instancia crítica” en la melancolía se puede considerar como un esbozo del superyó de la segunda tópica freudiana. Freud utiliza, para el duelo, el vocábulo alemán “Trauer”, que designa duelo, luto, y también tristeza, dolor espiritual. Para melancolía, utiliza “Melancholie”, el término de origen griega. Consta también el término germánico “Schwermut”, literalmente pesadez [*Schwer*] de ánimo [*Mut*], este ampliamente teorizado y evocado en la filosofía y literatura.

La clásica y ultracitada definición presente en el referido ensayo: “el duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. A raíz de idénticas influencias, en muchas personas se observa, en lugar de duelo, melancolía” (Freud, 1917, p. 241). En la melancolía, sin embargo, el sujeto “sabe a quién perdió, pero no lo que perdió en él”, de manera que no es posible retirar la libido del objeto. El melancólico demuestra un extraordinario empobrecimiento del yo, del sentimiento yoico [*Ichgefühl*]. De este modo, se observa que “en el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso le ocurre al yo mismo” (Freud, 1917, p. 243).

Uno de los más destacados aportes psicoanalíticos en esta materia, a nuestro entender, consiste en revelar la importancia incuestionable del problema del duelo: más allá de un evento circunscrito ante una pérdida

concreta, el duelo da muestras de y tiene estrecha relación con la constitución misma del sujeto; o radicalizando aún más tal noción, el duelo sería uno de los mecanismos fundamentales en la subjetivación.

Lejos del cadáver de la persona amada

En 1915, Freud escribe “De guerra y muerte: temas de actualidad”. El texto se divide en dos partes: “La desilusión provocada por la guerra” y “Nuestra actitud hacia la muerte”. En la primera parte, Freud defiende la tesis de que la guerra hace explícito que el pacto civilizador no quita los deseos articulados a la sexualidad infantil. El pacto social sólo *reprime* esos deseos. Ante situaciones propicias, como la guerra, los deseos reprimidos vuelven a la superficie y muestran su furor: asesinatos, violaciones, sadismo desenfrenado. El caparazón civilizador en sí debe verse con precaución:

No obstante, parece que en esta época los pueblos obedecen más a sus pasiones que a sus intereses. Se sirven a lo sumo de los intereses para racionalizar las pasiones; ponen en el primer plano sus intereses para poder fundar la satisfacción de sus pasiones. (Freud, 1915, p. 289).

En la segunda parte del texto, “Nuestra relación con la muerte”, Freud explora la tesis “en el inconsciente, cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad” (Freud, 1915, 117). Sin embargo, como en sus reflexiones sobre el duelo, Freud recordará que la muerte del otro produce consecuencias afectivas muy poderosas. Gracias a la identificación, cuando un ser querido muere, también se muere una parte del yo, no sólo eso: en las relaciones amorosas siempre habrá ambivalencia, es decir, amor y odio mezclados. Y es la presencia de identificación y ambivalencia lo que lleva a Freud a postular esta tesis:

Frente al cadáver de la persona amada no sólo nacieron la doctrina del alma, la creencia en la inmortalidad y una potente raíz de la humana conciencia de culpa, sino los primeros preceptos éticos. El primer mandamiento, y el más

importante, de esa incipiente conciencia moral decía «No matarás». Se lo adquirió frente al muerto amado, como reacción frente a la satisfacción del odio que se escondía tras el duelo, y poco a poco se lo extendió al extraño a quien no se amaba y, por fin, también al enemigo. (Freud, 1915, p. 296)

Obsérvese que la tesis de la primera parte del texto continúa: el odio brutal del otro es primario y permanece siempre vivo, aunque reprimido. El amor y la identificación son motores que detienen este odio. Al lado del cuerpo sin vida del amado, el ser humano inventa la ética, basada en el principio “no matarás”. Es de este principio que la solidaridad deriva de los seres que amamos y, más tarde, también de los enemigos.

Vale tener en cuenta que el dolor y la ética, por lo tanto, dependen de las condiciones emocionales y sociales para mantenerlos. Piense en el contexto actual, bajo la pandemia y bajo un gobierno con un fuerte sesgo fascista, como es el de Brasil en este momento. Recordemos una escena lúgubre: al exponer su voto a favor del golpe contra la presidenta Dilma Rousseff, el entonces diputado que ascendería a la presidencia, elogió a un conocido torturador, “el terror de Dilma Rousseff”. ¿Qué tipo de contexto social y emocional se produce ante este tipo de escenas, multiplicadas en muchas otras exhibiciones de cinismo y crueldad?

Fue en este contexto político que la pandemia llegó a Brasil. No fue una sorpresa cuando el grupo político actualmente en el poder propuso reiteradamente que la pandemia era una “gripecita” y que la muerte de los infectados no debía provocar una interrupción en la economía. La prioridad era mantener la economía en funcionamiento, incluso con 1000, a veces más, personas muertas por Covid-19 todos los días durante meses.

Cuando los grupos progubernamentales impiden el duelo y las ceremonias públicas para honrar a los muertos, cuando hay discursos y prácticas que valoran las actividades económicas por sobre la vida de las personas, es prácticamente imposible negar el poder de las tesis de Freud: la civilización es un caparazón frágil, el interés narcisista triunfa sobre la ética y la solidaridad.

Frente al cadáver de la persona amada, [el hombre primordial] inventó los espíritus, y su conciencia de culpa por la satisfacción entreverada con el duelo

hizo que estos espíritus recién creados se convirtieran en demonios malignos que había que temer. (Freud, 1915, p. 295)

La culpa que genera el odio que sentimos por el objeto de amor ahora muerto saca a relucir no solo la ética, sino también la doctrina religiosa de los espíritus: nos mantenemos vivos a nosotros mismos y al otro para siempre. Freud, sin embargo, advierte: de esta relación ambivalente nacerán también demonios persecutorios.

Ante el pacto social que afirma “el buen bandido es el bandido muerto” como máxima virtuosa, hemos detectado un importante mecanismo de defensa sociopático: la tortura y la muerte son castigos no sólo posibles, sino también deseados para cualquiera que se encuentre en el campo del enemigo de la Polis.

La muerte del enemigo como solución a los problemas políticos y morales va de la mano con el problema del rechazo del duelo. El trabajo de duelo, en una sociedad marcada por el ideal fascista (hay personas que se pueden matar), no produce su efecto ético generalizado. Al contrario, hay indiferencia hacia la muerte. El fascista encarna al demonio persecutorio que debe detener sus impulsos homicidas. Se convierte en el que persigue y mata, el que nos impide reconocer la pérdida como dolor, el que niega la muerte como el acontecimiento capital que nos equipara como humanos.

La pandemia nos obliga a estar alejados del ser querido durante el duelo. Como si esto fuera poco, el discurso gubernamental desmiente la gravedad de los miles de muertos, como si los muertos no fueran más que números,¹ obstáculos al buen funcionamiento de la economía. Esta lógica nos remite a la obra *Antígona*. Tal discurso representa bien este rechazo del duelo como universal, como si el poder pudiera distinguir a los que merecen los funerales y a los que están fuera del campo humano, privados de su humanidad como cadáveres. De eso es de lo que hablaremos a continuación.

1 Tal como enuncia un personaje de Sartre en *Muertos sin sepulturas: nuestra muerte no es útil a nadie*. Sartre, J.-P. (1996). *Muertos sin sepultura*. Buenos Aires: Losada.

El duelo en la Polis

El mito de Antígona, en la versión de Sófocles, bajo la mirada de algunos helenistas, abarca una división trágica que pone en cuestión la naturaleza del orden social. La importancia indiscutible de esta obra-monumento, el destaque del arte político asociado a la relevante función del teatro –género que supone el encuentro, la reunión de los ciudadanos– en la *polis* griega con el advenimiento de la democracia, la eminente fortuna crítica y la fascinación que ejerce sobre el lector justifican nuestra incursión.

Consta, en el estásimo primero y segundo, un canto dedicado a la ciudad, nombrado *Oda al hombre* o a la *cultura*, considerada una de las más bellas odas de Sófocles.² Más allá de un himno a la superioridad humana, de la enumeración de sus conquistas, se debe destacar en qué culmina ese listado – la vida en sociedad. Abriga, empero, una ambigüedad, señalada precisamente por el poeta trágico. Al respecto, aclara Burton que se muestran dos puntos de vista contradictorios del destino del hombre; uno que retrata su avance hacia la vida civilizada, y otro que revela su vulnerabilidad inherente.³ El arte de vivir en sociedad, el arte político, no es sin ambivalencia. En la mayor grandeza del hombre – su sociabilidad – encuentra su mayor límite. Debe respetar las leyes de la tierra y a la justicia divina para subir alto en la ciudad (*hypsipolis*) y el que así no proceda será privado de ciudad (*apolis*) (Pereira, 1992, p.25). Eso nos remite al tema central de esta tragedia, sobre el cual no hay unanimidad entre los exegetas. El primer eje puede ser designado por la antinomia

2 "Muchas cosas asombrosas existen y, con todo, nada más asombroso que el hombre. (...) Se enseñó a sí mismo el lenguaje y el alado pensamiento, así como las civilizadas maneras de comportarse (...). Poseyendo una habilidad superior a la que se puede uno imaginar, la destreza para ingeniar recursos, la encamina unas veces al mal, otras veces al bien. Será un alto cargo en la ciudad, respetando las leyes de la tierra y la justicia de los dioses que obliga por juramento. Desterrado sea aquel que, debido a su osadía, se da a lo que no está bien. ¡Que no llegue a sentarse junto a mi hogar ni participe de mis pensamientos el que haga esto!" Sófocles, *Antígona*, vv. 332-376.

3 Burton, *The Chorus in Sophocles' Tragedies*, p. 112 citado por Pereira, "Introdução", p. 25. El mismo antagonismo señala Freud, en sus términos, en los capítulos 2 y 3 de "El malestar en la cultura", i.e., el hombre se aglomera también para seguir el programa del principio de placer y protegerse del hiperpoder de la naturaleza (además de la fragilidad del cuerpo), pero eso mismo sería fuente de sufrimiento, y quizás de las más dolorosas: lo social. (Freud, "El malestar en la cultura", pp. 65-84).

entre la familia y la patria, o *philos* y *polis* (Knox, 1992, p.80). El conflicto es esbozado, también, en términos de *ley positiva/ de la tierra* vs. *ley natural/ divina*. Consideramos, de este modo, que la tragedia ofrece importantes insumos para una reflexión sobre los fundamentos del lazo social, la tensión entre los distintos principios de civilización, la ambigüedad de la vida en sociedad, los lazos de amor y discordia.

Llevada a la época contemporánea, Antígona cuestiona los efectos de la prohibición del duelo o el desprecio dirigido a quienes rinden homenaje a los que se fueron. El evento mencionado al principio de este artículo lo demuestra. Los bolsonaristas patean cruces que simbolizan vidas perdidas. Como si la defensa de un discurso (que es una parte que se arroga el lugar del todo) estuviese por encima de la necesidad de ritualizar las muertes provocadas por la pandemia. El trágico final de la obra apunta a una de las tesis fundamentales del psicoanálisis: en la imposibilidad del duelo queda la destrucción melancólica, la vida desnuda, desprovista de sentido.

Palabras finales. El duelo y el arte político

Un aspecto crucial distingue el discurso gubernamental brasileño del accionar de Creonte en la tragedia. Acerca de la paradoja del poema trágico entre familia y polis, para Knox, es imprescindible resaltar que los lazos de familia consisten en una relación antigua (refiere a la oposición consolidada entre la democracia ateniense y los lazos de sangre). No obstante, destaca Knox, alguna dificultad se nos presenta en la comprensión, puesto que para nosotros la polis, el Estado, lo percibimos con otra sensibilidad - es viejo, supremo, el gran Leviatán, impugnado por su aparato burocrático o por terribles sucesos históricos. La polis griega del siglo quinto no es una causa abstracta, sino una necesidad práctica (Knox, 1992, p. 84-85). En cierta medida, el mandato de Creonte - tan poco razonable para nuestra sensibilidad - pretendía de cierto modo defender el lazo social en la polis, antes de su pérdida de legitimidad ante el coro de ancianos. El discurso gubernamental brasileño va en otra dirección: profundiza la escisión, juega en contra del lazo. No sólo quita entidad y lugar

para el duelo en la comunidad, sino que, minimizando la pandemia, se burla de los deudos.

Adriana Bauab, en un ensayo dedicado a la clínica del duelo, en el cual trae una viñeta de un caso relacionado con la tragedia de Cromañón, alude a una dimensión ética a considerarse en los tiempos del duelo para que el sujeto, pese al gran dolor, no se vaya con el objeto perdido. Se trata de una dimensión ética que contempla el logos, la comunidad, y la polis, afirma Bauab. Más precisamente:

Un aspecto esencial de las posibilidades de que un duelo avance en sus tiempos de elaboración es el modo en que la comunidad le haga lugar, lo legitime, que sancione por los medios de que dispone (...). Esos rituales son como las cicatrices en una herida. Cicatrices que es auspicioso que puedan devenir marcas en la polis y no sólo en los dolorosos cuerpos de los deudos, que tallen en la urdimbre del lazo social. (Bauab, sept. 2007)

Así que también esperamos que, cuando la pandemia finalmente haya sido controlada por los avances de la ciencia, una vez más, la ética surgirá como consecuencia de la muerte, no sólo de aquellos a quienes amamos.

Bibliografía

- Bauab, A. (Sept. 2007). "Para una clínica lacaniana del duelo y la melancolía". *Imago Agenda* N° 113.
Recuperado de: <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=183>
- Freud, S. De guerra y muerte: temas de actualidad (2010 [1915]). En: *Obras completas. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico: Trabajos sobre metapsicología y otras obras*. 2a ed. Trad.: José Luis Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. Duelo y melancolía (2010 [1917]). En: *Obras completas. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico: Trabajos sobre metapsicología y otras obras*. 2a ed. Trad.: José Luis Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu.

- Knox, B. M. W. (1992) *The heroic temper. Studies in sophoclean tragedy*. Berkeley e Los Angeles: University of California Press LTD.
- Sartre, J.-P. (1996). *Muertos sin sepultura*. Buenos Aires: Losada.
- Sófocles (2015). *Tragedias. Áyax - Las Traquinias - Antígona - Edipo Rey - Electra - Filoctetes - Edipo en Colono*. Traducción y notas: A. Alamillo. Madrid: Biblioteca Gredos.
- Sófocles (1992). *Antígona*. Traducción comentada de Maria Helena da Rocha Pereira. 6 ed. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian/ Fundação para Ciência e Tecnologia/ Ministério da Ciência e do Ensino Superior.
- Sontag, S. (2003) *Ante el dolor de los demás*. Madrid: Alfaguara.

ABORDAJE DE LAS URGENCIAS DE SALUD MENTAL, EN CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID 19

Soledad Álvarez, Nadia Jausken, y Liliana Nuñez

*“La peste no era para ellos más que un visitante desagradable
que tenía que irse algún día, puesto que algún día había llegado.”*

Albert Camus

Durante el verano 2019-2020, el coronavirus en nuestro país se escuchaba como algo lejano, algún virus de oriente que no nos iba a tocar. Pero de repente, se empezó a instalar, a través de los viajeros, hasta contar con casos autóctonos en poco tiempo. Esto sucedió casi en simultáneo con el cambio de gobierno en Argentina, de un mandato con una perspectiva neoliberal que había arrasado con el Ministerio de salud transformándolo en una secretaría, y todo lo que eso conlleva, a un gobierno que tomó su cargo a fines de 2019, con un espíritu nacional y popular que vuelve a poner la salud en agenda principal.

A partir del decreto presidencial de marzo de 2020 que dispuso el aislamiento social preventivo obligatorio, se ha modificado inevitablemente el acceso a los servicios de salud. (Boletín Oficial de la República Argentina, Decreto 576/2020)

Varios dispositivos de la red asistencial de CABA y de la provincia de Buenos Aires no han dado la continuidad requerida a los tratamientos ambulatorios en salud mental, y a su vez, la internación ha sido un recurso poco practicable, debido al riesgo de contagio viral, y a la escasez de dispositivos.

Por otro lado, como consecuencia de pérdida de trabajo, y con éste de la cobertura social, el cierre o limitación de algunos centros públicos

provinciales y la dificultad de seguimiento de los de los efectores de la ciudad, varios pacientes confluyeron en busca de una respuesta en el Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”, debido a que la guardia interdisciplinaria brinda atención las 24 horas, con una escucha interdisciplinaria y la posibilidad de realizar “primeros auxilios” para una posterior derivación a red local, o para su tratamiento en nuestro hospital, dependiendo la particularidad del caso.

En estos términos, la pandemia por Covid, y la cuarentena, nos han interpelado como profesionales de la salud mental, obligándonos a repensar las prácticas, por ejemplo, la internación. Ante la restricción de dicha modalidad, se debe echar mano otras alternativas.

Nuestra tarea

La guardia interdisciplinaria es un dispositivo particular en el funcionamiento hospitalario, ya que está activa los 365 días del año, las 24 horas de cada día.

Se encuentra integrada por psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeras y durante la mayoría de los días por profesionales en formación de la RISAM.

La tarea del equipo es entre otras, la atención de pacientes internados en caso de requerirla (fuera de los horarios donde se encuentran los equipos, o apoyándolos ante alguna situación de crisis) También se atiende a los pacientes que concurren con algún requerimiento para la guardia, y estos requerimientos, son múltiples.

Parte de nuestro trabajo aquí es ubicar la urgencia, abriendo muchas veces un tiempo, tiempo que no debe equivocarse con aplazar o diferir. Poder crear una pregunta o un problema *sobre la* urgencia, implica no trabajar *en* la urgencia. La vivencia de “no hay tiempo” requiere nuestra intervención para que éste pueda volver a ubicarse.

Durante el aislamiento social obligatorio, los pacientes siguieron asistiendo en muchos casos, porque viven en la calle, porque ya venían aislados socialmente desde antes de marzo de 2020. Para una población de pacientes que atendemos, el coronavirus no ha representado una alarma.

Y no porque sean de algún grupo “anticuarentena” sino en parte porque va dentro de la misma línea de no cuidado que presentan en casi todos los órdenes. Muchas veces crecieron en entornos donde no se enseñó o aprehendió al cuidado como un valor.

Entonces nuestra práctica como trabajadores de salud del Estado, también tuvo que incorporar el cuidado a los pacientes del coronavirus, pacientes que no se están cuidando de nada.

Para eso, surge la necesidad de protegernos a nosotros como equipo, como “esenciales”. Con un número significativo de compañeros que se encuentran de licencia por presentar patologías de riesgo, o por tener hijos pequeños, o por otros motivos. Somos menos trabajando, por lo que se deben aunar las fuerzas de trabajo y es imposible no pensar la guardia como colectivo de salud.

El “ir a atender” contemporáneo no puede ser sin antes colocar barbijo, máscara, antiparras, y tantas veces guantes y camisolín.

Empezaron a llegar pacientes que ya conocíamos, pero también otros por primera vez. Personas que nos contaban que en su lugar de atención habitual los habían dejado sin tratamiento. Que habían cerrado “por esto del virus”

Trabajamos en la urgencia, urgencia que da cuenta de la ruptura, es importante localizar qué es lo que se ha quebrado.

Las manifestaciones clínicas que se presentan son muy variadas; el padecimiento aparece de muchas formas, aunque los diversos motivos de consulta tienen en común un padecimiento excesivo que requiere la respuesta profesional inmediata.

Estamos trabajando en plena ciudad de Bs As, y hay pacientes que recorren decenas de kilómetros porque no encontraron respuesta en otros efectores. Esto se incrementó notoriamente con la cuarentena.

Improvisando nuevas prácticas

La dificultad para movilizarse en transportes públicos, la necesidad de permisos de circulación, los efectores de salud barriales cerrados, el agravamiento de padecimientos. Todo esto amerita improvisar nuevas estrategias para dar respuesta a nuevas presentaciones.

En la guardia, disponemos de una sala de observación, donde alojamos a las personas que atraviesan un momento agudo de desestabilización (descompensación psicótica, intoxicación aguda, etc.), con dos camas y una camilla para que puedan ser asistidas.

En este nuevo contexto, hubo veces que la estadia en la sala se debió prolongar por cuestiones que excedían la situación puntual de urgencia.

También nos vimos en la necesidad de concurrir a los domicilios de pacientes que lo requerían para que no tengan que trasladarse al hospital.

Por otro lado, cambiamos el citar a alguien que no se encuentra bien, por llamarle por teléfono o videollamada si tenían los medios tecnológicos para tal fin. No siempre es posible, así que también pusimos el cuerpo y la cabeza para recibir a cada paciente que venía con indicaciones singulares (tomar la medicación, hablar por teléfono, etc.)

La demanda se ve afectada por la accesibilidad, y el concepto de accesibilidad a los servicios de salud lo pensamos desde sus cuatro dimensiones: geográfica, económica, administrativa y simbólica. (Stolkiner, 2007)

En este sentido, y como coletazo final de una gestión hospitalaria afín al gobierno anterior, hubo que avanzar en varios aspectos que se había retrocedido.

Como ejemplos; recuperar la escucha interdisciplinaria, integrar a la enfermería como parte del equipo, discutir los planes psicofarmacológicos, asistir en muchos casos a situaciones de violencia de parte de pacientes como un grito de muchos años que nadie pudo oír. Pensar qué hacemos con todo eso y con nuestro propio cansancio. Porque la evidencia nos muestra cada día desde marzo de 2020 hasta que redactamos este escrito, en septiembre del mismo año, que aumentaron los casos de infecciones por COVID 19, que aumentaron los números de personas fallecidas, y que aumenta el cansancio de la sociedad.

En este sentido otra modificación forzada pero positiva fue la de implementar las reuniones de equipo de guardia de manera remota, por aplicaciones tipo zoom. En nuestro dispositivo esta modalidad incrementó la participación de más profesionales, dado que la mayoría de los trabajadores de la guardia se encuentran en pluriempleo y van al hospital solo 2 veces por semana. En estas reuniones se pudieron ir abordando los temas que fueron surgiendo en relación a la atención durante la pandemia.

Conclusiones preliminares

Las epidemias nunca afectan a todas las poblaciones por igual y las desigualdades siempre pueden impulsar la propagación de infecciones y el agravamiento de sus consecuencias. (ALOMO, 2020)

En este sentido sostenemos nuestra responsabilidad de cuidado tanto de los pacientes como de cada uno de los miembros del equipo de salud. El desafío es reinventar las prácticas de acuerdo a cada una de las fases en la que nos encontramos, y con los insumos y recursos que contamos.

La experiencia en este escenario inédito de trabajar en la guardia en una pandemia, invita a moverse en el ensayo y error, e inevitablemente convoca a la revisión constante de las acciones que realizamos en pos de mejorar la calidad de atención de las personas que consultan.

En nuestro lugar de equipo de guardia interdisciplinaria de un hospital público, es nuestro compromiso brindar la atención profesional y adecuada a los sujetos con padecimientos mentales durante la pandemia de COVID-19. Las consecuencias y aprendizajes de este suceso histórico, lo podremos ver con el tiempo.

Bibliografía

- Alomo, M (2020), "La asistencia en salud mental durante la pandemia COVID 19", recuperado el 08/08/20 de <https://www.researchgate.net/publication/340667953>
- Boletín Oficial de la República Argentina, Decreto 576/2020, Ciudad de Buenos Aires, marzo de 2020.
- Comes, Yamila y Solitario, Romina y Garbus, Pamela y Mauro, Mirta y Czerniecki, Silvina y Vázquez, Andrea y Sotelo, Romelia y Stolkiner, Alicia (2007). EL CONCEPTO DE ACCESIBILIDAD: LA PERSPECTIVA RELACIONAL ENTRE POBLACIÓN Y SERVICIOS. *Anuario de Investigaciones*, XIV (), 201-209. [Fecha de Consulta 12 de Septiembre de 2020]. ISSN: 0329-5885. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3691/369139943019>

- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, República Argentina (2020). COVID-19. Recomendaciones para la atención telefónica de Salud Mental en contexto de pandemia.
- Ley N° 26.657. Ley de Salud Mental. Decreto reglamentario N° 603/2013. Boletín Oficial, Buenos Aires, Argentina, 29 de mayo de 2013.
- Scholten, Quezada-Scholz-Salas (2020), "Abordaje psicológico del COVID-19: una revisión narrativa de la experiencia latinoamericana", *Revista interamericana de Psicología* 2020, vol 54, p1-24
- Viene, Yamila, Solitario, Romina, Garbus, Pamela, Mauro, Mirta, Czerniecki, Silvina, Vázquez, Andrea, Sotelo, Romelia, Stolkiner, Alicia "El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios". *Anuario de Investigaciones* [en línea]. 2007, XIV (), 201-209 Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943019>

CUERPO Y PANDEMIA. LECTURAS DESDE EL HOSPITAL PÚBLICO

Gastón Fazio y Roxana Gaudio

Resumen

El presente trabajo se vertebra en torno a problematizar las nociones de cuerpo y pandemia a partir de una lectura desde las políticas de salud mental en el marco del hospital público.

Las fuentes del malestar de la cultura de las que hablaba Freud siguen en pie, hoy quizá bajo las vestiduras de un virus que asecha y trastoca las lógicas subjetivas e institucionales ya existentes. En tal sentido, partiremos del relato de las experiencias de talleres y espacios de reflexión en el marco de la tarea hospitalaria frente al covid, en un trabajo incesante de continuar pasando por el registro de la palabra aquello que no lo había tenido, aun no lo tiene, y quizá ahora pueda ser nombrado.

Cuando de instituciones públicas se trata, urge la necesidad de re-inventar los dispositivos de asistencia, tratamiento, atención, etc., existentes y quizá fundar otros.

La noción de cuerpo no es nueva para el psicoanálisis, hay mucho escrito sobre el tema desde todas las miradas y marcos teóricos. El impacto de la pandemia sobre el cuerpo aún no se ha procesado, requiere de un tiempo lógico y cronológico para pensarlo y tramitarlo. En función

de ello, algunos interrogantes se imponen: ¿Qué cuerpo frente al covid? ¿Cuál es la intersección con el discurso de la medicina que el psicoanálisis se deja afectar? ¿Cuáles son los efectos sobre el sujeto psíquico que esto implica?

Palabras clave: Cuerpo, Pandemia, Hospital Público, Dispositivos de asistencia, Subjetividad

Introducción

De repente todo cambió, de un día para el otro, nos vimos obligados a modificar sin deseárselo las modalidades de lazo social a las que veníamos medianamente anudados.

Así, usuarios y trabajadores del sistema público de salud, docentes y alumnos, etc., se vieron inmersos en esa premura de lo inesperado, que por su carácter invasivo obligó, sin prisa pero sin pausa, a reinventar los dispositivos que hasta el momento venían “funcionando” casi naturalmente. Las pantallas, el barbijo, el tapabocas, las mascararas de protección, el distanciamiento social y físico en todos los órdenes de la vida, devinieron aditamentos que embadurnaron al cuerpo, un cuerpo tapado, cubierto, que se deja ver a través de la mirada y la voz que en su sonoridad y espesor atraviesa el tapabocas.

El A.S.P.O.⁴ devino transitorio e imperioso para preservar las vidas, deberá pues durar todo lo que sea necesario para preservarnos y no dejar que la muerte lo arrase todo.

El playón del hospital, lugar reservado tradicionalmente para la entrada y salida de las ambulancias, la entrada de la guardia, devino otra postal, punto de encuentro para el armado de los llamados “comités de crisis”, de los que participan y participaban diferentes actores de la institución, nos puso “en guardia”.

De pronto todos juntos debatiendo, pensando, alojando incertidumbres de cómo seguir, el uso de los elementos de bioseguridad, la revalorización y visibilización del trabajo de muchos compañeros de primera

4 Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio.

línea, otra voz se hace oír, un eco que resuena e insiste en ser reconocido y hacerse presente ante a la invisibilidad.

Frente la repetición incesante ¿Es posible una oferta diferente a la ya dada, desde un servicio de salud mental en el marco del hospital general? ¿Qué cuerpo frente al covid? ¿Puede el psicoanálisis, en su intersección con el discurso médico, dejarse afectar, ceder su propio narcisismo, muchas veces encarnado bajo las vestiduras de variadas escuelas e insertarse en una lógica colectiva y a la vez singular, preservando su lugar extimo o extraterritorial?.

Partiremos del relato de las experiencias de talleres y espacios de reflexión en el marco de la tarea hospitalaria frente al covid, en un trabajo incesante de continuar pasando por el registro de la palabra aquello que no lo había tenido, aun no lo tiene, y quizá ahora pueda comenzar a ser nombrado.

Psicoanálisis en intención y extensión

Sabemos con Freud que existe una extensión del psicoanálisis a otras disciplinas y desde otras disciplinas, un interés por el psicoanálisis (Freud, 1913). Se trata entonces de una amplia gama de prácticas que, inspiradas en el discurso psicoanalítico, más allá de la propuesta teórica, intentan su promoción, y se ordenan en un campo ético singular.

Unir el término psicoanálisis con el de hospital, delimita un campo que concierne a un número importante de problemas cuya significación es pasible de ser interrogada desde un doble recorrido, el que va del hospital al psicoanálisis y el que va del psicoanálisis al hospital. Interrogar las limitaciones del discurso sanitarista debe permitir precisar al mismo tiempo las condiciones de posibilidad del psicoanálisis, cernir el tope de su imposibilidad justamente donde el primero, respondiendo al imperativo de que las “cosas marchen bien”, suele encontrar la emergencia del segundo en sus puntos de fractura.

Matrimonio difícil en el que la urgencia, la admisión, la duración del tratamiento, su interrupción, el pago, la interconsulta o el diagnóstico marcan las fronteras en litigio que por no agotar el tiempo de comprender, se

abocan a la conclusión anticipada y falaz que resulta iatrogénica para el sujeto (Pujó 2001, pp.134)

Las fuentes del malestar de la cultura de las que hablaba Freud siguen en pie, hoy quizá bajo las vestiduras de un virus que asecha y trastoca las lógicas subjetivas e institucionales ya existentes.

Del impacto a la invención

Cuando de instituciones públicas se trata, urge la necesidad de re-inventar los dispositivos de asistencia, tratamiento, atención, etc., existentes y quizá fundar otros.

La intervención hospitalaria en pacientes que padecen COVID 19, requiere de cuidados integrales y específicos por parte del personal sanitario por el carácter nuevo, impredecible e invasor que ésta enfermedad presenta, hoy ya declara pandemia por la OMS, y los efectos que produce en el lazo humano. Sin dejar de soslayar, tal como lo muestran los datos epidemiológicos de la autoridad Sanitaria Nacional, el carácter dinámico de la pandemia.

Como profesionales de la salud mental, abocados a la asistencia, tratamiento y seguimiento de sujetos afectados por el padecimiento subjetivo, cuyas demandas se dan en el marco del hospital público, resulta oportuno asumir un posicionamiento ético y político respecto a la consistencia que fue tomando la pandemia.

Esta posición que no es ingenua ni azarosa, requiere de una intervención profesional en un tiempo singular, el tiempo del sujeto, que va a contra reloj del tiempo cronológico, aunque sin desconocerlo. Allí, en esa particular encrucijada, se ofrece un espacio de escucha que aloje la palabra, el padecer, luego habrá un largo tiempo para pensar un sentido posible a aquello que sin sentido irrumpe, la infección por corona virus certera o posible, y posteriormente elaborar aquello que no encuentra vías colaterales de ligazón o tramitación psíquica.

En tal sentido, múltiples situaciones que se presentan en las consultas plantean la complejidad del problema y su abordaje: la comunicación, el diagnóstico, pronósticos, la internación como indicación y el

consecuente aislamiento, la angustia derivada del temor a morir/ contagiarse/contagiarse, etc.

Por otra parte, están las diversas subjetividades, culturas, y los recursos psíquicos con los que cada quien cuenta para enfrentar todas aquellas contingencias e incluso, la posible concomitancia con padecimientos mentales previos (de base) o cuya emergencia se relaciona con las medidas sanitarias.

Todo ello plantea un nivel de exigencia, de respuestas y en plazos extremadamente cortos, que pueden desbordar al personal sanitario y conducirlo a sufrimientos no solo emocionales, sino también físicos, abriendo una vía del padecimiento que tiene que ver con las personas que habitan las instituciones y ejercen su práctica en ella, viéndose intimidados e interpelados frente a lo incierto, sin inmunidad alguna.

Este es otro pliegue a pensar, el personal sanitario afectado a la tarea de asistencia y tratamiento de sujetos afectados por la pandemia.

Tal como se dijo antes, en el marco de los comités de crisis, se ofertaron dos dispositivos. Uno denominado "Proyecto de contingencia e intervención para el abordaje, asistencia y tratamiento en Salud Mental en el marco del COVID 19", consistente en reuniones semanales con los trabajadores del hospital, personal médicos, no médicos, para comenzar a localizar, luego nombrar y posteriormente co-pensar los malestares subjetivos e institucionales en juego frente a la pandemia en el ámbito laboral, en pos de diseñar una estrategia de intervención compartida y transversal.

Los temas más sobresalientes resultaron ser la falta de insumos básicos en un primer tiempo, sobre todo en el momento de implantación del covid en el país, el uso de los elementos de bioseguridad, la delimitación de zonas del hospital denominadas "zona covid" y "no covid", la identificación y el criterio de caso sospechoso, según los protocolos confeccionados por la autoridad sanitaria nacional y provincial

Otro de los dispositivos ofertados fueron los talleres denominados "Encuentros formativos y de elaboración con personal de enfermería frente al COVID 19. Poner palabras a las situaciones de trabajo en tiempos de pandemia". Dicho espacio consiste en la construcción de un entramado simbólico y elaborativo de escucha, diálogo, mirada, apunta a la

circulación de la palabra y la elaboración conjunta frente al padecimiento en la tarea y fuera de ella.

El objetivo se orienta hacia la puesta en marcha de los siguientes verbos:

- Diseñar y llevar a cabo una propuesta de trabajo con orientación clínica e intervencionista
- Construir herramientas sustentables a la hora de pensar las problemáticas que se presenten en la “sala de situación” en el marco del trabajo hospitalario y fuera de él.
- Promocionar espacios de trabajo permeables a las dificultades que pueden presentarse en la institución de salud.
- Generar espacios participativos con herramientas múltiples (artísticas, diálogo, juego, escenificaciones, etc.) para indagar percepciones, representaciones, y modos de vincularse en torno a la temática de la violencia, el cuerpo, la emergencia sanitaria frente al covid 19, la identidad de género, y otros emergentes que puedan surgir

Tradicionalmente el personal de enfermería es evaluado por su manera de funcionar desde el punto de vista técnico, y se exige desde los dispositivos de salud, de su tarea que sea: eficiente, con escaso margen de error, sumado a un imaginario social del cuidado como asistencialismo y “entrega” absoluta a las necesidades físicas, psíquicas del paciente y su familia/entorno.

Pensamos que estos encuentros apuntan a desenredar el imaginario construido en torno a la tarea del personal de enfermería como una actividad *mecánica y eficiente*, mas bien apuntaremos a subjetivizar el acto del profesional de lxs trabajadorxs enfermerxs , reflexionando conjuntamente sobre interrogantes, saberes y teorías en torno a la labor profesional.

A este respecto, nos parece oportuna la reflexión y el estudio que realiza Urzorskis (2002), quien repara en considerar al personal de enfermería como resorte activo de la subjetividad del paciente internado. Paralelamente entre las dificultades más frecuentes que se observan en este grupo de profesionales están: deficiencias en la formación, y en especial en el manejo de pacientes con sufrimiento mental cuando es

internado en una sala /habitación de clínica medica por fuera del tradicional "asilo psiquiátrico", falta de reconocimiento y estímulo para alentar a su perfeccionamiento, bajísimos sueldos, falta de espacios de descanso entre turnos y multi trabajo, entre otros.

Sin embargo, el personal de enfermería pese a los serios impedimentos que debe afrontar, es mucho lo que hace espontáneamente para la recuperación física y anímica del paciente y su entorno. Este hecho azaroso, no depone de una combinación fugaz, sino de una buena combinación entre disposición al servicio del paciente y la ausencia de fatiga o tensiones que obstaculice la tarea. Si la función fuera adecuadamente valorada la respuesta sin duda seria otra.

Ambos espacios, cada uno con su lógica propia, ofician como una suerte de catalizador, una transicionalidad necesaria, filtro simbólico frente a los excesos que lo traumático acarrea por añadidura.

Conclusión

A lo largo de este trabajo, hemos intentado cernir por medio de la escritura, la experiencia de trabajo frente a lo inesperado de la pandemia y su impacto en el registro del cuerpo y de lo psíquico, impacto que no cesa de no inscribirse. Sabemos que, como resorte fundamental de la labor profesional dentro de una institución compleja como lo es el Hospital General de Agudos, toda institución de un momento a otro se encuentra inmersa en lo que Fernando Ulloa (1995) llamó la encerrona trágica, es decir en un estancamiento que se caracteriza por la mecanización de las practicas, saberes, técnicas, y la estereotipia en el acto profesional, que lleva sin dudas a un padecimiento psíquico institucional.

Ofertar a partir de una invención que quiebre la estereotipia de lo ya pensado, deviene un movimiento que descaputura a los cuerpos presentes en la institución y los pone a trabajar de otro modo, un modo singular de cada quien pero en un lógica colectiva, capaz de propiciar una salida frente al aislamiento del virus.

Salir de las esferas de la atención individual de los consultorios externos a las que muchas veces nos abocamos los analistas en el ámbito

hospitalario, invertir y tomar los otros espacios físicos del hospital, re significa un “nosotros”. La atomización extrema del individualismo puede arrasar ferozmente e ir a favor de los intereses del mercado, sin encuentro de los cuerpos como un modo de configuración de la post pandemia.

Es pues una ética de la extimidad y del deseo como apuesta aquella que sigue en pie, a la que debemos como analistas defender y sostener sin dejar que la pandemia y también el virus del dogmatismo y la contienda de escuelas lo arrasen todo.

¿Acaso la apuesta a una escucha singular, íntima y subjetivamente no sigue siendo el horizonte posible del psicoanálisis ahora y siempre?

Bibliografía

- Aulagnier, P (1975) *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires Amorrortu.
- Cahn, P. (1992). *Psida. Un enfoque integral*. Buenos Aires, Paidós
- Fernández, E (2015) *Algo es posible. Clínica psicoanalítica de locuras y psicosis*. Buenos Aires. Letra viva
- Ferrari, H & Luchina, I (1992) *La interconsulta medico-psicológica en el marco hospitalario*. Buenos Aires. Nueva Visión
- Freud, S ([1930]-1996) *El Malestar en la Cultura*. AE XXI. Buenos Aires.
- Freud, S ([1913] -1998) *El interés por el psicoanálisis*. En obras completas. AE XIII. Buenos Aires.
- Gamsie, S (2007) *La Interconsulta. Una práctica del malestar*. Buenos Aires. Filigrana
- Holgado, M & Pipkin, M. (2017) *Clínica de las emergencias. Intervenciones en Catástrofes sociales y urgencias subjetivas*. Buenos Aires, Letra viva.
- Holgado, M & Pipkin, M. (2005). *Intervenir en la emergencia. La clínica psicoanalítica en los límites*. Buenos Aires. Letra viva.
- Lacan J. (2001) *Psicoanálisis y medicina*. En intervenciones y textos 1. Buenos Aires, Manantial
- Laurent, E. (2003) *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires. Tres haces Ley26657. Ley Nacional de Salud Mental. *Boletín oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010

- Manonni, M. (1981). *El psiquiatra, "su loco" y el psicoanálisis*. México Siglo XXI
- Mitre, J (2019) *El analista y lo social*. Buenos Aires, Grama.
- Pujó, M. (2001) *Lo que no cesa del psicoanálisis a su extensión*. Buenos Aires. Filigrana
- Testa, M. (2004) *Pensar en Salud*. Buenos Aires. Lugar editorial
- Ulloa, F (1995) *Novela Clínica psicoanalítica*. Buenos Aires, Paidós
- Urzorskis, B (2002) *Clínica de la subjetividad en el territorio medico*. Buenos Aires

DETERMINANTES SOCIALES DEL PADECIMIENTO MENTAL EN VARONES CON CONSUMO PROBLEMÁTICO. DESAFÍOS DEL CAMPO DE LA SALUD PARA LA CONSTRUCCIÓN DE NUEVAS MASCULINIDADES.

Juan Pablo Burwiel y Luciana Daniela Rivas

1. Introducción

En el siguiente ensayo se pretenderá realizar una aproximación respecto a los determinantes de género en el proceso de salud-enfermedad-cuidado de usuarios varones. Se enfatizará el análisis en la construcción de las masculinidades y sus efectos en el modo de percibir el padecimiento subjetivo de los usuarios con uso problemático de sustancias.

La perspectiva de género brinda herramientas analíticas para reconocer a las masculinidades como un constructo socio-histórico y diverso -razón por la cual se referirá en plural- que requiere de una mirada situada.

La vulnerabilidad social como variable analítica aporta al reconocimiento de los sentidos sociales que intervienen en la propia biografía e identidad de los varones respecto la construcción de las masculinidades en la propia experiencia barrial. Así como interviene en la significación diferencial en la que se inscriben los consumos de sustancias según el sector social que los desarrolla.

Factores como pobreza, territorialidad y masculinidad serán indagados para ampliar la situación diagnóstica de quien demanda tratamiento por uso problemático de sustancias, de modo tal que podamos superar la fetichización de la droga en el modo de percibir e padecimiento,

valorizando la posición de un sujeto, a partir de una singularidad situada en los tiempos que corren.

Consideramos en este sentido, que el modo de ser varón en un barrio vulnerable produce modos de percibir el sufrimiento distintos a cualquier interpretación genérica u homologante. En este sentido se aportarán referencias teóricas que contribuyan a la reflexión sobre los atravesamientos entre masculinidades, consumos problemáticos y vulnerabilidad social.

2. Desarrollo.

2.1. Cómo pensar las masculinidades desde una perspectiva de género.

La vida social se encuentra organizada por una multiplicidad de factores. La división sexo/genérica ha sido históricamente un eje de diferenciación social fundamental en las sociedades más diversas. En estudios como los de Bourdieu (2000) y Segato (2010) son caracterizados como un tipo de relación social que puede distinguirse en términos objetivables tanto en las cosas como en el mundo

social estableciendo modalidades del ser y el hacer que se incorporan en los cuerpos y hábitos de las personas.

Segato por su parte enfatiza en la relevancia de las relaciones de género al establecer que constituye la estructura de vinculación fundante de la sociedad, cuya característica está basada en la dominación de orden patriarcal. Entendido éste como una estructura jerárquica que es controlada por la presencia simbólica de la figura de un padre, lugar que será encarnado por actores sociales dentro de relaciones de poder en el marco de la sociedad (Segato, 2010).

Este tipo de consideraciones hacen eje en los aspectos culturales, sociales y simbólicos que conforman la subjetividad, vale la pena considerar el modo en que se construye la subjetividad bajo estas condiciones. Este sentido, el género no es sólo un tipo cualquiera de determinación para los procesos de subjetivación, sino que es el primer dispositivo que instituye una marca en el sujeto, ergo es por orden histórico e impacto político, uno de los fundamentales. Al respecto Butler nos enseña:

El cuerpo es analizado desde el punto de vista de su inscripción sexual, una norma cultural que gobierna la materialización de los cuerpos. Y allí mismo es donde surge la dinámica del poder y las normas reguladoras que “gobiernan su materialización”. Allí también surge la performatividad como poder de reiteración del discurso para producir “los fenómenos que regula e impone”. (...) El “yo” hablante, se forma en virtud de pasar por ese proceso de asumir un sexo ante “los medios discursivos que emplea el imperativo heterosexual para permitir ciertas identificaciones sexuadas y excluir y repudiar otras.” Esta matriz excluyente mediante la cual se forman los sujetos requiere pues la producción simultánea de una esfera de seres ab-yectos, de aquellos que no son “sujetos”, pero que forman el exterior constitutivo del campo de los sujetos. (Oliva Portolés, 2015)

En este sentido la figura del varón ha sido investido por el desarrollo de ese poder de modo hegemónico sobre un sector subordinado ocupado por las mujeres y femeneidades. El ejercicio del poder conlleva la adjudicación de sentidos, prácticas y modalidades de comportamiento propios que los identifican como tal. En la actualidad las definiciones respecto a la masculinidad constituyen un objeto de análisis en los estudios de género reconociendo un modelo de “lo masculino” hegemónico incluso dentro del “campo de los varones”.

Nestor Artiñano hace un punteo de distintas formas de caracterizar las masculinidades. La primera, considera que la masculinidad alude al cuerpo del macho, pero es la institucionalización, la codificación cultural y la reconstrucción subjetiva de la posición de dominio en las relaciones sociales la que conforma el sujeto masculino (Alatorre 2006). Con lo cual “el macho” no tiene que ver con un fundamento biológico, sino que se constituye desde un posicionamiento simbólico, que tiende a ubicarse por encima de mujeres, niñez, disidencias sexuales o cualquier tipo de alteridad que se ubique por fuera de la representación imaginaria del modelo ideal de “Hombre Universal”, que moldea el sujeto ideal mientras que regula qué tipo de performatividades son sub-albertenidadas, relegadas, disciplinadas o violentadas. El varón como sujeto socialmente destinado a encarnar ese tipo de subjetividad ideal, es al mismo tiempo un actor ejecutor de la disciplina y violencia que funda el sistema.

Al mismo tiempo, se puede interpretar que ese “Hombre Universal” encarna todas las atribuciones hegemónicas que de alguna manera jerarquizan el ordenamiento social. Además de cualidades como potencia, fuerza, dinero y saber, se enlazan aspectos de clase y etnia. De ahí que este tipo de subjetividad se hace así misma validando a cada instante una posición jerárquica y de privilegio que, también, se termina constituyendo bajo la posibilidad de perder o debilitarse en dicha posición. Por eso, es que del lado del machismo existe la angustia masculina frente a la necesidad de demostrar que se es macho: la idea constante y continua de la insuficiencia de serlo no sólo biológicamente, sino desde el esfuerzo interpretativo de tener que demostrarlo. Es así que, nunca se es lo bastante macho, y, no siéndolo, se es peligrosamente no macho (La Cecla, 2005)

La composición de la estructura del “macho” contiene una serie de elementos que se ponen en disputa para alcanzar el mejor posicionamiento social posible en términos generales como en el campo específico de los varones. De este modo se pueden identificar como uno de los aspectos centrales para el desarrollo óptimo de la masculinidad hegemónica el ejercicio de la violencia como una característica central dentro de la estructura machista. A través de ella se reconoce lo masculino con la imagen de fuerza y fortaleza en contraposición a la figura de la fragilidad y la sensibilidad como atributos esenciales de la estructura de lo femenino.

2.2. Interseccionalidad de clase y género. Ser varón en contextos de vulnerabilidad.

La experiencia social en la biografía particular presenta características singulares considerando la pertenencia local, cultural y de clase. De esta manera resulta relevante el análisis del desarrollo de la subjetividad en sectores populares para los varones al contener lógicas específicas.

La organización de la estructura social se constituye en un orden jerárquico, que tal como se ha señalado siguiendo a Segato presenta características de dominación de un grupo sobre otro. Esta estructura patriarcal del poder se ve expresada en términos de clase en las modalidades de

vinculación barrial, estableciendo patrones de conducta que identifican a los “machos del barrio”.

Siguiendo investigaciones etnográficas en barrios populares como las realizadas por Epele (2010) o Duschatzky (2009) se puede establecer que la construcción de la identidad con mayor prestigio social se encuentra vinculada a una trayectoria personal que implica el desarrollo de conductas y situaciones de alta exposición, que en la mayor de las veces se sostiene en la propia corporalidad.

En ese sentido se reconoce que la valorización de la fuerza en el sistema de jerarquización adquiere carácter total, estableciendo el honor -sobre todo en los varones- en la capacidad del “aguante”, confrontación con otros y ejercicio de la violencia. Dejando por fuera la posibilidad de expresar emociones de temor, o dolor ni expresiones de padecimiento.

En las investigaciones realizadas por Miguez y Semán (2006) se identifica que en la cultura popular (o subalterna) los códigos de comportamientos están insertos en un sistema de valores que prestigia a la fuerza por canales alternativos a los convencionales a formas de capital en términos de Bourdieu que son accesibles a los sectores populares. Así también que contiene un sistema de obligaciones que requiere del mayor nivel de acatamiento para acceder al prestigio más alto.

La pertenencia dirá Duschatzky requiere además una serie de códigos que configuran un colectivo social, que en el caso estudiado está constituido por los niños y jóvenes en situación de calle, cuya configuración se encuentra en los bordes de la violencia y que se encuentran en continuo desafío a la muerte y la destrucción personal.

La construcción de ese sujeto social se establece con las reglas de la institución represiva, constituyendo las estrategias vinculadas a la violencia en la estrategia para anticipar un peligro inminente en los escenarios de vulnerabilidad a los que se ven expuestos.

En este rito se juega el exceso, el desafío al sufrimiento, una suerte de inmolación al exponer el cuerpo a la agresión del par y una práctica sexual que tiene como fin anticipar las situaciones de vejación y tortura. Atravesar estas prácticas significa pasar a un nuevo estatuto, simboliza la iniciación de otra condición, “el que se la banca, el que será capaz de tolerar el sufrimiento y la tortura” el que podrá callar. (Duschatzky, 2009)

3. Conclusiones.

Tal como mencionamos en la introducción y en los inicios del texto, el género opera como la primera inscripción política en los cuerpos de las personas. La reseña de Butler indica que no podemos pensar la noción misma de sujeto sin pensar en los determinantes de género, ya que son éstos los que comienzan a organizar los discursos del “yo hablante” y su performatividad. En esta reiteración de roles y discursos se pone en juego algo del deseo, devenir y proyectos de los sujetos. En este devenir existencial los varones se encuentran con el deber de repetir prácticas basadas en la insensibilidad y crueldad que fueron parte de su constitución subjetiva.

En este sentido podemos pensar la ley del padre como primer disciplinador, como la instauración de una norma desigualadora fundamental, que posiciona jerárquicamente un tipo de sujeto por encima del resto. Es la violencia, para esto, no sólo una mera agresión, sino que es la fuente articuladora de este régimen de estatus asimétrico. La pregunta es cómo opera este tipo de legalidad en varones que son expulsados o están en los márgenes de la sociedad y su vez tienen el mandato masculinidad de disciplinar a otros.

Nuestra hipótesis al respecto, es que hay una delegación perversa de una sociedad neoliberal patriarcal en las masculinidades pobres para que ellos continúen ejerciendo la violencia social sobre sectores aún más vulnerados como las infancias, mujeres o disidencias.

Por eso, si consideramos que el abordaje de los consumos problemáticos en su tradición conservadora reproduce mayor vulnerabilidad y prácticas de control social, también allí encontramos formas de ejercer violencia sobre los cuerpos masculinizados.

Suele representarse a los usuarios varones como “desbordados” o “impulsivos” producto del uso de drogas. Por un lado este tipo discurso encubre formas de ejercer violencia hacia mujeres o disidencias, sin que ellos puedan asumir un registro pleno de sus actos, pero por otro avalamos prácticas de violencia institucional hacia estos varones ofreciendo dispositivos de control, encierro y castigo que se parecen mucho a los ritos de inicio que subjetivan de forma violenta a las masculinidades.

Bajo esta óptica, consideramos que el padecimiento que presentan los pacientes varones se encuentra atravesado por estas variables. Pibes que se involucran en constantes peleas para sobrevivir, sentimientos que no afloran sino es mediante el uso de alguna sustancia, exigencias en torno a conseguir un empleo en contexto muy hostiles, violencia policial e institucional, son algunos ejemplos.

Al mismo tiempo, la idea de goce, desinhibición, compulsión se presentan como recurrentes a ser abordados en el campo de los consumos problemáticos.

Ahora, si la apuesta es regular o producir legalidades, no podemos pensar en la idea de "ley" sin perspectiva de género, de un modo en que estas nuevas legalidades sean constituidas desde el cuidado o la ternura y no desde la reiteración de la violencia.

Incorporar prácticas desde una nueva ética, supone recrear abordajes contra-hegemónicos en el terreno de la salud, el género y las clases sociales. La noción de pensar nuevos modos de subjetivar las nuevas masculinidades supone nuevas formas de pensar el lazo social, la inclusión social y la discusión de los valores que rigen en nuestra comunidad. Asumir estos nuevos valores anti-patriarcales, no va en contra de los varones de los sectores vulnerados, sino que va en línea de generar efectos de alivio y condiciones de prevención para futuras violencias, símiles a las que muchos de ellos sufrieron.

Bibliografía

- Alatorre, J. (2006). "Masculinidad y las políticas públicas". En: Careaga, Gloria y Salvador Cruz Sierra (coord.). 2006. Debates sobre masculinidades. Poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía. México. UNAM
- Artiñano, Néstor (2009). Masculinidades incómodas: jóvenes, género y pobreza en el inicio del siglo XXI. Tesis de Maestría en Trabajo Social, de la Facultad de Trabajo Social, U.N.L.P., publicada en Portal del Repositorio Institucional de la UNLP, SEDICI: <http://seduci.unlp.edu.ar/handle/10915/2104>

- Bourdieu P. (2010 [2000]) La dominación masculina. Buenos Aires: Anagrama.
- Burin M. y Meler I. (2000) Varones. Género y subjetividad masculina. Buenos Aires: Paidós.
- Duchatzky, S. Corea, C. (2009) "Chicos en Banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones". Buenos Aires Editorial Paidós. - Epele M. (2010) Sujetar por la herida: una etnografía sobre drogas, pobreza y salud. Buenos Aires: Paidós.
- La Cecla, F. (2005). Machos. Sin ánimo de ofender. Buenos Aires. Siglo XXI de Argentina Editores.
- Miguez y Semán P (2006) Entre santos, cumbias y piquetes. Las culturas populares en la Argentina reciente. Buenos Aires: Biblios.
- Segato R. (2010) Estructuras Elementales de la violencia. Buenos Aires: Prometeo.
- Oliva Portolés, A. (2015) "Hacia una ontología social del cuerpo en Butler: análisis y límites" en Investigaciones Feministas 107 2015, Vol. 6 85-107.

DROGAS Y CUARENTENA

Ana Alli, Federico Araya, Luciana Rubel, Florencia Palmieri y Ariel Parajón

Introducción

A partir de este año, desde el Colectivo de Reflexión sobre los Consumos nos sumamos a la campaña “Acompañe. No castigue. Capítulo Argentina” realizando un relevamiento entre usuarios/as de drogas, con el objetivo de sondear cómo estaban transitando el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO), y qué podían aportarnos en particular respecto a las prácticas de consumos de sustancias y sus transformaciones, si efectivamente las hubiera, en este contexto.

Entendemos que la cuarentena trastoca diversos aspectos de nuestra vida, y algunos de ellos son más perceptibles que otros. Si bien entre los Estados y la sociedad civil la salud ha vuelto a estar en el centro de la escena como derecho humano fundamental, otros factores que parecían secundarios a la pandemia por COVID 19 -como las consecuencias en la salud mental- día tras día van ganando terreno en los diseños de nuevas medidas de cuidado, en las agendas mediáticas y en las preocupaciones de la población.

En este marco, consideramos importante recordar que a pesar de que en Argentina existe la Ley de Salud Mental (26.657) y el abordaje de los consumos problemáticos forma parte indudablemente de dicho campo, su implementación se encuentra en disputa por la lucha de intereses entre distintos sectores de poder: corporaciones médicas, industria farmacéutica, entre otros. Por tal debate, antes de continuar con el análisis,

queremos postular que desde este colectivo entendemos que los consumos son atravesados por múltiples esferas de la vida social de un país. Además creemos que el abordaje de la problemática debe estar centrada en las personas, sus derechos, sus prácticas comunitarias, corriendo el foco de la sustancia (sea legal o ilegal) como si fuera la productora de malestares o conflictos entre grupos; las prácticas de consumo son más bien un emergente de aquellos padecimientos.

Estar en la distancia

Desde el momento en que comenzamos a diseñar la encuesta, no pretendíamos llegar a resultados definitivos ni hacer un estudio acabado de carácter científico; lo que nos motivaba a indagar sobre esta temática era la construcción de algunas aproximaciones, en este contexto tan particular. Temática controversial, al estar signada por la disputa de intereses globales que están en juego en la “guerra contra las drogas”, y también por la estigmatización que recae sobre las personas que usan drogas en diversos sectores de la población, visible en los abordajes que hacen los medios de comunicación. Bajo estas coordenadas, nuestra intención, entonces, consiste en sensibilizar y aportar al diálogo entre usuarios/as, organizaciones de la sociedad civil y autoridades políticas.

Sabemos que el estudio tiene sus limitaciones, primero porque toda encuesta tiene un sesgo con la formulación de sus preguntas; segundo, porque inferimos -leyendo otros informes y estudios- que a las personas les cuesta reconocer o afirmar que realizan una acción que actualmente está penada por la ley (inclusive a la hora de completar una encuesta anónima) e influenciada por los fenómenos de estigmatización que mencionamos previamente.

El marco normativo que actualmente rige la política de drogas en Argentina no es inocuo; la tenencia para consumo personal de sustancias ilegales está penado por la Ley de Estupefacientes 23.737 (1989) en la que, por ejemplo, se equipara a un/a narcotraficante con un/a simple consumidor/a. Por otro parte, no podemos desentendernos del contexto de aislamiento social extraordinario que estamos atravesando, por lo

tanto nuestras respuestas y acciones están mediadas por un escenario totalmente atípico. Lo antedicho, nos hace inferir que cualquier resultado de los aquí presentados no son más que una foto de una película que todavía ni siquiera se filmó, sino que aún está sucediendo.

A pesar de la volatilidad del contexto, nuestro objetivo general se circunscribe a conocer algunos signos relacionados a la salud mental de los/as ciudadanos/as en el marco del ASPO, y tratar de comprender cómo impacta la cuarentena en la vida cotidiana de los sujetos y sus diversas dimensiones (trabajo, economía, vínculos familiares, deporte, recreación, etc.), pensando en la integralidad de los abordajes necesarios a la hora de atender padecimientos subjetivos.

En particular -y por la especificidad de las profesiones y disciplinas de quienes integramos este colectivo - buscamos estar en la distancia para reducir las brechas de atención hacia las Personas que Usan Drogas (PUD) en el contexto de pandemia. Por lo tanto, el sondeo busca conocer cómo los cambios en nuestras prácticas cotidianas, generadas por este aislamiento, impactan en los patrones de consumo, ya sea en relación al acceso a las sustancias, la intensidad y frecuencia de la ingesta, las condiciones materiales y/o situaciones de violencia, los estados de ánimo asociados, la accesibilidad a dispositivos de atención-cuidado, entre otros.

¿Con qué nos encontramos?

Hemos encuestado aproximadamente a 800 personas entre los días 18 y 24 de mayo. En dicha encuesta, pudimos conocer testimonios de distintas ciudades de nuestro país: principalmente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el conurbano bonaerense con más del 75% de los casos encuestados. En un primer análisis podemos establecer que los datos demográficos ya nos arrojan un primer recorte a la hora de hacer caracterizaciones sobre los resultados obtenidos. Además del AMBA, las personas encuestadas afirman vivir en el interior de la Provincia de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, Entre Ríos. Por último y con menos participación encontramos que algunas respuestas provienen de provincias

como Corrientes, Formosa, Salta, Chaco, San Juan, Mendoza, Neuquén y Río Negro.

Con respecto a la distribución por género de las personas encuestadas el 61.9% corresponde a mujeres cis, el 36.3% a varones cis, mientras que un 1,8% se identificaron con otras identidades de género, entre las que prevalecen travestis, mujeres trans y varones trans. Es necesario mencionar el evidente déficit a la hora obtener respuestas sobre la temática por parte de los otros géneros existentes (vale la pena retener este dato, sobre todo para cuando analicemos algunas variables asociadas a la accesibilidad en los dispositivos de atención).

Con respecto al nivel educativo de la población encuestada el 59,8% respondió tener estudios terciarios o universitarios completos, el 30,8% tiene estudios terciarios o universitarios incompletos, el 7,4% secundario completo, 1,3% secundario incompleto y hay un 0,5% de personas con nivel primario completo. Sobre los aspectos económicos, en primer lugar podemos resaltar que casi la mitad de los/as encuestados/as son dueños/as de la propiedad en la que viven, y que ante la pregunta por el tipo de vivienda más del 80% habita una casa o un departamento. En segundo lugar, cuando consultamos por el impacto de la cuarentena en sus ingresos económicos más del 30% percibe que han disminuido, solamente el 8% considera que sus ingresos aumentaron, y el restante número (62%) de personas no percibe cambios.

Todos estos datos indicarían que la encuesta fue respondida mayormente por personas pertenecientes a sectores que habitan en los grandes centros urbanos de las principales ciudades del país y con un nivel educativo por arriba de la media de la población en general. En consecuencia, nos parece importante resaltar que si bien tales datos nos proporcionan información de este sector poblacional, consideramos central focalizar la atención sobre aquellas personas de barrios populares que vienen siendo excluidas. Por tanto, en una futura instancia de investigación, nos proponemos ampliar este trabajo alcanzando a dichos sectores.

Algunos datos sobre nuestra salud mental

Como planteamos al comienzo del informe, el consumo de una sustancia no se realiza despojado de su marco normativo, climas de época, prejuicios y preconceptos morales. La salud mental de las personas no se rige únicamente por sus historias de vida singulares, sino también por el contexto en el cual se desarrollan. En este sentido, los datos que describiremos a continuación son, sin lugar a dudas, los más alarmantes del sondeo. Ante la consulta sobre qué tipo de signos autoperceben las personas durante la cuarentena, podemos ubicar en primer lugar a la ansiedad (66%), en segundo puesto el cansancio (64,4%), y muy cerca en tercer lugar registramos un alto porcentaje que padece incertidumbre por el futuro (64,2%). Más abajo en la escala de porcentajes -pero con índices igualmente llamativos- se destacan signos de desgano en el 50% de los/as encuestados/as, el 47% de las personas siente nervios y el 46% afirma percibir angustia. La contracara de estos valores es el reducido 3% que no registra ninguno de los signos anteriormente mencionados, ni tampoco "impaciencia", "tristeza", "miedo", entre otros de los signos que fueron consultados.

Consideramos importante resaltar como signos de ansiedad, cansancio, desgano, angustia e incertidumbre por el futuro se ven incrementados por las consecuencias de la pandemia a escala global. Cabe señalar además, que las consecuencias de esta situación no sólo impactan en los ámbitos sanitarios y económicos, sino que también conlleva efectos en lo social, comunitario y subjetivo. Evidentemente, podemos inferir que la pandemia vino a desnudar lógicas que ya operaban en nuestra sociedad capitalista. El sistema en el que vivimos -de procesamiento subjetivo- se rige por la incertidumbre y, si bien esto no es una novedad, tal vez lo que está ocurriendo en esta coyuntura es la reafirmación -como verdad todopoderosa- de que ha colapsado la ilusión de previsibilidad.

Con el encuadre de los signos anteriormente descritos, y en relación a las consultas específicas sobre consumo de sustancias, pudimos reafirmar algunos datos que ya se vienen observando en varias estadísticas, informes e investigaciones: el alcohol sigue siendo la sustancia más consumida por la sociedad en general, y la población encuestada no fue la excepción.

Como lo que nos interesaba era medir el impacto de la cuarentena en los consumos, por un lado preguntamos si las personas habían consumido al menos una vez alguna sustancia en el mes previo a la cuarentena y luego consultamos por el consumo durante el ASPO. Si bien el consumo de alcohol casi no se modificó en cuarentena con respecto al mes anterior, se mantiene en niveles elevados ocupando claramente el primer lugar de las sustancias consumidas con un 85,6% durante la cuarentena.

Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito “el coronavirus interrumpe las rutas del narcotráfico y genera una escasez de drogas a nivel mundial”, en consecuencia, nos preguntamos si las modificaciones en el acceso a las sustancias se relacionan con los niveles de consumo. En este sentido, más del 30 % de las personas encuestadas registran mayor dificultad en el acceso a las sustancias durante la cuarentena. Esto puede deberse a la merma en los ingresos económicos de los/as encuestados/as, a priorizar otras compras a la hora de ir a proveerse de bienes y productos, o también -en el caso de las sustancias ilegales- a que muchas vías de tráfico y venta están interrumpidas. En relación a esto, en el caso del cannabis, ante la consulta que hicimos -de respuesta optativa- sobre estrategias alternativas para adquirir la sustancia, se destacan los cultivadores solidarios/as, amigos/as o contactos cercanos/as que le facilitaron a otros/as usuario/as dicha sustancia.

El relevamiento también arrojó que solamente un porcentaje reducido de personas no consumió ninguna droga ya sea en el mes previo a la cuarentena (7,6%), como durante la misma (8,2%). Pero, además de consultar por la sustancia en sí misma, indagamos acerca de qué percepción tenían quienes sí son usuarios/as de drogas sobre sus propios niveles de consumo. Del total de personas que consumieron algún tipo de sustancia antes o durante la cuarentena, más del 50% percibe que aumentó sus consumos (36% de manera poco significativa y el 14 % registra un aumento significativo). Dicho de otro modo, los resultados parecen indicar que no es que la cuarentena hace que más gente consuma, sino que los que ya tenían el hábito de consumir, consuman más. En consecuencia podemos inferir que a la existencia de tendencias o malestares precedentes, la coyuntura actual los acrecienta.

Algunas lecturas para nuevas preguntas

A partir del análisis de los datos obtenidos en nuestro relevamiento, pero contemplando también la experiencia que emerge de los efectores de atención comunitaria con los que trabajamos cotidianamente, podemos afirmar que este contexto refuerza la idea de que en la salud mental de las personas intervienen factores socioculturales (situación económica, social, política, de género, etc), además de los determinantes subjetivos propios de las experiencias biográficas de cada individuo.

Estas reflexiones nos hacen pensar en las construcciones de sentido común -formateadas por diversos dispositivos de poder- sobre las representaciones en torno al consumo de sustancias. Tales construcciones de sentido tienden a cristalizarse en debates teóricos y prácticos, a través de los cuales se construyen los abordajes hegemónicos que luego acompañan a las personas con consumos problemáticos de sustancias. Respecto a las prácticas que recaen sobre ellos/as, en primer lugar tenemos que señalar que una parte de las personas que usan drogas son encarceladas por violaciones a la Ley de Estupefacientes aún vigente en nuestro país (según el Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena fueron 11.489 personas privadas de su libertad en 2017). En Latinoamérica, los delitos por drogas son la principal causa de detención de mujeres; en Argentina, el porcentaje de mujeres detenidas por estos delitos es del 43 por ciento y la mayoría de esas mujeres viven en condiciones de exclusión y pobreza y tienen a su cargo el cuidado de niños, niñas y personas adultas (Cosecha Roja, 2019).

Por otro lado, cuando buscamos información sobre cuáles son los tratamientos hegemónicos para los consumos de sustancias actualmente, encontramos que más del 74% de las personas atendidas vía la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) en 2018 fueron asistidas en comunidades terapéuticas: sí, en dispositivos de internación. Se hace evidente que los abordajes dominantes hoy se debaten entre la institucionalización y la medicalización de los consumos (Goltzman, 2016).

Cabe destacar que si bien la mayoría de las personas encuestadas en nuestro relevamiento se identificaron como mujeres cis (61,9%), al

momento de acceder a dispositivos de atención sobre los consumos no ocurre lo mismo. Existen importantes diferencias vinculadas al género y la accesibilidad a las diversas modalidades de abordaje. Durante 2018, de las personas que accedieron a dispositivos tradicionales (clínicas y comunidades terapéuticas), el 86,4% fueron hombres y el 13,6% mujeres, mientras que la distribución por géneros en los equipos de abordajes con acompañamiento territorial se observó que el 52,3% fueron hombres y el 47,6% mujeres. Las propuestas territoriales y comunitarias tienen la característica de proponerse como integrales, por lo tanto muchas de las mujeres suelen llegar por otras demandas como las vinculadas a la educación de sus hijos/as, controles de salud o problemáticas de empleo; no suelen acceder por una identificación de consumo problemático propio. Sin embargo esta integralidad genera condiciones para el posterior trabajo de dicha cuestión. Asimismo, en los distintos servicios del sector salud existe una fuerte impronta de tratamientos individuales, en desmedro de abordajes grupales y comunitarios, que tengan en cuenta también los determinantes sociales y culturales de las prácticas de consumo en cada territorio.

La diferencia antes mencionada entendemos que se relaciona con la asociación entre paradigmas en torno al consumo y sus correspondientes estrategias de abordaje. Históricamente ha prevalecido un modelo, una forma de entender y por lo tanto de abordar la temática de los consumos problemáticos, denominado paradigma represivo-prohibicionista, el cual criminaliza el consumo porque pena la tenencia de sustancias ilegales. Este paradigma contribuye a profundizar procesos de estigmatización sobre las personas que usan sustancias ilegales, instalando una mirada criminalizadora, de peligrosidad y de desviación de la normalidad que las ubica en un lugar vinculado al delito o la enfermedad. En este punto se puede afirmar que si se trata de una mujer usuaria por ejemplo, hay una doble ruptura con la norma, ya que de ella se espera que sus actividades estén vinculadas con la esfera doméstica y de cuidado, y no al ámbito público perteneciente históricamente a la masculinidad.

Conclusiones para pensar el día después..

Creemos que una línea a cristalizar en políticas públicas debe ser recuperar la red comunitaria para evitar que las personas se sientan solas en un contexto de gran incertidumbre. Recuperar el registro del otro, el reconocimiento del otro, debe permitir evitar que se imponga una sociedad de individuos atomizados, descreídos y desconfiados de sus iguales.

En el diseño de las políticas post pandemia es necesario prever potenciales estrategias por parte de sectores de la sociedad de que impere el gobierno del miedo; por lo tanto, a la lógica del miedo y la sospecha de un otro como posible factor de contagio, las políticas públicas deben oponer lógicas solidarias, comunitarias y de cuidado. Frente a un escenario donde el tiempo por momentos parece alterado en su curso y sin rumbo alguno, vale la pena -también- alertar sobre posibles intentos precoces de patologización y medicalización de síntomas que emerjan como padecimientos producidos por el trauma de una crisis histórica. Por ende, creemos que uno de los mejores soportes en una situación como esta, es que haya políticas de estado y acciones de la sociedad que demuestren la condición esencial del ser humano: su capacidad de construir redes intersubjetivas como soporte a su proyecto de vida.

Se hace evidente que la pandemia trastocó las tramas vinculares, pero a pesar de estar atravesando un momento bisagra como este, creemos pertinente hacer de la crisis una oportunidad, aprovechando para reflexionar sobre cómo somos, cómo nos relacionamos, cómo padecemos y cómo se configuran nuestras lógicas de consumo. Analizar aspectos que no son cuantitativos sino cualitativos, nos ayuda a conocernos mejor y a trabajar en pos de tener una vida más saludable.

Bibliografía:

Camarotti, A.C. y Kornblit, A.L. (2015) Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. Revista Salud Colectiva, 11(2), 211-221.

- Cosecha Roja (2019). Drogas: mujeres cis y trans, las más criminalizadas. Disponible en: <http://cosecharoja.org/drogas-mujeres-cis-y-trans-las-mas-criminalizadas/>.
- Goltzman, P. (2016). Memorias del Encuentro Intervenciones desde la Reducción de Daños: perspectivas y desafíos actuales. Disponible en: <http://intercambios.org.ar/es/involvedwithus/memorias-del-encuentro-intervenciones-desde-la-reduccion-de-danos-perspectivas-y-desafios-actuales/>
- Ley de Estupefacientes N° 23.737 (1989). Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/138/texact.htm>.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010). Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>.
- López, A (2019). Narcoeconomía. Aportes para un debate informado y una agenda de investigación sobre mercados e impactos de las políticas públicas. CECE.
- Noticias ONU, 07/05/20: El coronavirus interrumpe las rutas del narcotráfico y genera una escasez de drogas a nivel mundial. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/05/1473952>.
- SEDRONAR (2018). Boletín estadístico anual del perfil de pacientes asistidos, línea de atención 141 y transferencias monetarias por becas de tratamiento.

ESTALLIDOS QUE INAUGURAN PRESENCIAS

*Ayelén Soldo, Lola Tolosa, Manuel Baravalle, Miranda Arfeliz,
Mariano Kantor, Paula Etchart y Soledad Ríos Santa Cruz*

Es curioso como un organismo tan insignificante en su composición química pueda traer consigo la caída de la ficción de la omnipotencia del ser humano. En un abrir y cerrar de ojos este rejunte de biomoléculas les hizo pito catalán a quienes ostentan el dominio y la explotación de la naturaleza. Las complejísimas construcciones culturales, los lazos sociales, los sistemas de salud de toda la población mundial se ven puestos en jaque por un organismo que ni siquiera es un ser vivo ¡Qué locura! De la cual nadie es ajeno, dicho sea de paso.

Al vernos de bruces con la irrupción de un acontecimiento inédito a escala global, prolifera desde las sombras un modo operandi que - de manera sintomática y quizás por la vía de la negación - intenta ubicarnos fuera la pandemia. Afortunadamente, esta impostura resulta poco sostenible.

Es por estos motivos que conjeturamos *no hay un afuera de la pandemia*, tal es así que ni siquiera existe una unanimidad para atribuirle un origen. De allí que nos encontramos con mitos que puedan darle un sentido a todo esto que al ser humano le retorna como insoportable. Ficciones que oscilan entre la desmentida y la paranoia. Conspiraciones de todo tipo, virus de laboratorio, guerras biológicas, nuevos órdenes mundiales, sopas de murciélagos, que el virus en realidad no existe, o su contracara: que el virus es tan potente que extinguirá la humanidad. Que los medios ocultan la cantidad de muertes y contagios o que, o por el contrario, que las exageran.

Es en este marco que nos ubicamos entre la infodemia, los apremios, los protocolos, las angustias, las desmentidas, los miedos, las ansiedades; como trabajadores de salud nos vemos en el compromiso de pensar, de crear, prácticas clínicas que alojen y cuiden las singularidades con las que trabaja -mos/ -remos.

La coyuntura nos propone la aventura de delinear otras prácticas posibles que acompañen en la incertidumbre y en ese rumiar que llamamos apresuradamente *nuevas normalidades*. Lo que irrumpe nos propone nuevas modalidades, de todos modos lo que no es nuevo es la dirección de nuestras prácticas. En este sentido, consideramos pertinente tomar las palabras de Iris Valles⁵ (2020) en un conversatorio titulado *De cerca no habrá nueva normalidad* en el cual plantea “[...]las formas de asistencia y trabajo cambiaron, pero estos cambios ¿Los pone la pandemia o es algo que nos afecta en el modo en que nosotros nos planteamos los procesos de trabajo?”

El anclaje de las prácticas y los modos de trabajo no deja de estar permeado por la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental y Adicciones cuya idea radica en concebir a la salud mental como “ un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (LNSMAyA, 2010)

Por lo tanto, desde el equipo del Hospital de Día S.E.D.H.A, y en palabras de la directora de este proyecto que nos invita a hacerlo propio, la licenciada Edith Benedetti, ubicamos que ante el abordaje con usuarios con consumo problemático, la apuesta ubica el abordaje integral de los componentes heterogéneos que enuncia e inscribe la letra de la ley. Por ello apuntamos a la desustancialización de la clínica y a una política que ubique a los usuarios como sujeto de derecho.

En razón de estas dos directrices como fundamentos de una práctica ética, nos preguntamos si no hay elementos anacrónicos en la práctica clínica y psicoanalítica que las nuevas temporalidades nos demanden re-pensar conceptos, herramientas y andamiajes teóricos-políticos más allá del nuevo escenario. Si tomamos como premisa que la pandemia afecta el modo en que nos planteamos los procesos de trabajo, re-armar

5 Vice presidenta del Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones

y re-lanzarlos no es sin cuestionar las mencionadas herramientas y posiciones, a veces cristalizadas, del hacer y trabajar.

La pandemia provocada por el Covid-19 vino a proponernos un límite, en la cotidianidad y en las relaciones sociales con el otro. Ahora bien, nos desafiamos en este límite real con el porvenir, con el desafío y la incomodidad que puede inaugurar en la clínica y en las instituciones.

No puede pensarse la re-configuración de las escenas clínicas con usuarios con consumo problemático de sustancias sin hacer mención a estas coordenadas contextuales. Si hay algo que estos nuevos modos dejan entre ver es que no se puede protocolizar todo, aun menos la clínica, aquella atañe la dimensión de la sorpresa y la pérdida.

“Se establecen protocolos para casi todo. Conversaciones clínicas, sin embargo, no siguen reglas ni pasos ordenados sobre cómo actuar. Cuentan con saberes no normativos y con astucias que intentan escuchar lo que se está diciendo de muchas maneras e incluso de ninguna” . (Percia, 2019)

En pandemia se hace lo que se puede, por momentos parece ser recitado como un mantra que alivia momentáneamente las tensiones y las obligaciones. Y eso quizás pueda rescatarse como algo positivo: el cuestionamiento a los imperativos del saber hacer o – consecuentemente de la apelación a un Otro al que suponemos que sabe parece haberse caído. Hacer lo que se puede, por cierto, no es poco, de hecho permite interrogar discursos que suponen pura pérdida o necesidad de sostener todo. Hay vida, hay un acontecer, alojar supone también alojar nuestros límites.

Afortunadamente hay referencias que nos resguardan, porque ubican estilos y formas de trabajo, ética, fundamentos. Tal como decíamos anteriormente, la pandemia requiere volver sobre ello y trae como cierto efecto de enunciación de saberes no sabidos. Inaugura algo de lo que Percia (2019) construye como el derecho al poco saber y en eso pensar los modos de trabajo, cuidado y acompañamiento.

“Poco saber no significa escaso saber, alude a lo ilimitado, inalcanzable, inconcebible del saber clínico. Estar en posición de poco saber previene omnipotencias, soberbias, individualismos profesionales. Estar en posición de poco

saber no equivale a saber poco. Saber poco revela negligencia, desinterés, indiferencia, celebración del sentido común. Mientras que la posición de poco saber -que requiere devaneos, estudio, discusiones compartidas- apuesta a la potencia del diálogo clínico, antes que al poder de un saber. (Percia, 2019)”

El ejercicio de re-pensar qué práctica hemos sostenido, que estamos haciendo, qué vamos a hacer, no es sin la dimensión clínica, teórica y política desde donde plantear una posible práctica terapéutica. Entre estos desafíos valorizamos posicionarnos en la singularidad de cada usuaria y cada momento social, político, económico y porque no, sanitario.

“En una situación en la que todo está previsto de antemano el psicoanalista no corre el riesgo de sentirse desbordado en sus propias referencias teóricas a partir de este momento la teoría sirve de defensa o de protección, espera de ella la aplicación práctica exactamente igual que como ocurre con la medicina” (Mannoni, 1980).

Clínica de la sorpresa y la incertidumbre, analistas, equipo e interdisciplina resignificando la (s) práctica(s). Sostener una práctica clínica y un Hospital de día desde la *no protocolización de las incumbencias disciplinares, apelando a la flexibilidad y diseñando -en la medida de lo posible- la intervención en función de la transferencia y bajo el amparo grupal de la interdisciplina.*

La proyección de un encuentro, un devenir, un futuro, que no es posible sin las intervenciones del presente y nos atrevemos a decir y pensar las intervenciones que han sido.

Estallidos e inauguraciones: cambios y movimientos. Virus y Hospital de día. Cotidianidad. ¿Qué es lo que estalla? Desde la presencia del virus y los cambios en la vida cotidiana a repensar las prácticas y las presencias en el Hospital de Día.

Librarnos de algunos imperativos de la normalidad y que sostuvimos hasta Febrero del 2020 quizás nos permita visitar la pertinencia de las intervenciones no ajenas a un orden de razones y fundamentos éticos en torno la abstinencia, la transferencia, presencia y, por qué no, la corporalidad y la asistencia.

¿Cuándo apelar a lo virtual? ¿En qué ocasiones algo de la presencialidad y el cuerpo pueden oficiar de andamio? ¿Puede que la escucha y la voz inauguren una presencia? ¿Cuerpo como soporte o cuerpo soportando?

Empezamos a construir un espacio posible con cada usuaria, con cada profesional. El escenario empezaba a ser otro y las preguntas acompañaban esa construcción: “ *¿Pero es esto un tratamiento? ¿Estás ahí? se corta, ya no te escucho*”.

La reconfiguración de la escena social no es sin consecuencias, implicó la puesta en movimiento no solo de los diversos modos de vincularse con los usuarios que concurren al Hospital de Día, sino que también pone de manifiesto los vestigios de otros paradigmas.

Si nuestras intervenciones hubiesen estado permeadas de intentos fallidos de querer velar nuestras vacilaciones ¿Acaso no hubieramos caído en clausuras de sentido, reduccionismos biologicistas, sometimientos a un aplastamiento institucional? Riesgo siempre inminente cuando se las concibe una intervención desde un saber-poder disciplinar acabado y sin grietas. Se manifiesta la posibilidad de quedar expuesto a que lo instituyente y las preguntas fundantes queden sepultadas en el mandato de un ideal.

Quizás estas preguntas resultan un abuso de un ejercicio contrafáctico, de todos modos, atisbar horizontes posibles en función de una ética de trabajo, al menos oficia de brújula para pensar las intervenciones en un contexto para el cual nadie estaba preparado.

La presencia como institución, como representación social imaginaria, fue interrogada y tensionada frente a estas nuevas distancias que cuidan (y nos cuidan). El Hospital de Día se repiensa a la luz de las prácticas que debemos y elegimos sostener, re-pensar y diseñar. Prácticas que caen ante el covid19, modalidades antiguas exportadas del modo de hacer y sostener conocidas.

Nos encontramos como grupalidad ensayando llamados, presencias y ausencias. Ensayamos cuidados y cercanías. Ensayamos settings y fases.

Nos propusimos trabajar las distancias y los aislamientos que cuidan, que no implicarán un borramiento del otro. Sino, muy por el contrario, en momentos de estallidos dar lugar a presencias en la incertidumbre: algunos dicen que quieren volver, otros que nunca se fueron.

¿El llamado y lo presencial, son necesariamente distintos? ¿La comunicación telefónica se desacopla necesariamente de la presencia? ¿El cierre de las puertas del edificio implicó necesariamente una clausura de la disponibilidad? O muy por el contrario, problematizar el Hospital de Día como edificio, y nos conmociono como equipo a pensar la práctica como presencia, amparo y cuidados, y porque no recortes.

Las medidas de ASPO y posteriormente DSPO trajeron consigo un recorte de la mirada, pero no así un recorte de la presencia. Al contrario, nos aventuramos a pensar que la presencia no guarda una relación estricta con lo corporal, sino que pueden concebirse presencias que alojen y cuiden a la distancia. No sin este recorte puede desprenderse algo en relación al concepto de abstinencia.

Ante la clausura de lo conocido, del lugar cómodo, del lecho materno de las prácticas en salud mental, nos vimos en la obligación ética de inaugurar nuevas modalidades de atención. Aún hoy las seguimos pensando y no sin angustias.

Cuando comenzamos a trabajar desde una modalidad virtual, resultó menester preguntarnos y repensar la disponibilidad. Como equipo profesional y porque no pensar también la disponibilidad de les usuarios.

Vacilamos, intentamos, llamamos y re llamamos. Nos ausentamos. Constituimos equipo y nos enlazamos, porque nosotros tampoco estábamos por fuera de la pandemia y porque, además, la transferencia con cada uno se iba delineando de manera distinta. Presencias y alojos, disponibilidades propias y ajenas. Crear referencias, cuidar lo imprevisto en el equipo y cuidar-nos como parte del equipo. Acompañar esa incertidumbre, respuestas colectivas y singulares.

Se fue constituyendo equipo, grupalidad, formando un andamio grupal que nos contenga y funcione como soporte de las -posibles- intervenciones. Grupalidad es más que un conjunto, más que disciplinas, mucho más que ocho trabajadores. Equipo de Hospital de Día como recinto, como intimidad en la distancia, como lugar para pensar, y situar propios límites individuales y grupales. Grupalidad que se inaugura en pensar la práctica en tiempos de covid 19, diseñando singularmente hacia dónde vamos pero a sabiendas de donde venimos y adónde no queremos ir.

Formas de habitar y pensar las instituciones en torno a los cuidados, la disponibilidad y la presencia.

Al no estar los cuerpos presentes, lejos de reducirse la presencia parece agigantarse. La disponibilidad del llamado telefónico parecía no tener límites, se desdibuja la lógica de atención y comenzamos a habitar ciertos extravíos. El “call center de Salud Mental”, nos devolvía en broma uno de los usuarios, aludiendo a cierto hastío de hablar por teléfono deja en evidencia que algo de la configuración de un saber-hacer se da a través de un diálogo entre la clínica y los conceptos y un compromiso del pensamiento con la crítica. Y no por fuera de los momentos sociales, políticos, económicos y sanitarios.

Luego de diálogos y encuentros la omnipresencia mermó, el call center se desvanece. El recorte de la mirada trajo consigo una mayor oferta de disponibilidad, “Al final en pandemia empezamos a laburar mejor” se escucha entre risas en una reunión por Google Meet.

Al otro lado del teléfono, les usuaries vaticinan culposos no estar haciendo un tratamiento ¿Serán los ideales de normalidad y las hablas de paradigmas abstencionistas quienes enuncian semejantes decires? ¿De qué lugar salen las nociones que acoplan salud a control social?

Cuando se les señala ciertos bienestares y se apela a las historias, logran situarse cortos en tiempos demasiados continuos, les usuaries parecen reconocer el valor de ciertas conquistas subjetivas y relatos de momentos de bienestar.

Luego de la tormenta inicial, el acontecer vital - embebido de lo lúdico - les usuaries ponen a jugar sus modos de estar en pandemia, comienzan a emerger algunas angustias y desconciertos. El tapón neuroquímico de las sustancias que sella el vacío comienza a agrietarse. Varios usuarios realizan - parafraseando a Lacan - una auténtica revolución copernicana. La preocupación por el consumo deja de ser centro de sus discursos, inaugurando así nuevas potencialidades y modos de estar. Inaugurando así, también, la clínica y los espacios analíticos.

Bibliografía

- Mannoni, O. (1980) "La teoría como ficción" 1° edición, Barcelona, Crítica
- Percia, M. (2019) "Vidas después: 14 derechos venideros para estar en común" Idepsalud.org Recuperado de: <http://idepsalud.org/vidas-despues-14-derechos-venideros-para-estar-en-comun-%C7%80-por-marcelo-percia/>
- Valles, I. (2020) "De cerca no habrá nueva "normalidad" Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=j074yl-Gkto>
- Klein, N. (2020) "Distopía de alta tecnología: la receta que se gesta en Nueva York para el post-coronavirus." Lavaca.org Recuperado de:
- Ulloa, F. (2012) "Novela clínica psicoanalítica" Buenos Aires, Zorzal

GRUPO DE MUJERES EN EL CENTRO HUELLA DE PARANÁ

Cristina Guadalupe Martínez, Daniela Verónica Pérez y María Laura Zingg

Introducción

Durante siglos, la mujer ha ocupado un lugar diferente respecto al hombre y aunque la división de los roles femenino y masculino varía entre las diferentes culturas y en distintos momentos históricos, existe un modelo hegemónico (tradicional) de división de género del trabajo. Un modelo que asigna a los hombres la responsabilidad en el trabajo productivo, relacionado con lo social y externo a la familia, y a las mujeres la crianza de los hijos y el cuidado del hogar (el ámbito privado), y que incluye una serie de atributos o características diferentes para hombres y mujeres: las mujeres son afectivas, maternas, intuitivas, sumisas, dependientes, personas que se preocupan de los demás. Los hombres son racionales, dominantes, fuertes e independientes. Esta división de roles implica que los hombres ocupen un lugar de poder y reconocimiento social, mientras que las mujeres quedan relegadas al ámbito de lo privado, a la invisibilidad y a la falta de proyección social. Rosaldo (1979) sostiene que el cambio real de la igualdad de género no se da cuando la mujer comienza a ocupar lugares importantes, de poder, sino cuando el hombre comienza a involucrarse con la casa, el hogar, los hijos, cuestiones cercanas a lo "históricamente femenino". Más aún, la mujer desde pequeña es criada para ayudar en la casa, ser femenina (usar color rosa, polleras abajo de la rodilla, cruzar las piernas al sentarse), no confrontar con el hombre (abuelo, padre, tío y futuro esposo), no ocupar lugares masculinos, y esta mujer es la que luego cría a sus hijos con estas representaciones transmitidas generacionalmente. Entonces, ¿qué podríamos decir hoy del género? ¿Qué podríamos decir hoy de la igualdad/desigualdad de

género? Podríamos mencionar que el género, aquello que consideramos como propio o característico de lo femenino o lo masculino, es una construcción cultural que se modifica con el paso del tiempo, que condiciona de manera importante los comportamientos, las actitudes y percepciones de las personas y que establece diferencias en el poder y la autoridad de hombres y mujeres. Nacer hombre o mujer implica vivir en contextos culturales con posiciones y recursos desiguales, así como con distintos valores, creencias y actitudes. La división de género imperante en cada sociedad asigna a hombres y mujeres roles o papeles sociales diferentes y determina un conjunto de pautas de comportamiento obligadas, permitidas o prohibidas, a las que deben ajustarse cada uno de estos grupos. Estas pautas de comportamiento son transmitidas y reproducidas a través de distintos espacios de socialización, fundamentalmente la familia, la escuela y los medios de comunicación social. “Si el mundo público ha de abrir sus puertas no sólo a la élite de las mujeres, tendrá que cambiarse la propia naturaleza del trabajo y deberá reducirse la asimetría entre trabajo y casas”. (Rosaldo, 1979: 26).

Freud (1923) teoriza la fase fálica y su preeminencia para la comprensión de la identidad sexual de niños y niñas. En su binomio fálico-castrado, lo tiene-no lo tiene, el falo es significado de lo positivo, “lo que se tiene” o “lo que falta”. Al enfrentar la diferencia entre los sexos, niñas y niños sólo reconocen un genital: el masculino. “La representación del sexo femenino como carente, como lo otro, es la que prevalece en la historia de la humanidad” (San Miguel, 2004). No obstante, Freud pasó sus años sin poder abordar como a él le hubiera gustado la complejidad de la mujer:

Caben pocas dudas de que para Freud la psicología de la mujer era más enigmática que la del hombre. Cierta vez dijo a Marie Bonaparte: La gran pregunta que nunca he obtenido respuesta y que hasta ahora no he podido contestar, a pesar de mis treinta años de investigación del alma femenina, es esta: ¿Qué es lo que desea la mujer? (Jones, 1985: 413).

El psicoanálisis nos enseña que la posición sexual implica una construcción simbólica que comienza con la Amenaza de Castración y la Prohibición del Incesto. Este hito marca en el sujeto la posición subjetiva

respecto a la sexualidad, marca una prohibición y el modo de ingreso a la cultura. Butler (2002) menciona que en el esquema edípico, la demanda simbólica que instituye el “sexo” aparece acompañada por la amenaza de castigo, la castración es la figura del castigo: el temor a la castración que motiva la asunción del sexo masculino, el temor a no ser castrada que motiva la asunción del sexo femenino. En este sentido, Butler (2002) también menciona que hay una tendencia a pensar que la sexualidad es algo, o bien construido, o bien determinado; a pensar que si es construida, es en algún sentido libre, y si está determinada, es en algún sentido fija. Estas oposiciones no describen la complejidad de las condiciones en las que se asume la sexualidad. Y así se podría sostener que el género conlleva tal complejidad como desigualdades en las culturas y los sujetos.

Ahora bien, vivimos travesados por estas desigualdades que hoy en mayor o menor medida persisten en las diferentes culturas. Y esto se agrava cuando implica la existencia de desigualdades respecto a la salud, y más aún, a la salud mental. Y aquí podemos mencionar, dentro del campo de la salud mental, las problemáticas de consumo, motivo por el cual las mujeres suelen consultar menos, o si lo hacen tienen grandes dificultades en sostener los tratamientos. ¿Motivos? Varios y muchos:

“(...) en esta problemática, la mujer es doblemente estigmatizada por un lado, por su condición de mujer inserta en un sistema patriarcal y, por otro lado, por la problemática de consumo que se encuentra atravesando. Entonces, sufren la vulneración de sus derechos y también sufren la estigmatización de ser consideradas “malas madres” debido al consumo de sustancias. Y esto, relacionado con los roles y funciones atribuidos sólo a las mujeres” (Martínez, 2019).

Pero entonces ¿Cómo hacer para que aquellas mujeres con problemáticas de consumo puedan llegar a la consulta? ¿Cómo hacer para eliminar las desventajas o desigualdades que el género establece a la hora acceder a programas y servicios preventivos y asistenciales? La estigmatización de las mujeres que presentan problemáticas de consumo refuerza su aislamiento social, a la vez que favorece el ocultamiento del problema y la ausencia y/o demora en la solicitud de ayuda para superarlo. Muchas veces demoran la consulta a un efector de salud hasta el

momento en que las consecuencias sobre su salud física y mental o en su vida familiar, social o laboral alcanzan una entidad tal que las hace insostenibles. ¿Cómo empoderarlas para que puedan consultar? ¿Cómo intervenir para que puedan ser alojadas? Como efectores de salud tenemos la responsabilidad de poder alojar, escuchar, comprender a la mujer que atraviesa problemáticas de consumo. Poder tener la amplitud para crear espacios nuevos, diferentes, artesanales que las contenga y las incorpore al sistema de salud, es el desafío.

La experiencia del centro huella: un escenario diferente para las mujeres

El Centro Huella es una institución de salud mental de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, que trabaja hace más de 20 años con problemáticas de consumo. Históricamente, se pueden advertir algunos ejes estigmatizantes por los cuales las mujeres han tenido dificultades para el acceso a una consulta y posterior tratamiento. Estadísticamente, los hombres que concurren a Centro Huella son más del 80%, quedando solo un 20% de mujeres que sostienen algunos espacios que generalmente son compartidos. Podríamos aquí pensar varias hipótesis:

1) “Estoy al cuidado de mis hijos, no podría venir sola”: Es posible que las tareas domésticas y la crianza diaria, dificulten el acercamiento a los efectores de salud. 2) “No me animo a consultar”: Es posible que largos años de estigmatizar a la mujer que consume haya dejado tal marca social que “no se animan a consultar”.

Asimismo, es posible que la mujer crea que “no merece” disponer de ese tiempo para sí misma ya que es una “gran delito” incurrir en el consumo. 3) “No tengo tiempo para hacer un tratamiento”: Es posible que no se considere como un aspecto de la salud al cual prestar atención, tiempo y trabajo subjetivo.

Teniendo en cuenta estas aristas, se comienzan a pensar otros modos de alojar a las mujeres. Así, partir del año 2019, la institución reviste un escenario diferente. Se crean dos espacios nuevos para poder acompañar a aquellas mujeres con problemáticas de consumo:

- 1) Admisión de Mujeres: espacio donde se escucha, se sostiene y se intenta pensar un posible tratamiento para aquellas mujeres que sostienen un consumo problemático, intentando sacar el foco de la sustancia y ponerlo allí en la construcción narrativa, en la historia de vida.
- 2) Grupo Terapéutico de Mujeres: espacio grupal terapéutico pensado para que aquellas mujeres admitidas a la institución tengan un espacio diferenciado, apuntando a un dispositivo que aloje y cree pertenencia.

Historias de vida... mujeres valientes

“Ana no puede dormir”

Ana tiene 62 años. Es derivada de un centro de salud al Centro Huella ya que se especializa en problemáticas de consumo. ¿Qué consume Ana? No puede dejar de apostar.

Llega a la primera entrevista muy angustiada, algunas arrugas asoman, su pelo con raíces propias de la edad y de cierto descuido. Menciona que hace muchos años que apuesta de manera compulsiva. “Yo sólo sé hacer deudas”. No sabe por qué no consultó antes, no sabe cómo sentirse mejor, no sabe cómo seguir, cree que su problema no tiene solución. No puede dormir.

Luego de algunas entrevistas con ella y su familia, Ana comienza un tratamiento en la institución, individual y grupal. Comienza a ser parte de la institución, pero sobre todo comienza a ser parte de su tratamiento, a preguntarse, a pensar en su malestar, a hablarlo.

Ana también recuerda. Recuerda e historiza su vida. Son muchos años para pensar, recordar e intentar hablar. Es la menor de trece hermanos. Menciona un padre alcohólico pero bueno, y una madre que pasaba los días enteros lavando y planchado la ropa de quince personas. Algo joven (pensaríamos hoy) se enamoró de un hombre y se casó. Él, contador (curioso que hoy las cuentas de Ana no cierren) y ella su secretaria. Luego de 20 años la abandona, se va con otra mujer, tiene otro hijo y fallece de cáncer. En esa última línea Ana había dejado su corazón en carne viva, todavía le cuesta, todavía lo llora. “Él fue y será el gran amor de mi vida”.

Como si fueran retazos desarmados, Ana va tejiendo su historia de vida. Hasta por momentos intenta no olvidar detalles que sean substanciales para aquello que quiere transmitir. Se la observa cómoda y, por momentos, emocionada, oscilando entre hondos silencios y sobresaltos inesperados. Se esfuerza por buscar recuerdos en los más secretos rincones, allí donde fueron guardados para dejarlos salir sólo en ocasiones especiales. Conmueve pensar que cada jueves a las 13hs, horario de nuestro encuentro, es una de esas ocasiones. Y Ana recuerda. Recuerda y relata. Relata su vida, su mundo transitado. Al dejar atrás los tiempos reservados al olvido, parece batallar silenciosamente con sus recuerdos. Y rememora. El clima se transforma cada entrevista en un refugio de confidencias. Su mirada es sabia pero sufrida. Navegamos las dos por sus memorias.

Las narrativas elaboran y van tejiendo una trama, las cuales hacen de la fábula una historia, historia “completa y entera” según Ricoeur. La historia narrada deshace un nudo, desenreda aquello enredado, clarifica aquello dudoso o borroso. Estas narrativas logran que los sujetos puedan ocupar un lugar que les fue negado, silenciado, enterrado, reconstruyendo así una historia que les resulte habitable. Y de este modo “bordear con palabras y ternura lo insoportable” (Marcelo Percia, en Jasiner, 2007: 179).

Menciona que R, su marido, solía apostar y que a raíz de ello tenían problemas económicos. “Cuando R. se fue, lo que no pude superar fue la vergüenza, no podía ver a nadie porque no podía contarles lo que había pasado”. Ana relaciona esta vergüenza con lo que sentía cuando su padre se alcoholizaba: “A los 12 años recuerdo que tomaba alcohol para que papá no tomara tanto”. Entonces bien, Ana había bebido alcohol en su infancia para que su padre no bebiera tanto, ¿cuidaba de su padre acompañando su síntoma? ¿Habría incurrido en las apuestas a raíz de hacer lo mismo por su marido? Ana logra así armar sus memorias, recordarlas, cuestionarlas, batallarlas. De esta manera, su relato se vuelve sanador, liberador, permitiendo historizar, contar, transmitir, reconstruir su historia de vida, tramitar, sanar, aliviar algo de eso que la oprime y angustia.

Pasaron varios meses hasta que Ana mencionó a R. y pudo seguir hablando.

Hoy Ana duerme.

Crónica de un encuentro grupal en cuarentena

“¿Cómo hacemos? ¿Nos juntamos?” “¿Están atendiendo en la institución?” Un barullo invade el orden en la dinámica grupal, dinámica que hasta hacía muy poquito tiempo permitía encontrarnos, compartir mates, escucharnos, abrazarnos. Trabajar sobre algún proyecto en común dónde cada una tenía algo para enseñar, para aprender. Una dinámica ubicada en tiempo y espacio. Los jueves a las cuatro de la tarde. Tantas preguntas aparecieron desde cada una de las mujeres como de la misma institución acerca de qué hacer, cómo seguir. Aparece una pausa frente a los interrogantes, una pausa obligada donde detenernos, esperar era la única opción. Mientras tanto las preguntas continuaban, nos ponían en movimiento en el intento de buscar, de pensar otros modos para continuar el trabajo. Entendimos que la rutina anterior se había roto y que era necesario buscar un nuevo orden para poder recuperar ese lugar que habíamos logrado. “Les proponemos hacer encuentros virtuales “...” ¿Y eso, cómo es?”. Poco a poco, el escenario fue cambiando y las videollamadas fueron configurando el espacio físico. Ubicamos otro horario pero continuamos los jueves. El barullo se fue diluyendo mientras sucedían los encuentros, miradas esperadas, algo que decir, silencios, mates individuales pero compartidos en pantalla. La palabra empieza a circular. La escucha se nos presenta más atenta. El contexto es otro. Se vislumbra el deseo de cada una de estas mujeres, deseo que provoca el encuentro que nos acerca, y así seguimos transitando...

El grupo va trazando una trama grupal mientras que propicia el protagonismo del sujeto, creando allí un espacio de alojamiento subjetivo. “El trabajo con grupos es un modo de potenciar lo singular anudado a lo grupal. Lo singular no como lo individual, sino como efecto de la articulación de lo universal con lo particular” (Jasiner, 2007: 31). Es muy importante el protagonismo del sujeto, creando así un espacio de “alojamiento subjetivo, de instalación de una demora, de un intervalo, a la vez que tiempos de conclusión que generen condiciones para la producción de lo propio”. (Jasiner, 2007: 28). De este modo, el grupo puede “ofrecer nuevas alternativas a los sentidos cristalizados, un inscribir de otro modo, con otras letras, produciendo nuevas narrativas” (Jasiner, 2007: 179).

Conclusión

Muchas veces la potencia de la palabra, el poder narrar lo que angustia, comienza con la grupalidad, comienza en poder escuchar a otros para luego habilitarse a hablar, a decir. El proceso grupal resulta muy interesante cuando de armar lazos y tramas se trata, no solo se comparte un mate, se comparte una historia, se comparte una lágrima, se comparte la risa. De repente, por ejemplo, la escena grupal de viste de alegría y risas. Esto es compartido por todos, nadie queda por fuera. El humor funciona como sanador y liberador. Muchas veces como manto que envuelve ciertos recuerdos de lo horroroso y lo traumático. Es como si fuera un velo que da un tinte agradable a ciertas memorias desbordantes. “El chiste bordea el malestar, lo insoportable. El propósito del chiste es producir placer” (Jasiner, 2007: 184-185). Allí, en el proceso grupal, funciona en este sentido, se comparte, une, hace lazo. Y cuán necesario ese lazo en estos tiempos turbulentos.

Marcelo Percia (2020) menciona que es necesario en tiempos de pandemia poder pensar en “lo venidero”, en función de aprender a vivir con lo que está pasando y abandonar de alguna manera las certezas. Entonces: ¿Cómo pensar “lo venidero” en términos de salud mental? Quizás la respuesta todavía las estamos escribiendo. Quizás tengamos que aprender a vivir fuera de las certezas, aprender a hacer algo en este contexto, “aprender un modo de nombrar lo venidero” (Percia, 2020). Y así nos animamos a pensar nuevos modos de seguir alojando a las mujeres, de pensar las problemáticas de consumo en esta época atípica, pero sobre todo siempre desde el deseo.

Bibliografía

- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan. El feminismo y la subversión de la identidad*. Argentina:Paidós.
- Butler, J. (2007). *El género en disputa. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. España:Paidós.
- Jasiner, G. (2007). *Coordinando grupos. Una lógica de los pequeños grupos*. Lugar Editorial.
- Jones, E. (1985). *Freud*. Volumen 2. Barcelona:Salvat Editores. • Martínez, C. (2019). Proyecto Institucional Grupo Terapéutico de Mujeres del Centro Huella. Paraná, Entre Ríos.
- Ortner, S. (1979). "¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?" en *Antropología y feminismo*. Barcelona:Editorial Anagrama. Biblioteca Virtual de Ciencias Sociales.www.cholonautas.edu.pe.
- Percia, M. (2020) "Un común vivir en tiempos del virus" en Ciclo de conferencias online "Pensar en tiempos turbulentos".
- Ricoeur, P. (2000). *Narratividad, filosofía y hermenéutica*. Análisis 25.
- Rosaldo, M. Z. (1979). "Mujer, cultura y sociedad: una visión teórica". Biblioteca Virtual de Ciencias Sociales.www.cholonautas.edu.pe.
- San Miguel, M. T. (2004). *El psicoanálisis: una teoría sin género. Masculinidad/feminidad en la obra de Sigmund Freud. La revisión de Jean Laplanche*. Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas. Número 16.

INTERVENCIÓN CLÍNICA EN TIEMPOS DE INCERTIDUMBRE

Juan Pedro Bonifazzi, Betina Bovino, Lucila Capello y Gabriela Mana

Introducción

En Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental N°26657 promulgada a fines del año 2010 ofrece un marco legal que impulsa la implementación de prácticas de salud mental con base en la comunidad, en su art. 3, reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

En ese marco se promueve la integración de acciones dentro de los criterios de Atención Primaria de Salud Integral y se acentúa la importancia de implementar prácticas de prevención y promoción de salud mental comunitaria. Reconociendo múltiples entrecruzamientos en el campo de problemáticas en contextos de alta complejidad, su abordaje incluye necesariamente un enfoque integral, basado en la intersectorialidad y el trabajo interdisciplinario.

¿La subjetividad sublevada?

Según Galende (1990) todo sujeto es normal en relación a una norma, pero no existen las normas absolutas, lo absoluto puede pensarse como

la necesidad histórica de existencia de normas en tanto constitutivas de la subjetividad. Con mucha claridad problematiza el termino normalizar diciendo que esto implica imponer una exigencia, a una existencia. Así somos invitados a pensar cómo se interpreta la enfermedad y el sufrimiento en esta época actual cargada de nuevas significaciones imaginarias y nuevas exigencias culturales que hacen difícil la vida cotidiana de sujetos y grupos sociales enteros.

Las formas de producción de la subjetividad serán particulares de cada momento histórico, porque la subjetividad es producida por la cultura, a la vez que el individuo resulta productor de ésta, dando vida a la forma social.

Entendemos por producciones de subjetividad, aquellos modos de dar significado al mundo, las distintas maneras de percibir, pensar, actuar y sentir, esto es las diferentes formas de existencia y de vida. Como construcción histórica y social la subjetividad es una formación que corresponde simultáneamente al sujeto singular y también al conjunto.

La subjetividad es producto de la cultura como la cultura es producto de la subjetividad, la forma de apropiación que los individuos realizan de las significaciones, de los sentidos, de los valores éticos y morales que produce una cultura recrean y determinan sus prácticas concretas, su forma de estar y ser en comunidad.

No homologar la noción de subjetividad con la de sujeto implica considerar los dispositivos clínicos, como espacios compuestos de elementos heterogéneos, simultáneos y de múltiples dimensiones (materiales, psíquicas, institucionales, sociales, históricas, ecológicas, éticas, estéticas, económicas y políticas) nuestra perspectiva ya no se centra en lo subjetivo, como atinente al sujeto, sino que atendemos a una producción colectiva, a una composición en agenciamientos. Por agenciamiento, Guattari y Rolnik se refieren a una "noción más amplia que la de estructura, sistema, forma, etc. Un agenciamiento incluye componentes heterogéneos, tanto de orden biológico como social, maquínico, gnoseológico, imaginario" (2006) (agenciamiento del francés *agencement* y que se traduce en la capacidad del sujeto para generar espacios no hegemónicos). El término implica tanto diversas entidades como territorios y procesos. Es una o varias series de cosas o entidades diversas conectadas, ligadas conjuntivamente.

Todo agenciamiento es colectivo y pone en juego poblaciones, multiplicidades, afectos, intensidades, territorios. Siempre hablamos, accionamos y pensamos desde un agenciamiento, es la línea imperceptible que atraviesa las ideas, los cuerpos, los elementos en juego, es el entremedio, que sostiene todas las relaciones.

Pensar estos agenciamientos es, sin duda, pensar en una geografía, una geografía de las multiplicidades como condición para el propio movimiento, la propia historia (o el devenir), ya que el agenciamiento es, ante todo, territorial. No hay historia ni devenir posible sin esos encuentros, sin esos agenciamientos.

El pensamiento complejo, las multiplicidades y lo territorial intervienen en nuestra perspectiva clínica. Al referirnos a la producción de subjetividad, hacemos referencia a la composición de procesos de producción de instancias de agenciamiento (individuales, colectivas e institucionales) que hacen que la clínica de la subjetividad sea plural y polifónica.

Por eso, en tanto proyecto clínico político, en Atención Primaria de la Salud, se incorporan acciones generales de salud, reconociendo la importancia del vínculo afectivo en la atención e impulsando prácticas en salud basadas en lo relacional, en donde el acto de cuidar es tanto medio como fin en sí mismo.

En la actualidad, siguiendo a Galende (1997) resulta imprescindible la participación activa de la comunidad en prácticas y políticas de salud que afectan a los primeros niveles de atención y, específicamente, en lo referente a promoción en salud mental.

Consecuentemente, las prácticas/acciones de promoción de salud mental comunitaria son aquellas que propician la transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios y la participación hacia la constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades, generando condiciones propicias para la toma de decisiones autónoma y conjunta sobre el propio proceso de salud-enfermedad-cuidados (Bang, 2010). Este proceso debe estimular la reflexión crítica y la capacidad de intervención y de co-gestión de los problemas sociales por parte de los individuos y colectivos, y allí es donde lo clínico político adquiere su potencialidad.

Cada territorio es singular, por lo que se requiere de dispositivos flexibles y permeables para generar intervenciones viables. Este implica, tiempos prolongados de intervención, aparece como posibilidad a partir de la permanencia del trabajo en un mismo territorio, de la generación de vínculos de confianza con las personas que habitan dicho territorio, del conocimiento progresivo de sus características y problemáticas.

Esta forma de abordaje (territorial/ comunitario) al encontrarse en diálogo permanente con la trama conceptual, permite develar y abordar conjuntamente diferentes problemáticas como los procesos de estigmatización asociados a los padecimientos subjetivos, el consumo problemático de sustancias, las problemáticas de vivienda o recursos comunitarios, las situaciones conflictivas en la adolescencia, las dificultades de acceso a las instituciones del barrio, el aislamiento social general, los diversos procesos de segregación y la exclusión, entre tantas otras. Entendiendo que estas situaciones conllevan un alto padecimiento subjetivo, se propone asumir que deben ser abordadas colectiva y comunitariamente.

A partir de una perspectiva crítica y de la epistemología de complejidad, se propone el concepto de promoción de salud mental comunitaria como aporte conceptual clave e idea fuerza para el trabajo comunitario en salud/salud mental.

Si bien las estrategias pueden ser múltiples, el trabajo comunitario posee una especificidad y fundamentos clínico-epistemológicos en el campo de prácticas en promoción de salud mental. Nos referimos a prácticas integrales de promoción de salud/salud mental, cuyo objeto es la comunidad en su conjunto. La insistencia en la característica de integralidad de dichas prácticas intenta generar un corrimiento del binomio prácticas proactivas/prácticas reactivas que ha sostenido la división clásica entre atención, prevención y promoción de la salud.

No obstante una de las problemáticas más frecuente en nuestros territorios es la fragilización de las redes de contención y la labilización de los lazos sociales. Nuestra sociedad se caracteriza por haber transitado un largo y complejo proceso de desarticulación de sus formas de organización colectiva: "Los vínculos barriales y de vecindad, los familiares extensos, así como los gremiales y de participación política se labilizan.

Simultáneamente existe una tendencia al abroquelamiento, dado que los espacios públicos se restringen y amplias áreas de la ciudad son vividas como peligrosas” (Stolkiner, 1994: 36).

La inclusión de una mirada que identifique este tipo de problemáticas dentro del campo de acciones de prevención y promoción de salud mental comunitaria requiere el reconocimiento de los padecimientos subjetivos en su complejidad, en tantos procesos dinámicos de salud-enfermedad-cuidados. Esto implica una apertura que incluya lo colectivo, lo diverso y lo histórico en la lectura de los padecimientos de una época, que permita aceptar nuevas demandas, trabajar desde las contradicciones y construir con otros en la heterogeneidad. Estos padecimientos, portados por cuerpos singulares, presentan su correlato en la trama social, en tanto emergentes de problemáticas vividas de forma colectiva, que exceden la posibilidad del abordaje puramente individual. Desde esta mirada, es posible impulsar prácticas en salud y salud mental basadas en lo relacional, en las cuales el acto de cuidar es tanto medio como fin en sí mismo (Merhy, 2006). Reconociendo múltiples determinantes y entrecruzamientos en el campo de problemáticas de salud/salud mental, su abordaje incluye, necesariamente, un enfoque comunitario, complejo e integral, siendo la protección de derechos una estrategia fundamental.

La intervención clínica en Atención Primaria de la Salud, incluye prácticas de promoción de salud mental, al tiempo que crea condiciones para el desarrollo de un pensamiento creativo colectivo, crítico y dirigido a la acción. Esto es de fundamental importancia, teniendo en cuenta que una comunidad con un pensamiento creativo compartido colectivamente se encuentra en mejores condiciones de ser actores de transformación de sus propias realidades, lo que se considera como indicador de salud mental comunitaria.

A modo de reflexión

La pandemia irrumpe en los modos de intercambio, de circulación, rompe la cotidianidad, genera incertidumbre y preocupación acompañada por miedos y angustias. Los modos en los que se instala el

distanciamiento a partir del Covid 19 convocan a estar atentos a que los mismos no reproduzcan los asilamientos territoriales previos signados por múltiples formas de violencias, vulneración de derechos y aumento de la precariedad.

El Covid-19 infecta y expulsa de la vida sin hacer distinciones de condiciones y posiciones sociales, pareciera de primera mano alzarse con la mejor versión socialista. No obstante, son precisamente esas dimensiones las que nos posibilitan hacer una lectura en detalle de las desigualdades reinantes, vale aclarar históricas. Se recrudecen las grietas del cómo y dónde nos infectamos, del cómo, dónde y con qué posibilidades nos curamos, con qué calidad morimos, cómo y dónde somos sepultados y quiénes nos despiden si corremos con la suerte de ser identificados, en última instancia reclamados.

Las clases sociales más desprotegidas, postergadas y castigadas por el sistema vienen padeciendo desde que existen como tradición un aislamiento social que se vive como un “estado de excepción” natural que los excluye o les dificulta el acceso a los derechos humanos más básicos. Desposeídos de las formas de subjetividad política que permite la constitución de una identidad plena, no hacen otra cosa que formar parte y ensanchar, al decir de Laclau (2008) el mundo de los “contables” en el que confluyen diferenciadamente presxs, inmigrantes, negrxs, trabajadorxs informales, excluidos, locxs, enfermxxs, eso sí, están todos del lado de la frontera antagonica igualados por la pobreza.

La alteridad en lo subalterno, en lo diferente, es también potable para el mercado y sigue siendo “materia prima” para el colonialismo occidental donde la otredad se naturaliza, se homogeniza en función de un modelo modernizador para dar continuidad al control no solo de territorios, sino también de saberes, de cuerpos, producciones e imaginarios, en nuestras subjetividades.

¿Será entonces esta pandemia una y otra vez la metáfora que nos propicie la conciencia de la existencia del otrx?

El Covid-19 nos interpela a “pensar (desde) las periferias” en una tarea de continua construcción y enriquecimiento que -por compleja o tensa- no debe obturar nuestros esfuerzos. Lxs trabajadorxs del campo de la salud, interviniendo en estos momentos más que nunca en territorio,

sabemos de primera mano que la cuarentena no aísla ni un centímetro la severa desigualdad social que atraviesan los sectores más vulnerables.

Por lo tanto “pensar el mundo desde acá” no es un mero slogan utópico, es un imperativo ético-político para recuperar las fuerzas de resistencia al poder real (grandes corporaciones concentradoras de extraordinarias riquezas-dividendos) como un campo de exploración de lo posible, tomando en cuenta muchas irrupciones igualitarias que nos preceden en nuestra sociedad argentina (no todas surgidas del horror) y que le permitió por ejemplo a este país el desarrollo de un sistema sanitario en clave de justicia social-

Esta situación nos desafía, como trabajadores de la salud, a permanecer atentos a las diversas condiciones de subjetividad que emergen en el territorio para poder dar respuesta a esos padecimientos, entendiendo que “la subjetividad constituye la materia prima de toda y cualquier producción”. (Guattari, 2006: 41)

Pero, además, requiere una estrategia de trabajo en equipo que se constituya como espacio de resistencia, privilegiando lo vincular, lo inclusivo, el encuentro, de búsqueda, de creación, de hallazgos de nuevos tipos de solidaridad, de nuevas formas de ser en los grupos, nuevos territorios existenciales, nuevas micropolíticas, esas resistencias que pongan el eje en la concreción de un derecho: el derecho a la salud.

Bibliografía

- BANG, C (2010) *La estrategia de promoción de salud mental comunitaria: Una aproximación conceptual desde el paradigma de la complejidad*. Facultad de Psicología UBA (Ed.), Memorias II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología (Tomo 3) (pp. 242-245). Buenos Aires: Facultad de Psicología UBA.
- GALENDE, E (1990) *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Paidós
- GALENDE, E (1997) *Situación actual de la Salud Mental en Argentina*. Revista salud, problema y debate. Buenos Aires

- GUATTARI, F, ROLNIK, S, (2006) *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Madrid: Traficantes de Sueños
- Ley Nacional de Salud Mental Nº26657, 2010. Dirección Nacional de Salud Mental y adicciones. Publicación del Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Buenos aires.
- MERHY, E (2006) *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- STOLKINER, A (1994) *Tiempos posmodernos: Procesos de ajuste y Salud Mental*. En O. Saidon & P. Troianovsky (Comps.), *Políticas en salud mental* (pp 25-53). Buenos Aires: Lugar Editorial

LA PUNTA DEL OVILLO

Yanina Safirsztein y Gabriel Hagman

Cada modelo de gestión tiene sus particularidades. Responden a un posicionamiento concreto de los actores a cargo, un recorrido, una época y una comprensión histórica del momento que toca atravesar. Para la actual gestión esto no resulta excepcional, y en línea con una política ministerial, se propone intentar poner en el centro de la escena la clínica singular desde un enfoque de salud integral en el marco de la teoría social de la salud, estrictamente bajo el marco de la Ley Nacional de Salud Mental⁶ (en adelante LNSM). Desde ahí mucho se puede decir, reflexionar o releer sobre lo ya conceptualizado por una vastedad de autores. Sin embargo, para la gestión efectiva, es decir, para que lo que realmente ocurra transcurra por esos canales, el desafío se encuentra en la traducción de dicho marco teórico hacia prácticas concretas. Hacia una forma de hacer en salud y salud mental.

Observaciones preliminares

¿Cómo se puede poner a funcionar concretamente un dispositivo clínico en línea con la ley? ¿Cómo poner a la clínica en el centro de la gestión?

⁶ Ley N° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010

Consideramos que estas preguntas tienen lugar en la medida que la real aplicación de la LNSM no está dada de antemano y se trata de una construcción permanente y dinámica. Uno podría decir que “abrir dispositivos intermedios”, “no abrir nuevos manicomios”, “destinar x presupuesto”, etc. son sentencias que pueden aplicarse taxativamente. Sin embargo, una práctica que se ciña a ese texto debe ser profundamente analizada. Una práctica interdisciplinaria, un modelo con base en la comunidad, trabajar desde la reducción de riesgos y daños en materia de consumos problemáticos, prácticas desde una concepción de salud integral, un modelo que parte de la presunción de capacidad de todas las personas, prácticas para un modelo no manicomial, por citar algunas de las cuestiones que se desprenden del marco normativo, no son pasibles de aplicarse sin un continuo análisis y una profunda transformación de lo que hacemos.

A quienes escribimos estas líneas nos toca por estos días atravesar un rol que, entendemos, se centra en la búsqueda de alternativas y mecanismos para favorecer dicha transformación desde el hospital. Intentar pensar conjuntamente para que se puedan encontrar e instalar conceptualizaciones y prácticas que progresivamente vayan alineándose en el camino que al inicio hacíamos referencia. Esto implicará la invención de nuevos espacios de trabajo, intercambio y producción de pensamiento que apenas comenzamos a vislumbrar y, sin duda, una multiplicidad que al momento ni hemos podido imaginar.

Salud, no enfermedad

En principio, podemos ubicar la definición que la LNSM hace de salud mental al reconocer a la salud mental “como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”⁷. Esto implica pensar desde la salud, no desde la enfermedad. Basar las prácticas en la construcción de salud y

⁷ Art 3 de la Ley 26.657

no en definir cuáles son enfermedades para revertirlas a su opuesto que sería la ausencia de enfermedad. A partir de la presentación con la que llega una persona postulamos que nuestra función es trabajar para que el padecimiento asociado con ello sea menor, más allá de la persistencia o no de aquella situación por la que se presentó inicialmente. En el ejemplo concreto y más característico del hospital, cuando alguien se presenta por un problema relacionado con el uso de drogas, nuestro posicionamiento no debería orientarse hacia el objetivo de que deje de utilizar esas drogas, sino en poder ubicar aquello sobre lo cual trabajar para que el padecimiento sea menor, sabiendo que quizás eso repercutirá sobre su vínculo con las sustancias, pero sin pensar que ante esa presentación ese debe ser el núcleo sobre el cual trabajar. Así, en este ejemplo, resulta necesario comenzar a desprenderse de la noción de uso de drogas como problema singular, de nuestro trabajo como el de “especialistas” en la materia, para que la modalidad abstencionista vaya perdiendo sentido en nuestras prácticas. Desde el posicionamiento referido, es posible leer cuántas (innumerables) conceptualizaciones y prácticas reproducimos desde el abstencionismo y desde modelos centrados en la enfermedad. Son muchas las ocasiones en las que se deja de estar advertido sobre los paradigmas que reproducimos y lo que sucede entonces es que llevamos adelante, sin saber que lo estamos haciendo, prácticas cuyo factor común subyacente es el control social. Acomodar lo que está mal, según lo que creemos que está bien. Nosotros, que estamos bien.

Es decir, sólo desde una idea que da cuenta de la posición en la que nos paramos, uno busca la punta de un ovillo para comenzar a desenrollar y rápidamente se topa con una madeja enredada que vista de cerca representa el manicomio: prácticas que llevan al encierro como cura posible, al disciplinamiento de los cuerpos, al control social. Todos los que trabajamos en salud mental, más allá de nuestros recorridos e ideas, nos topamos en mayor o menor medida con un sistema sanitario que ha ubicado a quienes padecen por problemas mayoritariamente de salud mental en la línea manicomial. Un sistema que ha optado por la segregación como respuesta. Lo ha comenzado a hacer desde hace siglos, pero se ha reforzado hasta el día de hoy de la mano de factores económicos, discursos académicos, decisiones políticas, etc.

De la Fragmentación al encuentro

En línea con una política ministerial que plantea el trabajo interinstitucional en redes, consideramos necesario el trabajo de construcción de un entramado que también haga red entre los distintos dispositivos del hospital. La tendencia natural es a la fragmentación institucional en diversos compartimentos estancos generando a su vez lecturas clínicas fragmentadas. Cada uno de esos dispositivos, desde dicha fragmentación, se comportará como una estructura aislada e independiente del resto, aplicando una lectura particular de la situación que comienza y termina en los preconceptos y lógicas internas de dicho dispositivo, hasta que exceda los límites y se evalúe el pase a otro dispositivo; que posiblemente si también funciona aislado, encuentre las mismas dificultades que el anterior. Esta descripción podría leerse como pequeñas reproducciones de un modelo manicomial. Si se pudieran construir dispositivos dinámicos en los que cada uno trabaja con el paciente una parte, sosteniendo la idea de que los pacientes no son ni pertenecen a tal o cual dispositivo, sino que son “pacientes del hospital”, se ampliaría claramente la capacidad de respuesta, y la lectura de “agotar un dispositivo” se haría más lejana. Así como también se haría más lejana la sensación de agotamiento de quienes trabajan con dichos pacientes, porque ven limitadas sus posibilidades de intervención. La construcción de esta modalidad implica continuos encuentros entre profesionales de distintos dispositivos, espacios clínicos compartidos y encuentros entre equipos en torno a una presentación clínica con el objetivo de ubicarse como parte de un encuadre más grande que es el Hospital. Y a la vez se da lugar en dichos encuentros a compartir aquello que se trabaja en cada dispositivo, conociendo los alcances y limitaciones de cada uno para ir complementándose y encontrando entre todos la modalidad terapéutica más conveniente para un paciente determinado y la mejor respuesta asistencial para el hospital. Ubicar puntos en común para una práctica que no lleve el sello de un dispositivo sino el del hospital: “así trabajamos aquí”.

Riesgo de qué, para quién?

Además de lo que implica el encuentro, resulta fundamental utilizar cada espacio compartido para analizar y profundizar sobre conceptos y prácticas que requieren ser revisitados una y otra vez. En línea con aquello que no resulta aplicable por el mero hecho de nombrarse en el texto de la Ley, se vuelve indispensable para nuestra práctica ahondar en el concepto de riesgo. ¿Qué define que una situación sea de riesgo?, ¿es sólo un criterio psicopatológico?, ¿sigue apareciendo la idea de peligrosidad aunque a veces disfrazada?, ¿qué parámetros utilizamos para definir que hay una situación de riesgo cierto e inminente? Teniendo en cuenta las decisiones que se toman en función de categorías de complejo análisis, resulta necesario profundizar allí, y ocupar espacios de intercambio para desarrollar pensamiento y generar lecturas comunes al hospital que hagan una práctica de mayor coherencia y en consecuencia de mayor cuidado.

Pacientes graves

Otra idea interesante para repensar y quizás intentar deconstruir es la de pacientes graves. Esa noción ¿está sólo determinada por variables psicopatológicas? ¿La gravedad no depende también del tipo de respuesta que brindan y/o no brindan las instituciones? Si se construye un trabajo en red hacia afuera y hacia adentro del hospital, ¿no podría modificarse esa lectura diagnóstica en función de una nueva lectura clínica y terapéutica? Sin duda la lectura clínica del “es” se transforma cuando se incorpora la variable de lo que la institución determina en esa presentación, y por lo tanto generar una respuesta institucional más compleja y completa, amplía posibilidades de trabajo. Desde allí la idea de gravedad va perdiendo valor y permite que emerja otra noción en la clínica que es la de objetivos de trabajo.

El manicomio es el clonazepam

Aunque mucho se ha escrito criticando la medicalización de los tratamientos y la necesidad del uso racional de psicofármacos, dichos debates parecen estar escindidos de la realidad y las prácticas en las instituciones de salud mental. Parece estar naturalizado en la cotidianidad de un hospital de salud mental, tanto el hecho de que todos los pacientes reciben medicación en su tratamiento, como la presencia en muchos de ellos de planes farmacológicos con múltiples psicofármacos. Sobre esto hay varios debates posibles, por ejemplo el efecto concreto de esa polifarmacia, las indicaciones reales de algunos fármacos y el uso que se les da en un tratamiento, así como también el tiempo por el que se sigue indicando una medicación. Concretamente a la discusión de la “pata farmacológica del tratamiento”. Pero otra discusión que es necesario dar, tiene que ver con el efecto simbólico de todo ello. ¿Qué implica para un paciente, para su tratamiento, la indicación de medicación? ¿Qué y cuánto sujeta? ¿Cómo desandar esta cuestión cuando tanto se ha puesto en ello como respuesta?. De alguna forma a partir de la naturalización de que los tratamientos son con medicación podría pensarse en algún punto que por lo menos la medicación “es algo”. Y de allí a que “aunque sea recibe medicación”. Pero no sólo que una medicación sin un marco terapéutico interdisciplinario no “es algo” si no que a su vez dificulta el establecimiento de un verdadero tratamiento; un tratamiento en el que se pueda trabajar sobre aquello que genera el malestar, al que se supone que la medicación viene a dar respuesta. Malestar sobre el que también es probable que la medicación, en verdad, no tenga ningún efecto. Por el contrario, los efectos que sí tendrán lugar son los que se generan en el cuerpo, porque más allá de la indicación concreta, están los efectos secundarios, y también los simbólicos, porque “no se puede dejar la medicación”. Pero además resulta fundamental pensar, en términos institucionales, qué efectos se generan cuando es el hospital el que *da* esa medicación. No hacemos referencia con esto a cuando en el hospital se administra una medicación por guardia, en una internación o el inicio de un tratamiento. La pregunta que nos hacemos tiene que ver con las implicancias de suministrar a todos los pacientes la medicación durante

años. ¿Qué lugar pasa a ocupar el hospital allí? Sin dudas que en ese contexto resulta difícil pensar el fin de un tratamiento a la vez que se restringe el acceso a nuevos pacientes y se centralizan todas las respuestas en el hospital. Pero, sobre todo, al instalarse el “viene a buscar la medicación” o que “por lo menos tome la medicación”, el hospital se asemeja a un dispensario perdiendo su rol terapéutico, obturando la posibilidad de trabajar con y sobre el malestar que puede quedar fallidamente silenciado mediante la conducta (institucionalizada) de sostenimiento de planes farmacológicos. En ese no tratamiento pero al menos sí medicación también hay manicomio. La sofisticación del manicomio.

Pandemia y más allá

La pandemia dejó en evidencia lo limitadas que resultan muchas veces nuestras prácticas. Desde hace mucho tiempo trabajamos con estructuras que tienden a rigidizarse y en las que intentamos hacer entrar a los pacientes, y cuando eso no ocurre, consideramos que son ellos lo que “no tienen adherencia”, “no respetan el encuadre”, “no son para esta institución”. No es fácil que las preguntas recaigan sobre nosotros, sobre los equipos y sobre nuestro trabajo. Quizás porque las respuestas no existen, no están dadas, y hay que construirlas. La pandemia puso en juego, forzosamente, la imposibilidad de sostener prácticas habituales y naturalizadas al interior del hospital. Más allá de la difícil situación sanitaria, entendemos este momento como una oportunidad para volver a mezclar y repartir de nuevo. La pandemia nos obliga a ser creativos allí donde siempre debimos serlo. Desnaturalizar significa mirar y pensar sobre lo establecido con extrañeza. Extrañarse de lo que se hace y volver a pensar. Invitar a este ejercicio es una invitación a incomodarse. Incomodarse con uno mismo y con las propias prácticas. Creemos que la invitación a pensar y cuestionar lo establecido genera entusiasmo y que sin duda puede resultar fuertemente emancipadora.

Bibliografía

Argentina. *Ley Nacional 26.657*. Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.

PANDEMIA DEL COVID-19: ATRAVESAR LOS MUROS DE LA DESIGUALDAD.

Angeles Anabel Caliva

Introducción

En tiempos de desencanto, desesperanza y arrasamiento subjetivo, la llegada y presencia del Coronavirus (Covid-19) irrumpió los panoramas de todos los países y, con ello, la cotidianeidad y estabilidad de los sujetos. Transitar la complejidad de esta Pandemia que evoca la obligatoriedad y el cumplimiento del confinamiento llamada “cuarentena”, produce transformaciones y cambios de ánimos en las personas y sus vivencias.

El dolor de la pérdida de estabilidad ocasiona arrasamiento subjetivo, como así también, la incertidumbre por lo que sucederá produce alteraciones y movilizaciones hasta ahora desconocidas. El entramado social entra en tensión y se visibiliza la crisis sanitaria existente.

La Pandemia atraviesa todos los ámbitos. Cada día que pasa, avanza sin fronteras. Profundiza y expone las desigualdades existentes en las sociedades.

Es por ello que, en el presente artículo, escrito para la 7ma. Jornada de Salud Mental y Consumos Problemáticos: intervención clínica en tiempos de incertidumbre, del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, se procederá a un acercamiento acerca del arrasamiento del Coronavirus en los territorios de los sectores populares, con énfasis en la dimensión subjetiva y desamparo social que atraviesan los sujetos.

Desde una mirada del Trabajo Social se acentuará el contexto actual ante el arrasamiento de la Pandemia Covid-19; como la misma ha

producido y produce transformaciones en la dimensión subjetiva de lxs niñxs y sus familias. Por ello, ante un escenario complejo y dinámico, es necesario situar el ejercicio de la profesión y re plantear estrategias y acciones al momento de intervenir en contexto de emergencia.

Desarrollo del tema

Los sectores populares, conocidos como barrios vulnerables, trazados por su historicidad son quienes padecen y atraviesan con mayor peso este contexto actual. Un contexto de Pandemia global que visibilizó y pone en relieve las desigualdades sociales existentes en cada barrio, como así también diversas problemáticas estructurales, entre ellos: la pobreza, la precariedad, el desempleo, la escasez de recursos. Es decir, la presencia y, con ello, el arrasamiento sin trecho del Covid-19 hace brotar una serie de “cuestiones sociales” que desafían al ejercicio del Trabajado Social a ponerse enfrente para el “tratamiento y actuación” desde lo social, ético y político (Hermenegildo C, 2020, p.1). . El aislamiento social y la situación mundial nos confronta con lo incierto y la incertidumbre.

En otras palabras, y haciendo mención a Alfredo Carballada, para la intervención en lo social no hay un Covid-19 sino muchísimas expresiones sociales de éste que dialogan con otros problemas sociales de las personas que se contagian o que están desarrollando cuidados, dentro de lo posible, para no contagiarse.

Son las manifestaciones del Covid-19 que se visibilizan en el territorio y reconfigura la estructura social del mismo, desde múltiples aristas. Existe un diálogo constante entre territorio - contexto, lugar donde se desencadena los hechos y donde más palpable se interioriza el arrasamiento y padecimiento subjetivo de los sujetos.

Ante la propagación de un virus que avanza sin pudor y sin barreras, dejando consecuencias en diversas dimensiones: económica, sanitaria y habitacional, pone en cuestión las relaciones existentes que se establecen entre la esfera de lo singular y lo universal. No solamente son los efectos visibles, también todo aquello que pasa en la dimensión interna de cada sujeto: sus sentires y emociones, pensamientos y formas de

actuar ante la situación. Por lo tanto, el aislamiento social preventivo y obligatorio producto de la pandemia COVID-19, reactiva sentimientos de desamparo, desesperanza y abandonos habituales en lxs niñxs y adolescentes dando lugar a un aumento de conductas de riesgo contra su propia integridad.

Cada barrio posee su singularidad dentro de su particularidad, siendo ninguno ajeno a las consecuencias que presenta los efectos de la Pandemia. De esta manera, cada territorio presenta diferentes problemáticas que altera la dinámica del mismo.

De él surgen nuevas formas de organizarse, de manifestar, de unión, lucha y resistencia ante el caos y lo incierto. Dejando en claro que este virus no llega por sí solo, lo que implica tener en cuenta el contexto el cual se inscribe y se manifiesta, sin perder de vista que su llegada en la sociedad se instala de tal manera que se debe encontrar los diferentes mecanismos para paliar con su existencia.

Esto es, el Covid-19 ha producido (y produce) transformaciones en cada territorio y en cada familia. Ante la urgencia, se redireccionó las propuestas del Estado en pos de generar acciones e intervenciones concretas a corto, mediano y largo plazo para que este virus no arrase con las vidas y el bienestar de las personas. Esto viene acompañado con la necesidad de (re)activar la escucha, el acompañamiento y la contención, actuar ante la demanda de la población y permitir que los sentimientos sean expresados.

Asimismo, diversas instituciones debieron modificar la forma de atención enfocada hoy en día en la virtualidad, haciendo visible que el derecho a las nuevas tecnologías no es accesible para todxs, por lo cual genera desorientación. La brecha digital, en términos de conectividad, se hace más extensiva e implica mayores dificultades para que los niñxs de sectores populares accedan de forma efectiva a estrategias alternativas para continuar los procesos de enseñanza-aprendizaje (Paolera, 2020). Niñxs y adolescentes dejaron de asistir a las instituciones educativas donde transitaban muchas horas de sus días. Espacios vitales donde desarrollaban lazos sociales y afectivos con pares, y con otros referentes adultxs por fuera del ámbito familiar.

Cabe destacar que, para apaciguar el desplazamiento del virus, desde

el Estado se propuso y decretó el cumplimiento del confinamiento denominado “cuarentena”, el aislamiento social y obligatorio, que invita a problematizar varias cuestiones. Por un lado, como se mencionó anteriormente hay que tener en cuenta el contexto actual y la desigualdad social y económica existente en cada barrio. Lo que implica que la cuarentena no es igual en cada lugar, por lo tanto, las necesidades varían y las medidas de protección y cuidado-para si-, también. Recursos esenciales como el agua potable, para el uso de medidas sanitarias de prevención e higiene necesaria, es escaso en los barrios populares; una necesidad que se encuentra en lucha por mejores condiciones socio ambientales. Muchas familias viven en condiciones de hacinamiento y/o comparten espacios comunes, por lo que la propagación del virus es mayor en el ámbito privado. Por otro lado, muchos sujetos debieron dejar de trabajar formal e informalmente, lo que indica este último que ese sustento diario hoy día no lo pueden realizar, dejando entrever la pérdida de previsibilidad de un ingreso económico en las familias.

Por consiguiente, la cuarentena es acompañada de un control social estricto que fase tras fase ha incrementado su poder a través de los permisos de circulación interjurisdiccionales, por lo que sujetos no pueden desplazarse por fuera de su territorio (salvo actividades esenciales y actividades que requieran de la compra de insumos/ alimentos) y salir a trabajar, sin ser multados o demorados ante las fuerzas de seguridad.

Desde una mirada global, el arrasamiento de esta Pandemia nos permite no solo comprenderla desde su aspecto médico, político, sino que también pone en cuestión la índole de lo social. Pero, ¿qué significa comprender la Pandemia Covid-19 desde el abordaje de lo social? La misma nos remite a pensar desde varias aristas. Pensar lo social implica mirar las prácticas que se desarrollan en el escenario de lo microsocioal donde se (re) configura y reinventa acciones que inciden en la trama comunitaria y su organización; donde, hoy día, retoña lo colectivo y la solidaridad, la creación de redes vecinales y la fuerte presencia de las organizaciones e instituciones locales, que se potenciaron como emergentes en un contexto de crisis. Es en este contexto donde, en las relaciones intersubjetivas de los sectores más vulnerables de la sociedad aflora valores como la solidaridad, la unión y el compromiso de las organizaciones

sociales para paliar las necesidades, y lograr afrontar las consecuencias de la Pandemia.

Sumando a lo anterior, tanto desde lo Territorial como desde lo micro social, se construyen distintas estrategias de contención, respuestas y detección de nuevos problemas sociales que se expresan a partir de la Pandemia o, son producto de ésta (Carballeda, 2020, p.5).

De esta manera, el día a día se vive como sobrevivencia para abastecer las necesidades primarias básicas que se encuentran insatisfechas, buscando las familias nuevas formas de reinventarse ante la necesidad; en otras palabras “la familia se desorganiza, pero se reorganiza bajo otras lógicas alternativas” (Lirussi y otros, 2014, p.10) buscando saciar, a costa de la exposición y el miedo al contagio, sus necesidades.

Los métodos de cuidados y prevención, ese hábito que hoy día se impone con mayor rigurosidad no logra convertirse como algo habitual dentro de las familias y esto se debe a la escasez de recursos e insumos con los que cuentan y le son brindados. Asimismo, el desamparo, la incertidumbre es notable en cada territorio y en cada sujeto; son sensaciones que se aguijonean en su cotidianidad y se inscriben en su piel.

El sentir durante la Pandemia del Covid-19,

La tristeza, el miedo, la ansiedad, la falta de sociabilización, el desarraigo, el agotamiento, la desesperanza, la desolación y el padecimiento en la población en los barrios populares, no son sólo conceptos y sentimientos, sino que también se correlaciona con el rendimiento de los sujetos en su día a día.

El no saber qué hacer, cómo seguir, qué pasará, qué otras modificaciones más en el ámbito de lo privado padecerán; son cuestiones imposibles de saber y para lo que no se tiene respuesta inmediata por lo que todo recae en la incertidumbre proveniente de la indeterminación de la duración de la cuarentena y la angustia. Sin olvidar que es en estos sitios donde se concentra el mayor peligro de proliferación de la enfermedad y donde más temor y miedo al contagio existe; tanto el contagio para sí mismo, como el miedo al contagio hacia algún familiar, lo que conduce a

interrogarse ¿dónde acudir ante los síntomas y el contagio? ¿Dónde realizar el aislamiento cuando no se tiene espacio propio? Por lo tanto, se pone en cuestión una problemática sentida y presente en los barrios populares: el temor de contraer el virus y la necesidad de trabajar para sobrevivir. Frente a la noción del riesgo, se haya presente el compromiso del cuidado, dentro de lo existente y de lo que se puede, y la resistencia frente al medio hostil.

En lo que refiere esto último es ahondar en las implicancias de los efectos de la Pandemia del Covid-19, es decir, todo aquello que se relaciona con lo traumatizante que puede llegar a ser para el sujeto, a raíz de una catástrofe colectiva, el desamparo, la fragilidad de los lazos sociales, la desprotección de las instituciones, la pérdida de la calidad de ciudadano, procesos de segregación. Traumatizado en tanto se encuentra embrollado entre imposibilidades, indecibles e incertidumbres (Landman, 2020).

Pese a la compleja situación actual, son los actores locales quienes se constituyen como actores activos por medio de la participación y la lucha constante. Existen sensaciones que son sentidas dentro de la comunidad que realza el impulso del hacer para abastecer las necesidades urgentes: alimentación e higiene. Vecinos/as crean, arman, organizan merenderos, copa de leche, entrega de mercaderías para aquellos/as que más lo necesitan. Porque saben, porque entienden, porque comprenden que cuando hay una necesidad insatisfecha no hay cuarentena posible.

Conclusión

La Pandemia ha visibilizado los regímenes de desigualdad social, económica y política de nuestras sociedades. Ante esto, es necesario que los problemas sociales que atraviesa cada territorio sean tratados de igual manera sin distinción de clase social. Se considera necesario actuar e intervenir en las secuelas de la Pandemia del Covid-19, que las problemáticas que (re)surgieron sean tratadas y se incorporen en la agenda de gobierno.

Transitar la complejidad del Coronavirus no es una tarea sencilla

cuando las necesidades en los barrios populares son mayores que antes que ocurriera esta catástrofe, cuando lo invisible se visibiliza, cuando el desamparo social y la desesperanza, en conjunto con la inseguridad y la angustia, son estados y sentires constantes en los sujetos. Lo que demostró y demuestra a grandes rasgos esta pandemia es la lucha por los derechos, por la equidad, por la igualdad, para que todos y todas tengan acceso a la Salud pública y que no sea un privilegio para pocos.

De esta manera, se debe hacer hincapié al concepto de accesibilidad siendo los servicios de salud quienes se acerquen a la población y eliminar así, todas la barreras que pudieran interponerse: geográficas, económicas, administrativas y cultural (Comes, Y; Solitario, Ro; Garbus, P; Mauro, Mi; Czemiecki, S; Vázquez, A; Sotelo, E & Stolkner, A, 2007, p.202).

Para finalizar, considero pertinente citar una frase conocida de Enrique Pichón Riviere: “en tiempos de incertidumbre y desesperanza, es imprescindible gestar proyectos colectivos desde donde planificar la esperanza junto a otros”; somos nosotros, los sujetos, quienes podemos transformar la realidad. Con ello, situar la esperanza por un mundo mejor y más igualitario, donde no quede solamente en el deseo, en la utopía. Salir adelante, requerirá de un esfuerzo colectivo y de responsabilidad individual-social.

Son tiempos violentos y complejos donde el individualismo se halla latente; sin embargo, no debemos olvidar que la salida a todo problema debe ser colectiva con las complejidades, oportunidades y desafíos que esta implica. Se debe ahondar en conceptos como compromiso y responsabilidad social, donde cada ciudadano sea protagonista y actor activo para disminuir la presencia y arrasamiento de vidas que trae la Pandemia del Covid-19 dentro de las comunidades.

Bibliografía

- Carballeda, A (2020). Apuntes sobre la intervención del Trabajo Social en tiempos de Pandemia de Covid-19. *Revista Margen*.
- Comes, Y; Solitario, Ro; Garbus, P; Mauro, Mi; Czemiecki, S; Vázquez, A; Sotelo, E & Stolkiner, A (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de investigaciones, vol. XIX, pp. 201-209. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
- Dammert, M. (2020). Territorios urbanos y Pandemia: necesidad de crítica (en línea). Pensar la pandemia. Observatorio Social del Coronavirus. Clacso.
- Hermenegildo, C (2020). Trabajo Social y el COVID-19: Perspectiva Política, Praxis Profesional y Posibilidad Comunitaria. Abril 2020. *Revista Margen*.
- Lirussi, M, González & B, Báez Pini, G (2014). *Las marcas de época. La familia y la intervención del trabajador social en diferentes ámbitos y espacios*. Posadas, Misiones. En Revista "Perspectivas N° 9. Año 9.
- Paolera, C (2020). La Pandemia y la pobreza. Disponible en: <https://www.cippec.org/textual/los-efectos-economicos-y-sociales-de-la-pandemia-seran-diferentes-en-quienes-estan-en-la-pobreza/>
- Rivera Alvarado, A (2020). El Covid-19 y las desigualdades sociales. Pensar la Pandemia. Observatorio del Coronavirus. Clacso. Disponible en: <https://www.margen.org><https://www.clacso.org/la-covid-19-y-las-desigualdades-sociales//pandemia/quispe.html>
- Schor Landman, C (2020). "Consecuencias subjetivas de la Pandemia". Pensar la Pandemia. Observatorio social del Coronavirus. Clacso. Disponible en: <https://www.clacso.org/consecuencias-subjetivas-de-la-pandemia/>
- Sociedad Argentina de Pediatría (2020). El estado emocional de los/as niños/as y adolescentes a más de un mes del aislamiento social, preventivo y obligatorio.

PRIMEROS PASOS PARA UNA INICIATIVA EMPRENDEDORA EN SALUD MENTAL: EL TALLER DE LUTHERIA KIDA

María Gisele Chairrasco, Maximiliano Edgardo Giménez y Roberto Rafael Morfes Conforti

Resumen

Los dispositivos de inclusión laboral constituyen una de las estrategias prioritarias para la atención de las personas con padecimiento mental. Sin embargo, aún es escaso el conocimiento sobre los procedimientos que pueden seguir los equipos para desarrollar este tipo de actividades. El artículo propone caracterizar, a modo de estudio de caso, algunos procedimientos iniciales implementados por un equipo interdisciplinario del ámbito público, y las alternativas utilizadas frente a la emergencia por COVID-19.

Palabras clave: salud mental, trabajo, pandemia.

Introducción

Los dispositivos de inclusión laboral pueden definirse como componentes de la red de servicios de salud mental, tendientes a promover la recuperación del derecho al trabajo y la consecuente autonomía económica de las personas con padecimiento mental. La inclusión laboral

supone un proceso integral en cuya realización intervienen distintos factores, y consiste en el ejercicio efectivo del derecho al trabajo mediante la realización de una actividad significativa, valorada socialmente, adecuadamente remunerada y en la medida de las posibilidades singulares; capaz de contribuir a la autoestima y dignidad de las personas y posibilitar su circulación en la trama social (Dirección Nacional de Salud Mental, 2018). Los emprendimientos sociolaborales son una de las principales estructuras orientadas a la inclusión laboral en salud mental: se trata de dispositivos intermedios que funcionan en el punto de encuentro entre el mundo de la salud y el mundo del trabajo, la producción y la economía, sobre la base de la articulación intersectorial, los principios del cooperativismo en particular y de la economía social en general. Sin embargo, y a pesar de las notorias experiencias en este campo (Dell'Acqua, 2010), la bibliografía aún no reseña de manera sistemática los procedimientos que un equipo interdisciplinario puede emplear para desarrollar un emprendimiento sociolaboral.

Parece oportuna, por lo tanto, la realización de un estudio descriptivo, que a través de un método cualitativo permita caracterizar los "primeros pasos" o actividades inaugurales de una iniciativa emprendedora en salud mental. No impresiona, sin embargo, que pueda hablarse de un conjunto estándar de procedimientos con validez general independiente del contexto: los emprendimientos sociolaborales constituyen objetos complejos condicionados por múltiples determinaciones (clínicas, organizativas, económicas, técnicas, institucionales, etc.), y sólo una investigación más amplia, que excede los límites del presente trabajo, permitiría identificar recurrencias y patrones comunes entre diferentes tipos de emprendimiento (v.g.: según inscripción institucional, composición del equipo, producto comercializado, etc). Proponemos, pues, un estudio de caso único, capaz de ilustrar de modo dinámico un recorrido posible, entre otros: un proceso particular en un contexto concreto. En el momento actual, no obstante, ese contexto aparece atravesado por la situación de pandemia mundial asociada al COVID-19, que obliga a reformular prácticas, vínculos y culturas: es relevante, entonces, que el estudio contemple esta consideración.

El proyecto de Luthería KIDA, implementado en Quilmes, reúne características que lo hacen accesible a la investigación por la disponibilidad

de datos, por su grado de desarrollo inicial, y por la adaptación de su formato en el marco de la emergencia sanitaria. El análisis crítico de esa experiencia puede, por lo tanto, contribuir al conocimiento sobre las alternativas de inclusión laboral y ocupacional en el tratamiento de personas con padecimiento mental.

Del taller al emprendimiento

El taller KIDA de construcción y venta de instrumentos musicales se lleva adelante en la Escuela de Luthería “Fabricando Futuro”, del Municipio de Quilmes, con la participación del Hospital Zonal General de Agudos y la Universidad Nacional de Quilmes (UNQ). El relato de participantes y el material de difusión consolidado por el equipo técnico permiten situar el proceso que va desde el funcionamiento de un taller de música en el Hospital hacia la implementación de un emprendimiento sociolaboral en la comunidad.

Como parte de las actividades del servicio de Salud Mental del Hospital, durante 2018 se llevó adelante un Taller de Música que permitió brindar alternativas de tratamiento grupal a personas con padecimiento mental severo, favoreciendo la adquisición de nuevas habilidades técnicas y psicosociales, personales y colectivas. La creación y ejecución de instrumentos musicales y sonoros, tanto en el Hospital como en espacios públicos, propiciaron la consolidación de un grupo conformado por trabajadores, usuarios, familiares y voluntarios; y a partir de la inclusión de la Escuela de Luthería, abrieron la posibilidad de un espacio intersectorial tendiente a revalorizar la inclusión laboral mediante un emprendimiento productivo. Según Basaglia (2008, p.29), “un individuo enfermo tiene como primera necesidad, no sólo la cura de la enfermedad, [...] necesita una relación humana con quien lo atiende, necesita respuestas reales para su ser, necesita dinero, una familia y todo aquello que también nosotros, los médicos que lo atendemos, necesitamos”.

En marzo de 2019 se inició el taller KIDA, que significa “música” en idioma hausa, definiendo como objetivo anual la creación de una marca y un producto comercializable, partiendo de la idea de brindar desde el

Hospital algún tipo de respuesta, aunque fuera mínima, a las necesidades de inclusión laboral de los usuarios, a través de una actividad grupal desarrollada en un espacio provisto por la Escuela. El equipo técnico incluyó las disciplinas de psicología, luthería, acompañamiento terapéutico y economía social. Con el apoyo de la Universidad, también colaboraron a lo largo del año estudiantes de terapia ocupacional. La actividad se centró en el diseño y construcción de un set de instrumentos de percusión, autoportante, que contuviera diferentes posibilidades de expresión y fuera accesible a un público amplio. Simultáneamente se crearon cuentas en las redes sociales para ampliar la convocatoria, documentar el trabajo y proyectar la marca en el mercado. La participación en ferias de economía social motivó el diseño de instrumentos portátiles y económicos, lo que resultó en el desarrollo de una línea de flautas de PVC. Para ampliar el exiguuo capital inicial, proveniente de una donación, se realizaron dos recitales a beneficio del proyecto en un bar del centro de la ciudad, con apoyo de músicos locales. En estas actividades nocturnas participaron usuarios, familiares y público en general, con los integrantes del taller organizados en diferentes tareas activas. También se organizaron visitas hacia y desde la escuela primaria más próxima, en las que se construyeron colectivamente tambores con neumáticos reciclados. El set de percusión concluido a fin de año se difundió mediante un video para redes sociales, y se presentó en el cierre anual de actividades culturales del Municipio.

Primeros pasos para una iniciativa emprendedora

En esta reseña no exhaustiva pueden identificarse diversos procedimientos que tienen el valor de “primeros pasos”. Puede pensarse que la consolidación de un grupo amplio y la creación de redes interinstitucionales son estrategias fundamentales que permitieron en un lapso relativamente breve concretar logros como salir de los muros del Hospital; instalar un Taller de producción; comercializar instrumentos musicales realizados allí, difundir y participar de espacios culturales y artísticos, etc. A partir de estos primeros pasos podríamos hablar de una “iniciativa

emprededora”, entendida como la fase inicial o instituyente de un proyecto asociativo orientado a la inclusión laboral, que se pone en funcionamiento sobre la base de la construcción y articulación de una trama comunitaria. Estos primeros pasos comprenden niveles clínicos, organizativos, institucionales y comunitarios, y pueden ser enumerados de manera no excluyente, atendiendo a su progresión cronológica:

- 1) Identificación de intereses y necesidades de usuarios de servicios de salud mental;
- 2) Conformación de un espacio grupal en torno a intereses comunes;
- 3) Desarrollo de Redes / Intersectorialidad;
- 4) Conformación de equipo técnico específico;
- 5) Diseño de proyecto KIDA;
- 6) Diseño de marca y producto para un período definido;
- 7) Convocatoria y difusión;
- 8) Creación de cuentas y perfiles en redes sociales;
- 9) Generación de capital inicial;
- 10) Conformación de grupo de trabajo ampliado (usuarios, familiares y técnicos);
- 11) Elaboración y comercialización de productos;
- 12) Inserción comunitaria;

Estrategias frente al contexto de pandemia

Como se ha mencionado, el desarrollo de proyectos ocupacionales y laborales representa una de las más valiosas herramientas para el crecimiento personal y la inclusión social, especialmente en situaciones de vulnerabilidad. Pero en el contexto actual de aislamiento por la pandemia de COVID-19, los obstáculos para el encuentro presencial pueden disminuir significativamente la posibilidad de llevar adelante estas actividades, limitando los recursos con que cuentan las personas para afrontar las situaciones de estrés y conmoción social. Un papel central en este sentido cumplen los ingresos económicos derivados del propio esfuerzo y dedicación, particularmente cuando se pone en juego un saber-hacer distribuido colectivamente.

Las plataformas de educación a distancia ofrecen la posibilidad de acompañar aprendizajes que fortalezcan esas iniciativas, tanto en el aspecto técnico como social. Con este fin, se diseñó el curso virtual KIDA que pretende proveer la estructura pedagógica para el sostenimiento del proyecto asociativo, brindando a las / los participantes los elementos básicos para construir instrumentos musicales desde su casa y comercializarlos a través de plataformas online. Mediante la plataforma de educación a distancia del Municipio, se instaló un aula virtual con contenidos audiovisuales y un espacio de interacción en redes sociales. Las principales dificultades de la modalidad virtual se relacionan con las restricciones técnicas para un adecuado *feedback* en el proceso de enseñanza / aprendizaje, especialmente en las tareas más prácticas; las limitaciones en la interacción grupal; y la participación en actividades comunitarias o junto a otras organizaciones. Los desafíos, por su parte, se centran en el fortalecimiento de capacidades para la comercialización en línea, que podrían abrir grandes oportunidades de crecimiento y transformación.

El proyecto no constituye aún una empresa, ni social ni jurídica. No genera rédito. No es una cooperativa ni una asociación civil. Sus miembros sólo están vinculados por la voluntad de permanecer juntos, aun en tiempos difíciles. Quizá este es el primer paso, el punto de partida.

Bibliografía

- Basaglia, F. (2008). La condena de ser pobre: alternativas al manicomio". 1ra Edición. Buenos Aires. Ed. Topía.
- Casalis, A (2007). La economía social como subsistema y su aporte al desarrollo local en el marco del desarrollo. FLACSO, Buenos Aires. Ed. Mimeo.
- Coraggio, José Luis (2008). "La sostenibilidad de los emprendimientos de la economía social y solidaria". Otra Economía, nº 3, segundo semestre
- Clemente, Adriana (2016). "La participación como enfoque de intervención social" en *Participación, políticas públicas y territorio: aportes para la construcción de una perspectiva integral* / Adriana Rofman [et al.]; compilado por Adriana Rofman. 1a ed. Páginas 119 a 138. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.

- Dell'Acqua, P. (2010): Desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en el territorio, IDEASS-ONU.
- Deux, María Victoria; Vázquez, Gonzalo; Uribe Amaia y otros (2011). "Experiencias de economía social y solidaria: compartiendo estrategias y aprendizajes". Ed. Reas Euskadi.
- Fernández, A. M. (2010) "Instituciones Estalladas". Buenos Aires, Ed. Eudeba.
- Guaresti, G. (2018). Emprendimientos productivos en Salud Mental: Un estudio de caso dentro del Centro de Salud Mental Comunitaria Dr. Franco Basaglia; 2017. X Jornadas de Sociología de la UNLP, 5 al 7 de diciembre de 2018, Ensenada, Argentina. En: Actas. Ensenada: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019). "Recomendaciones para la Red Integrada de Salud Mental con base en la comunidad: dispositivos de Inclusión Sociolaboral 2018".
- Pastore, Rodolfo (2014). "La economía social y solidaria, una construcción colectiva y plural en el camino de la profundización democrática". En: *Treinta Años de Democracia en la Argentina*, Universidad Nacional de Quilmes, Bernal
- Pastore, R. (2010). "Un panorama del resurgimiento de la economía social y solidaria en la Argentina", en: *Revista de Ciencias Sociales*, año 2, n° 18, primavera de 2010. UNQ, Bernal.
- Pereira Morais, Leandro. Economía social (es) y economía solidaria (esol) en Brasil: consideraciones conceptuales y prácticas en pro de la construcción de alternativas socioeconómicas al desarrollo territorial. En: *Revista ÁNFORA* Año 16, Número 26, enero - junio 2009- Universidad Autónoma de Manizales – Colombia.
- Rotelli, Franco. (1998). "Empresas Sociales en Italia: Balances y perspectivas". *Foro Intermunicipal Buenos Aires sin fronteras*.
- Vázquez, Gonzalo (2010). "El debate sobre la sostenibilidad de los emprendimientos asociativos de trabajadores autogestionados". *Revista de Ciencias sociales* N° 18, primavera de 2010, pp. 97-120, Universidad Nacional de Quilmes.

SOBRE “PONER EL CUERPO” EN TIEMPOS DE DISTANCIAMIENTO SOCIAL. DESAFÍOS DEL TRABAJO CON ADOLESCENCIAS Y JUVENTUDES

Virginia Belachur, Natalia Chuluyán, Jorgelina Di Iorio y Priscila Mastroianni

NoTeSientasZarpado, un punto de encuentro.

NoTeSientasZarpado es un dispositivo de abordaje del uso problemático de drogas y la promoción de vínculos saludables para adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad. Diseñado por Intercambios Asociación Civil en co-gestión con Fundación Armstrong, desde el 2011 en la localidad de González Catán del partido de la Matanza⁸.

La idea principal es poder dialogar de distintos temas que atraviesan la vida de adolescentes y jóvenes, principalmente del uso de alcohol y otras drogas, violencias y salud sexual y (no) reproductiva, con la intención de aumentar cuidados y disminuir riesgos. Bajo la premisa de promover la integración social de adolescentes y jóvenes, a partir de iniciativas que se alejen del adultocentrismo, el dispositivo se consolida como un punto de encuentro para adolescentes y jóvenes de distintas edades, distintos géneros y diversos recorridos institucionales con incidencia territorial, que se encuentre disponible. Se ordena en 5 líneas de acción transversales entre sí: Promotores, taller de habilidades sociales, fortalecimiento de adultas/

⁸ <http://intercambios.org.ar/es/programs/intervencion>
<https://www.facebook.com/notesientaszarpadohablemosdedrogas>
https://www.instagram.com/no_te_sientas_zarpado/?hl=es-la

os referentes, centro de escucha y comunicación comunitaria, que desde una perspectiva de educación entre pares se encuentran fortaleciendo vínculos y produciendo prácticas de cuidados individuales, colectivas y comunitarias. Esta propuesta es sostenida en formato presencial dos veces por semana, pero también en diferentes plataformas virtuales instagram, facebook, whatsapp, propuestas y habitadas por las/os jóvenes. (Fernández, Dilorio, Goltzman y Pawlowicz, 2015)

La narrativa de época tiende a hablar de las adolescencias como una etapa de vulnerabilidad, particularmente ante la exploración sexual y las conductas de riesgo que se considera que asumen. La lectura adultocéntrica desde la que se conceptualiza a los jóvenes desde la negación de sus capacidades –lo que no pueden, lo que no tienen, lo que les falta– y desde la negativización de sus prácticas –violencias, transgresiones, riesgos sociales–. Esto facilita en los adultos la multiplicación de las angustias, consolidándose una serie de fantasías sobre lo extraño y lo peligroso, que se materializan en estrategias de producción de salud homogeneizantes, en las que la construcción gradual de responsabilidad y autonomía por parte de las/os jóvenes es casi nula o poco realista. Esto sucede dado que la mirada adulta está colocada en el futuro, mientras que el adolescente sostiene una vivencia posicionada en el presente, donde los rituales establecidos entre ellas/os adquieren significancia..

En este sentido, NoTeSientasZarpado propone a adolescentes y jóvenes un espacio a ser habitado con protagonismo por sus propias voces que incide en los rituales del territorio. Los encuentros en la plaza, la esquina, la escuela, la previa, las fiestas entre otras, donde ponen en juego un sentido que dialoga entre el cuidado, beneficio, riesgos. Con esto nos referimos a la posibilidad de construir prácticas de cuidados individuales y colectivas que tengan en cuenta los beneficios de habitar, pertenecer, apropiarse con la intención de reducir riesgos.

Nosotros/as, como equipo de Intercambios AC, acompañamos estas trayectorias subjetivas y colectivas que se vieron transformadas por el contexto de pandemia a nivel mundial y nos obligó a (re)pensar nuestras prácticas y formas de habitar los espacios, promoviendo aún en la distancia el vínculo socio-afectivo y las intervenciones de cuidado, sabiendo que no sufre con las necesidades o demandas en su totalidad.

“Seguir a la distancia”

La declaración de la pandemia del COVID-19 llevó al gobierno nacional a la temprana implementación de medidas preventivas organizadas en el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) desde mediados de marzo del corriente. Sin desconocer el impacto positivo de dicha medida preventiva en la población general, en el caso de las adolescencias y las juventudes los efectos subjetivos del confinamiento y de la evolución de la pandemia, así como lo que significaron esas modificaciones abruptas en su vida cotidiana, requieren lecturas no homogeneizantes de las distintas realidades. Sin incluir explícitamente los efectos de la exogamia interrumpida -entendida como trabajo psíquico por excelencia de ese momento vital- ni de la hiperpresencia de adultos debido a las restricciones en la circulación (Escobar, 2020), se subrayó un discurso hegemónico que definió a adolescentes y jóvenes como “riesgosa por excelencia”, profundizando la lógica de control: restricción de la circulación como potenciales portadores, falta de alternativas preventivas ante la interrupción de los rituales escolares, invisibilizaciones de sus voces en la construcción de cuidados individuales y colectivos.

Tal como ha sido estudiado en el campo de la salud en general, y en particular en lo que respecta al consumo de sustancias psicoactivas, la gestión de la pandemia iluminó abordajes centrados en el dualismo riesgo-cuidado, lo que lleva a enfoques centrados en la prohibición (Goltzman, Di Iorio y Pawlowicz, 2018). Las autoras, focalizando en el uso de drogas pero también pueden pensar para en el contexto del COVID-19, proponen la intervención para reducir riesgos y daños, no desde la acentuación del discurso de las propiedades negativas, sino desde el reconocimiento y la problematización de situaciones concretas de la vida real por parte de adolescentes y jóvenes, para la gestión y elaboración de respuestas de cuidado, y que de ese modo “la dimensión del riesgo empiece a dialogar con la incorporación de prácticas de cuidado.” En esa línea se inscriben y (re)inscriben las prácticas NoTeSientasZarpado en el contexto de la pandemia, en el cual sostener los vínculos con los/as jóvenes se convierte en uno de los mayores desafíos.

La distancia física no es distancia emocional⁹

Como equipo territorial, y sin tener muy claro “qué hacer” ni cómo hacerlo, iniciamos un proceso de construir otro territorio que incluyó un conjunto de acciones que hoy, reflexión mediante, organizamos bajo la categoría “*poner el cuerpo*”, porque el territorio es una geografía, con pliegues, con relieves, con idas y vueltas, con avances y retrocesos, con rupturas pero también con continuidades.

La virtualización de la tarea: reuniones de equipo, acompañamientos individuales y espacios grupales pasaron a ser por mensaje, por llamada y por WhatsApp¹⁰. Ante las primeras propuestas virtuales, adolescentes y jóvenes participaron activamente de los espacios que se generaron, sin embargo, al correr de los días la accesibilidad, disponibilidad o predisposición ante estos espacios fue disminuyendo. Con el pasar de las semanas, pudieron manifestar el hartazgo por la exposición que sentían y el agobio por la virtualidad, en aquellos espacios donde las demandas provenían del mundo adulto.

¿Nos imaginamos yendo a nuestro trabajo encontrando a gente apropiándose de nuestra oficina, usando nuestras cosas? ¿Cómo creemos que nos afectaría? Las/os adolescentes no solo delegaron sus espacio físicos, sino también otras formas de comunicación, como lo son las plataformas virtuales. De esta forma, tomamos las temáticas que alojaban en el espacio del centro de escucha, y logramos identificar que el tópico había dejado de ser el aislamiento, la cuarentena o el covid-19, sino que comenzaban a aparecer otras inquietudes que se habían dejado de lado. Aquellos que aparecieron con mayor frecuencia tenían temas relacionados al uso de drogas, vínculos conflictivos, sexualidad y violencia institucional, entre otras.

MásCuidados, MenosCovid: fue a partir de las conversaciones y “encuentros” virtuales, que surgió el diseño y la producción del KIT,

9 El 26 de marzo se inicia esta campaña desde el Programa NTSZ con la intención de poder “seguir conectados” y reducir brechas de conectividad en el contexto local: https://www.instagram.com/p/B-NS1Bmnd9/?utm_source=ig_web_copy_link

10 Sobre la brecha digital que evidencia la pandemia hay varios estudios: no acceso a conectividad, desconocimiento de las plataformas, falta de dispositivos tecnológicos, sin desconocer las posibilidades materiales efectivas de “intimidad” para conversar con otros.

“NoTeZarpesKit, Más Cuidados Menos Covid”¹¹. El mismo contiene un barbijo, difusor de alcohol, preservativos, chupetines y material gráfico. Frente a la imposibilidad de *ir al barrio*, se consolida el trabajo en red que se venía realizando en la presencialidad junto con organizaciones comunitarias, escuelas y centros de salud para poder *llegar al barrio*. De ese modo, en las actividades esenciales que siguen funcionando en el barrio como comedores, la entrega de bolsones en las escuelas, la asistencia de centros de salud, entre otros, se convirtieron en NoTeSientasZarpado. Al momento se entregaron 400 kits en González Catán y Moreno, y se está trabajando en la distribución de 1000 más¹².

Consejería virtual¹³ pese a las dificultades para consolidar espacios grupales virtuales, se consolidó el espacio de orientación individual, desde el que adolescentes y jóvenes puedan acceder a información confiable, escucha activa, un lugar de confidencialidad ante situaciones que les resultan conflictivas en el contexto de la pandemia tales como el temor al contagio, las contradicciones de querer salir y “romper la cuarentena”, las relaciones sexuales-afectivas, la angustia por no “poder estar con en a esquina”, y las situaciones de violencia institucional de las fuerzas de seguridad. También se convirtió en un espacio de encuentro y dispersión. La estrategia de consejería incluye la producción de materiales preventivos para difundir por redes sociales así como para dejar en los lugares que están en contacto con los adolescentes y jóvenes en los barrios para que puedan ser distribuidos. Esto se convierte en una estrategia de colectivización de los espacios de orientación individual. La difusión de la misma es a través del Instagram del programa así como por las redes de organizaciones del territorio, escuelas y otros contactos con adultos que están en contacto con adolescentes y jóvenes con la intención de ampliar los canales de encuentro y ampliar el alcance de la consejería. Al momento de este texto, se realizaron 40 orientaciones.

11 Para acceder al contenido del Kit <https://www.instagram.com/p/CDmiYwvHMUU/> <https://www.facebook.com/intercambiosAC/posts/3527720317271650>

12 Esta actividad se desarrolla con el apoyo de la Embajada de Holanda a partir de un proyecto sobre producción de cuidados y reducción de violencias con jóvenes en condición de vulnerabilidad.

13 Este material de difusión en formato digital fue compartido en grupos de Whatsapp de referentes territoriales.

Requiere especial atención destacar que a partir del decreto en el cual se estableció el APSO, se incrementaron en las calles las fuerzas de seguridad con la finalidad de que sean los encargados de velar por su cumplimiento. Se sucedieron a lo largo de estos meses un aumento notorio respecto a los casos de violencia institucional generando miedo a los/as jóvenes y coartando sus derechos^{14 15}.

Los y las participantes de NTSZ manifestaron ser parte y/o haber visto dicha violencia en el barrio, haciendo aún más compleja la situación ante el aislamiento, acercándonos la pregunta de si mayor fuerza policial en las calles implica seguridad y cumplimiento o, en contra posición, miedo y abuso de poder. Surge así, la necesidad de trabajar de manera participativa y desde la educación entre pares, sobre un material preventivo e informativo para poder aumentar estrategias de cuidado colectivo y reducción de las violencias.

Conclusiones... ¿Conclusiones?

La pandemia, como acontecimiento disruptivo y novedoso, genera efectos en las subjetividades adolescentes, que no se traducen necesariamente en patología. Sin embargo, no pueden desconocerse los efectos subjetivos que la misma produce.

A partir de todo lo desarrollado con anterioridad, podría decir que los/as adolescentes comenzaron a vivenciar una limitación del espacio físico, ya que los encuentros sociales se vieron afectados, dificultando la posibilidad de poner el cuerpo en acción y, sumado a eso, la virtualidad se vio invadida por los/as adultos/as. Aquellos protocolos y decretos establecidos

14 En La Matanza, Pcia de Buenos Aires donde funciona NTSZ, se consolidó desde el año 2019 un Observatorio de Violencia Institucional de las fuerzas de seguridad hacia niños, niñas y adolescentes de la Matanza que realizó el primer informe de violencia institucional de las fuerzas de seguridad hacia las niñeces y adolescencias de la matanza.

15 Amnistía Internacional realizó un informe sobre el uso de la fuerza en el contexto actual, y dentro de ese relevamiento mencionan más de 30 casos de violencia institucional y uso excesivo de la fuerza. Dentro de estos datos, relevaron 6 casos en los que las fuerzas de seguridad estarían involucradas en el asesinato y/o desaparición de personas durante los últimos cuatro meses

“los dejaron afuera”, *invisibilizados*, con un afán de una urgencia biologicista que deja por fuera otras dimensiones de los cuidados.

Las limitaciones físicas se vieron agravadas en los barrios más vulnerables, donde las desigualdades estructurales se hicieron más evidentes, donde se incrementó la presencia policial y las violencias, donde la accesibilidad a la atención, tanto inicial como ampliada, se ve más afectada.

Escribimos este texto en el medio del pico de la pandemia, o de la meta de casos positivos, en el medio de aperturas que se institucionalizan desigualmente no sólo en términos de clase sino de edad, de género, de etnia. Tenemos más preguntas que respuestas, convencidos como equipo que son las buenas preguntas las que permiten ordenar la tarea. Las mantenemos como ejes, porque nos permiten estar atentos a las juventudes y adolescencias, e intentar construir conjuntamente respuestas a estos nuevos interrogantes: ¿Qué lugares de apropiación sostienen actualmente los/as adolescentes para generar su espacio de pertenencia?, ¿Somos conscientes como adultos/as de la invasión que generamos y lo que implica eso en el proceso vivencial de ellos/as?, ¿De qué modo las voces de los/las jóvenes son tenidas en cuenta o se habilitan canales posibles de diálogo? ¿Cuántas temáticas y cuidados relegamos por el contexto actual? ¿Son los/as jóvenes quienes tienen una percepción de riesgo errónea, o es el adulto/a quien limita su propia percepción?

Este texto no tiene como intención brindar recetas, sino algunas pistas sobre otros modos de producir salud mental con adolescencias y juventudes, centradas en sus voces. Como programa de reducción de riesgo y daños, el foco no está en las sustancias aunque no desconocemos la necesidad de trabajar sobre este aspecto en particular en el marco de las intersecciones socialibilidades-consumos. Frente a la amenaza hegemónica de la patologización de las juventudes y el adultocentrismo en las intervenciones, se hace necesario que se configure otro territorio/escenario institucional propicios para problematizar las relaciones riesgos-cuidado-beneficio, sobre la base de construir vínculos de confianza y reconocimiento mutuo entre jóvenes y adultos.

Bibliografía

- Breton, D. L. (1992). *La Sociología del Cuerpo*. Madrid: Siruela.
- Breton, D. L. (2014). *Una breve historia de la Adolescencia*.- 1ª ed. -Ciudad autónoma de Buenos Aires: Nueva Visión. Traducido por Victor Goldstein.
- Duschatzky, S. & Corea, C. (2009) *Chicos en banda: los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*.- 1ª ed 6ª reimp- Buenos Aires: Paidós.
- Escobar, J. C (2020) Reflexion sobre adolescencias y confinamiento. <https://www.youtube.com/watch?v=ollp-emVgMI&feature=youtu.be>
- Goltzman, P., Di Iorio, J. & Pawlowicz, M. P. (2018). *Ideas Poderosas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Intercambios.
- Di Iorio, J (2015) De la advertencia a la prevención transformadora: abordar los usos problemáticos de drogas en adolescentes y jóvenes. <https://www.vocesenelfenix.com/content/de-la-advertencia-la-prevenci%C3%B3n-transformadora-abordar-los-usos-problem%C3%A1ticos-de-drogas-en-a>
- Fernandez Courel, D, Di Iorio, J. Goltzman, P & Pawlowicz, M.P (2017) La producción de salud y las prácticas de cuidado entre adolescentes en la escuela secundaria: el dispositivo NTSZ (No Te Sientas Zarpado) <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/congresosaludmentalyadicciones/2017/05/13/la-produccion-de-salud-y-las-practicas-de-cuidado-entre-adolescentes-en-la-escuela-secundaria-el-dispositivo-ntsz-no-te-sientas-zarpado/>

¿Y SI NO PODEMOS INTERNAR?

Gabriel Hagman

Con el advenimiento de la pandemia de Covid-19 todo el sistema sanitario debió reconfigurarse. Según la complejidad, pertinencia y en acuerdo con las autoridades sanitarias correspondientes, los efectores de salud debieron adaptarse a los tiempos del coronavirus. En algunos se trató de ampliar capacidad, en otros de especializar sectores, se debieron reequipar terapias intensivas y priorizar la atención de pacientes con síntomas compatibles con Covid. El Hospital Nacional de Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte” debió definir medidas de cuidado, protocolos de atención en caso de contagio, equiparse con elementos de protección personal y estableció condiciones para el cuidado de la población internada que condujeron a una merma en el ingreso de pacientes a la internación. Se dispuso de un sector en la guardia para que aquellos pacientes que no estuvieran en condiciones de retirarse por cursar una condición aguda que ameritara su permanencia pudieran quedarse en aislamiento. En caso de que se cumplieran 15 días de permanencia allí y se mantuviera la indicación de internación, ingresaban al sector que habitualmente se dispone para las internaciones. Dada la limitación de capacidad en el espacio de aislamiento dispuesto y su plena ocupación en forma continua, a pocos días de declarada la pandemia la internación

dejó de ser un recurso siempre disponible. En el presente trabajo se irá recorriendo de lo particular a lo general y viceversa, intentando analizar, a partir de observaciones de este tiempo en el Hospital en Red Lic. Laura Bonaparte, algunas de las dificultades que se presentan en el campo de la salud mental para desarrollar nuevas estrategias de atención y cuidado que permitan transformar el pensamiento clínico tradicional que abreva en el manicomio.

¿Qué pasaría si...?

Ese escenario por momentos distópico, casi surrealista que se dibuja con la pandemia, ha posibilitado respuestas en la realidad a muchas preguntas que en forma de juego podrían enunciarse como: “¿qué pasaría si..?”. En el caso al que se está haciendo referencia, un hospital con internación que suele tener disponibles camas para ingresos, el freno al circuito habitual que se suscitó producto de las medidas sanitarias implementadas generó la necesidad de repensar algunas cuestiones de la atención. ¿Qué nos pasa a los profesionales que atendemos en salud mental cuando la posibilidad de internar no está tan a mano? Lo que rápidamente se puso de manifiesto es la centralidad de dicha modalidad de intervención en nuestra práctica. Es decir la noción de que siempre es posible, de que más allá de las alternativas terapéuticas que se dispongan está esa posibilidad a mano. Y si esta resulta tan disponible, quizás las estrategias clínicas que se piensan tiendan a saltar otros niveles de asistencia posibles. Esta idea no pretende negar que en muchas ocasiones se trate de una indicación adecuada, o que cuando se indica no se esté evaluando un padecimiento significativo. Si no hago referencia a que en la medida que la internación resulta un recurso muy disponible, haciendo esto extensivo a la existencia de múltiples instituciones específicas de salud mental y con muchas camas de internación a lo largo y ancho del país, no desarrollamos como sistema sanitario, ni pensamos, ni utilizamos recursos disponibles para alternativas a la internación. O no se diseñan alternativas o se hace un uso reducido de las existentes. Y la internación como modalidad centralizadora de la atención sigue.

Intensivo vs. restrictivo

Múltiples situaciones cotidianas ponen de manifiesto la necesidad de ahondar en el problema de la internación. Estas pueden observarse hacia el interior del hospital o en la dinámica interinstitucional e intersectorial en la que continúa aconteciendo, ya hace años y años, que para ciertas problemáticas sociales complejas la internación en un hospital de salud mental sigue jugando un rol central. En referencia a lo que ocurre como práctica propia del hospital, modalidades alternativas a la internación tienden a ser subpensadas frente a desestabilizaciones clínicas de los pacientes. Por un lado el histórico circuito de múltiples ingresos y egresos de los mismos individuos en estas instituciones ya determina por sí mismo un cercenamiento en el pensamiento de modalidades alternativas por parte del paciente, su familia y/o el equipo tratante. Por otro lado, ampliar la frecuencia de asistencia, diseñar un plan singularizado de tiempos y actividades diarias en una modalidad ambulatoria, ofrecer la posibilidad de permanencia una noche en el hospital y retomar su tratamiento ambulatorio, realizar entrevistas en el domicilio del paciente aumentando la frecuencia en el acompañamiento y otras múltiples modalidades que puedan ir surgiendo como alternativas para un paciente desestabilizado en la medida que la internación se ponga en discusión, parecieran emerger como “insuficientes” frente a lo “intensivo” de la propuesta de internación. Sin embargo se observa con claridad en lo cotidiano que esas modalidades que devienen de propuestas singularizadas y objetivos definidos resultan de mayor intensidad que la internación, aquella que en general nos hace pensar que por estar allí pasa algo terapéutico, prescindiendo en la mayoría de los casos de un plan terapéutico singular; un plan en el que se determine con precisión los objetivos de la internación, donde los tiempos de la misma se ajusten a dichos objetivos y en los que las actividades que se realicen, la frecuencia de entrevistas y lo que se piense para el paciente en dicha internación esté en concordancia con los objetivos y el plan singular. Resulta muy difícil que eso se revierta en la medida que lo instalado sea la noción de que estando adentro “se evita” el afuera, o sea, se crea posible evitar aquello que irremediablemente va a pasar. Y quizás para ahondar un poco más, que

todo eso que irremediamente va a pasar es un problema exclusivo de la persona y de su "salud mental individual", entonces que se sostenga la internación tiene lugar. Estos argumentos ponen en cuestionamiento el discurso común de que la modalidad terapéutica de internación es la más intensiva frente a cualquiera ambulatoria. Es la más restrictiva sí, pero no necesariamente la más intensiva. Poner en debate todo lo antedicho resulta crucial para comenzar a desandar una práctica centrada en la internación, porque en la medida que quienes definimos las indicaciones terapéuticas no lo hagamos, más difícil será darle otro sentido a un hospital de salud mental, modificar su conceptualización, lo que se espera que allí pase, lo que se le pide, lo que no se le pide.

Lo cotidiano...

La necesidad de que nos pensemos hacia adentro y que la naturalización de ciertas prácticas se conmueva se hace más notoria con la presencia de otros actores que recurren al hospital de salud mental que interna. Se pueden situar algunos ejemplos donde la falta de respuestas institucionales adecuadas se suple por el "pedido" de internación en el hospital de salud mental. Es muy frecuente que lleguen desde otros hospitales pacientes que recibieron la indicación en esos efectores, pero son enviados, en el mejor de los casos con aviso previo, a realizar su internación en nuestro hospital. Proceder a esa internación, en caso de evaluarse como la indicación, implicaría posiblemente un tratamiento lejos de su zona de circulación habitual (con la complicación para el sostenimiento de vínculos que ello implica y la dificultad para el tratamiento ambulatorio posterior), pero sobre todo refuerza el hecho de que hay hospitales que internan y otros que pueden prescindir de dicha modalidad terapéutica generando respuestas más limitadas en ambos efectores, y por supuesto, alejándose del cumplimiento del marco normativo¹⁶. También se

16 Ley N° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010. En particular art. 26: "Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales (...)" y art. 30: "Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar (...)"

hace notorio el “problema del lugar que interna” con la llegada del paciente esposado con personal policial. Por ejemplo luego de la actuación judicial de un familiar o por una declaración de inimputabilidad “para realizar la internación en el Hospital”. En este último caso, más allá de la complejidad del debate que requiere el análisis del artículo 34 del código penal¹⁷ (en el que se basa la derivación a un hospital de salud mental luego de la declaración de inimputabilidad), generar otra modalidad en la continuidad del cuidado de los individuos asociados con esta circunstancia legal va a ser muy complicada en la medida que desde el sector Salud, y en particular Salud Mental, no se trabaje seriamente sobre las alternativas a la internación en “instituciones de especialidad”, y sin dudas, sobre los motivos asociados con dicha indicación. Todo ello a la luz de que estrategias de internación basadas en el control social sólo han generado arrasamientos subjetivos, reforzamiento de los padecimientos y lazos fragmentados. En ese sentido, para que la atención en salud mental deje de centralizarse en la internación, resulta imprescindible poner en debate categorías como *riesgo*, la construcción de diagnósticos que se realizan o cuál debería ser concretamente la pertinencia del sector salud en el abordaje de problemáticas sociales tan complejas que claramente se alejan de su resolución cuando las respuestas se concentran en la internación. Sólo cuando se pueda clarificar el sentido de esa modalidad terapéutica, el campo de la salud mental podrá contribuir a una sociedad más igualitaria, más inclusiva, menos segregativa.

Desde el rol institucional que por estos tiempos me toca atravesar, la coordinación del área de internación de un hospital de salud mental, considero importante destacar la observación de una sobreutilización de la internación como estrategia de atención-cuidado para múltiples problemáticas que desde ya se asocian con un padecimiento subjetivo, pero que posiblemente su resolución deba ser pensada desde otro lugar. Insistir en un pensamiento que se articule desde la centralización de la internación como estrategia obtura la emergencia de modalidades alternativas. A su vez tiende a concentrar recursos económicos obstaculizando

17 Ley N° 11.179. Código Penal de la Nación Argentina. Art 34: “ (...) en caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión en un manicomio (...)” (en línea), recuperado el 30/6/20 de servicios.infoleg.gob.ar

el desarrollo de alternativas (sobre todo la creación de efectores con menor umbral de requerimiento, dispositivos intermedios e internación en hospitales generales que permitan la conformación de una red en Salud Mental), y no se jerarquizan aquellas que sí están disponibles. Lo que se pone de manifiesto es el tan escaso y contraproducente sentido sanitario que tiene al día de hoy la existencia de múltiples instituciones que se proponen atender específicamente problemáticas de Salud Mental con camas de internación, que por lo que se ha hecho referencia precedentemente, sólo tienden a manicomializarse. Aquí no me refiero como manicomio a la institución de salud mental, sino a aquello en lo que irremediablemente se transforma por un proceso en el que se deja de pensar en alternativas y en el que se reproducen prácticas donde subyace una idea de que el encierro cura y en prácticas de control social. Ese es el manicomio.

Para ir cerrando...

La situación epidemiológica mundial que atravesamos es realmente una desgracia, es triste, angustiante, se toman medidas que rompieron la cotidianidad con personas que amamos, pasamos miedos, nos topamos con la soledad, la idea de enfermedad y muerte pasa más cerca nuestro o de nuestros seres queridos. Pero además de ello, también nos pone directa o indirectamente a pensar en cuestiones sobre las que hasta hace poco no se imponía reflexionar. Y quizás ahondar en esa reflexión pueda ser parte del sentido de todo esto. La permanencia del manicomio sin duda responde a intereses económicos, pero en simultáneo, antes o después, responde a prejuicios, al control social, a la reproducción de prácticas muy antiguas, a la dificultad para abordar el desafío de nuevas estrategias terapéuticas; en muchas ocasiones también a las condiciones laborales en dichos establecimientos, y por supuesto, a la preparación para ocupar esos lugares teniendo en cuenta el déficit en la formación de agentes sanitarios y la preeminencia de discursos académicos que tienden a la reproducción del ejercicio de prácticas de control social.

El desafío

Son múltiples los niveles de intervención para cambiar la realidad de la atención en Salud Mental que convengamos que no está bien. Que mientras haya un solo paciente que permanezca 40, 20, 10 ó 3 años sin alternativas a vivir en un mismo sitio y que ese lugar sea un hospital, no estamos bien. En esos múltiples niveles ubicamos la necesaria visibilización de quienes concentran beneficios económicos por persistir el manicomio, el desarrollo estratégico de estructuras alternativas de atención y la puesta real en funcionamiento de las existentes que suplanten al hospital monovalente, y sin duda, con los trabajadores: en la formación para un pensamiento acorde con la época y transformador de esta realidad, en nuestro caso en la importancia y sentido de trabajar en el estado, en la comprensión del proyecto que ese estado se propone y en cómo se vinculan las prácticas con ese proyecto. Son factores centrales para dar vuelta la página del manicomio y las circunstancias asociadas con la pandemia iluminaron con claridad la necesidad de analizar, repensar y transformar nuestras prácticas para avanzar en otra dirección.

Bibliografía

- Argentina. *Ley Nacional 26.657*. Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Argentina. *Ley Nacional 11.157*. Código Penal de la Nación Argentina. Argentina, 29 de octubre de 1921.
- Foucault, Michel (1964). *Historia de la Locura en la Epoca Clásica*. Buenos Aires, Ed. Fondo de Cultura Económica, 2003.
- Foucault, Michel. *La Vida de los Hombres Infames*. Buenos Aires, Ed. Altamira, 1996.
- Foucault, Michel (1975). *Vigilar y Castigar*. Buenos Aires, Ed. Siglo XXI, 2008.

EJE II

NUEVOS DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN ANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19. MODALIDADES DE TELEASISTENCIA

Los trabajos que componen este apartado están abocados a la creación de nuevos dispositivos en el contexto de la emergencia sanitaria por la pandemia del COVID-19. Consistió en una situación intempestiva e inesperada, que demandó la reconfiguración de todos los dispositivos existentes, así como la creación de nuevos dispositivos, en todos los niveles de atención. Las ponencias a continuación describen ese desafío y registran esa experiencia.

ACOMPañAMIENTO A NIÑOS: APROPIACIÓN DE UN ESPACIO Y TIEMPO EN EL AISLAMIENTO OBLIGATORIO EN HOTELES.

Jesica Elizabeth María Castillo y María Gabriela Mas

Introducción

La situación pandémica que atraviesa nuestro país por el covid 19 lleva al gobierno nacional y provincial a implementar diferentes medidas para controlar y prevenir la propagación del virus. Es así como surge el programa Repatriados. Personas provenientes de otros lugares que ingresan a la provincia de San Juan deben permanecer en forma obligatoria aisladas en un hotel durante 15 días. El objetivo es poder realizar el control y monitoreo sanitario pertinente a todo habitante que ingrese a territorio sanjuanino.

En este escenario surge la necesidad de realizar un acompañamiento específico a las familias que deben transcurrir quince días en un hotel con sus hijos menores de 18 años. Se diseña un programa de atención remota desde las áreas de psicología y psicomotricidad dependientes de la División de Psicología del Ministerio de Salud Pública de la provincia de San Juan, destinados a familias de repatriados. Se utiliza, principalmente, la vía telefónica con sus diferentes alternativas: llamada telefónica, videollamada, videos, audios, grupos de Whastapp e infografías. El acompañamiento se realiza el tiempo que la familia transcurre en el hotel y posteriormente, si se considera necesario se deriva al equipo de salud mental de su zona de residencia.

En función de dicha experiencia es que se realiza el presente trabajo cuyo objetivo es presentar la modalidad de trabajo implementada y formalizar las conclusiones obtenidas a partir de las intervenciones realizadas.

Afectación de los individuos en el espacio y el tiempo.

Las reacciones iniciales que suscita el encuentro de las familias con el aislamiento en la habitación de un hotel varían en función de los tiempos y de las edades.

En los adultos aparecen sensaciones de desarraigo de lo familiar y lo conocido. Angustia y ansiedad por los proyectos laborales y familiares que se vieron truncados por la pandemia. Hechos que precipitaron el regreso a la provincia de forma abrupta e imprevista. Ideas de reclutamiento y exclusión se hacen presentes, observándose conductas de protesta, rebelión y queja.

En los menores se observa alteraciones en las funciones básicas de alimentación, sueño y control de esfínteres. Aparecen manifestaciones como dificultad para conciliar el sueño, negativa a ingerir alimentos o exceso en el consumo, inquietud y excitación psicomotriz. Los recursos de comunicación se ven trastocados. Se recurre al llanto o al grito como de medio de expresión. Dificultando la capacidad de decodificación por parte de los adultos. "Se observan dificultades en la mantención postural y actitudinal necesaria para fijar la atención. Dificultades para mantener, en primer instancia, una actitud de escucha y en segunda instancia para fijar la mirada" (Calmels, 2009, p. 63)

Estas particularidades que se presentan en los niños y adolescentes es lo que abre el interrogante a las profesionales intervinientes.

Funciones básicas que atraviesan el transcurrir diario de cada individuo comienzan a trastocarse con la estadía en el hotel. Posibles hipótesis surgen a este dilema. El hecho de comer, dormir, ir al baño no constituyen funciones naturales ni instintivas en los individuos hablantes. Son parte de una respuesta cultural, humanizada donde la palabra la rodea y la sostiene. "Las instancias culturales dominan a las naturales" (Lacan, 2012, p. 34)

La extrañeza y la ajenidad de un espacio desconocido alteran y trastocan la cotidianeidad. Los individuos que se encuentran en el hotel pierden momentáneamente las condiciones creadas por ellos mismos para llevar a cabo dichas funciones básicas, vivenciando el desarraigo de su propia identidad.

También se visualiza que ordenadores de tiempo y espacio posibilitadores del establecimiento de un ritmo con progresos y escansiones se altera. El tiempo dentro de la habitación del hotel pareciera transcurrir en un continuum sin cortes. El cuerpo y su elaboración de relaciones espacio-temporales con la disposición espacial, los objetos y las personas se modifican, suscitando un tiempo particular de adaptación para cada individuo. La construcción del armado corporal y la apropiación del cuerpo en estas nuevas modalidades de interacción conlleva tiempo, no es dado de forma natural ni espontánea. He aquí la importancia de la intervención de un tercero que favorezca y promueva la diferenciación entre padres e hijos, la cual se torna ambigua. Espacios de privacidad e intimidad son inviábiles en el espacio común de la habitación de un hotel.

Cada individuo es afectado por este acontecimiento atípico, excepcional e inevitable generado por la situación de pandemia. Se piensa que dicha afectación se produce porque sufren el impacto de medidas globales y masificantes que inciden en el reconocimiento subjetivo e identitario por parte del Otro social.

Subjetivar el aislamiento.

A partir de la hipótesis de que las familias vivencian el aislamiento en un hotel de forma defensiva con manifestaciones y alteraciones desarrolladas anteriormente, es que se piensa en un acompañamiento personalizado. Se ofrece el espacio para la atención de las necesidades particulares de cada grupo familiar con menores de 18 años que forman parte del programa Repatriados.

La base que sostiene las intervenciones es la apuesta por la subjetivación del aislamiento social obligatorio en un hotel durante los primeros quince días.

Hablar de subjetivación implica pensar en propuestas que partan de la escucha y la atención particular a cada grupo familiar; siendo este uno de los ejes principales del programa de acompañamiento. Para cada familia se piensa una manera particular de intervención, de acuerdo a sus modos, necesidades y su disponibilidad al trabajo.

Las primeras comunicaciones son sesgadas, en la mayoría de los casos, por la escucha de la queja y la protesta de los adultos. Quienes objetan su situación de aislamiento intentando poder modificar tal situación. Esto es escuchado por parte de las profesionales sin cuestionamiento, ni intentando dar una respuesta concluyente. Se apunta, principalmente, a la escucha que habilita la descarga, permitiendo la circulación del enojo y la molestia.

Tras atravesar este primer momento, es que aparece la posibilidad de poder pensar en forma conjunta entre el equipo de profesionales y los padres sobre la estadía de sus hijos en el aislamiento. Se comienza indagando sobre los gustos e interés de cada menor. Se pregunta por actividades habituales de la familia junto a la invitación de transmitir algo de su historia familiar. El objetivo es garantizar el reconocimiento de la idiosincrasia del grupo y la particularidad de cada integrante.

Se crea con cada adulto responsable un grupo de Whatsapp, como un canal propuesto de comunicación. El grupo es particular y propio a cada grupo familiar, siendo nombrado con los apellidos que representa a todos los integrantes. Este medio de comunicación permite un ida y vuelta entre las profesionales y la familia. Los sujetos no quedan en una posición pasiva a merced de recibir un llamado o una notificación de parte del afuera. Mediante el grupo, cada familia puede ser generadora activa de interacción, evacuando sus dudas, manifestando sus necesidades. Además, el grupo funciona como un recurso tercerizador entre los niños y sus padres, entre el espacio íntimo y el espacio compartido. Los menores utilizan el grupo como vía para mostrar sus producciones, para contar lo que hacen. También, es un modo de apoyo a los papás cuando se sienten desbordados por la situación de aislamiento.

Se otorga a cada familia durante su estadía una caja con materiales lúdicos y escolares. La misma se entrega con los nombres de cada niño integrante de la familia. El ingreso de tales objetos, produce en la mayoría

de los casos, un efecto apaciguador. Los materiales funcionan como un medio que abre la dimensión del trabajo creativo entre los menores y sus padres. De forma indirecta, se descomprime la posición de reclamo y lo lúdico cobra fuerza.

El jugar, apuesta a la transformación.

Introducir el juego, es otro eje del programa. Hacer la invitación a jugar implica un riesgo. Se advierte que tal propuesta puede ser tomada como un intento de entretenimiento, una idea descontextualizada a la situación en la cual se encuentran, un pasatiempo.

A sabiendas de esto y tras haber favorecido la expresión de la ansiedad se propone la idea de crear climas oportunos de juego.

La fundamentación se sostiene en que se piensa el juego como un medio de elaboración simbólica para los niños. "El jugar es una operatoria sobre el mundo (...) El jugar transcurre en la frontera inestable, conflictiva y fecunda entre el espacio ficcional y el espacio dispuesto por el otro. El juego se sostiene en la tensión irreductible entre lo real y lo ficcional" (Fernández Miranda, 2019, p.13).

En el jugar los márgenes de tiempo y espacio se pueden transformar, flexibilizar, acortar, estirar como plastilina. No hay reglas preestablecidas, es en función de cada niño. Se favorece la apropiación del tiempo y del espacio. Categorías que, como se expresa anteriormente, se ven trastocadas por el aislamiento. Jugar es tomar el control sobre el tiempo y el espacio, aunque sea en la habitación de un hotel. El juego permite realizar un traspaso del acatamiento a la creación. Del transcurrir continuum del tiempo a las alternancias. Se produce un cambio de posición, se pasa de ser objetos pasivos de un decreto a actores activos en la construcción de escenas. Las propuestas de juego varían en función de cada familia. Algunas envían fotos de sus trabajos y juegos. Otras solicitan sugerencias, ofreciéndoles ideas, videos de youtube, tutoriales. En otros casos el juego se produce entre los niños y las profesionales mediante el teléfono. Dibujos que van y vienen, obra de títeres que se juegan en una video llamada, historias que se construyen con audios de Whatsapp.

El medio podía variar pero el juego en toda su amplia gama es la constante que se intenta producir y sostener.

La aparición de escenas lúdicas, generadoras de sensaciones de agrado y satisfacción promueven la inscripción de huellas mnémicas de placer. Lo nombrado, se observa en efectos visibles en los menores. Se produce un apaciguamiento de la excitación psicomotriz. La conciliación del sueño se torna una experiencia más amena, reduciéndose las pesadillas y logrando un descanso reparador. Efectos que permiten la circulación de la palabra y la expresión de emociones.

Conclusión.

Recapitulando, el aislamiento de una familia en un hotel en este tiempo de pandemia es inevitable y una directiva gubernamental que abarca a todos los habitantes de nuestro país. Es un decreto que se sostiene en el para todos. Esto tiene sus consecuencias. Sensaciones de imposición, enojo, bronca, exclusión son la constante por parte de los adultos en un primer momento. La escucha sin objeción, el reconocimiento del sufrimiento sin explicaciones estandarizadas favorece la restitución de la identidad de cada individuo y de cada familia. La invitación a jugar abre espacio a que se produzcan movimientos. Se piensa que es necesario introducir propuestas que sean tercerizantes entre los menores y los adultos responsables. Favorecer el reverso de un tiempo y espacio estancado, abriendo la dimensión de la creación en detrimento del letargo y tedio de quince días en un espacio inmutable.

Pensar, diagramar e intervenir se sostiene en la convicción de apostar por la humanización de los dispositivos sanitarios creados por la situación de pandemia. Se entiende que son necesarios, que persiguen el objetivo de controlar la propagación del virus. Salud mental debe trabajar con lo que se desprende de las medidas globales. Justamente, lo que se desprenden es el sufrimiento más propio de cada habitante. Es ahí nuestra función: acompañar, aliviar, introducir movimientos hacia otro lugar que vayan a contramano de la fijación del sufrimiento. Jugar con el destino para transformarlo en oportunidad, experiencia y vida.

Bbliografía

- Calmels, D. (2009) *"Infancias del cuerpo"* (1ª. Ed.) Buenos Aires. Puerto Creativo
- Fernández Miranda. (2019) *El trabajo de lo ficcional: problemáticas actuales en clínica psicoanalítica con niños* (1ª edición). Buenos Aires, Letra viva.
- Flesler, A. (2017). *El niño en análisis y el lugar de los padres* (1ª edición). Buenos Aires Paidós.
- Lacan, J. (2012). *Otros escritos*. Argentina: Paidós
- Peusner, P. (2006). *Fundamentos de la clínica psicoanalítica lacaniana con niños* (1ª edición). Argentina: Letra Viva.

APRENDIENDO DE LOS NUEVOS DISPOSITIVOS DE INTERVENCIÓN EN CONTEXTO DE PANDEMIA

Karina Badaracco, Natalia Verónica Campos y Melisa Reynoso

Introducción

Con el decreto del aislamiento social preventivo y obligatorio en abril del 2020 y la suspensión de varios servicios hospitalarios se da lugar a un dispositivo para la atención telefónica en relación a demandas de salud mental. El Ministerio de Salud de la Nación ante tales circunstancias propone que se conformen líneas de atención telefónica de contención y orientación en salud mental, para atenuar el posible impacto psicológico individual, familiar y social de tal pandemia.

Dicho dispositivo fue difundido a través de las redes sociales de la institución. Fue creado a partir de la urgencia del contexto de pandemia con el objetivo de acompañar, orientar y contener situaciones de padecimiento psíquico de los ciudadanos que así lo requirieran, imposibilitados de trasladarse. La línea telefónica fue atendida por equipos profesionales interdisciplinarios (psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, etc.) de nuestro hospital, con un funcionamiento de lunes a domingo de 8 a 20 hs.

Los motivos de consulta que se presentaron en los llamados fueron variados: presencia de sentimientos asociados a la pandemia y a los efectos de la cuarentena y el aislamiento, tales como angustia, problemas de sueño, miedos, ansiedad, desmotivación, inquietud, ideas paranoides, solicitud de tratamiento psicológico / psiquiátrico, problemas de

salud mental de familiares y/o vecinos, suspensión de atención de otros efectores públicos y privados, conflictos de convivencia y situaciones de violencia entre miembros de la familia.

En el curso de la conformación del dispositivo, que fue configurándose a medida que se llevaba a la práctica, se presentaron ciertos interrogantes que nos interpelaban. Este dispositivo novedoso aparece como disruptivo frente a la práctica tradicional en salud en el ámbito público, interrogándonos acerca de la práctica clínica a través de una escucha telefónica.

¿Qué variables se ponen en juego en la escucha telefónica?

En primer lugar, el llamado implica la constitución de un pedido, tendremos que escuchar de qué pedido se trata sin dar una respuesta inmediata siempre. Se requiere de un tiempo para pensar, no hablamos de un tiempo cronológico, sino de una pausa del equipo que está recibiendo dicho llamado, para diseñar la estrategia. Muchas presentaciones del llamado se constituyen desde la urgencia, frente a esto nos preguntamos ¿Cómo resistir al empuje de “resolver”, “dar respuesta”, “asistir”? ¿Cómo afectamos esos saberes que impresionan ser

indialectizables? ¿Por ser un llamado telefónico se nos presenta sin tiempo? ¿De qué tipo de urgencia hablamos?

Este dispositivo carece de la gestualidad, de los movimientos corporales con los que contamos en los encuentros presenciales. Sabemos que la imagen cumple una función en el armado de la constitución subjetiva, y también se hace lugar en el dispositivo analítico. ¿Las llamadas telefónicas son sin cuerpo? ¿Qué función cumple el cuerpo allí? La voz toma protagonismo, ante la ausencia de imagen. Si pensamos el cuerpo como una forma, el armado de una forma en cada uno de los llamados que recibimos también opera como una corporeidad, un agregado. Hacemos intervenir los tonos, los silencios, el cuerpo de la voz. Allí, el cuerpo se presentifica en las resonancias o ecos de las intervenciones.

Otro de los interrogantes en el trayecto de este recorrido fue respecto al soporte del mismo. Estamos acostumbrados y aprendimos, a trabajar

con la modalidad clásica de tratamiento en donde lo más usual es que se lleve a cabo un encuentro frecuente presencial entre paciente y profesional. Nos vimos con la necesidad de aprender y aprehender, fue imprescindible trabajar y consensuar algunos de los lineamientos de atención, con la intención de “unificar” los saberes fragmentados de los equipos que participaron. Es así, que pudimos dilucidar la importancia de lo que se pregunta, precisando en primer lugar los motivos que desencadenaron que se realice dicho llamado telefónico, para luego profundizar con otras preguntas, acerca del padecimiento de quien llama. Fue necesario ubicar en cada llamado si había o no demanda, ya que para algunos usuarios el llamado tenía el fin de ser escuchado, sin esperar que quien atiende, resuelva nada.

¿Cómo dar lugar a la escucha clínica?

Una vez precisados el o los motivos por los cuales el usuario ha llamado a la línea telefónica, resultó necesario distinguir entre aquellas problemáticas que podían ser trabajadas con la herramienta de la línea telefónica, de aquellas que requerían intervención presencial, por lo cual había que pensar qué acción específica debía llevarse a cabo. Estas últimas, requirieron de la articulación de diversas estrategias, ya sea en nuestra institución, como en otros efectores, para que se pueda concretar una intervención presencial inmediata (SAME, familiares, hospitales públicos o efectores privados, etc.). Para muchos llamados del primer grupo fue necesario el soporte de acompañamiento semanal, y constituyeron en la mayoría de los casos un apuntalamiento, o agregado a los tratamientos que dichos pacientes llevaban a cabo con distintos efectores de salud mental.

En la mayoría de los llamados que recibimos la propuesta fue: habilitar la espera, ofreciendo un lugar virtual de escucha que posibilite la dialectización de un padecimiento subjetivo. Dicho espacio en muchas ocasiones se constituyó en un -entre-, la angustia que impele a pedir ayuda (urgencia), y la respuesta del que escucha. Otras veces la respuesta fue una orientación. Ubicamos que orientar implica señalar, establecer

hacia dónde. La posibilidad de un recorrido. Tal vez un horizonte en el espacio y/o en el tiempo. Otras veces la intervención incluyó una articulación con otros efectores de salud mental. Estas articulaciones funcionaron como enlaces, puentes, trayectos posibles de ser establecidos.

La intervención clínica a través de la línea telefónica

M. llama solicitando ayuda para su suegra S., quien presenta poli consumo problemático de sustancias. En ese primer llamado, relata que hace dos días, S. había presentado una intoxicación aguda con alcohol etílico, desencadenada por una situación violenta vivenciada con su hijo adolescente. Es por ello que a través de la intervención de la policía y el SAME, S. fue evaluada en el Hospital Argerich. En el mismo nosocomio, queda por la noche en observación y la paciente se retira sin el alta al día siguiente.

En esta primera comunicación quien consulta manifiesta que S. no cuenta con ningún tipo de tratamiento en salud mental y no puede precisar los motivos que dieron lugar a la externación de su suegra del hospital previamente mencionado. No se logra la comunicación con S., por lo que se acuerda un llamado en las próximas horas.

En los siguientes llamados telefónicos se puede conversar con S, quien relata el episodio que dio lugar al llamado de su nuera a esta línea, aunque dice no recordar muchos detalles del hecho. Refiere que consume cocaína y alcohol desde hace más de quince años. Tiene 4 hijos con quienes vive (de 3, 9, 12 y 17 años, este último novio de la consultante). Con su hijo mayor y su nuera tiene un acuerdo por el cual ellos administran el dinero en la casa y se acepta que un día por semana S. pueda consumir alcohol, regulando los jóvenes el consumo. Impresiona que a pesar de manifestar predisposición al posible inicio de un tratamiento interdisciplinario, S. no ubica gravedad en la situación subjetiva y/o familiar que la lleven a consultar.

Del relato de M. se desprenden detalles de la situación vivida y de la dinámica familiar y se releva la necesidad de dar intervención a un efector que permita acompañar de manera inmediata la situación de la familia.

Luego de una reunión de equipo se decide articular con el CeSAC 16, efector cercano al domicilio de la consultante, donde se logra dar inicio a un tratamiento de salud mental a S. y un acompañamiento a la

situación familiar por el equipo interdisciplinario tratante. Por último se sostiene comunicación tanto con la paciente como con el equipo interviniente del CeSAC, con el fin de concluir la intervención y comunicar la disposición de nuestra línea telefónica para posibles eventualidades que puedan surgir.

Esta viñeta nos permite pensar en varias cuestiones transversales a este dispositivo. En primer lugar, durante el primer llamado que recibimos en la línea ubicamos el motivo de consulta, los tratamientos anteriores, la red familiar o de contención, a la vez que brindamos contención verbal ante el desconcierto y la preocupación de la joven consultante. Se propone un seguimiento de la situación para precisar datos que no pudieron ser recabados en este primer acercamiento, y así contar con la información necesaria para orientarla de manera adecuada. En esta segunda oportunidad se obtienen los datos necesarios, como por ejemplo que la externación de la paciente del Hospital Argerich se dió sin el alta médica, lo que permitió entender por qué no contó con seguimiento por parte de algún equipo de dicho hospital. Se intenta articular con la institución mencionada, no teniendo éxito. Es por ello, que luego de una reunión del equipo de coordinación se decide articular con otro efector de Salud, para favorecer la adherencia al tratamiento, dada la cercanía de dicha institución al domicilio de la paciente.

El trabajo en equipo resultó imprescindible no sólo para poder pensar la situación y la estrategia de acción a llevar a cabo, sino para ampliar las redes inter-institucionales con las que contar al momento de dar una respuesta al problema planteado.

Obstáculos en la tarea y potencialidades del dispositivo

Entre los obstáculos que se presentaron podemos referirnos en primer lugar a la dificultad en sostener espacios de encuentro o reuniones entre los profesionales que participaron del comité. Es de considerar que desde el inicio del dispositivo hasta el mes de junio, los equipos que participaron de la línea fueron conformados por profesionales pertenecientes a los distintos servicios de atención de nuestro hospital, alternadamente.

En un segundo tiempo se constituyeron equipos fijos, lo cual permitió un intercambio más fluido y organizado, al momento de pensar en lo clínico.

Nos encontramos muchas veces con la dificultad de articular con algunas instituciones. Durante la pandemia escuchamos muchos casos de personas que contaban con atención

en distintos efectores públicos o privados, y que en razón del contexto actual dichos efectores habían interrumpido sus tratamientos y muy pocos de ellos habían continuado de manera virtual. Eso generó que una gran cantidad de personas quedaran desamparadas y recurrieran a nuestra línea en busca de contención.

A su vez, nos encontramos con un obstáculo material. El interno de la línea coincidía con el de gestión de pacientes, por lo que en un principio, una gran cantidad de llamados que recibíamos provenían de pacientes del hospital que requerían hablar con sus correspondientes equipos tratantes. Al no contar con la presencia de los equipos de manera permanente en el hospital, resultaba difícil dar respuesta a quienes llamaban.

Por otra parte también el dispositivo nos permitió dar cuenta de varios aprendizajes, que consideramos pueden servir para propiciar una mayor accesibilidad utilizando las tecnologías actuales para realizar algunos tratamientos.

Luego de 5 meses de funcionamiento del dispositivo podemos observar también varias potencialidades del mismo.

- Mejora la accesibilidad y el acercamiento de las personas a los servicios de salud mental.
- Permite reflexionar con el otro sobre los padecimientos mentales, las dificultades que se generan en la calidad de vida de las personas que consultan y su cotidianeidad.
- Propicia un vínculo de referencia que puede constituirse en un efecto de cuidado. - Acerca a las personas al conocimiento sobre los roles de los profesionales de salud mental.
- Aporta al acceso a la información sobre derechos de los ciudadanos.

Equipo de Trabajo / Trabajo en equipo

“En lo individual, la participación en un equipo interdisciplinario implica numerosas renuncias, la primera es la renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema”¹.

En relación al posicionamiento de quienes conformamos este equipo de trabajo, cabe destacar que cuando pudo consolidarse el trabajo en equipo, este fue el pilar de nuestra práctica, una vez más, pero esta vez ante una situación inédita, el pensar juntos nos permitió, en muchas ocasiones, acotar la incertidumbre ante el llamado.

Como equipo de salud mental también estuvimos, desde el primer momento, atravesados por la angustia que la pandemia y el aislamiento generaron, tanto en quienes consultaban como en quienes atendían. La herramienta de las reuniones virtuales favoreció el encuentro y el intercambio en la discusión clínica.

Se pudo conmovir esa idea de que al teléfono había que estar con todo un saber, que abarcaba tener “la respuesta” a priori para quien llamaba. No se trataba de esto, sino de poder construir recursos para ponerse a la escucha de la singularidad, instaurando un tiempo de demora al decir de Ulloa. La demora es puesta en suspenso, no olvido, se intenta que quien atiende el llamado telefónico ponga sus estructuras de memoria en suspenso, y que este modo, haya una escucha despojada de sentidos previos.

El equipo deberá establecer esa demora para que el discurso de quien llama se oriente a algún sentido, a la experiencia subjetiva, y así poder alojar esa forma singular de la consulta. Ubicar la singularidad implicaría poder estar receptivos, en la escucha telefónica, a entender que ese llamado no es igual a otro y que por lo tanto la construcción de la estrategia será en un segundo tiempo, luego de la reflexión del equipo.

Establecer primero un silencio, un tiempo de escucha, que sólo sea interrumpido por aquellas preguntas necesarias para el armado del motivo

1 Stolkiner Alicia: “La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas”. Revista Campo Psi-Revista de Información especializada” Año 3 , No 10 , Abril de 1999, Rosario. (acceso : www.campopsi.com)

de consulta. Sólo así, absteniéndose de imprimir sentido al llamado y de brindar soluciones o respuestas inmediatas, es que podemos escuchar la singularidad y el padecimiento de quien consulta y su contexto social, para poder construir una intervención posible.

Algunas conclusiones

Desde el inicio de la pandemia hasta la actualidad se puede observar que el aislamiento social repercutió profundamente en el psiquismo de la ciudadanía, dando lugar a padecimientos psíquicos inéditos en la biografía de algunos sujetos y profundizando los padecimientos que se habían presentado con anterioridad en otros individuos.

Como Hospital Nacional de Salud Mental, ante las restricciones de circulación por la emergencia sanitaria, fue necesario implementar una nueva modalidad de atención que diera respuesta a las problemáticas de la población en materia de salud mental en contexto

de pandemia. De tal manera, surgió repentinamente la conformación de este dispositivo, y con ella la invención de nuevos modos de intervención a través de la línea telefónica. Resultó ser una experiencia enriquecedora la conformación y participación de este dispositivo, siendo una respuesta institucional necesaria ante el contexto sanitario que permitió a cada uno de los equipos que integramos el comité, conmovir los saberes y disciplinas previas, para dar lugar a una respuesta singular a los motivos de consulta de los ciudadanos. Para ello fue indispensable que se lograra un equipo fijo de profesionales que se sintieran convocados por lo que la función específica de atención telefónica implica. La fragmentación inicial de saberes, aunque no pudo (ni podrá nunca) ser saldada en su totalidad, impulsó el trabajo intrainstitucional e interinstitucional. Según Stolkiner, lo interdisciplinario cuenta con un nivel referente a lo subjetivo, y otro a lo grupal. *“Las disciplinas no existen sino por los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesados por ellas. Resulta necesario resaltar lo obvio: un equipo interdisciplinario es un grupo. Debe ser pensado con alguna lógica que contemple lo subjetivo y lo intersubjetivo”*. Si bien resultó una tarea ardua, la propuesta de cada intervención

intentó constituirse en un despliegue que permitiera alojar los padecimientos singulares de cada sujeto que se vio confrontado ante la angustia, la desesperación y/o la incertidumbre que esta pandemia genera.

Bibliografía

- Stolkiner, A.: "La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas".
Revista Campo PSI-Revista de Información especializada" Año 3,
N°10, Abril de 1999, Rosario.
- Ulloa, F. : "Novela Clínica Psicoanalítica" Paidós, Buenos Aires, 1995

COMUNICACIÓN PARA LA DESMANICOMIALIZACIÓN: APORTES DESDE LA COMUNICACIÓN PARA PENSAR LA SALUD MENTAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Milagros Mercedes Mon

Introducción

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (LNSM) brinda un marco normativo que institucionaliza el abordaje en salud mental desde una perspectiva integral, involucrando la interdisciplina y la atención primaria en salud como puntos estratégicos y fundamentales para el abordaje de los padecimientos mentales. En el marco de esta re conceptualización de un campo en disputa, la dimensión estratégica de la comunicación en el ámbito de las políticas públicas se vuelve central.

Este año, en el marco de la pandemia por COVID-19 declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020, el gobierno argentino alertó a su población sobre la necesidad de tomar medidas preventivas, y decretó el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) con la finalidad de evitar una crisis sanitaria. Ante esta situación, las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) adoptaron un rol central en el desarrollo de la vida social de todos los habitantes. En lo específicamente referido a la atención médica, las recomendaciones para el primer nivel de atención del Ministerio de Salud² indicaron restringir todo tipo de atención presencial que así lo permitiera, e instaron

2 <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001873cnt-covid-19-recomendaciones-1-nivel-atencion-gestantes-ninos-ninas-adolescentes.pdf>

a la habilitación de otros medios de comunicación con la población, todos a distancia.

Un análisis del campo de la salud mental desde una perspectiva histórica, nos permite poner en primer plano la interdisciplina como modalidad de abordaje para la atención que fue cobrando centralidad. Asimismo, una mirada coyuntural nos insta a pensar el rol de las TICs en la atención en salud en general, y en salud mental en particular, interrogándonos sobre sus límites y potencialidades. En ambas instancias la comunicación, en tanto campo disciplinar, puede contribuir. Los entrecruzamientos entre comunicación y salud mental han sido poco explorados, por lo tanto, es objetivo de esta ponencia presentar algunos aportes que, desde la comunicación, pueden realizarse al proceso de desmanicomialización. Como así también reflexionar acerca de los alcances y limitaciones que el uso de las TICs presentan para la atención en salud mental.

Una mirada desde el campo Comunicación y Salud

Las reflexiones aquí planteadas se inscriben en el campo de la Comunicación y la Salud, un campo relacional y multidimensional (Cubierli y Araujo, 2015), que cuenta con vasta producción académica y empírica: trabajos sobre la comunicación y la difusión de información, trabajos para el cambio de comportamiento, investigaciones sobre políticas públicas en salud, sobre percepciones y representaciones de ciertas problemáticas de salud por parte de algún grupo de población, sobre el tratamiento de los medios, y sobre la relación médico-paciente (Lois: 2013).

Situándome en aportes y reflexiones de dicho campo me interesa pensar la salud como un proceso social complejo, ligado a la subjetividad, las circunstancias vitales, a condiciones socioeconómicas, políticas, medioambientales y de género, que tiene un impacto diferencial en las personas (Petracci y Lopez: 2018). Asimismo, es importante entender la comunicación como proceso de producción, intercambio y negociación de significados y formas simbólicas, mediados por instrumentos y herramientas diversas (Lois: 2013). Me interesa recuperar una visión de la comunicación en tanto proceso y estrategia que, sin dejar de lado

la importancia del uso y manejo de técnicas y medios de comunicación, revitalice su dimensión relacional y su potencialidad en la implementación de políticas públicas y la intervención institucional (Beltrán: 1998)

Comunicación para la desmanicomialización

Primer nivel: Difundir información y crear redes

La LNSM se presenta como cristalización normativa de una serie de disputas al interior del campo que, lejos de estar saneadas con la reglamentación, se despliegan cotidianamente en el orden de las prácticas sociales de los actores allí inscriptos (Massoni: 2000). La construcción de escenarios de encuentro y de debate consiste en un aporte fundamental de la comunicación para poder dar curso a esas disputas en torno a una implementación plena del derecho a la salud.

Como condición necesaria para instalar dichos debates “la información debe ser socializada para que a partir de ello la gente pueda tomar decisiones” (Bruno: 2012). A partir del desconocimiento es imposible poder ejercer el derecho a participar en el curso de la política pública. Es prioritario el conocimiento de la ley por parte de los profesionales de la salud y ante todo de los usuarios. Sin embargo, la accesibilidad de la ciudadanía a la información adecuada se presenta como asignatura pendiente: no existen mecanismos formales y periódicos de información (Bruno: 2012) acerca de los derechos que la ley otorga, por lo que dicha tarea queda, muchas veces, en manos de los profesionales, o en su defecto a merced de la trayectoria de cada usuario en particular.

Igualmente importante es la construcción de redes entre instituciones. Partiendo del abordaje interdisciplinario y multiactoral que la LNSM plantea, el diálogo fluido, constante y retroalimentado entre diversos espacios institucionales se vuelve central a la hora de garantizar los derechos allí establecidos. Generar dicha red de intercambio es fundamental a la hora de pensar en el despliegue de una política pública en salud mental que permita la incidencia y participación de todos los actores.

Segundo nivel: Instalar debates y disputar sentidos.

El acceso de la población en general, y de los usuarios de salud mental en particular a la información es condición necesaria más no suficiente para la garantía de derechos. Los usuarios de salud mental son actores históricamente excluidos de espacios de debate público, que consecuentemente se encuentran ubicados en condiciones desfavorables sin la construcción de espacios para que puedan expresarse en condiciones legítimas de enunciación (Bruno: 2012). El rol de la comunicación en los procesos de cambio consiste en generar espacios de intercambio que pongan en cuestión la circulación del poder y encontrar los espacios de mediación donde el sentido se pone en disputa a través de diversas relaciones de fuerza (Massoni: 2000)

La LNSM puede ser una institucionalización de derechos para trabajadores y usuarios de la salud mental o un modo de cerrar hospitales y dejar personas sin trabajo de acuerdo a las matrices socioculturales desde las que los actores insertos en el campo analicen y perciban los cambios que allí se están desplegando (Massoni: 2000). El trabajo por la disputa de esos sentidos es fundamental a la hora de instalar procesos de cambio: trabajar sobre los imaginarios para poder instalar conversaciones plurales y democráticas.

Igualmente importante es generar espacios de intercambio a nivel organizativo, en los propios Hospitales y Centros de Salud, para disputar la institucionalidad como espacio de mediación central (Barbero: 2003) Construir espacios de encuentro y concertación, donde se activen redes de mediación entre los actores del campo. Pero asimismo, ampliar ese debate a nivel comunitario o social, con acciones que interpelen a la sociedad para instalar temas y enfoques en la agenda mediática desde una perspectiva de derechos, dado que la construcción mediática de las problemáticas sociales instala discursos hegemónicos en torno a la locura y las problemáticas de salud mental, que dialogan con el modo en que los ciudadanos reciben la información de la que hemos hablado en el apartado anterior. Es por esto que no basta con difundir, sino que es necesario disputar sentidos e imaginarios sociales.

Nuevos desafíos

La realidad actual, atravesada por la pandemia del COVID-19, ha puesto en el centro de la escena la potencialidad y el uso de las TICs para la práctica social en general, y la practica medica particular. Este nuevo escenario abre una serie de interrogantes y desafíos para el campo de la Comunicación y la Salud.

El uso de las TICs en el campo de la salud comienza a tomar relevancia a partir de fines de siglo XX, potenciándose junto a la expansión de Internet (Schwarz:2017). En el campo académico el concepto de “eHealth” se incorpora a partir del año 2000 para dar cuenta de la injerencia de las TICs en el campo de la salud (Petracci, Antelo, Schwarz y Mendes Diz: 2017), bajo esta categoría se engloban una serie de prácticas que incluyen la teleasistencia, la teleconsulta, la formación y capacitación a distancia, el uso de portales web para acceder a información sobre salud, el uso de aplicaciones móviles vinculadas a temáticas de salud o tratamientos, entre otras.

En Argentina las iniciativas³ que se han desarrollado se han conceptualizado bajo el termino de telesalud o telemedicina. Los documentos oficiales ponen el foco en avanzar hacia una cobertura universal, con énfasis en el primer nivel de atención, apoyándose en el uso de las TICs en dos aristas centrales: la teleducación y la teleasistencia.

En el campo de la salud mental se han desarrollado estudios internacionales vinculados a la incorporación de TICs en el ámbito de la psicoterapia (Bunge, Lopez, Mandil, Gomar y Borgialli: 2009), sin embargo, en Argentina sigue siendo un campo poco explorado académicamente.

La incorporación de las TICs en el campo de la salud abre múltiples interrogantes, y en este sentido es fundamental conceptualizar a las TICs no solo desde su carácter instrumental, sino también desde su carácter simbólico, social y político. La comunicación virtual remite a nuevas estructuras cognitivas de construcción simbólica, y genera un nuevo tipo

3 Plan Nacional de Telesalud: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anejo_plan_nacional_de_telesalud_def.pdf Estrategia Nacional de Telesalud: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/estrategia-nacional_de-salud-digital_resolucion_189_2018.pdf

de sociabilidad online que presenta su propia especificidad (Schwarz: 2017). La experiencia de profesionales de la salud y usuarios se ve transformada al ser mediada por las TICs, generando cambios y continuidades que es pertinente explorar.

En este sentido, es importante interrogarnos sobre los límites y potencialidades que las TICs presentan para el abordaje de la salud mental desde una perspectiva integral, interdisciplinaria e intersectorial, en sintonía con una mirada desmanicomializadora. ¿Centrándonos en un paradigma de atención con fuerte anclaje comunitario, la incorporación de las TICs se presenta como dinamizador u obstaculizador del proceso de desmanicomialización? ¿Puede la tele asistencia o teleconsulta generar un mayor acceso de los usuarios a la atención en salud mental? ¿Cuáles son las brechas económicas y simbólicas que deben sortearse para generar iniciativas en este sentido? ¿Cuáles son las implicancias del uso de las TICs en términos de privacidad y confidencialidad de la atención? ¿Cuál es el impacto de la incorporación de las TICs para la practica laboral de los profesionales? Estos son solo algunos de los interrogantes que es pertinente y necesario abordar, despojándonos de miradas dicotómicas en torno a la incorporación de las TICs en el campo de la salud mental, es decir, analizando estos fenómenos con perspectiva critica, rigurosidad académica y compromiso ético-político, para poder generar iniciativas que contribuyan a un mejor y mayor acceso de la población a la atención en salud mental.

Reflexiones finales

A lo largo de la ponencia se han detallado aristas y espacios de intervención desde los cuales la comunicación puede contribuir al proceso de desmanicomialización, a partir de su doble juego de proceso y estrategia. Introducir una perspectiva comunicacional al proceso de desmanicomialización nos permite dar inteligibilidad a espacios de intervención que se despliegan desde lo micro hacia lo macro. Brindar información, construir instancias de dialogo y debate, y disputar sentidos hacia el interior del campo de la salud, pero también hacia el grueso de la sociedad,

instalando en la agenda (pública, social y mediática) la salud mental desde una perspectiva de derechos, son tareas insoslayables donde nuestro campo puede brindar grandes aportes.

El escenario contemporáneo nos obliga, además, a interrogarnos sobre la incorporación de las TICs en el campo de la salud en general y la salud mental en particular. La exploración e indagación sobre estas iniciativas es fundamental. En este sentido considero que es prioritario poder avanzar en un estado del arte que sistematice

las experiencias y la producción académica vinculada a la teleconsulta y teleasistencia en el campo de la salud mental. Además, creo que es necesario avanzar en investigaciones que exploren experiencias de teleconsulta y teleasistencia desde la perspectiva de los profesionales, con el objetivo de conocer los límites y potencialidades de la incorporación de las TICs desde la mirada de los trabajadores de la salud mental, para posteriormente avanzar sobre estudios que se complementen con las opiniones, apreciaciones y experiencias de los usuarios.

Son múltiples las dificultades aun pendientes para la plena implementación de la LNSM, y en ese marco de saldos y avances, se presentan nuevos escenarios y desafíos para la atención en salud mental. En este camino, revitalizar la dimensión estratégica de la comunicación en el ámbito de las políticas públicas y jerarquizar el rol del comunicador en el campo de la salud mental, puede permitir alianzas estratégicas con un horizonte de transformación social.

Bibliografía

- Antelo Victoria; Mendes Diz Ana María, Schwarz Patricia y Petracci Mónica (2017) "La relación medico paciente en la indagación académica contemporánea" En Comunicación y Salud. Las relaciones entre médicos y pacientes en la Modernidad Tardía. Mónica Petracci, Patricia Schwarz y Paula Gabriela Rodríguez Zoya. Editorial Teseo. Pág. 69-104.
- Araujo, I. S. y Cuberli, M. Comunicación y Salud (2015): "Un campo en permanente movimiento" In: Cesar Bolaño; Delia Covi Druetta;

- Gustavo Cimadevilla. (Org.). La contribución de América Latina al campo de la comunicación - Historia, enfoques teóricos, epistemológicos y tendencias de la investigación. 1ed. Buenos Aires: Editorial Prometeo, v. 1, p. 338-390.
- Barbero, Jesús Martín (2003): De los medios a las mediaciones. Convenio Andrés Bello, Bogotá. Quinta edición.
- Beltrán, Luis Ramiro (1998): COMUNICACIÓN PARA LA SALUD DEL PUEBLO: Una revisión de conceptos básicos. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
- Bunge E, López PL, Mandil J, Gomar M y Borgialli R. (2009) Actitudes de los Terapeutas Argentinos hacia la Incorporación de Nuevas Tecnologías en Psicoterapia. En Revista Argentina de Clínica Psicológica
- Bruno, Daniela (2012): "Comunicación y políticas públicas en la Argentina Pos neoliberal. Propuestas para una práctica profesional políticamente situada" en Revista Question. Volumen 1- N° 34, pp. 14-22.
- Honorable Congreso de la Nación (2010). Ley Nacional de Salud Mental, Ley N° 26.657, 25 de noviembre.
- Lois, Ianina (2013) "Notas sobre las perspectivas, límites y desafíos de la comunicación y salud" X Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinaria en Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani (FCS/UBA). Buenos Aires.
- Lopez Liliana y Petracci Mónica (2018) "Sacudir lo que sabemos: salud pública, hipótesis del inconsciente y comunicación" En Comunicación y salud. La Investigación en el proceso de políticas públicas. Mónica Petracci y Paula Gabriela Rodríguez Zoya. Editorial Teseo. Pág. 53-75
- Massoni, Sandra (2000): "Estrategias de comunicación: tiempo de investigarnos vivos" en Comunicación y sociedad (DECS, Universidad de Guadalajara), núm. 37, enero-junio 2000, pp. 87-109
- Schwarz Patricia (2017) "Mediaciones posmodernas: la atención online de la salud" En Comunicación y Salud. Las relaciones entre médicos y pacientes en la Modernidad Tardía. Monica Petracci, Patricia Schwarz y Paula Gabriela Rodríguez Zoya. Editorial Teseo. Pág. 69-104.

DESENCADENADOS: INTERDISCIPLINA EN CONTEXTO DE EMERGENCIA

Laura Cecilia Martínez Didolich, Valentina Lavado Polo, Pablo José Lorenzo, Juan Manuel Ojeda Mariniers, María Anahí Rivas, Marina Mabel Rivas y Luciana Daniela Vallejo

Introducción

El presente escrito propone abordar algunas reflexiones en torno a los temas críticos del modelo de atención en el Dispositivo de Consultorios Externos en el marco de la pandemia “COVID 19”. Nos proponemos caracterizar el dispositivo, identificar las prácticas realizadas, describir a la población que recibimos, desarrollar las tensiones emergentes en la práctica, y reflexionar sobre los padecimientos singulares y colectivos en torno al modelo de atención y su adecuación. Para ello trazaremos un eje temporal, un “antes” y un “durante”, para pensar un “después”, en relación a la presentación abrupta y disruptiva de la pandemia.

Durante estos meses, asistimos a una transformación respecto a lo que entendemos tradicionalmente por “modelo de atención”, y aunque quizás esta “adecuación” constituye una modalidad transitoria, no sustitutiva, consideramos valioso interrogarnos sobre nuestra práctica, los bordes que la contienen y ponen en tensión. Para quienes formamos parte de Consultorios Externos, nuestra labor actualmente constituye una práctica cotidiana que es a la vez dificultad y condición de posibilidad,

en tanto que el desafío de continuar con la atención exige pensar nuevos modos de enfrentar creativamente nuestra tarea; un posicionamiento teórico, que es eminentemente político.

Complejidad

Consideramos al campo de la Salud Mental como complejo, ya que en su tejido constitutivo se integra, a través de la participación de múltiples actores, una perspectiva interdisciplinaria, intersectorial e interinstitucional. Este conjunto complejo es escenario de tensiones, por lo que la comprensión desde la perspectiva de los Sistemas Complejos nos ofrece la posibilidad de aproximarnos a un tejido de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados, al presentarnos la paradoja de lo uno y lo múltiple (Morín, 1997). La complejidad se presenta asociada con la imposibilidad de considerar aspectos particulares de un fenómeno, proceso o situación a partir de una disciplina específica (García, 2006).

Este posicionamiento respecto al campo de la Salud Mental, como espacio social estructurado, complejo y multidimensional, nos orienta respecto al lugar y las condiciones en la que se encuentran los dispositivos de atención, lxs profesionales y lxs consultantes. Se trata de una realidad en la cual se hace evidente un profundo deterioro de los servicios públicos estatales, en especial de una estructura sanitaria mínima, fragmentada y desarticulada.

Al respecto, Galende (1997) señala que el sector de la atención pública, se limita a una cobertura de lo imprescindible. Las prestaciones en sus servicios de salud mental dirigida hacia los sectores más empobrecidos de la población, se orientan progresivamente a paliar los efectos de la exclusión social (desempleo, marginalidad, migraciones, etc.) y a la contención y apaciguamiento social.

Dicho escenario constituye el trasfondo sobre el cual se presenta la pandemia de COVID19, profundizando aún más el deterioro y las desigualdades materiales que impactan también en el orden simbólico.

“El acto de reflexionar sobre la práctica e interpelar estereotipos, demarca la dicotomía usuario vs. profesional/efector y reubica el tema de

las prácticas en salud mental comunitaria en un espacio complejo que incluye lo multidimensional”. (Stolkiner *et al.*, 2003; Faraone *et al.*, 2011).

Sobre consultorios externos

Una breve reseña descriptiva del funcionamiento del servicio en los tiempos previos a la pandemia por COVID19.

El dispositivo de Consultorios Externos es uno de los servicios ambulatorios que forma parte del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”. El mismo brinda atención ambulatoria a los consultantes de lunes a viernes de 8 a 20 horas, a través de turnos programados semanales con profesionales de distintas disciplinas: psicología, psiquiatría y trabajo social, además de residentes de esas disciplinas se suman las de enfermería y terapia ocupacional. El abordaje de la demanda es interdisciplinario, llevándose a cabo entrevistas conjuntas en muchas oportunidades. Así es que en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones (2010), se ha procurado el sostenimiento de un abordaje integral con perspectiva de derechos, consolidando aún más el trabajo interdisciplinario e intersectorial. De este modo se ha intentado adecuar las prácticas en pos de dar respuestas, asistir, acompañar y alojar a las personas, en un escenario de incertidumbre e intemperie, del cual no estamos excluidos.

El personal se divide en dos turnos de seis horas, y a la fecha (agosto 2020) cuenta con veinticuatro profesionales contratados realizando tarea asistencial presencial, de los cuales cuatro cumplen horas en otros dispositivos y seis están de licencia desde el inicio del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio.

Las personas en tratamiento, acceden derivadas de otros dispositivos del mismo Hospital, ya sea Atención a la Demanda Espontánea, Guardia, Internación u Hospital de Día. Al momento, acompaña el tratamiento de más de cuatrocientos consultantes. En promedio cada profesional tiene en agenda diez turnos otorgados por día, de entre treinta y cuarenta y cinco minutos dependiendo la disciplina.

A diferencia de otras instituciones, se ha procurado el sostenimiento de los tratamientos incluidos en el dispositivo. El contexto de cuarentena

puso de relieve la vulnerabilidad de la población que concurre al hospital, en aspectos tales como la accesibilidad a la salud y a la cobertura de las necesidades básicas. La articulación interinstitucional, históricamente artesanal, se vio interrumpida por la dificultad para continuar o iniciar actividades que estaban pautadas en el periodo marzo-abril debido a la discontinuidad del trabajo de los efectores de la precaria red existente (búsqueda laboral, actividades formativas y recreativas, interconsultas con especialidades clínicas).

Debido a diversos factores, como las dificultades para viajar, comorbilidades clínicas en nuestros pacientes o convivientes (población de riesgo), falta de recursos tecnológicos como teléfonos celulares y acceso a internet, entre otros; a los objetivos del tratamiento iniciales, debieron articularse nuevos objetivos de corto plazo orientados a dar respuesta a las necesidades básicas, y más inmediatas de la población con la que trabajamos.

Las intervenciones implementadas por parte de los autores, dan cuenta de una perspectiva integral de la salud. La atención no se limitó al expendio de medicación ya que cada paciente fue convocado y evaluado por el equipo en pos de analizar la situación de cada sujeto y rearmar nuevas coordenadas de objetivos terapéuticos acordes a las necesidades.

Trauma social que pone en cuestión o trauma social, ¿qué pone en cuestión?

La pandemia llegó de forma precipitada y abrupta, colisionando con las particularidades de las diferentes realidades y ahondando las dificultades que en las últimas décadas fue delineando la ruptura del entramado social.

El cumplimiento de la resolución que implementó el aislamiento social obligatorio en el territorio nacional puso de relieve, una vez más, las deficiencias del sistema público de salud para alojar la demanda de la población. Al interior de las instituciones, los trabajadores de la salud padecemos el cimbronazo que implicó el forzoso cambio de coordenadas producido por la instauración de protocolos ad hoc, que modificaron el encuadre de los tratamientos en el Dispositivo al que pertenecemos.

Tal como afirma Carballada, “la realidad del Covid-19 no es sólo la sumatoria de contagiados, curados y muertos, sino algo mucho más complejo, si lo pensamos desde la accesibilidad o los imaginarios sociales”. (Alfredo Carballada, 2020).

La pérdida de referencias simbólicas, propias de un acontecimiento pandémico tiene efectos no sólo en la subjetividad de los usuarios, sino que implica un desafío permanente a los profesionales de salud mental: estar a la altura, obligándonos a repensar nuestras prácticas.

S. Freud sitúa diferentes fuentes del malestar: la naturaleza, el propio cuerpo y lo social. En este sentido, tanto los sujetos que acompañamos como las instituciones donde trabajamos, y debemos agregar nuestra propia subjetividad, están determinados por las coordenadas de la época.

En el marco de las sucesivas políticas neoliberales aplicadas en nuestra región, se puso en tensión el rol del Estado como garante sobre el derecho a la salud. El campo de la salud no es ajeno a las sucesivas crisis socioeconómicas, cuyas consecuencias impactan en las condiciones materiales y simbólicas de nuestra realidad social: precarización laboral, aumento del desempleo, pobreza, indigencia, pérdida de espacios de socialización, incertidumbre respecto al futuro, etc. Condiciones que en gran medida definen los modos de “inclusión/exclusión”.

Este proceso tuvo las características de un traumatismo a nivel social, por la particular violencia con la que fue ejecutado. No es casualidad que estemos alojando a las y los herederos de la década de 1990, hijos de la generación que atravesó la década del 70.

Las instituciones de nuestro sistema de salud, erigidas en un momento histórico atravesado por las necesidades de la modernidad, que en nuestro país aparece respondiendo a una urgencia social de una salud para los trabajadores, aún en la actualidad, corresponden al modelo pensado desde el Sanitarismo.

Coincidimos con Carrillo en afirmar que “...la condición social, constituida por el régimen de trabajo y las formas diversas de existencia, determinan índices de morbilidad y de mortalidad también diversos”; reflexionamos respecto al rol de los efectores de salud, y su responsabilidad en torno a poner en discusión si el sujeto emergente de una sociedad

que viene atravesando los embates de un modelo económico acorde a la era global, es aquel para el que fue ideado el modelo de atención.

Si el sujeto, en términos de I. Lewcovicz, es el envés de las condiciones histórico sociales de producción de subjetividad, cabe preguntarse a qué sujeto estamos asistiendo y con qué dispositivos. Nuestras instituciones de Salud, ¿responden al sujeto de la época, o constituyen las intervenciones un forzamiento de un sujeto a la adaptación a una ortopedia diseñada para Otro que no existe?

¿Qué significan los modos de habitar la institución, hace tiempo vigentes, que parecen no responder a una lógica de tratamiento? ¿Qué persiste más allá de la demanda de tratamiento que sostiene devenires erráticos de sujetos que no se curan de lo que demandan, pero hacen del hospital su centro de vida?

El embate de la naturaleza que marca la coyuntura de los últimos meses ha acentuado la necesidad de preguntarnos sobre cuál es el sujeto con el que trabajamos y a qué determinantes estamos sujetos en nuestro ejercicio.

Si es posible ubicar dos de las fuentes del sufrimiento freudianas en esta coyuntura, tal vez, sin forzar demasiado el razonamiento, se podría situar el malestar en el cuerpo institucional. Trabajar en salud, en este contexto, duele. No sólo por el impacto de las políticas neoliberales, ampliamente comentadas en gran cantidad de trabajos.

La “situación de pandemia”, pone al descubierto las limitadas posibilidades de dar una respuesta integral a las necesidades de un sujeto difícil de situar. En parte porque el contexto actual agrava las dificultades para encontrar referencias en nuestra práctica cotidiana. La imprevisibilidad de las condiciones en las que se llevará a cabo el trabajo impide, en ocasiones, proyectar nuestro estar en la institución al día siguiente. Qué hacemos y desde qué lugar lo hacemos, ha dejado de ser un interrogante posible de contestar por estos días.

Algunas palabras finales.

Nos preguntamos si la misma denominación de los Dispositivos del Hospital, no está demodé si se tiene en cuenta cuáles son las

características de los pacientes que llegan a demandar tratamiento. Nos proponemos repensar la nominación “consultorios externos” al detenemos en la palabra “externos”, sugiere que hay algo interno y algo externo; define espacios, invitándonos a pensar cuál es el límite de la institución. ¿Es posible pensar en el sentido planteado una discontinuidad espacial “interno-externo”? o ¿Será necesario plantear una continuidad topológica, entendiendo la institución determinada por las mismas condiciones que los sujetos que atiende? Plantear esta pregunta no es ocioso en la medida en que tiene consecuencias clínicas cruciales, porque cuestiona la noción de neutralidad en la clínica que se realiza en las instituciones.

¿Cuál es el “Tratamiento” que esperan nuestros pacientes? ¿A qué se refieren cuando afirman que siguen yendo por la manera en que “se los trata”?

Los autores de este trabajo consideramos que la Interdisciplina es la respuesta posible para abordar las problemáticas de nuestros pacientes. El paradigma de la complejidad nos aporta coordenadas muy valiosas para tolerar la ausencia de soluciones unívocas y extrapolables a cada consultante. Se nos presenta la “urgencia” de intentar producir algo distinto. El pensar una salud mental a la altura de las circunstancias delineadas por las modificaciones sociales es, sin dudas, una posición política. Será menester, la planificación de un sistema comunitario. Una tarea que implique “ser parte” en el zurcido del entramado social.

A su vez, el contexto de pandemia funciona como un espejo bimodal: si bien nos muestra las carencias, lo no posible y lo no articulado, al mismo tiempo nos interpela a dar algún tipo de respuesta creativa como efectores de salud.

El “durante” nos incomoda al reconocer aspectos del “antes” ya obsoletos, porque implica pensar nuestra praxis en el “después”.

La crisis de las condiciones que sostenían el lazo social en nuestra cultura, afectando a sujetos e instituciones. Descomposición de un entramado de sentido que contenía subjetividades y cuerpos. Una coyuntura que requiere de la distancia para garantizar la vida. Pese a estas condiciones algo insiste, en las personas que escuchamos y en nosotros mismos. Estar con el otro, pequeño a secas; encuentro a veces torpe, a veces violento, desgarrado, pero indispensable para ser humanos.

Frente a esta pulsión no hay adentro y afuera, no hay excluidos, no existe el "externos".

En los momentos más críticos, el contacto se impuso como una necesidad básica. Las soledades sin referencias de los inicios de la pandemia, debieron arreglárselas con esto. Las calles vacías, los viajes en soledad, el silencio insoportable de la ausencia del cotidiano; se tradujo en encuentros virtuales, en discusiones clínicas a deshoras, en consolidación de vínculos de amistad con compañeros, para luego constituirse en una comunidad de pensamiento y trabajo sobre nuestro lugar y el de nuestra clínica. Tal vez sea posible pensar, junto con Jorge Alemán, en el concepto de Soledad: Común, como un orientador que nos ubique en la complejidad de nuestra tarea, permitiéndonos ubicar nuestras singularidades en un nuevo lazo que se sostenga en la construcción colectiva.

Bibliografía

- Carballeda Alfredo (2020) Apuntes sobre la intervención del Trabajo Social en tiempos de Pandemia de Covid-19 - Revista Margen abril 2020 <https://www.margen.org/pandemia/textos/carballeda2020.pdf>.
- Carrillo Ramón (1948) Política sanitaria argentina - Disertación realizada en la Liga por los Derechos del Trabajador el 29 de julio de 1948 <https://www.ospat.com.ar/blog/salud/ramon-carrillo-politica-sanitaria-argeCarb>
- Faraone, S.; Geller, Y.; Méndez, M. J.; Rosendo, E.; Torricelli, F. y Valero, A. (2011). Accesibilidad y derechos humanos en salud mental. Análisis de los procesos de atención en efectores generales de salud desde una perspectiva alternativa y sustitutiva de los modelos asilares: el caso de las provincias de Santa Fe y Tierra del Fuego. Salud Investiga, Ministerio de Salud.
- Freud, S. (1930). "El malestar en la cultura". En Obras Completas. Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Galende, Emiliano (1997) De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1998

García, R. (2006) *Sistemas complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*. Gedisa Editorial. Argentina.

Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental (2010).

Morín, Edgar. (1997) *“Introducción al pensamiento complejo”*. Barcelona: Editorial Gedisa

¿DETECTAR QUÉ EN QUIÉN? LA DIMENSIÓN SUBJETIVA EN UN OPERATIVO DE SALUD

María Sol Conti, Verónica Laplace y María Soledad Pintos

Introducción

El contexto de emergencia sanitaria debido a la pandemia por el COVID-19 nos ha impulsado a reorganizar los modos habituales de atención, a reforzar prácticas de acompañamiento a los equipos de salud, y a crear nuevas maneras de dar respuestas a la población. En este marco, se dispuso la inclusión del equipo de Salud mental en los operativos DETeCTar, llamados también “casa por casa”, para realizar intervenciones que acompañen la estrategia epidemiológica y a su vez propicien espacios de cuidado, privilegiando la escucha y recuperando la voz de aquellos sectores históricamente postergados.

El presente trabajo intentará ofrecer un relato de esta experiencia y una elaboración desde una perspectiva biopolítica y el enfoque de derechos, en tanto herramientas conceptuales que nos han acompañado en la construcción de las prácticas.

¿Detectar? ¿Qué? ¿A quién?

A principios de mayo, el Ministerio de Salud de la Nación crea el dispositivo DETeCTAr (Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en

Terreno de Argentina) que acerca los equipos de salud a los barrios populares del área metropolitana de Buenos Aires, para evaluar el estado general de la población ante el avance del COVID-19.

En épocas de distanciamiento físico, este acercamiento del Estado a la población adquiere una importancia fundamental ligada al cuidado de las personas, particularmente de aquellas que por vivir en condiciones de mayor vulnerabilidad se encuentran más expuestas a contraer esta enfermedad y con menos recursos para afrontarla.

En este marco, sabiendo la preeminencia que el operativo otorga a lo biológico, desde la Dirección de Salud mental Lanús se propuso la inclusión del equipo de SM en los operativos “casa por casa” para realizar intervenciones que pongan de relieve a los sujetos y sus padecimientos, y que remarcando la importancia de lo colectivo no pierda de vista las singularidades. Es allí que como trabajadorxs de salud mental hacemos presencia para dar lugar a la dimensión subjetiva.

¿Detectar a quien? ¿Detectar de qué modo? ¿Que puede detectar un equipo de salud mental? La detección de qué. El equipo de salud mental reformula la pregunta: Detectar qué en quién.

Los comienzos de la experiencia

Desde la preparación del equipo que se acerca al barrio donde se instala un tráiler en el que se realizarán los testeos a las personas que presenten síntomas, los integrantes del equipo de salud se visten con un traje de protección personal para prevenir el contagio de los trabajadores, compuesto por una bata, barbijo, guantes, cofia y máscara, transformando su apariencia al punto que solo deja verse los ojos cuando no se empaña. La presentación puede ser impactante para el vecino que recibe en la mañana a un grupo de personas que se acercan a su casa y comienzan a preguntarle sobre su estado de salud, síntomas, contacto con personas contagiadas, quizás sea vacunado contra la gripe y reciba folletos con pautas de alerta y teléfonos de contacto para solicitar asistencia en caso de precisarlos.

Rápidamente pudimos ver que lo prioritario era poder poner una pausa, detenernos a pensar cómo estamos presentándonos, de qué modo

iniciábamos las conversaciones y nos dirigíamos a quien tímidamente abría las puertas de su casa. Esta presentación es un primer acercamiento que rompe con la distancia e indiferenciación que provoca el EPP. Trabajamos así junto a los integrantes del grupo que a cada uno y cada una le tocaba para sugerir modos más cercanos, más cálidos para dialogar con las familias.

Luego de conocer la situación de cada hogar y el estado de salud de sus integrantes, nos permitimos preguntar sobre cómo venían llevando anímicamente el aislamiento, a qué le dedicaban su tiempo y ahí surgen las historias singulares de cada quien. Conocer “quién” se encuentra allí, cómo se siente y desplegar una pregunta dirigida a un sujeto de la palabra que tiene algo para decir de sí fue transformándose en el objeto de nuestra presencia. Siguiendo las ideas de Emiliano Galende (2015):

El respeto hacia este otro consiste en reconocerlo como partícipe de un diálogo en igualdad de condiciones en cuanto al valor inicial de la palabra, aceptando que tiene algo significativo que decir, algo que tiene valor, al menos hasta que vayamos entendiendo en común sobre el significado que pone en juego (p. 84).

De los discursos en disputa a los discursos en disposición

El discurso médico hegemónico ha asumido las riendas en el discurso político. Las recomendaciones de la infectología como especialidad médica se constituyó como el saber sobre el virus ocupando las plazas de la comunicación formal e informal, abonando así una terminología médica en el lenguaje corriente. Lo acompaña luego el discurso epidemiológico dividiendo a las personas en casos negativos, sospechosos o positivos. Los medios de comunicación muestran cifras, tablas, estadísticas a toda hora. Nos acostumbramos a usar un lenguaje técnico, que pone distancia y que tiene carácter universal. Desde el campo de la salud mental sabemos que lo universal excluye lo particular. El “Operativo Detectar” también es ideado y lanzado al campo desde el discurso médico; como allí su nombre lo indica la detección de casos es el objetivo.

La detección de qué. Detectar qué en quién. El discurso medicalizante tiende a la cosificación de su objeto, mientras que el discurso de la salud mental se propone la subjetivación de las prácticas. Es una apuesta proponer un discurso en el terreno de la epidemiología que apunte a lo singular y que sepa diferenciar entre casos y sujetos, entre enfermedad y padecimiento.

La experiencia muestra que ningún discurso es rígido, que está habitado por el lenguaje vivo y que las personas son sensibles al afecto que enlaza las palabras. En una ocasión, una promotora pregunta: “¿Me podés dar un consejo para saber cómo dirigirme a la gente?” expresó así su preocupación por no transmitir miedo a las personas.

Fue entonces como la propuesta de diálogo de los trabajadores de salud mental fue contagiándose al grupo en general, observándose intereses comunes, intercambios y enriquecimientos.

Biopolítica, cuidado y Subjetividad

La biopolítica como intervención del Estado en la salud de las poblaciones puede portar algún rasgo deseable cuando se articula con la concepción de cuidado. Entonces, no se trata de temer a toda biopolítica, dado que hay sobradas razones para pensar que para conservar la vida de las personas en las grandes urbes es necesario un Estado que se haga presente, comande y organice las acciones de cuidado de la salud de su pueblo. Porque una buena política pública es una de las pocas chances que tenemos de disminuir los efectos graves que puede tener esta pandemia. En tanto estrategia biopolítica, el operativo se piensa como un igual para todos, un cuestionario y repetidas preguntas; salud mental viene a registrar algo de las diferencias, porque es la diferencia la que nos constituye como sujetos. Hay sujetos cautelosos, desconfiados y temerosos ante nuestra presencia en la puerta de sus casas, pero hay otros sonrientes, afables y locuaces. Hay sujetos niños, adultos y hay sujetos que en pocos minutos se transforman en familias que participan del intercambio.

Ir al rescate de las subjetividades en riesgo implica poner un paréntesis a las estrategias normalizadoras y homogeneizantes que un dispositivo

de corte biopolítico impone, por medio de pausas a la numeración de preguntas que involucran cantidades, síntomas y todo aquello que puede ser necesario pero que excluye la dimensión subjetiva. Nuestro aporte más fundamental se encuentra en recuperar la dimensión subjetiva que el sesgo biologicista vela.

En base a esto, brindar un trato respetuoso basado en la empatía y el reconocimiento de aquel que se entrevista es una clave. Entendiendo que pueden presentarse resistencias a responder una serie de preguntas que intentan constituir el “caso sospechoso”, y en tanto tal, sonar culpabilizantes; nuestra función podría ser trabajar sobre esas resistencias instaurando modos más amables, ofreciendo tiempo e interés sobre quiénes son y qué sienten. Porque, en definitiva, un equipo de salud mental porta la necesaria y elemental tarea de garantizar los derechos de todas las personas.

Derechos individuales y colectivos

Podríamos ubicar el ejercicio de derechos como el “Derecho a la Salud, en lo individual y lo colectivo”. Sin embargo, existen derechos sociales vinculados a las condiciones materiales que determinan la calidad de vida de las personas y sus posibilidades de afrontamiento de la crisis actual, que en los sectores populares se evidencia como una deuda pública.

Dentro del gran paraguas de los derechos humanos, también existen los derechos del paciente. Ellos están vinculados al derecho a la asistencia, al trato digno y respetuoso, la confidencialidad y la intimidad, a recibir información sanitaria y a la autonomía de la voluntad para aceptar o rechazar prácticas médicas. Esto constituye un enorme desafío para este dispositivo de salud. ¿Cómo abordar de manera comunitaria, casa por casa, logrando la colaboración de cada vecino en su aceptación de responder a las preguntas realizadas y admitiendo la presencia de síntomas para luego ser evaluado, sin que ello menoscabe sus derechos?

Este ha sido una variable presente en los integrantes de salud mental que han contribuido para que el abordaje sea lo más respetuoso posible,

y que ha justificado la necesidad de su aporte. Atentos a los efectos estigmatizantes que puede tener el ser doblemente señalado como “barrio popular” y con “casos de Covid”, o bien en la mirada del vecino que puede manifestar rechazo, enmascarando el miedo.

Hemos encontrado en este recorrido, que ante algunos prejuicios vinculados a la vulnerabilidad social y el hacinamiento, las personas nos han demostrado un gran valor humano, de cuidado entre sí, conciencia de los riesgos y sensibilidad frente al padecimiento, así como muestras de agradecimiento y afecto representadas en algunos obsequios: recetas de cocina, pomelos del árbol familiar y deliciosos alfajorcitos caseros.

Conclusiones

La transmisión de esta experiencia resulta para nosotras una gran apuesta, no sólo por lo que implica hacer letra escrita de uno de los dispositivos sanitarios más novedosos que nos ha tocado recorrer, sino también porque se trata de poder dar cuenta de lo que un equipo de salud mental puede aportar en el marco de una estrategia sumamente necesaria pero con un gran sesgo biologicista.

En eso andamos, y en ese andar algunas insignias de nuestro campo se sostienen: el rescate de las singularidades, la puesta en primer plano de las subjetividades en riesgo y la revalorización de los lazos.

Pero quizás lo más significativo sea la convicción de que lo singular y lo colectivo son dos caras de una misma moneda, en cuanto no es posible afrontar esta pandemia, y sus exigencias inapelables de distanciamiento físico, sino es apostando a la visibilización de los sufrimientos singulares y a lo colectivo como estrategia para alojarlos sin patologizar ni individualizar.

Desde el enfoque comunitario la lógica no es otra que la del cuidado colectivo y solidario, por ello compartimos que “en tiempos de incertidumbre y desesperanza...gestar proyectos colectivos desde donde planificar la esperanza junto a otros” es la única salida.

Bibliografía

- De La Aldea, E. (2019). *Cuidado en tiempos de descuido*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad: la voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Galende, E. (2015). *El conocimiento y prácticas de salud mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

DISPOSITIVO DE INCLUSIÓN SOCIAL PARA MUJERES CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS EN TIEMPOS DE CUARENTENA⁴

Mariana Casal, Laura Damonte, María Florencia Garrido Pagnotta, María Emilia Herrero, Ingrid Jesica Kleiner y Catalina Sala

Introducción

Actualmente se advierte a nivel mundial que del total de los consumidores de sustancias psicoactivas, las mujeres representan un porcentaje significativo, situación que aún no se observa en la planificación y oferta de programas de salud. Esto resulta aún más crítico cuando se presenta acompañado por la condición de embarazo y/o tenencia de hijes a cargo.

Muestra de lo antedicho se refleja en el Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas de 2017 donde no se registraron jefas de hogar con hijes que realicen tratamiento. De las mujeres que acceden al mismo el 17,6% no son jefas de hogar y el 79,8% son jefas de hogar, pero sin niñes a cargo.

En el informe de Maffia, Colace y Lerena (2011) se indica que se pueden obtener mejores resultados respecto a los problemas psicológicos y sociales en programas específicos para mujeres que en los mixtos y que el éxito de un programa de recuperación para las mujeres consiste en que tenga en cuenta sus necesidades y características (Maffia, et al., 2011,

4 Ponencia con posibilidad de ser presentada en el 3er Congreso Argentino de Abordaje interdisciplinario de los Consumos Problemáticos. AASM. Octubre 2020

pp. 30-31). Esta población padece una doble estigmatización derivada de la confluencia de pertenecer a dos categorías: Mujeres y Adictas. Sumando a que el entorno familiar suele silenciar o negar el problema.

Esta situación hace que las mujeres generalmente retarden la solicitud de ayuda hasta el momento en que las consecuencias sobre su salud física y/o mental o en su vida familiar, social, o laboral, se vuelven insostenibles.

Accesibilidad a un tratamiento y la posible Permanencia-Adhesión

La literatura confluye en que el rol de la mujer dentro de la familia puede condicionar el acceso a los programas asistenciales, ya sea porque no se quiere abandonar las responsabilidades del hogar o con los hijos, porque se teme que hacer pública su adicción suponga la retirada de la custodia de los mismos, o porque falta una red de contención que posibilite su cuidado mientras se cumple el proceso del tratamiento.

Las políticas y prácticas existentes a nivel de los servicios o programas presentan obstáculos estructurales al acceso de la mujer al tratamiento. Particularmente importantes en este sentido son la falta de recursos para el cuidado de los hijos, los enfoques punitivos del consumo de sustancias para las embarazadas, la ubicación y el costo de los programas, sus horarios y criterios de admisión rígidos, los problemas de seguridad y la falta de conocimientos acerca de las opciones de tratamiento disponibles.

Como se viene sosteniendo la mujer es estigmatizada por su consumo, fuera y dentro de la población de consumidores de sustancias, es vista como prostituta, mala persona, viciosa, mala madre, entre otros calificativos peyorativos, que la excluyen del Sistema de Salud dejándola en una grave situación de vulnerabilidad psicosocial, cultural, económica y política.

Las estadísticas visibilizan la existencia de diferencias de género en las posibilidades de realizar consultas. En la publicación Consumo invisible⁵: las mujeres piden más ayuda para otros que para sí mismas, realizada por SEDRONAR se arrojaron los siguientes resultados: durante

⁵ Nota disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/consumo-invisibilizado-las-mujeres-piden-mas-ayuda-para-otros-que-para-si-mismas>

el tercer trimestre de 2019 los llamados a la línea 141 reflejan que el 67% son consultas realizadas por mujeres, la mayoría de forma indirecta - ayuda para otro - y sólo aproximadamente el 5% son pedidos directos.

Maternidades

La maternidad es pensada como un acontecimiento biopsicosocial. Oiberman (2013) la define como “una crisis evolutiva y vital que afecta a todo el grupo familiar. La mujer la atraviesa en función de su historia, la estructura de su personalidad, su situación presente (conyugal, familiar y social), las características comportamentales de su bebé y la ubicación de ese niño en el encadenamiento histórico de su familia” (Oiberman, A, 2013, pp 17).

Winnicott y Stern describen cambios psíquicos en estas mujeres que se convierten en madres, como ser la constelación maternal o la preocupación materna primaria. Conceptualmente se diferencia la maternidad desde el punto de vista biológico y desde el punto de vista funcional. Este último sería el *maternaje*: “proceso psicoafectivo que acontece o no en la mujer cuando tiene al niño” (Oiberman, 2013). Si acontece estaríamos del lado de una mujer venida en madre. Estas mujeres convertidas en madres están psíquicamente vulnerables pero cuentan con las capacidades para atender a los cuidados de un recién llegado. Sin embargo cuando de consumo de sustancias se habla, se invisibiliza la vulnerabilidad de la mujer venida en madre y pasa a ser nominada como adicta, culpable e irresponsable, un objeto a quien controlar en función de ese bebé que la necesita y deja de ser vista como alguien que también necesita ayuda.

Un dispositivo posible con enfoque de género

La creación de un dispositivo con perspectiva de género dentro de un hospital general de agudos se corresponde con el espíritu de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, que tiene el objetivo de que se asegure el derecho a la protección de la Salud Mental y el pleno goce de los

derechos humanos de aquellas con padecimiento mental, visibilizando en su artículo N°4 que la problemática de las adicciones tiene que ser abordada como parte de las políticas de Salud Mental preservando todos los derechos y garantías en relación a los servicios de salud. Entendiendo a la Salud Mental como un proceso con componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos.

Desde este marco conceptual surgió la creación en el año 2018 de un Dispositivo de Inclusión Social para Mujeres con consumo problemático de sustancias junto a sus hijes.

El Hospital Durand ya tenía una historia de atención y cuidados que comenzó en el año 2016 para esta población.⁶ La mirada del equipo estaba puesta en el seguimiento del desarrollo de les bebés. Para darle una continuidad de cuidados integrales a la mujer y a sus hijes era necesario brindar una oferta de tratamiento por Salud Mental post alta para ellas.

Así comienza el intento de un Grupo Terapéutico Ambulatorio y de frecuencia semanal, donde concurrían las mujeres parturientas dadas de alta de Obstetricia y Neonatología junto a sus bebés.

Para armar el dispositivo, surge el interrogante por los recursos profesionales, el espacio, el tiempo, la idea de qué subjetividades allí se alojarían y se producirían.

Se contaba con el apoyo del Servicio de Salud Mental (SSM) y de Dirección del Hospital, y desde el equipo con el deseo y la ética de que estas personas existen y tienen que ser visibilizadas.

A medida que se realizaban los encuentros insistía en nosotras la pregunta sobre el disfrute de la maternidad de las pacientes, dado que solamente se escuchaba lo fenomenológico de estar con el otro: cambiar los pañales, lavar y planchar la ropa, calentar mamaderas, falta de sueño, pero no surgían significantes amorosos que le dan a ese desgaste físico y emocional un lado tolerable.

Situación que decantó en interrogar sobre el lugar del juego, tanto para ellas como para sus hijes. Rodulfo, R en su texto tesis sobre el jugar, advierte que “el jugar es algo que está en juego (...) a lo largo de toda

6 Era un equipo constituido de manera AD Hoc que contaba -y cuenta- con profesionales de las siguientes áreas: Obstetricia, Neonatología, Toxicología, Salud Mental, Pediatría y Servicio Social.

nuestra vida, de distinta manera, y que no es solamente cosa de chicos” (Rodulfo, pp. 1). Sin embargo, las respuestas de ellas iban desde el silencio a un no saber jugar... y menos un saber jugar con sus hijos.

Continuando con Rodulfo, en su nota sobre el juego y su dominio el autor resalta en sintonía con Winnicott sobre la importancia del jugar como acto cultural en sí mismo. “(...) Aún en los juegos más sencillos de un bebé” (Rodulfo, 2019, pp. 3) jugando experimentamos diferentes culturas, la del amor, la de los cuidados, la del respeto, la del estudio, la del trabajo, etc.

Si estas mujeres nos dicen que no saben jugar, ¿cuáles fueron sus carencias?, ¿cómo fueron los dispositivos por los que transitaron y forjaron su subjetividad? Es que para que haya juego hay que brindar el espacio potenciador para que el mismo surja.

En contraparte nos encontramos con mujeres que conocen y padecen en carne propia los estigmas que cargan sobre la maternidad, se juzgan a sí mismas, llamándose en sentido despectivo ‘mamá luchona’, desplazamiento significativo de una madre que se gasta la AUH⁷ o el IFE⁸, en ropa para ellas. El amor se escucha como posesión: ‘es mi hijo y nadie me lo va a sacar’; ‘aunque me juzguen me pertenece’.

Llegado este punto, sumado a que les bebés dejaban de serlo, y a que las consultas para derivar pacientes ya no venían de otros efectores, se debía repensar cómo seguir.

Había que diferenciar los espacios de intimidad para respetar la privacidad de los niños y de las mujeres. La pregunta por el juego abrió en ellas la aprobación de un espacio para estar con sus hijos jugando, es decir, la apuesta por el lazo amoroso.

Los recursos profesionales eran dos, una residente de segundo año de Psiquiatría y una ex residente y actual becaria ad honorem hasta junio 2021. ¿Cómo crear y darle continuidad al espacio?, ¿Sería posible armar un espacio lúdico vincular, en el que se involucre a estas mujeres y a sus bebés e hijos?

Se dio un encuentro presencial con una psicóloga del Programa CIAC⁹ específico de adicciones. Se aprobó la articulación con el dispositivo y

7 Asignación universal por hijo.

8 Ingreso familiar de emergencia.

9 Centro de Intervención Asistencial Comunitaria.

tres psicólogas desde la DGPSA se incorporaron al proyecto. Se amplió así el equipo para seguir pensando en el jugar y el cuidar.

Por otro lado, hubo un acercamiento con dos Psicopedagogas del Servicio de Salud Mental del hospital para contarles la necesidad de diferenciar los espacios de las pacientes y el de sus hijes y trabajar sobre un proyecto de vida singular.

En resumen, se estaban gestando redes intersectoriales e interdisciplinarias para seguir existiendo como incipiente dispositivo que mira a aquellas mujeres que no quieren ser vistas y que pocos quieren ver. Nos atravesaba el concepto de red según Dabas,

“la red es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo e integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen (...)” (Dabas, 1998).

La realidad actual del Dispositivo en el Contexto de COVID-19. La virtualidad: limitaciones y posibilidades.

Con afiches y anuncios, íbamos a lanzarnos un lunes 16 de abril del corriente año y ocurrió la Pandemia: el hospital transformado, la vida, lo cotidiano trastocado, incertidumbre, dudas, postergaciones.

La atención ambulatoria prontamente fue suspendida para dar atención a la urgencia. Desde el día uno de la cuarentena sostuvimos nuestras reuniones de equipo de profesionales (vía Zoom) y el contacto con las pacientes de manera telefónica e individual para acompañarnos y acompañarlas en este contexto adverso y repensar cómo regresar a un espacio grupal en tiempos de Aislamiento Social.

Retomar un espacio grupal virtual con las pacientes presentó nuevos desafíos. Si antes por recursos económicos no podían trasladarse al hospital, ahora no había tecnología adecuada a los requisitos de las apps: celulares con poca capacidad de memoria, con la cámara rota, más la imposibilidad de conexión estable a internet o directamente ausencia de un equipo propio. Los celulares fueron apareciendo sin embargo perduró que la no accesibilidad a un tratamiento ya no era territorial sino por falta de wifi.

En plena pandemia se recibieron derivaciones, pero estaban suspendidas las admisiones por normativa Ministerial. En diálogo con el Jefe del SSM, se comprendía que el embarazo, las situaciones de violencia y consumo problemático eran urgencias. Conceptualización que habilitó a abrir admisiones de manera virtual.

¿En qué dispositivo admitirlas? Teníamos que reinventarnos junto al contexto. Se tomaron decisiones: se admitirían personas que contasen con acceso a los recursos mínimos de tecnología; nos dividiríamos en cuartetos interdisciplinarios conformados por dos profesionales y dos pacientes para acceder a la video llamada por Whatsapp; cada cuarteto acordaría su día y horario de atención respetando las normas de encuadre virtual. Siempre con la apuesta de que la tecnología nos vaya posibilitando realizar el dispositivo original adaptado a la modalidad virtual.

Conclusiones

Oportunidades de la virtualidad

La atención virtual puede ser pensada como una oportunidad para que ellas se conecten en el lugar mismo donde se encuentran evitándoles la necesidad de solicitar ayuda con frecuencia. El horario flexible puede ser potenciador de posibles concreciones de encuentros.

En el Sistema Público los horarios se imponen y no suelen adecuarse a los tiempos en que estas mujeres junto con sus hijos pueden acceder a un tratamiento; además que la escasa red con la que cuentan no suele ayudarlas para que sostengan un tratamiento.

Oferta y demanda de tratamiento

Podemos cuestionar teóricamente todo lo expuesto, preguntarnos por la demanda de tratamiento, si en adicciones hay o no demanda, si la demanda se puede construir, qué tan invertida no tiene que quedar para dar curso a un tratamiento, si para formar un grupo alcanzan tres o cuatro pacientes, si es un grupo terapéutico, etc. No son preguntas ingenuas,

cada una atraviesa nuestro incipiente recorrido, pero sostenemos que no tienen que hacernos perder el eje de la ética y concluir en que no hay tratamiento posible.

Derechos y Obligaciones

Se puede hacer mucho por la salud mental de las mujeres con consumo problemático de sustancias; todo lo que hagamos para mejorar el bienestar y el ánimo de estas mujeres venidas en madres contribuye a mejorar su propia vida, la de su familia y la salud de la generación siguiente.

Es responsabilidad de todos visibilizar estas situaciones. Los Organismos Públicos y Privados, Nacionales y Provinciales, con fines de salud y de desarrollo humano pueden seguir no mirándolas y padecer junto con ellas los efectos del abandono.

Palabras finales

Consideramos que una estrategia para abordar a la población que nos ocupa tiene que ser interdisciplinaria con miramiento hacia la salud mental y social. Estrategia acompañada de la tenacidad como herramienta para soportar y alojar el pasaje intermitente de estas mujeres en los dispositivos que se les ofrecen. Lo expresado en este escrito es muestra de un intento posible de dar tratamiento empezando por decirle a una otra, te veo y te reconozco.

No vamos a medir resultados por cantidad porque se hace necesario el factor tiempo y la continuidad de recursos. Pero sí afirmamos que en estos espacios algo se fue transformando en ellas y en nosotras y es por ello que hoy estamos acá dando testimonio.

Bibliografía

Agamben, G. (2006). *¿Qué es un dispositivo?*. Barcelona: Anagrama. 2013.
Dabas, Elina. (1998). *Redes Sociales, familias y Escuela*. Colección

- Cuestiones de Educación. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Maffia, D., Colace, P., Lerena, S. (2011). *El ocultamiento de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas*. Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones (USPPA).
- Oiberman, A. (2013). "De la matrona a la psicología perinatal". En Oiberman, A.(comp.). *Nacer y Acompañar: Abordajes clínicos de la psicología perinatal*. Buenos Aires, Lugar Editorial, pp 17-24.
- Ortiz, P., García, E., Clavero, M. (2014). Estilos de consumo de sustancias adictivas en función del género. Una aproximación desde el análisis del discurso. *Acta Sociológica*, 63.
- Rodulfo, R., (2019). El Juego y su dominio: (en línea) Disponible en <https://www.rodulfo.com/wp-content/uploads/2019/08/nota-50-ricardo-rodulfo.pdf>
- Rodulfo, R., Tesis sobre el jugar: (en línea) Disponible en https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/043_ninos_adolescentes/material/borradores_clinica/tesis_sobre_jugar.pdf
- Secretaría de políticas integrales sobre drogas de la Nación Argentina (2017). (en línea) <http://www.observatorio.gov.ar>. Recuperado en <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/20171005ZencuestaZHogaresZconZcuestionario.pdf>
- Stern, Daniel N (1997). La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos. La constelación Maternal. Buenos Aires, Paidos Iberica.
- Stolkiner, A. y Garbus, P. (2009): Ética y Prácticas en Salud Mental, en Fantin, J.C. y Fridman, P. (comp.) *Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis*, Editorial Polemos, Buenos Aires (171-186)
- Winnicott, D.W (1960). La familia y el desarrollo individual del niño. La relación inicial de una madre con su bebe, *Psicología Infantil*.

EL JUEGO Y EL HUMOR COMO APUESTA DE ALOJAMIENTO EN TIEMPOS DE PANDEMIA. UNA EXPERIENCIA DE TRABAJO EN EL DISPOSITIVO INTEGRAL DE ABORDAJE TERRITORIAL. ROSARIO.

Karina Saggal y Eliseo Vena

Dispositivo Integral de Abordaje Territorial (DIAT) Rosario

El DIAT es una institución pública estatal inserta en una red de instituciones, en la ciudad de Rosario, Santa Fe. Tiene la particularidad de estar conformada por los tres niveles del Estado, están implicadas las áreas: Salud Municipal, Provincial y Nacional, Desarrollo Social Municipal y Provincial, la Agencia de Prevención de Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones (APRECOD) y la Secretaria de Políticas Integrales sobre Drogas (SEDRONAR). Se trata de un dispositivo orientado al acceso y la restitución de derechos de adolescentes y jóvenes, respondiendo a la lógica de territorialización de la política pública.

Nos posicionamos profesional y políticamente, como institución y trabajadores, tomando como pilares la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes N° 26061 y las correspondientes leyes provinciales, así como el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos creado por la Ley Nacional N° 26934.

Sostenemos un abordaje integral que promueve una escucha singularizada que pueda generar las condiciones para que los jóvenes que estén atravesando situaciones complejas, puedan construir un trayecto

institucional propio y, a partir de ahí, un proyecto de vida. No partimos de problemáticas particulares como criterio de inclusión o exclusión en el dispositivo. Como criterio de intervención, respecto al consumo problemático nos posicionamos desde la estrategia de reducción de riesgos y daños que “[...] se orienta por el principio de que una persona que consume que eventualmente no quiere o no puede dejar de consumir- debe ser ayudada por el profesional a disminuir los riesgos que puedan estar vinculados con el consumo.” (Benedetti, E. 2015, p. 33)

Apostamos a una práctica cuya especificidad radica en poder leer y alojar los padecimientos y las manifestaciones de los jóvenes en clave subjetiva, atendiendo a la singularidad.

La propuesta institucional se centra en ofrecer un espacio alojador, cómodo, relajado para poder encontrarse con pares de una manera diferente a lo que impera en el afuera. Este poder encontrarse de otra manera, también es posible en un encuadre claro, en donde todos respetemos la palabra y el cuerpo del otro. La palabra entonces, se convierte en una herramienta fundamental para la resolución de conflictos y situaciones entre pares. Los encuentros en los que compartimos actividades, propician un espacio para poder pensarse y donde la participación es una elección.

El DIAT funciona de lunes a viernes de 9 a 17 horas. Asisten alrededor de 85 adolescentes y jóvenes, la edad de los mismos oscila entre los 14 y 25 años. Su asistencia y participación en las actividades de la institución es voluntaria. Como menciona Benedetti, E, en su libro “Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático” consideramos la importancia de hacer hincapié en el sujeto, que es definido como activo y responsable por sus prácticas” (Benedetti, E. 2015, p. 33)

El contacto con la institución puede darse de múltiples maneras: por consulta espontánea, por invitación o referencia de pares, por consulta familiar, y/o a partir de una articulación inter-institucional.

Se destaca la heterogeneidad de la población, como aquello que permite que los grupos se constituyan como espacios de contención y cuidado, que abran a otras miradas posibles y a la construcción de soportes identificatorios.

Los recorridos posibles de los jóvenes por la institución son: espacios convivenciales, talleres grupales e instancias individuales.

Acompañamientos en programas del Estado Provincial y Municipal.
Aula Radial.

Espacios Convivenciales

Las propuestas grupales permiten la experimentación de formas de sociabilidad diferentes a lo que impera en el afuera, aportan un espacio de resguardo, de seguridad, de cuidado, un marco para poder realizar movimientos. Al mismo tiempo, el encuentro con otros abre a diversos puntos de vista, al vernos de manera distinta, y fundamentalmente de construir al otro como par, como semejante. Todo esto hace de lo grupal una vía posible para encontrar lo propio. Por otro lado, destacamos la dimensión del proyecto colectivo: juntarse con otros a compartir un tiempo y espacio común, lo cual permite trascender lo individual.

Como se fue construyendo la posibilidad de jugar-nos y reir-nos entre todos.

"Todo lo que diga sobre el jugar de los niños también rige para los adultos[...]" (Winnicott, 1971, p. 63)

Se propone a partir de una lectura y retrabajo institucional instalar, en "el laburo" con los jóvenes, propuestas asociadas a un encuentro placentero y distendido en la grupalidad. En un primer momento resultaba clave generar un espacio de intimidad y confianza, donde no circulen las miradas de otros, para que los jóvenes desplieguen su creatividad, pongan a jugar sus emociones y suelten risas sin pedir permiso, así nació el Taller de juegos.

Entre las actividades que se desplegaron durante el taller surgen dos personajes: Escalera y Mostaza (encarnados por dos trabajadores del DIAT) que se fueron instalando de manera transversal en la dinámica institucional, logrando un anclaje significativo en los diferentes actores, construyendo una complicidad que da cuenta de una construcción común.

En un segundo tiempo les jóvenes solicitan este espacio. Lo proponen como alternativa y así comenzamos a pensar la posibilidad de que la propuesta se extienda a otros momentos de la Institución. De este modo, se planifica:

- Festejos de cumpleaños con algunas instancias de juegos y música.
- Juegos para finalizar la jornada.
- Escalera y Mostaza se postulan para candidatas a “Intendentes” del DIAT. El jugar y el humor como herramienta para la construcción de sujetos críticos.
- Almuerzos shows.
- La aparición de un nuevo personaje SALSA GOLF, un joven que concurre al DIAT quien se atrevió a jugar un poquito más, despojándose del temor al ridículo y con buena recepción por parte de sus pares.

El juego y el humor durante la pandemia Covid 19

A partir del contexto de pandemia y el aislamiento social, preventivo y obligatorio decretado por el Gobierno Nacional en el mes de marzo 2020 y las reglamentaciones provinciales respectivas; se consideró a la institución, por sus características, como trabajo esencial. Garantizando el derecho básico de la alimentación a los jóvenes que venían participando de la jornada.

Lo que conllevó a que el contacto con los jóvenes se focalice, por cuestiones de protocolo y cuidados, a la entrega de viandas, sin actividades grupales y con reducidos momentos de encuentros, de entrevistas individuales y seguimiento de situaciones. La modalidad que adoptamos siguiendo los protocolos recomendados de manera presencial fue: ingreso a la Institución con barbijo de a uno, previo a un lavado de manos, ofreciendo alcohol en gel para su uso.

La desafiliación que atraviesa, desde varios aspectos, la vida de los jóvenes, marca la importancia de construir una relación de confianza. Se torna esencial la construcción de una escena en donde lo vincular sea condición de posibilidad para un encuentro con otros pares/adultos.

Los momentos de desayuno, almuerzo y merienda los pensamos como instancias para compartir y construir una escena amena, donde la palabra pueda circular. Propiciando el intercambio de miradas, charlas; un momento alojador.

Ante este inédito escenario mundial, evaluamos que Mostaza y Escalera puedan estar presentes y participar para que este encuentro tan limitado con cada joven pueda tener un plus. Ya que existía un vínculo de confianza, entre los jóvenes y los personajes, apostamos a que la presencia de estos últimos, en este momento particular nos remita a esa complicidad de las instancias de juegos vivenciadas previo a la pandemia.

La planificación de las propuestas no fue sencilla ya que las pautas de distanciamiento y protocolo hacia que muchas veces las mismas no sean recomendables para este contexto. Teniendo que reinventarnos y readaptarnos a las condiciones de funcionamiento actual.

"[...] el juego es una experiencia siempre creadora, y es una experiencia en el continuo espacio-tiempo, una forma básica de vida" (Winnicott, 1971, pag 75)

Las primeras actividades fueron con una impronta informativa de la situación y de recomendaciones: videos de lavado de manos, tutorial de confección de barbijos caseros, videos con rutina de ejercicios. Las mismas estaban pensadas y realizadas desde el humor, favoreciendo la llegada de dichos mensajes. Muchas de estas propuestas se fueron difundiendo a través del Facebook e Instagram del DIAT.

Estas propuestas virtuales no llegaban a muchos de los pibes, por no tener acceso a la tecnología ni a internet. Por lo que decidimos abocarnos a las instancias presenciales para tener más llegada a ellos, planificando breves instancias de juego al momento individual de entrega de viandas. Se cuidó mucho el distanciamiento social, y se respetó la participación voluntaria de los jóvenes.

Las actividades fueron: entrega de elementos para hacer pulseritas, juegos de ingenio y adivinanzas, lectura y entrega de poesías para se lleven. Adivinar el nombre de una canción y quien la canta, baile y trencito con distanciamiento social, ta-te-ti gigante, adivinar la cantidad de bolitas en una botella, yenga, elegir una canción que les guste para escuchar, etc.

La recepción de los jóvenes a las propuestas fue positiva, ya que se sumaron y participaron de los juegos. Los comentarios entre ellos también da cuenta que la escena los atraviesa y los convoca.

Una escena significativa a destacar, es que un día al llegar un joven, se para y nos dice –¿y hoy qué hay que hacer!? Sorprendiéndonos con la pregunta y dando a entender que no solo iba a buscar su vianda.

Reflexiones

En este contexto de distanciamiento y protocolos sanitarios poder adaptar escenas de humor que se venían sosteniendo en el DIAT otorgaron a estos mínimos encuentros un alojamiento.

Consideramos de vital importancia en estos contextos extraordinarios que los jóvenes, por su situación de arrasamiento social, cuenten con espacios que les garanticen parte de su alimentación diaria. Como así también la posibilidad de encontrarse con otras propuestas que le permitan sostener un vínculo de cercanía y complicidad, dando lugar a que sucedan otras cosas durante el poco tiempo de permanencia posible: risas, comentarios, propuestas para los próximos encuentros, temas de conversación entre ellos.

Este tipo de propuestas pueden sostenerse cuando los jóvenes se sienten parte de las mismas, apropiándose de las escenas, siendo protagonistas de lo que está sucediendo en ese encuentro. Esto es posible al tener un recorrido previo en relación al juego y al humor ya instalado en la dinámica institucional.

Retomando la pregunta de uno de los jóvenes que hicimos mención antes, consideramos que la misma hace referencia al espacio alojador construido junto con cada joven.

Esta apuesta de alojamiento, a través de lo lúdico y el humor, la vemos representada en sus respuestas, en la muestra de una pulsera que pudo hacer en su casa, en la pregunta ¿qué hacemos hoy?, en la sonrisa detrás del barbijo, en la mirada cómplice en busca de esa propuesta.

Bibliografía

- Benedetti, E. "Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático". Ediciones Lic. Laura Bonaparte. Buenos Aires, 2015.
- Winnicott, D.W "Realidad y juego". Editorial Gedisa. Barcelona, España. 1971.

FORTALECIENDO VÍNCULOS EN LA PANDEMIA: ADAPTACIONES DE LOS DISPOSITIVOS DE INTERVENCIÓN SOBRE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN EL CESAC N°12, HTAL. PIROVANO, CABA.

*Natalia Elli, Florencia Fontana, Stephanie Lifszyc, Luisina Miniaci,
Agustín Pernía y Federico Ruscitto*

1. Introducción

El envejecimiento poblacional se presenta como un fenómeno ampliamente extendido en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), planteando desafíos para la salud pública como la adquisición de nuevos conocimientos, modalidades de abordaje e innovaciones en las intervenciones. En el marco de la actual pandemia por COVID-19, estos desafíos se profundizan debido a que este grupo etario presenta una alta tasa de letalidad ante la infección. Dado este contexto a nivel nacional se implementó el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) para toda la población, recomendando medidas especiales para lxs adultxs mayores. Éstas tienden a priorizar una mirada biomédica y la prevención de la enfermedad sobre los impactos subjetivos. A su vez, los viejismos presentes en la sociedad reproducen imaginarios sociales que invisibilizan las potencialidades y herramientas de este grupo etario para el cuidado de su salud.

Con el objetivo de contrarrestar esta situación, en el presente trabajo recuperamos la experiencia de un dispositivo grupal destinado a lxs adultxs mayores y sus adaptaciones en el marco de la pandemia, el cual se desarrolla en el Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N°12,

correspondiente al Área Programática de Salud del Hospital General de Agudos "Dr. Ignacio Pirovano". Éste es coordinado por la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS) de CABA.

Este trabajo comienza con el desarrollo del posicionamiento teórico que sostiene el equipo y una breve historización del dispositivo grupal. Luego se describe sus adaptaciones a la pandemia y los debates que surgieron de este proceso.

2. Desarrollo

Posicionamiento teórico del equipo

Como equipo interdisciplinario de trabajo con adultxs mayores del CeSAC N°12 partimos de un posicionamiento teórico que encuadra las estrategias que llevamos adelante. Entendemos al envejecimiento activo y saludable como el proceso de optimización de oportunidades para el bienestar físico, mental y social, con el objetivo de mejorar la calidad de vida en la vejez (Organización de Estados Americanos [OEA], 2015). La promoción de dispositivos grupales dirigidos a lxs adultxs mayores fortalece dicho proceso, posibilitando la producción personal y comunitaria, el desarrollo y mantenimiento de habilidades cognitivas, y la integración social (Barenblit y Molina, 2010, p. 9). En relación a ésto, la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) promueve el desarrollo de iniciativas sustentadas en el trabajo interdisciplinario, la participación de la comunidad en lo relacionado a la salud, y el acercamiento de las acciones preventivo-promocionales a la misma (Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS], 2007).

A su vez, consideramos que la APS es fundamental para la garantía del derecho a la salud integral de la población. En CABA, la Ley Básica de Salud N° 153/99 entiende que aquel derecho no sólo se vincula con las acciones de atención médica, sino también con la satisfacción de otras necesidades de las personas, como ser alimentación, vivienda, educación, entre otras. Asimismo plantea la importancia de la participación de la población en los niveles de decisión, acción y control para promover,

potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo.

En la sociedad existen imaginarios sociales sobre lxs adultxs mayores que construyen estereotipos, los cuales refuerzan la idea de que son personas con pensamiento rígido, poca apertura para el cambio, dificultades para entender nuevas tareas, entre otras características. Éstos constituyen un conjunto de prejuicios y percepciones negativas sobre la población adulta mayor, denominados “viejismos” por el autor Ricardo Iacub (2011, p. 41). Este autor plantea que los viejismos moldean a lxs sujetxs, impactando en la percepción que lxs adultxs mayores sobre sí mismxs y en las prácticas de lxs profesionales de la salud (Iacub, 2011, p. 34). De esta manera, se asocia la vejez con las enfermedades, invisibilizando las potencialidades que tiene la experiencia vital de lxs adultxs mayores. Por tales razones, sostenemos que es necesario ofrecer espacios que tiendan a la construcción de otro tipo de subjetividades, promoviendo un envejecimiento activo y saludable que integre la diversidad en los procesos de envejecimiento (Lladó Olivera, 2010, p. 15).

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, desde la RIEPS llevamos adelante un taller grupal con adultxs mayores. Entendemos al taller como un dispositivo en el que un grupo de personas se reúne para trabajar distintas temáticas a través de la participación, reflexión, cooperación y comunicación entre sus pares (RIEPS, 2013, p. 20). En éste se conjugan dos planos necesarios para el trabajo grupal: uno relacionado a la tarea a abordar en cada encuentro y otro vinculado con la construcción de lazos entre las personas (Aguiló y Losada, 2015). El establecimiento de vínculos es un factor promotor del envejecimiento saludable y la participación en actividades grupales se asocia con mayores niveles de salud en la vejez (Bugge et al, 2016).

Breve historización del dispositivo

El área de referencia del CeSAC N°12 se caracteriza por un pronunciado envejecimiento poblacional. Debido a esto, en el año 2015 la RIEPS creó un taller grupal destinado a esta población para responder a sus procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC) desde una

perspectiva preventivo-promocional. Así comenzó a funcionar el “Taller de las Buenas Ondas” (TBO) en el CeSAC, con una periodicidad semanal y una duración de una hora y media.

Dada la gran demanda de lxs adultxs mayores para ingresar al taller, posteriormente se crearon otros dos grupos coordinados por profesionales del efector. Hasta la fecha funcionan tres talleres con 25 participantes cada uno. Además desde el 2018 lxs profesionales a cargo de estos talleres constituimos un equipo ampliado en el que desarrollamos la planificación de actividades conjuntas, capacitaciones y participación en el Programa Gerontológico de Salud de CABA.

En el transcurso del desarrollo del TBO evidenciamos una ampliación de la demanda de lxs participantes, quienes se acercaron inicialmente preocupadxs por la pérdida de memoria. En este sentido, se fueron identificando en sus discursos dimensiones como la satisfacción, vitalidad y alegría asociadas a la conformación del grupo. Es decir, aquella demanda inicial se convirtió en un medio para armar lazos con otrxs y compartir un espacio de pertenencia (Bugge et al, 2017 p. 9). Por esta razón, decidimos adaptar el taller a las condiciones del ASPO entendiendo la importancia de promover el envejecimiento activo y saludable en este contexto.

Reestructuración de la estrategia

En un primer momento nos contactamos con lxs participantes del TBO comentándoles el cambio del taller a la virtualidad mediante la conformación de un grupo de WhatsApp. Con la intención de sostener el encuadre del taller presencial, explicitamos a lxs participantes la modalidad de trabajo virtual para facilitar los intercambios. En este sentido, habilitamos el funcionamiento del grupo en el mismo día y horario del TBO presencial.

Desde el equipo coordinador, llevamos adelante la planificación, registro y evaluación de los encuentros. Éstos comienzan con una ronda de novedades, donde lxs participantes socializan algo que deseen contar. Luego proponemos actividades que promueven el envejecimiento saludable entendiendo la centralidad de la tarea como estructurante del proceso grupal (por ejemplo ejercicios cognitivos, la estimulación de la

creatividad, el debate y la reflexión). Por último lxs participantes comparten impresiones del encuentro.

Tras detectar que algunxs integrantes del TBO no lograban acceder al grupo de WhatsApp, decidimos implementar otras estrategias. Por un lado, lxs llamamos semanalmente, preguntándoles cómo se sienten, si nos desean contar algo, y se les propone una lectura o consigna por teléfono (por ejemplo: adivinanzas o poemas). A su vez, en el grupo de WhatsApp se comentan los llamados realizados, invitando a sus participantes a comunicarse con aquelxs que no se encuentran en éste. Por otro lado, durante los llamados también proponemos intercambiar por mail las consignas de cada encuentro. De esta manera, quienes presentan dificultades en el uso de WhatsApp pueden seguir las actividades del taller virtual.

Discusiones a partir de la práctica

Previo a la conformación del dispositivo virtual, al interior del equipo sostuvimos discusiones acerca de las habilidades de lxs adultxs mayores para utilizar la tecnología. A pesar de esto, decidimos continuar con la estrategia virtualmente. Al principio, identificamos que varixs de lxs integrantes referían tener dificultades con el uso de la herramienta: *“no me gusta nada la tecnología pero esto me viene bárbaro para salir adelante”* (Mujer participante del TBO). Con el paso del tiempo, registramos que estas dificultades se fueron saldando a partir de la motivación de otrxs participantes y el apoyo brindado por sus redes familiares. Desde el equipo coordinador compartimos diferentes instructivos y capacitaciones, como así también acompañamos individualmente a quienes tenían mayores dificultades. Así, fueron ganando mayor experiencia en el uso de la tecnología e inclusive una de las participantes propuso hacer encuentros por Zoom, lo que finalmente se formalizó con un encuentro mensual.

A pesar de nuestro posicionamiento teórico, evidenciamos viejismos que operaron en el equipo y en lxs adultxs mayores. En este sentido, la dificultad de adaptación y rigidez para la adquisición de nuevos aprendizajes son viejismos que constituyen barreras simbólicas para el uso de la tecnología por parte de esta población. Esto obstaculiza las estrategias

de intervención del equipo, y simultáneamente afecta la motivación de lxs integrantes del grupo. Consideramos que la reflexión sistemática de nuestros posicionamientos y prácticas nos permitió diversificar la estrategia, facilitando nuevos procesos de subjetivación para entender y transitar la vejez en el marco del envejecimiento activo y saludable.

A su vez, en los primeros encuentros lxs adultxs mayores manifestaron estar acostumbradxs a permanecer en sus casas, en consecuencia el ASPO no les resultaba una situación problemática. Sin embargo, con el paso de los meses comenzaron a extrañar juntarse con otras personas, por lo que destacaban al TBO virtual como un espacio de encuentro entre pares. Por tal razón, desde la coordinación decidimos priorizar aquellas actividades que fomentan la grupalidad, lo que favoreció las estrategias de cuidado entre ellxs. A modo de ejemplo, una participante mencionó: *“ante la difícil situación los coordinadores y compañeros pudimos sentir y dar contención”* (Mujer participante del TBO). De esta manera, se observa a lxs adultxs mayores no sólo como receptorxs de cuidados sino también con un rol activo en el acompañamiento de sus pares. Stolkiner y Ferreyra (2020) sostienen que en este contexto de pandemia no existe forma de cuidarse si no es con otrxs, demostrando la relevancia de los vínculos en la promoción de los PSEAC.

3. Conclusiones

La pandemia por COVID-19 desafía a los equipos de trabajo con adultxs mayores para la implementación de estrategias de salud pública adecuadas al contexto. Debido al envejecimiento poblacional característico del área de referencia del CeSAC N°12, desde el equipo de la RIEPS adaptamos los dispositivos dirigidos a esta población atendiendo las limitaciones impuestas por el ASPO.

Las adaptaciones descritas en esta experiencia nos permitieron reconocer la diversidad de los procesos de envejecimiento, cuestionando los viejismos presentes en la sociedad en general, en nuestro equipo y en lxs adultxs mayores. Dichas transformaciones permitieron visibilizar las herramientas y potencialidades en el uso de la tecnología propias de lxs

participantes del taller. Consideramos que identificar y problematizar los vejismos existentes constituyó una práctica necesaria para adecuar las estrategias a este contexto.

Por otra parte, esta experiencia remarcó la importancia del sostenimiento y fortalecimiento de los vínculos como una dimensión fundamental de la salud integral. Ante las limitaciones impuestas por el ASPO, desde los equipos de salud tenemos el desafío de desarrollar estrategias que atiendan dicha dimensión. En este sentido, el TBO virtual se constituyó como un espacio propicio en esta dirección. Poder relacionarse con otros no sólo constituye una práctica de cuidado para cada persona en sí misma, sino que también permite cuidarse entre pares. De esta manera en cada encuentro virtual además de protegernos del COVID-19, también cuidamos nuestros vínculos.

Bibliografía

- Aguiló, E. y Losada, A. (2015). Los grupos y la intervención comunitaria (en línea). Recuperado el 13/08/2020, de <https://bit.ly/3iH7Knt>
- Barenblit, V. y Molina, S. (2010). Salud Comunitaria. Aspectos promocionales en la salud del adulto mayor. En *Intercambios, papeles de psicoanálisis/Intercanvis, papers de psicoanàlisi*, (24), 5-15.
- Bugge, M., Coullery, Y., Pereira, A., Propato, M., Sena, G. y Fontana, F. (2017). "Enlazando ideas, tejiendo vínculos": acerca de la dinámica grupal en un taller para adultos mayores. *Neurama*, 4(2), 16-21.
- Bugge, M., Coullery, Y., Pereira, A., Propato, M. y Torrez, S. (2016, mayo). *Palabras Mayores: Una experiencia Grupal de Envejecimiento Saludable*. Ponencia presentada en las X Jornadas de Atención Primaria de la Salud: "Hacia respuestas integrales en problemáticas que se complejizan" del Área Programática del Hospital de Agudos "Dr. Ignacio Pirovano", CABA, Argentina.
- Iacub, R. (2011). *Identidad y Envejecimiento*. Buenos Aires: Paidós.
- Ley N° 153/99. Ley Básica de Salud (CBA). *Boletín Oficial*, CBA, Argentina, 25 de febrero de 1999.

- Lladó Olivera, M. (2010). Representaciones sociales: adultos mayores y espacios públicos en la Ciudad de Montevideo. [Tesis de maestría, Universidad de la República]. Repositorio digital de la Universidad de la República, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
- OEA (2015). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (en línea). Recuperado el 13/08/2020, de <https://bit.ly/3iBKIDD>
- OPS y OMS (2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, DC: Biblioteca Sede OPS, 34.
- RIEPS (2013). Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud (en línea). Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado el 13/08/2020, de <https://bit.ly/2XZCCaH>

HACERSE UN LUGAR POR FUERA DE LA VIOLENCIA

*Inés Arjovsky, Karina Badaracco, Natalia Verónica Campos
y María Victoria Debarnot*

Introducción

En el presente trabajo se analizarán las estrategias e intervenciones terapéuticas llevadas a cabo en relación con la situación de un grupo de hermanos, en el marco del tratamiento en salud mental brindado desde el dispositivo de UMANAR. Se puntualizará sobre la última etapa del tratamiento, en el contexto del aislamiento social preventivo y obligatorio, en la cual se utilizaron nuevas modalidades de intervención para llevar a cabo el espacio terapéutico.

Se historizará sobre el acceso del mencionado grupo de hermanos a este dispositivo de atención en salud mental, y los motivos por los que los respectivos tratamientos fueron interrumpidos y retomados al cabo de un tiempo.

Se desarrollarán las diversas articulaciones interinstitucionales, entendidas como intervenciones que también son terapéuticas y que tienen un efecto directo e indirecto en la vida de los pacientes. Se expondrá el modo en que intervenciones como son el ingreso a un hogar de tránsito, la posibilidad o no de vincular con determinados miembros de la familia, y de problematizar las situaciones de violencia padecidas, son abordadas alternativamente entre lo presencial y lo virtual.

Primera etapa de tratamiento

La solicitud de intervención llega al mencionado servicio en enero de 2018, en la cual se requería de este equipo interdisciplinario una evaluación y posterior inicio de tratamiento para dos hermanas gemelas de 11 años, llamadas B. y M. Las mismas convivían con dos hermanos más y sus padres, y habían padecido situaciones de violencia por parte de éstos últimos. La solicitud provenía de la Defensoría Zonal interviniente, la cual se había anoticiado de las situaciones de violencia a partir del relato de una de las gemelas en el contexto escolar.

Se realizan entrevistas a ambos padres, de las cuales se desprende la falta de registro y conciencia por las situaciones ocurridas con sus hijos y la escasa permeabilidad frente a las intervenciones del equipo terapéutico. A su vez, se trabajó con la defensoría interviniente la importancia de apuntalar desde la legalidad de su función a los tratamientos iniciados, sin obtener acciones concretas que permitieran sostener los espacios terapéuticos. Al cabo de varios meses sin asistir a los turnos y sin tener noticias del grupo familiar, en enero de 2019 debió darse por finalizado el tratamiento, informando esto al mencionado organismo de protección de derechos. Cabe destacar que del relato de las niñas, se desprendían posibles situaciones de violencia presentes, dirigidas hacia su hermano menor, T. de 7 años de edad. Esto último también fue transmitido en sucesivas comunicaciones telefónicas a la Defensoría interviniente, así como también a través de informes escritos.

Segunda etapa

En noviembre del mismo año, desde la Defensoría se solicita nuevamente la intervención del equipo de UMANAR, esta vez incluyendo también en el pedido a T., el hermano menor de las gemelas. El equipo técnico de la mencionada Defensoría manifestó que debido a la persistencia de las situaciones de violencia intrafamiliar perpetuadas por los progenitores de los niños, las cuales se agudizaron con el correr del tiempo, se tomó una Medida de Protección Excepcional, en virtud de la cual

las gemelas y el hermano menor fueron a residir con sus abuelos maternos durante dos meses.

Luego de que los mismos plantearan a los organismos correspondientes que no podían tener la guarda provisoria de sus nietos, en suma a que las gemelas manifestaran malos tratos por parte de estos, se decide que los niños ingresen a un dispositivo convivencial. Producto de esto, en diciembre de 2019 las gemelas ingresan a un hogar de tránsito y el hermano menor a un Centro de Atención Transitoria. Cabe aclarar que la intervención en relación con la Medida de Protección, se dispuso acompañada de la respectiva Prohibición de Acercamiento, por lo que los progenitores no podían vincular ni comunicarse a través de ningún medio con las niñas y niño.

A partir de allí, se retoman las entrevistas con las gemelas y se inicia el proceso de evaluación del niño T. Se evidencia el deterioro de las niñas, producto de haberse tomado la medida de protección con tanta demora y no haber tenido un seguimiento adecuado por parte de ninguna institución. Se dificulta trabajar sobre la restitución de los derechos de estas niñas y niño, siendo que no hay una estrategia clara por parte de la Defensoría zonal interviniente, ubicando dicho organismo, únicamente la necesidad de que se lleven a cabo los tratamientos en salud mental y el ingreso a los hogares de tránsito, dejando de ser “transitorio” para pasar a ser “permanente”.

Respecto al artículo N° 39 sobre Medidas Excepcionales, de la Ley 26.061 de Protección Integral, y al plazo de duración de las mismas, se consigna que el mismo no podrá exceder los 90 días de duración, y que “en aquellos casos en que persistan las causas que dieron origen a la medida excepcional y se resolviera prorrogarla, deberá fijarse un nuevo plazo de duración, mediante acto fundado, el que deberá ser notificado a todas las partes”¹⁰.

Es necesario postular que de ninguna manera la concreción de una medida de protección excepcional puede ser considerada como un fin en sí mismo para la consecución de un derecho. Siguiendo a los autores Laura Rodríguez y Ernesto Blanck, es posible entender a las Medidas de

10 Ley 26.061. Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Boletín Oficial. Buenos Aires, 28 de septiembre de 2005.

Protección como actividades estatales dirigidas a garantizar el derecho, no constituyen el derecho en sí. A partir del inicio de una medida, se debe continuar con seguimientos exhaustivos de la situación de los respectivos niños, niñas y adolescentes, diseñando y repensando estrategias en pos de garantizar su acceso a derechos.

Covid y aislamiento: clínica e intersectorialidad

A partir del decreto de aislamiento social preventivo obligatorio, las entrevistas con los tres hermanos se realizan de manera telefónica, y en una segunda instancia, por videollamada. Mientras el niño T. impresiona adaptarse con facilidad al hogar, con dificultades esperables vinculadas a su situación y etapa evolutiva, las gemelas atraviesan problemáticas convivenciales con sus pares en el hogar de tránsito, por lo que se conversa en reiteradas ocasiones con la Defensoría zonal interviniente, la necesidad de que ingresen a otro tipo de dispositivo convivencial, siendo que el que habitan actualmente es transitorio y no es adecuado para ellas. Desde el mencionado organismo de protección de derechos manifiestan distintos motivos para dilatar dicha solicitud, desestimando lo evaluado por este equipo interdisciplinario. Asimismo, se transmitió la necesidad de que los tres hermanos puedan residir en el mismo hogar, aunque esto se posterga argumentando las dificultades presentes en el contexto del aislamiento y la pandemia. Sin embargo, las mismas niñas interrogan a sus respectivas terapeutas por el cambio de dispositivo, refiriendo notar que otras adolescentes de su mismo hogar ingresan y egresan a otros hogares.

La modalidad virtual, ante la imposibilidad de reunirse de manera presencial facilita la realización de encuentros interinstitucionales en los que se intenta establecer acuerdos y estrategias de intervención.

Como profesionales y trabajadoras de un Hospital Público, resulta imprescindible problematizar cómo tantas instituciones interviniendo en simultáneo, no logran garantizar el acceso a derechos de estas niñas y niño. La falta de respuesta por parte de entidades estatales frente a estas problemáticas y a estas situaciones de vulnerabilidad social

y la desarticulación de las intervenciones que se realizan, repercuten de manera negativa en la situación de niños, niñas y adolescentes, no garantizando su acceso a la restitución de los derechos vulnerados y la reparación de sus consecuencias.

Incidencia clínica de la modalidad virtual de asistencia

La complejidad de los casos que se atienden desde este dispositivo y los tratamientos que se realizan merecen párrafo aparte para poder pensar cómo se construye un lugar para la emergencia de una subjetividad que no esté arrasada, cuando lo que prima es el goce del otro, en cada golpe, en cada abuso. En estos casos, no se trata de la dimensión del deseo, de un lugar vital, donación de la falta, para la constitución subjetiva en estas infancias, sino que lo que prevalece son diferentes modalidades abusivas, donde debería funcionar el lugar del Otro, debería estar preservando que la infancia de ese niño como protección frente a su estructural desvalimiento, se instituya.

Junto a toda la logística de la virtualidad, también es imprescindible el consentimiento del sujeto, guiño al equipo tratante, para poder poner en esa escena, que es la ficción del setting, su padecimiento subjetivo.

Teniendo en cuenta los aportes de Fukelman, se considera que el juego es el espejo en el que un sujeto es reconocido como niño. Para decirlo de otro modo: "Si un analista se encuentra con un niño maltratado podrá hacer lo que le parezca mejor por supuesto, con una condición, que en tanto analista tenderá a reconstruir esta situación de niñez que implica una protección en relación a cierto goce"¹¹.

Resulta fundamental entonces inventar nuevos juegos o adaptar los ya conocidos, jugar a través de la pantalla y soportar durante los encuentros, algo que se produce de manera frecuente: las interrupciones propias de la conectividad virtual, obstáculo importante a sortear.

En el caso de T. se modifica el encuadre y con ello se da lugar a movimientos inesperados. Pareciera que la ausencia de imagen permite que

11 J. Fukelman: Resonancias de una transmisión. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2016. P. 140

el niño hable. Las comunicaciones telefónicas hacen surgir el relato de episodios de maltrato ejercido por sus padres hacia él y sus hermanas. Las interrupciones virtuales, la falta de conexión, los cortes, comienzan a jugar un papel preponderante en el tratamiento. El fastidio, el aburrimiento, son recurrentes.

Hacer uso de soportes materiales como tarjetas con propuestas lúdicas que puedan llevarse a cabo en las entrevistas virtuales, o formas distintas de compartir juegos, se hace indispensable en este contexto. Se trata de un trabajo con el cuerpo: de resistir, armar una escena que dé lugar a lo singular de cada niño, cuando las coordenadas espaciales parecen desvanecerse. Trabajo de soportar esa nada, hasta que surja algo que les convoque.

Respecto a una de las gemelas, B, la misma se muestra predispuesta a los encuentros virtuales. Durante las entrevistas bajo dicha modalidad, la adolescente trae canciones para compartir y se puede abordar su identificación con la letra de las mismas. Se observan momentos de alternancia en su ánimo, ubica que se siente triste a la vez que precisa que de lo familiar, extraña estar junto a sus hermanos. En otras ocasiones se la ve muy conectada con su recurso a actividades expresivas como son el dibujo, la música y la escritura.

La sensación de soledad se acrecienta con el paso de su permanencia en el hogar, denominado de tránsito, tránsito que no concluye para ser alojada en otro dispositivo, hogar convivencial, junto a sus hermanos. B. problematiza su dificultad para armar lazo con sus compañeras, sintiéndose en muchas oportunidades "acusada" de ser quien genera los conflictos.

Con el transcurso de las entrevistas virtuales, se observa que B. presenta mayor distracción en los encuentros, que se manifiesta en momentos de desconexión, y de fascinación por ver su propia imagen en la pantalla. Debido a algunas crisis que presentó en este último tiempo, se evalúa la posibilidad de alternar el dispositivo virtual con el presencial, aún en el contexto de aislamiento.

El primer tramo del tratamiento con M en la virtualidad se da bajo la modalidad de llamadas telefónicas donde puede desplegar su sufrimiento: el conflicto con sus pares ocupa un lugar preponderante. Logra relatar la violencia padecida pero insiste en su deseo de retornar a su casa.

La vida en el hogar de tránsito se le hace insoportable, le cuesta sentirse alojada, se siente “sola”, transcurre en un tiempo eterno. Se suceden situaciones de crisis, donde prima lo impulsivo y la agresividad al otro y comienza a escuchar voces. Su relato se vuelve confuso y desordenado. Lo que funcionaba resulta insuficiente. Se torna imprescindible el recurso a la mirada, armar cuerpo. Dado que se dificulta la modalidad presencial por protocolo del Hogar, paralelamente a que se incorpora al tratamiento un psiquiatra, comienzan los encuentros por videollamada. Siempre pre-dispuesta, trae canciones en las que se siente identificada, muestra objetos que realiza o las historias que arma en su canal de youtube. Un juego de presencia ausencia con manos, nombrar objetos, arman lazo con el equipo tratante. Interrupciones, falta de privacidad en la escena cotidiana del hogar, la imagen virtual que obtura y captura, hacen que como equipo tratante se imponga lo presencial de manera alternada con lo virtual.

A modo de conclusión

Se puede observar que la situación de aislamiento provoca en algunos niños y niñas que se encuentran alojados en un hogar de tránsito, que se agudicen los padecimientos que ya se habían presentado en el inicio de los tratamientos.

Se evidencia como al principio, esta modalidad virtual se presentó como “novedosa” para los pacientes pero con el paso de los meses, la falta de encuentro presencial frecuente obstaculiza algunas intervenciones imposibles de realizar desde la pantalla. La interacción que se produce en el encuentro del equipo con el paciente a través de videollamadas, Zoom, etc, no puede reemplazar a lo presencial y sus efectos.

Sin embargo, es de destacar que lo novedoso también tuvo su impacto en los equipos profesionales. La implementación de la modalidad, o las modalidades, que permiten ocupar la función para la que los equipos son convocados, resultó ser un desafío que posibilitó sostener los tratamientos en un contexto socio-económico de gran impacto subjetivo.

La virtualidad también tuvo incidencia en ciertos mecanismos burocráticos que obstaculizaban la articulación entre las distintas instituciones

intervinientes. Como consecuencia de ello, se establecieron comunicaciones interinstitucionales frecuentes, pudiendo compartir inquietudes, sucesos relevantes, decisiones tomadas e intercambiar pareceres acerca de las intervenciones posibles, en cada uno de los tratamientos. En el caso de estos tres hermanos, favoreció la interinstitucionalidad, sobre todo entre los equipos que componen los hogares transitorios donde están alojados los niños, y este equipo; ampliando así las redes de trabajo y propiciando la coordinación de estrategias de acción conjuntas.

De lo mencionado anteriormente respecto a los tratamientos de estos tres niños, se puede concluir que debido a la gravedad de la situación que se encuentran transitando actualmente, se requirió la vuelta a lo presencial, alternando con lo virtual como una nueva modalidad de tratamiento durante la pandemia. Los equipos de salud mental diseñan de manera artesanal a la medida de cada paciente, diferentes posibilidades de intervenir en los encuentros.

¿Cómo hacerse un nombre, qué implica una separación del Otro, cuando lo que hubo previamente es el goce del Otro descarnado y no la donación de una falta?

Desde la perspectiva de quienes suscriben, se apela a que en cada tratamiento con los niños que se atienden, se pueda reconstruir la escena de la niñez, dando lugar a una posible reversión de las marcas de goce que fueron signadas por el Otro.

Bibliografía

- Ley 26.061. Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Boletín Oficial. Buenos Aires, 28 de septiembre de 2005.
- Benitez, M, López, A; Pernicone, A; Revista de Psicoanálisis " Fort Da" N° 5 Reportaje a J. Fukelman, Junio 2002.
- Fukelman, J. : Resonancias de una transmisión. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2016.
- Garaventa, V. : "La infancia usurpada" en Psicoanálisis y el Hospital N 53: Formas del Acoso. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2018.

Rodriguez Laura, Blank Ernesto. "Ley 26.061: intervención estatal y medidas de protección". En García Mendez (comp) Protección de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Análisis de la ley 26.061. Buenos Aires: Editores del Puerto, 2008.

HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UN NUEVO DISPOSITIVO DE SALUD MENTAL EN ROSARIO EN TIEMPOS DE COVID19. EXPERIENCIAS DEL DISPOSITIVO DE ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO DE SALA EN EL HOSPITAL ALBERDI

Ana Flavia Costa, Agostina De Vita, Agustín Perassolo, Antonio Tesolini, Fátima Nobelli, Federico Tolosa y Marcelo Multari

*Las constelaciones de estrellas que vemos brillar -nos enseñan los astrónomos- ya están muertas hace rato.
A nuestras instituciones les pasa algo parecido.
No se trata de destruirlas sino de transformarlas
(Luis Hornstein)*

Introducción

En el contexto de emergencia sanitaria por la pandemia del COVID 19, la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario organizó la internación hospitalaria de manera tal que el Hospital Alberdi no recibiría casos de COVID 19, quedando como efector para alojar internaciones determinadas por patologías no covid 19 como los padecimientos subjetivos. El objetivo de esta reorganización era facilitar la accesibilidad al sistema sanitario de acuerdo a lo establecido por la Ley no 26.657. Es así que se dispuso fortalecer el servicio de salud mental asignando profesionales de la red del sistema de salud, y desde la D.S.M.M. se propuso un nuevo modo de disposición de los acompañantes terapéuticos en el

mismo. Para ello convocó al dispositivo de AT, que desde el año 2009 co/gestiona conjuntamente con las organizaciones PAR, PRISMA y VOLVER A LA VIDA, para su diseño conjunto.

Dispositivo que cuenta desde hace 5 años con una guardia pasiva para los fines de semanas y feriados. Guardia que acompaña las internaciones en hospitales generales cuyo criterio de hospitalización está determinado por un padecimiento subjetivo. Dispositivo que da cuenta del proceso de adecuación/transformación de las dinámicas hospitalarias a lo que establece nuestro marco legal. Poniendo en valor además la experiencia de 11 años de trabajo en este campo posibilitando el diseño, ejecución y puesta en funcionamiento de dispositivos y tecnologías que promueven el nuevo contexto socio/histórico.

Con la hipótesis, que en el marco de la pandemia se produciría una mayor demanda al hospital y a las salas de internación, es que se diseña un dispositivo cuyos objetivos iniciales son : a) ofrecer una disponibilidad que facilite el tránsito de la internación en el hospital general buscando morigerar los malestares que esta misma genera; b) pautar los modos de deambular por las zonas habilitadas del hospital y/o realizar actividades con les usuaries de salud mental en tiempos de distanciamiento social; c) trabajar las inquietudes, dudas, interrogantes, miedos, mitos, fantasmas en torno a la pandemia de COVID19 formando parte de la estrategia terapéutica singularizada con orientación clínica.

Hablamos de objetivos iniciales ya que con el transcurrir del trabajo algunos de ellos se sostienen, otros se transformaron, otros se desestimaron, y aún se continúa en la construcción de los mismos en clave de producción de sentidos del dispositivo. En este marco, se constituye un equipo conformado por 4 ATs. dos mujeres y dos varones y dos coordinadores del dispositivo enmarcándose como parte del servicio de Salud Mental del Hospital. La modalidad de trabajo se configura en duplas mixtas de ATs, alternando su presencia día por medio 4 horas diarias. Así mismo fuimos acordando encuentros-presenciales- de re trabajo diario con el equipo tratante en pos de construir una orientación apuntalada desde la clínica en la singularidad como también encuentros semanales.

Se acuerda nominar en el momento de su creación al dispositivo como ATs DE SALA para ubicar una diferenciación con otras prácticas/

oficios y delimitar incumbencias especificidades de las tareas a desarrollar y evitar en lo posible confusiones y/o superposición de intervenciones. Sostenidos además en el convencimiento que el modo de enunciar las cosas es un modo de construirlas.

Fuimos convocados desde la D.S.M.M en tiempos donde el vértigo y la incertidumbre agudizada es lo que predomina. Esta presentación no es otra cosa que compartir una experiencia en “tiempos donde apelamos al optimismo del combate”.

La complejidad de este tiempo interpela lo instituido, convocándonos a trascender los marcos que formatean nuestras formas y nuestras prácticas para reinventarlas y reinventarnos en nuestro hacer situado.

La propuesta se inscribe en el marco de lo que denominamos la co-gestión de lo público no estatal, que se caracteriza por la configuración de una trama institucional que, conformada por agentes estatales y las asociaciones civiles, construyen un espacio transicional entre el adentro/afuera del Estado. Modalidad que, como acto político, crea un espacio-tiempo que habilita nuevas trayectorias e inventa caminos, instituyendo nuevas prácticas que agendan en el Estado modalidades de intervención que habilitan a pensarlas desde la variación permanente.

De la transformación de un objetivo inicial

Preliminarmente, definimos que se trabajaría exclusivamente con los pacientes que ingresaban a la internación por un criterio clínico de salud mental. Iniciado el trabajo ubicamos que tal perspectiva venía a reproducir la lógica médico/hegemónica. Paradigma que organiza el proceso de trabajo a partir de las “especialidades” y los servicios, fragmentando a los sujetos y promoviendo su objetalización. Si bien el gesto inicial promovía un encuadre para preservar lo específico de los at, tal enunciación performativa resultó ser contradictoria con una perspectiva integral del proceso salud/atención/cuidado, sino que además resultó de imposible realización. Concluimos que esta diferenciación era impropia de la praxis de los ATs, ya que no había modo de diferenciar efectivamente los encuentros de los ATs al interior de las salas que son apabellonadas. Ubicamos

que todas las personas internadas se acercaban al espacio/encuentro y participaban del mismo historizando su vida, sus pasajes por diferentes efectores de salud y refiriendo aspectos propios de la dimensión subjetiva. En virtud de ello el dispositivo dispuso trabajar con todas las personas internadas, ofreciendo una escucha situada y un acompañamiento centrado en la singularidad, dejando por fuera la fragmentación salud-salud mental, propia del discurso médico hegemónico.

Encuadre Dinámico y Coordenadas Temporales

Para la configuración del encuadre temporal, nos valimos de las ideas y conceptos que Mercedes Minnicelli propone en lo que denomina “*Ceremonias Mínimas*”. - Al respecto refiere:

“Los ritos, rituales y ceremonias gozan de profundo desprestigio en nuestros tiempos en los cuales fluidez y sin límites quedan ligados e indistinguibles. En este entorno argumentativo, poco favorable a la institución de marcos simbólicos, nos interesa fundamentar qué lugar de privilegio otorgamos a las ceremonias mínimas. Tanto al considerarlas unidad de análisis en nuestras investigaciones, como por su posibilidad de intervención e interferencia en una doble vía a) respecto de ritualizaciones encriptadas; b) respecto del sin límite, de lo indiferenciado.

El inicio del trabajo se dispuso en el marco de un ritual como lo es el “*pase de sala*” de enfermería. Definición estratégica con el objeto generar mejores condiciones de posibilidades para la inscripción institucional del nuevo dispositivo y estructurar un vínculo de trabajo estrecho con enfermería. Una ceremonia que como dice Minnicelli puede ser la instancia de hacer de lo dicho y lo hecho, otros decires y otros haceres. En esta reunión, les enfermeras transmiten a los compañeros cómo estuvieron los pacientes internados durante su guardia. La escucha de estos intercambios permite que los ATds conozcan a los pacientes que han ingresado, los motivos las evoluciones, como el estado de la sala. Este trabajo se integra con un encuentro con los profesionales del servicio de salud mental con el objeto de construir el sentido del trabajo diario. La idea de dispositivo, en su función estratégica dominante y que se inscribe siempre en juegos de poder, ubicamos a los enfermeras como depositarios

de un saber/poder que resulta fundamental a la hora de iniciar el trabajo. El dispositivo como un artificio que admite diferentes significaciones con efectos disímiles, es que se piensa la inclusión de los ATs, en el pase de sala. Ya que sabemos posible que al “dispositivo institucional” se lo experimente como lo dispuesto desde siempre, cristalizado, tal como lo demuestra la frase “esto siempre fue así”. Si lo comprendemos como un artificio, ello abre márgenes para la acción.

Lo temporal es propio de los espacios comunes, en tiempos de Covid, algo de eso se vio notablemente afectado para todos. Espacio y tiempo son dos categorías de acoplamiento a la lógica institucional. El tiempo allí se convierte en el tiempo propuesto por la institución. Horarios de comida, aseos, medicación, visita. La mera presencia de los ATs tiene la capacidad de, estando dentro de un espacio temporal institucional, intervenir sobre el mismo, generando una pregunta por el tiempo singular, que habilita un proceso de subjetivación.

El modo y momento de ingreso al hospital construido de manera colectiva, denota la necesidad de dar forma a la temporalidad propia del dispositivo en clave de las “ceremonias mínimas”. Entendiendo a lo ceremonial como inaugural o bien que reforme la rutina y la convierta en encuentro con lo novedoso, con lo nuevo con eso que puja por ser naturalizado pero que cada día se re inaugura y se actualiza. Es decir:

“Instituir implica establecer un corte sincrónico en una continuidad diacrónica. Allí donde la fuerza-de-ley-sin Ley del eterno retorno de lo mismo se presenta como siempre fue así, en dichos signados como destino es posible instituir la diferencia abriendo el juego, ubicando a la institución como marca simbólica de la diferencia. Ello nos conduce a las formas de escritura de ley inherentes al hablante en la cultura y a las organizaciones institucionales como sede de las ceremonias mínimas que hacen posible que la institución opere”.

Con la arquitectura del dispositivo aparece la idea de lo intersticial. El intersticio es un entremedio y un intermedio entre otros órganos (entre los servicios del hospital, entre los espacios físicos del edificio, la sala, el patio, el pasillo) un paralelo, pero también un órgano en sí. Lo estratégico de los ATs es que habitan en dicho espacio. El espacio arquitectónico

se vuelve afectivo e interactivo, un lugar intermedio figural, formalizado por espacialidades intersticiales que aluden a lo que fluye, donde la forma es más matriz que configuración, el espacio es más espacialidad que compartimiento, la función más versátil y multivalente que específica o autónoma; y la perplejidad, la imaginación y la evocación se entrecruzan. Pensando en conceptos como el de indiscernibilidad podemos pensar allí un límite donde habilitar puntos de fuga para que la faceta sujeta del sujeto se torne visible y el sujeto se pueda hacer sujeto de sí mismo. Esa espacialidad íntima y externa al mismo tiempo, ex-tima, topológica, es propia del AT de sala.

Lo intersticial y la disponibilidad

Una de las características que definen al dispositivo es la disponibilidad y la movilidad del mismo dentro del hospital. Al no tener un lugar específico de trabajo cuenta con varios espacios, desde un patio, una oficina denominada “espacio terapéutico”, arrimarnos unas sillas a la cama y conversar con algún usuario, además de los pasillos y la vereda. Esta característica de un “no lugar”, o intersticial constituye una ventaja y evidencia la laxitud, plasticidad del dispositivo.

Esta característica posibilita otro tipo de encuentros poniendo en primer lugar la singularidad del sujeto, lo que nos permite articular una escena donde la presencia, palabra y la escucha son los ejes que enmarcan nuestro hacer. Así como también posibilita otro modo de articulación con los trabajadores del hospital.

La “disponibilidad” en el modo de “estar” espacial, temporalmente y funcionalmente habilita a que el mismo se presenta, se inaugura, por lo general con una pregunta: ¿por qué estás internada? ¿cómo te sentís? ¿Recibiste visitas? Preguntas que posibilitan un diálogo desde su singularidad, desde su historia. El tránsito de los usuarios por el patio para fumar o tomar mate se suman a un diálogo que facilita el transcurrir por la internación y encontrarse con una escucha que acompaña el estar de los mismos, o que les permite hacerse una pregunta en relación a la internación. La pregunta base ¿qué es una internación? Introduce al paciente

como protagonista en su propio devenir. A la escucha y la pregunta por lo que ha valido una internación, la misma opera como lo determinante para la continuidad del tratamiento en lo territorial. Dadas las características del dispositivo, se trabaja por la vía de las causas que hicieron que fuera manifiesto el requerimiento de la misma, es decir, separar la causa que funciona como causa para el paciente. Se apuesta por posibilitar la construcción de un enigma.

Proceso de subjetivación en el hospital

Articulada a la idea de historización, la subjetivación es un eje que intenta intervenir sobre la lógica de objetalización propia de la hospitalización. La ciencia forcluye al sujeto y los diferentes servicios lo fragmentan. Es un horizonte estratégico posibilitar que se restaure allí un sujeto donde la posición de objeto es promovida de manera iatrogénica. Sujeto con una biografía singular, social y subjetivamente constituido.

Frente a la invisibilización institucional que sufren algunos usuarios el objetivo que nos proponemos es humanizar, subjetivar, a partir de la mirada, del lazo, de la palabra y de la escucha.

Estos encuentros le otorgan un lugar de sujeto a pacientes que la institución invisibiliza, al perderse el sentido y la dirección clínica de trabajo. El interés, las preguntas, el ofrecimiento de un tiempo, de un lugar y una mirada subjetivante permiten repensar nuevas posibilidades de intervenciones de varios servicios del hospital.

Conclusión

Para finalizar nos gustaría señalar que el presente trabajo es un registro de una experiencia aún en curso. Es pertinente poner en valor el acto político de la gestión pública, evidenciando que cuando hay voluntad política, aún en el marco de la mayor crisis sanitaria contemporánea, es posible llevar adelante procesos de transformación en clave de ampliación de derechos. Importa destacar además la predisposición de todos

les profesionales del hospital a dar lugar a la experiencia, sumándose a la innovación que esta práctica aporta, considerando importante sostenerla en el tiempo.

Ubicando el aporte que la experiencia realiza en términos políticos, clínicos e institucionales al proceso de adecuación y transformación que debemos seguir realizando de los diversos dispositivos de salud para continuar con el proceso de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. Y en este sentido reafirmar la potencia instituyente que la práctica de ATs porta a la luz de los efectos que la misma ha producido en les usuaries y en la propia institución hospitalaria.

INTERROGANTES EPISTEMOLÓGICOS DE UNA EXPERIENCIA DE ABORDAJE INTEGRAL CON PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE EN ASPO POR COVID-19 EN JUJUY.

Sofía Belén Apesteguía, Ignacio Bereciartua, Juan Cobos, Eugenia García, Daniela Alejandra Juárez, Gabriela Erika Kukoc y Antonio Moreira

Introducción

Frente al empobrecimiento comunitario que atravesamos, la Ley de salud mental nos posibilita replantear y co-pensar nuevas formas de abordar las problemáticas de consumo de las personas en situación de calle a las que por muchos años se las excluyó de las políticas públicas de salud. En el marco de la pandemia por COVID 19, crece el desafío de pensar estrategias de prevención y garantizar la asistencia a los dispositivos de salud, por fuera del ámbito hospitalario abordando la problemática inter y transdisciplinariamente.

Entidades ministeriales son convocadas con el fin de garantizar tanto el acceso a la salud según normativas vigentes de personas en situación de déficit habitacional y atravesados por problemáticas de consumo como el cumplimiento del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO), que entra en vigencia a nivel Nacional (DNU 297/2020), el día 19 de marzo del corriente año, en San Salvador de Jujuy. Es por esto que dicha articulación es pensada de manera tal que pueda habilitar un espacio donde se pueda sostener el aislamiento sanitario, al mismo tiempo que trabajar los padecimientos físicos y subjetivos direccionando

al surgimiento de nuevas vincularidades que hagan de la ley de Salud Mental vigente, una realidad comunitaria.

Desarrollo

Entre las poblaciones más vulnerables al covid 19 se sitúan las personas en situación de calle, quienes con frecuencia tienden a presentar un consumo problemático de sustancias psicoactivas. Allí el consumo aparece transversal al concepto de supervivencia frente a las exigencias de la calle, la noche, el hambre, la violencia y la exclusión social. Sujetos que han pasado de manera cíclica por diversas instituciones públicas, privadas, provinciales y nacionales, terminando a corto o mediano plazo excluidos de ellas y por fuera del sistema, a tal punto que frente a la urgencia y la emergencia optan por acudir a sus propios recursos. Entonces ¿Cuál es la oferta de salud para las personas que con consumo problemáticos habitan la calle en momento de pandemia en Jujuy? ¿Por quiénes son alojados?

Llevamos adelante la propuesta de incluir atención primaria de la salud en un predio en el cual habitan, un promedio de 40 varones adultos en situación de calle coordinado por el ministerio de Salud, Desarrollo humano y Seguridad de la Provincia, apostando al diseño e implementación de un nuevo dispositivo para abordar problemáticas de consumo.

Estructura del dispositivo

A nivel edilicio, el dispositivo cuenta con:

7 habitaciones con 7 camas cada una. Al día de hoy, una de las habitaciones se

encuentra vacía con el fin de ser usada como habitación de aislamiento en cumplimiento a las normas delineadas por el C.O.E Provincial.

1 cocina completa.

1 comedor/sala de estar con tv.

1 baño de varones.

1 cancha de básquet, 1 de fútbol para realizar actividad física.

1 *sala* adaptada durante el día al trabajo de personal de salud en general y durante la noche como habitación del personal de enfermería quienes realizan guardia de 24 hs.

1 sala adaptada para el uso de personal de seguridad quienes, al igual que el personal de enfermería realizan guardias de 24 hs.

1 *horno externo* en disponibilidad para uso de los usuarios del albergue.

1 vagón refaccionado como *biblioteca*.

Al ingreso se les comunica a los usuarios que disponen de una cama con abrigo indicado, la garantía de las cuatro comidas básicas (desayuno, almuerzo, merienda y cena) y artículos de higiene personal (por única vez). Se comunican las normas básicas de convivencia y se lleva a cabo la firma del Consentimiento Informado (CI).

Número de Usuarios al día de hoy.

Al día de la fecha, 38 varones de entre 20 y 75 años habitan el albergue. Desde el inicio de las medidas de confinamiento, el número de usuarios varía según se haya podido reubicar a los mismos o bien en otros dispositivos o bien bajo responsabilidad de referentes familiares. Varía, a su vez, según acatamiento individual del ASPO. En términos generales, podemos decir que el *giro/cama* de la institución es *bajo/moderado* y que el promedio de usuarios es de 45 personas desde el inicio de la cuarentena.

Problemáticas prevalentes en el Dispositivo.

Como factor común, las problemáticas que unifican a la totalidad de los usuarios del albergue encuentran su origen en situaciones integrales de vulnerabilidad social: *situación de calle*, *consumo problemático de sustancias psicoactivas* (principalmente *alcohol* y *pasta base de cocaína*), *carencia de factores nutricionales* acordes a edad/situación clínica, falta de regularidad en las consultas médicas/psicológicas, inexistencia de vínculos familiares/sociales/estatales de apoyo, *desocupación* de larga data.

Sin embargo, una caracterización grupal interna más específica nos permite diferenciar un grupo marcado donde el consumo problemático de PBC surge como problemática más urgente a tratar, frente a otro grupo donde se hacen más visibles las patologías de índole clínica (hipertensión no tratada, diabetes no tratada, hepatopatías no tratadas, afecciones dermatológicas crónicas no tratadas). La variable fundamental que separa ambos grupos es el margen etario, siendo los más jóvenes aquellos afectados por un consumo desregulado, y siendo los mayores aquellos más vulnerados a nivel de los sistemas fisiológicos básicos.

Utilizando como referencia el DSM-V y CIE-10 los diagnósticos de mayor prevalencia en el albergue son: Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, Esquizofrenia, Trastorno depresivo mayor recurrente, Trastorno por estrés agudo y Trastorno de la personalidad.

Las situaciones de urgencia/emergencia relevante hasta el momento fueron fueron resueltas en coordinación con el SAME, derivadas a los centros de referencia de la provincia (Hospital Pablo Soria y Hospital W. Gallardo) y nuevamente trasladadas al refugio, cumpliendo las medidas de seguridad exigidas por el COE.

Recurso humano que al momento se desempeña dentro de la institución.

- Personal dependiente del *Ministerio de Desarrollo Humano Provincial*: Coordinación del Refugio, personal de cocina y voluntarios.
- Personal dependiente del *Ministerio de Salud Provincial*: Médicos Residentes del Hospital N. Sequeiros, Psicólogas Residentes del Hospital N. Sequeiros, Servicio de Enfermería y Trabajo Social (Grupos bajo la Coordinación del Lic. Juan Cobos, dependiente de la Secretaría de Salud Mental y Adicciones de la provincia).
- Personal de seguridad, coordinado por el Ministerio de Seguridad de Jujuy.

Las actividades relacionadas con las necesidades básicas de los usuarios del refugio (alimentación, higiene individual, limpieza y mantenimiento del establecimiento) se encuentran coordinadas y llevadas a

cabo por personal dependiente del ministerio de Desarrollo junto con los mismos usuarios del dispositivo.

Las actividades que se encuadran dentro de los procesos terapéuticos clínicos/psicofarmacológicos/psicológicos como así aquellas que promueven la reinserción social futura (microemprendimientos laborales) se desarrollan bajo articulación entre personal del Hospital N. Sequeiros (médicos/psicólogas) y personal del DIAT-Alto Comedero.

Actividades Terapéuticas

Seguimiento psiquiátrico/psicológico/social individual y grupal y manejo de patologías clínicas:

- *Usuarios con necesidad de inicio de esquema psicofarmacológico:* se apunta a trabajar sobre las manifestaciones físicas de la abstinencia y el deseo irrefrenable de consumo o *craving*. Restitución o continuación de esquemas para aquellos usuarios con padecimientos mentales crónicos. Regular síntomas tales como insomnio, ansiedad, disminución del afecto, bajo control de impulsos, tanto sean estos de base biográfica (por el historial común referido anteriormente), orgánica (epilepsia, demencia, deterioro cognitivo) como por la situación actual de confinamiento obligado. Se dividen las tomas en 3 diarias, matutina, vespertina y nocturna. Al día de hoy 14 personas del dispositivo se encuentran bajo tratamiento psicofarmacológico (37%) con control semanal por personal de psiquiatría.
- *Usuarios con necesidad de inicio de terapia individual:* terapia individual a cargo de psicólogas residentes del Hospital N. Sequeiros. En la mayoría de los casos, dichos encuentros surgen como demandas propias de cada usuario; o bien de la continuación de seguimientos psicológicos de inicio anterior a la pandemia actual.
- *Usuarios con necesidad de inicio de esquema para tratamiento de patologías clínicas:* desde la residencia de psiquiatría, se intenta garantizar el inicio o continuación del tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles: hipertensión arterial, diabetes tipo 2, hepatopatías, afecciones dermatológicas; y enfermedades

crónicas transmisibles: HIV, pediculosis, escabiosis, micosis, afecciones respiratorias no relacionadas al COVID19. Al día de hoy 10 personas del dispositivo se encuentran bajo tratamiento clínico crónico (26%) con control semanal por personal también de psiquiatría.

- *Grupo terapéutico*: Se encuentran operando un grupo terapéutico enfocado a las pautas de convivencia, problemáticas sobre el consumo de sustancias y reacciones emocionales frente al contexto de pandemia. Coordinado por profesionales de la Residencia de psicología clínica y comunitaria del Hospital N. Sequeiros.

Talleres de Micro-emprendimientos con proyección laboral:

Los talleres se encuentran coordinados por los mismos usuarios, en articulación constante con profesionales de las Residencias de Psiquiatría y Psicología mencionadas. Apuntan principalmente a la generación de actividades económicamente redituables y autosustentables con un fin laboral y terapéutico, para lo cual disponen de taller de carpintería, artesanías y panadería.

Tensiones y/o Resistencias Interministeriales

El principal desafío al momento abordar diferentes problemáticas presentadas en el dispositivo, es la diferencia de paradigma entre el Ministerio de Desarrollo social, Ministerio de Salud y Ministerio de Seguridad donde la falta de consenso entre uno y otros, ha repercutido en los usuarios generando malestar y diferencias entre unos y otros, volviéndose cada reunión una lucha de poder, quedando el bienestar de los usuarios muchas veces desdibujada.

Frente al avasallamiento de los derechos humanos desde el ministerio de salud se trabajó en el fortalecimiento de redes de trabajo con otras instituciones principalmente ONG que acompañan a personas en situación de calle, así también en la promoción, restitución y ejercicio de derechos de los usuarios, abordado en diferentes espacios individuales y

grupales, tendiente a promover la fortaleza grupal y desarrollar el sentido de pertenencia.

Conclusión

El carácter incierto del contexto epidemiológico-sanitario de la provincia enfrentado a la histórica pertenencia de los usuarios del refugio al estrato social de mayor vulnerabilidad, nos ubica como profesionales en un doble desafío. Por un lado, la continuación de abordajes médico-terapéuticos que se venían desarrollando con anterioridad en el sistema de salud, como la readaptación de nuestras prácticas a este nuevo contexto.

Ahora bien, ¿es posible habilitar un encuentro entre distintos posicionamientos éticos? y qué sucede cuando se intenta articular un abordaje integral desde Ministerios que se posicionan en diferentes paradigmas?

Consideramos que el abordaje integral en pos de políticas públicas de salud es algo que se continúa construyendo, y se hace más difícil aun cuando dicha construcción es en un escenario de complejidades constantes, donde la práctica misma nos va mostrando que el objetivo a perseguir siempre será el promover y acompañar en la restitución de los derechos de los usuarios, lo cual es un desafío a la hora de medir y evaluar el impacto de nuestras intervenciones.

LA JUEGOTECA MÓVIL: UN DISPOSITIVO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN NIÑES EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Mariana Colesnikow, Noelia Costa y María Soledad Pintos

Introducción:

En este trabajo presentaremos el dispositivo que hemos llamado “Juegoteca móvil” que se implementó en el marco del Programa de Salud Detectar.

Para contextualizar el surgimiento del proyecto, consideramos importante aclarar que formamos parte del equipo de Salud Mental y Adicciones de Lanús y coordinamos un espacio de juegoteca en la Unidad Sanitaria Monte Chingolo del mismo municipio. Desde el inicio de la pandemia dicho espacio fue suspendido y comenzamos a participar de los operativos Detectar.

Intentaremos abordar en el desarrollo del trabajo los indicadores que gestaron la idea, el contenido, la implementación de la propuesta. Asimismo también abordaremos los fundamentos que sostienen la idea de que el juego, la creatividad y el encuentro con otros son de vital importancia en la vida de los niños y más aún resultan fundamentales para transitar momentos de angustia e incertidumbre que protagonizan la situación que estamos atravesando.

También se compartirán los resultados que ha tenido la propuesta tanto a nivel cuantitativo como cualitativo, compartiendo experiencias a modo de relatos de diferentes situaciones vividas en operativos barriales.

¿Qué es el Programa de Salud Detectar?

El programa detectar surge a partir de la pandemia ocasionada por el Covid-19. Se conforman equipos de trabajo con trabajadores de salud y desarrollo social de Nación, de la provincia, del municipio y del barrio en el que se lleve a cabo. Se propone la búsqueda activa -puerta a puerta- de personas que presenten síntomas o hayan tenido un contacto estrecho con una persona de diagnóstico positivo. Y en caso de encontrarse se procede a un hisopado en el trailer dispuesto en proximidad y se estimula al aislamiento físico.

Se recorren diferentes barrios vulnerables, en este caso, dentro del municipio de Lanús, visitando casa por casa, con el motivo de brindar información acerca de las pautas de cuidado para prevenir y disminuir las posibilidades de contagio y también se facilitan teléfonos de asistencia. A la vez se ofrece la posibilidad de vacunarse contra la gripe para aquellos que lo necesiten y quieran hacerlo.

Salud Mental en el Programa Detectar

¿Por qué un equipo de salud mental acompaña estos operativos?. Consideramos que generar espacios de encuentro nos da la posibilidad de construir algo que va más allá de la presencia o no de síntomas, de las precauciones, del virus. Por ello, es importante resaltar que se trabajó de forma anticipada con los equipos (integrados por profesionales y promotores de salud) resaltando la importancia de ofrecer una mirada humanizante y empática hacia el otro ya que se desconocen las situaciones por las que están atravesando las familias a las que se visita. Resulta fundamental ofrecer información clara y tranquilizadora en caso que haya personas que sufran síntomas, deban ser hisopados o ser separados de sus hogares o de sus familiares para recibir una adecuada atención médica y realizar el seguimiento correspondiente.

Estar allí presentes hace posible generar un espacio de escucha, de disponibilidad, y prestar palabras, para transitar las emociones, sensaciones de dolor, incertidumbre y angustia que esta nueva realidad nos trae. Emiliano

Galende explica: "Salud mental es brindar atención y prestar cuidados a quienes padecen alguna forma de sufrimiento mental." (Galende, 2015, p. 79). Por ello, reconociendo el sacrificio que la situación social actual impone a las personas, se intenta dar lugar a la expresión de sentimientos y así por medio de la palabra alojar algo de este dolor, alivianar dichas sensaciones, dispuestas a pensar alternativas, soluciones, a acompañar. Es así que reconocemos que es de vital importancia la presencia de una mirada integral, que incluya la salud mental como un abordaje indeslindable de la salud.

Así mismo, introducir nuestra pregunta dirigida más allá del síntoma físico, tuvo impacto para el resto de los trabajadores, en su modo de acercarse al vecino, de presentarse y dialogar. Se hizo evidente un giro desde el cuestionario propio de la anamnesis médica a una postura abierta, con mayor predisposición a la conversación, generando dentro de un clima global hostil, un espacio de escucha cálido, suponiendo allí, un otre intentando adaptarse a esta nueva realidad intrusiva, repentina y muchas veces dolorosa.

Durante el trabajo en los operativos, conversando con las familias sobre la situación en la que se encuentran, nos surgieron preguntas acerca de cómo y cuáles son los lugares de les niños en este contexto. La preocupación por la posibilidad de realizar o continuar tareas escolares, el tiempo invertido en pantallas, las herramientas simbólicas y creativas de cada familia fueron indicadores que se nos presentaron para pensar la necesidad de un espacio distinto.

Es por esto que siendo de nuestro interés el acompañar a les niños en el contexto de aislamiento social, surge la Juegoteca móvil. El formato y el objetivo en que fue pensada la propuesta se relacionan con crear un espacio de creatividad y encuentro como herramientas transformadoras y subjetivantes. A partir de la misma se intenta poner en juego la imaginación para la creación de lo nuevo, como un espacio donde se generen nuevas respuestas o nuevos desenlaces.

La juegoteca móvil

Pensamos la construcción de un cuadernillo que contiene propuestas lúdicas, colores para pintar y juguetes pequeños. Las propuestas son

juegos para compartir en familia, dibujos para colorear, máscaras para recortar, decorar y pintar, una actividad de relajación en familia y un cuento que creamos y llamamos "Un bichito sin corona", al que particularmente le falta el final. Esta propuesta lleva consigo una especial intención para que cada niño pueda inventar cómo termina la historia de Keila y Santino (los protagonistas del cuento), lo cual implica un espacio y un tiempo para tramitar miedos, emociones, fantasías, preguntas, posibles soluciones, una salida a la incertidumbre.

Las infancias y el juego

Es en la infancia que la estructuración psíquica tiene lugar y es allí donde el juego, la imaginación y la capacidad simbólica son protagonistas. En palabras de Esteban Levin, "La experiencia infantil comporta como estructura simbólica la capacidad de transformar y sustituir la realidad por otra, engendrar la novedad de otra realidad". (Levin, 2010, p. 39).

La nueva situación social trajo cambios en varios escenarios de la vida y ha modificado bruscamente la rutina de los niños. La trama literaria del cuento permite crear una escena desfigurada que ficcionaliza la realidad, que habilita la construcción de personajes que transitan emociones similares, quizás algunas en espejo, y que abre la posibilidad de identificarse al niño o niña del cuento sin correr riesgos. En ese sentido la oportunidad de inventar un final a un cuento, permite que un giro subjetivo allí tenga lugar, ser actor y poder elegir cuál será el final, acota la incertidumbre y da lugar a un movimiento creativo.

En *El creador literario y el fantaseo*, Freud (1908) nos ilumina:

Todo niño que juega se comporta como un poeta, pues se crea un mundo propio o, mejor dicho, inserta las cosas de su mundo en un nuevo orden que le agrada. Además, sería injusto suponer que no toma en serio ese mundo; al contrario, toma muy en serio su juego, emplea en él grandes montos de afecto. Lo opuesto al juego no es la seriedad, sino... la realidad efectiva (p. 127).

Para Fukelman, el juego es una zona de protección, de descanso, que protege al niño de la amenaza de la sexualidad y la muerte. En un contexto de pandemia en el que los medios de comunicación se encargan de alertar acerca de cantidad de enfermos y de fallecidos, y ante la imposibilidad de circular por los espacios propios de las infancias, como son las plazas, los clubes y la escuela, creemos imprescindible reubicar el lugar del juego como el espacio que le brindará a le niño la posibilidad de un refugio frente a la realidad, ya que como dice Lacan “Nada, al fin de cuentas, es más contrario al riesgo que el juego.”(Lacan, 1964, p. 144)

La juegoteca y el intercambio con la comunidad

Invitamos a cada familia a que los adultos acompañen a los niños en la elaboración del cuento y puedan enviar el dibujo realizado mediante las redes sociales para compartir con el equipo de salud mental y otras familias las producciones o los momentos vividos.

Las tecnologías o redes sociales fueron necesarias para pensar una posible comunicación con la comunidad, para que conozcan nuestro trabajo y para entablar algún tipo de intercambio con la gente, promoviendo el lazo social. Desde esta perspectiva, se considera al niño como un sujeto de derechos, con capacidad activa de pensar, desear y expresar sus ideas. Así como el rol de los adultos de acompañar en su desarrollo y ejercicio de los mismos.

La construcción de la salud mental desde una perspectiva comunitaria, está orientada a promover la participación activa de las personas; contraria a una mirada asistencialista que objetaliza a quien asiste. De este modo, resulta importante la creación de procesos participativos en la producción de cuidados.

Breves relatos sobre experiencias para compartir

Hemos recopilado muchas anécdotas y vivencias con la comunidad a lo largo de los operativos, cada una con sensaciones o acciones

particulares. Charlas extensas, risas cómplices, consuelos necesarios, fotos de recuerdo, recetas compartidas... Por eso creemos importante compartir algunas de las que marcaron el recorrido de la Juegoteca móvil, tanto para nosotres como para las familias que la recibieron.

“El llanto sin consuelo de M nos atravesó el cuerpo. Acercarse, saber su nombre y poder decirle directamente a él y para él quién soy, qué hago acá, por qué aparezco sin previo aviso en su casa... es un buen comienzo.

Aún después de tal presentación su miedo y angustia seguía a flor de piel. Abrazado cual garrapata a su mamá le explicamos que tendrán que ir a revisarse por un médico.

Estallado en lágrimas pudimos encontrarnos en una mirada sincera, mostrando un regalo para él y su familia que estaba en mis manos. Con los ojos abiertos de asombro y la respiración aún agitada, decidimos dejarlo en su casa para cuando vuelvan de la revisión.

Su llanto calmó... y de despedida, una sonrisa se le escapó como quien sabe que alguien lo espera en su casa para volver a jugar.” (Barrio Villa Illaza).

“Tobías y su familia ya estaban en la puerta cuando nos acercamos. Después de explicarles en qué consiste la juegoteca móvil y qué propuestas había allí, su hermano menor lo recibió y corrió hacia el fondo de su casa.

Apenas unos minutos pasaron, cuando recorriendo las casas de la cuadra paralela a la casa de Tobías, él se acerca a mostrar su producción. Comparte orgulloso su final del cuento y su dibujo, mientras cada uno de sus hermanos realizaba otras de las actividades.

Un espacio de creatividad y encuentro compartido en plena acción.” (Barrio Villa Porá).

Algunos resultados:

A lo largo de los operativos en los que participaron equipos de Salud mental, se repartieron 440 cuadernillos. Le damos un lugar a la cifra dado que ello representa 440 familias que han recibido una pequeña sorpresa ahí donde no lo esperaban. Pero, por otra parte, nos interesa destacar

los efectos que generó, no sólo en los niños y sus familias, sino en nuestro equipo también. Sonrisas, asombro, timidez, agradecimientos y alegría recibimos y sin duda eso moviliza, fortalece, motiva y enciende ideas o posibilidades.

Conclusiones:

En tiempos de aislamiento social sostenemos que es un derecho y una necesidad generar espacios de encuentro, de escucha y de alivio. Por eso creemos que la Juegoteca móvil es una oportunidad dentro de este contexto para contribuir al desarrollo de la estructuración psíquica de los niños, utilizando el cuerpo, el juego, el encuentro con sus seres cercanos y la creatividad para transitar la diversidad de emociones por las que están atravesando.

Como mencionamos antes, desde una perspectiva comunitaria de la salud mental, la participación activa de la comunidad es imprescindible. Es así que pensamos una propuesta donde el foco está puesto tanto en los niños y sus familias, como también en el incentivo a compartir las producciones con otros con miras a sostener el lazo afectivo y social.

Bibliografía

- de Gainza, P. M. y Lares, M. (2011). *Conversaciones con Jorge Fukelman. Psicoanálisis: juego e infancia*. Buenos Aires: Lumen.
- Freud, S. (1908). "El creador literario y el fantaseo". En Sigmund Freud *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, tomo IX.
- Galende, E. (2015). *El conocimiento y prácticas de salud mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Lacan, J. (1964). Seminario XII: Problemas cruciales para el psicoanálisis.
- Levin, E. (2010). *La experiencia de ser niño, plasticidad simbólica*. Buenos Aires: Nueva visión.

LA LECTURA Y LA ESCRITURA COMO ESTRATEGIAS SUBJETIVANTES EN TIEMPOS DE AISLAMIENTO Y DISTANCIAMIENTO SOCIAL OBLIGATORIO

Cecilia Greca

La lectura y la escritura como estrategias subjetivantes en tiempos de aislamiento y distanciamiento social obligatorio

Introducción

La pandemia de COVID-19 y la consiguiente implementación del Aislamiento/Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio, modificó radicalmente nuestra vida cotidiana y recrudesció la situación de desamparo social y psíquico de poblaciones que históricamente han visto vulnerados sus derechos. Esto se vio intensificado por el hecho de que las instituciones estatales y de la sociedad civil que tienen por objetivo el trabajo con estas poblaciones vieron muy reducidas (o imposibilitadas) sus perspectivas de intervención.

En los centros de día de la ciudad de Rosario que trabajan con adolescencias y juventudes en situaciones de vulneración socio-subjetiva, el trabajo se centró en lo que pasó a llamarse “actividades esenciales”: alimentación y facilitación del acceso a la educación formal y a la salud. En ese sentido se pusieron en marcha acciones para sostener la entrega de alimentos a los jóvenes que asisten a la institución, promover prácticas de higiene y cuidado, facilitar el acceso al material escolar y, en los casos en que no se contaba con una vivienda en la cual permanecer, intentar articulaciones con instituciones de alojamiento que brindaran refugio.

En el mejor de los casos, las instituciones comenzaron a trabajar presencialmente en jornadas reducidas y con menor cantidad de trabajadores, respetando estrictos protocolos respecto del distanciamiento social. Esto, por supuesto, imposibilitó cualquier tipo de actividad grupal y convivencial, dispositivos privilegiados, y que toman formas de lo más variadas, en este tipo de instituciones. Fue necesario entonces innovar y diseñar estrategias que permitan que algo de esos espacios y sus efectos pueda continuar a pesar de las limitaciones.

La literatura como derecho

En la ciudad de Rosario, el proyecto “LUCES (hay más luz cuando alguien habla)”, se sostiene desde el año 2016 con adolescentes y jóvenes que asisten a centros de día públicos y conveniados con el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Fe. Se trata de un proyecto colectivo que apuesta a la lectura y a la escritura, apoyándose fundamentalmente en la literatura infantil y juvenil, para crear una escena en la que los jóvenes puedan establecer otro tipo de lazos con sus pares, con los adultos, y también con ellos mismos.

A lo largo de los años, esto se ha ido promoviendo a través de diferentes acciones: un taller de escritura itinerante por las diferentes instituciones que integran el proyecto y por espacios públicos de la ciudad, que en general no resultan accesibles para los participantes; la asistencia a eventos como el Festival Internacional de Poesía de Rosario y la Feria del Libro de la ciudad, para presentar la propia producción y sostener intercambios con otros autores; la publicación anual de los escritos producidos en el taller, en las diferentes ediciones del libro titulado “Palabras que cuentan”; entre otras. Decenas de adolescentes y jóvenes han transitado este espacio, invitando a compañeras a participar, e incluso a familiares y amigos en los eventos abiertos de presentación de la propia producción. LUCES se ha constituido para ellos como un espacio de pertenencia, un espacio en donde puede circular la palabra y pueden crear con ella mundos diferentes, personajes fantásticos, y pueden también apropiarse de la palabra poética y crear belleza, que luego comparten mucho más allá del taller.

Les trabajadores que llevamos adelante el proyecto (referentes de las diferentes instituciones participantes y trabajadores del Ministerio de Desarrollo Social de la provincia de Santa Fe y de la Dirección General de Infancias y Familia de la Municipalidad de Rosario) tenemos la función de ser mediadores de la lectura y la escritura. Es que muchos de quienes participan no están alfabetizados, lo están de manera muy incipiente, o simplemente no han tenido una práctica de acercamiento a la lectura y la escritura. Esto implica la necesidad de ser puentes, facilitadores de un acercamiento a la literatura, ese tesoro de palabras que nos permite pensar(nos) y construir(nos) un mundo más habitable, que nos aloje. Siguiendo a Yolanda Reyes, los mediadores “propician los encuentros para que cada lector comience a escudriñar y a descifrar, entre tantas palabras, las que necesita para inventar su casa imaginaria” (Reyes, 2019, p. 10). Esos encuentros son constitutivos, estructurantes del psiquismo. Quienes sostenemos el proyecto consideramos que la palabra, constituyente del sujeto, es por ello un recurso tan vital como el alimento. Y en este sentido, el acceso a la literatura y a los bienes culturales en general debe ser considerado un derecho y no un privilegio. Cuando esto no se ha dado, o se ha dado poco durante la infancia de un sujeto, sostener esta función significa, lisa y llanamente, restituir un derecho. Y esto implica todo un tiempo de construir confianza, intimidad, cercanía, para, a partir de ahí, dejarse convidar, invitar por el otro a mundos nuevos y desconocidos.

La mediación de lectura como “actividad esencial” en tiempos de crisis

Comenzando el 2020 todo estaba listo para iniciar el quinto año consecutivo del proyecto. Había mucha expectativa respecto de la apertura, que ya tenía fecha, y se había sumado, para enriquecer la experiencia, un equipo de extensión universitaria compuesto por integrantes de las carreras de Psicología y de Antropología de la Universidad Nacional de Rosario.

Y se decretó el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio, en un contexto inédito: una gran parte del planeta afectada por un nuevo virus para el que no había vacuna, tratamiento específico ni cura. La única estrategia posible era aislarnos y esperar.

La situación de las instituciones integrantes del proyecto variaba en función de la población, del proyecto institucional y de su ubicación geográfica. Si bien en algunas se pudo instalar una entrega de viandas algunos días por semana, en todos los casos la situación implicaba la imposibilidad de tener un contacto sostenido con los jóvenes.

En las poblaciones con las que trabajamos, el aislamiento tenía efectos mucho más devastadores: la indicación de permanecer en casa implicaba, cuando había casa, recluirse en espacios pequeños, precarios, sin los servicios básicos para hacer frente a los cuidados prescriptos; por otro lado, la detención de la casi totalidad de la ciudad impedía seguir sosteniendo las diferentes actividades que cada uno de los jóvenes llevaba a cabo para tener un mínimo ingreso. En este contexto, se hacían muy concretas las palabras de Michèle Petit cuando afirma que para muchas personas "(...) las crisis desembocan en un tiempo inmediato, sin proyecto, sin futuro, en un espacio sin línea de fuga. (...) A veces provocan una pérdida total de sentido" (Petit, 2009, p. 15). En ese momento, nuestra tarea se nos presentaba, más que nunca, como una "actividad esencial".

Siguiendo a Petit, "Leer sirve para encontrar fuera de sí palabras a la altura de la propia experiencia, figuraciones que permiten poner en escena, de manera distanciada o indirecta, lo que se ha vivido, en particular los capítulos difíciles de cada historia" (Petit, 2016, p. 57). Sabíamos que nuestra función como mediadores de literatura era fundamental en esta coyuntura, pero ¿cómo recrear la cercanía que habilitaba la mediación de la lectura y la escritura? ¿Cómo abrir otras circulaciones posibles: a otros mundos, otros tiempos, otros escenarios? ¿Cómo seguir ofreciendo palabras que ayuden no sólo a nombrar el mundo y habitarlo, sino fundamentalmente a interrogarlo, transformarlo y hacerlo un lugar más acogedor? Estas preguntas nos llevaron a pensar diferentes estrategias de circulación de la palabra, convencidos de su importancia vital para el sujeto y más aún en tiempos de crisis.

En su libro *Semilla de crápula. Consejos para los educadores que quieren cultivarla*, Fernand Deligny indica: "Sobre todo hazte presente cuando no estás ahí" (Deligny, 2017, p. 29). Debíamos encontrar el modo de estar presentes en el cotidiano de los jóvenes, sin vernos. Esto abrió una primera vía de trabajo: no podíamos acercarnos con el cuerpo, pero sí

podíamos hacerlo con la voz. Empezamos entonces a grabar lecturas literarias que pudieran enviarse a través de audios de Whatsapp y de Facebook, los medios más accesibles para los participantes del taller. Una lectura por día, de lunes a viernes, de manera ininterrumpida desde principios de mayo. Una rutina que tiene efectos no solamente por la calidad de los textos cuidadosamente seleccionados por los adultos que formamos parte del proyecto, sino también porque habla de un deseo: el deseo de estar cerca, de seguir compartiendo un momento placentero, de regalar un poco de belleza. Esta estrategia se instaló y fue generando diálogos, respuestas, incluso algunos jóvenes se animaron a grabar ellos mismos algunos de sus textos publicados en libros de LUCES para compartir con sus compañeros.

Pero no era suficiente. Muchos, por falta de los medios materiales necesarios, no llegaban a los audios. Entonces pensamos una segunda estrategia: un fanzine de tirada mensual. El nombre fue toda una decisión: "Aquellos días de cuarentena". Nos propusimos con él no dejar de nombrar lo que estaba pasando (y que por otro lado inunda las conversaciones y casi la totalidad de lo que se lee y se escucha en los medios de comunicación), pero al mismo tiempo imprimirle un halo de relato, de recuerdo que se comparte después de haber transitado un tiempo difícil. Allí recopilamos poesías, cuentos, ensayos, historietas de diferentes autores que, a su vez, abren a algunas consignas de escritura, para quien se sienta inspirado. Y al final, un "Diario de cuarentena", que consiste en varias páginas en blanco que convocan a un registro, a intentar poner palabras a lo que cada quien va transitando durante los días de aislamiento/distanciamiento social. Sumar a la lectura la invitación a la escritura nos parece fundamental como posibilidad de elaborar y dar sentido a la multiplicidad de vivencias y sensaciones que se transitan en este contexto tan complejo.

En ambas estrategias nos pareció central sostener la idea de "gratuidad" propuesta por Graciela Montes respecto de la literatura (Montes, 1999, p. 61): dar sin pedir nada a cambio, sin explicaciones, sin tener que rendir cuentas. En palabras de Daniel Pennac: "Lectura-regalo. Leer y esperar. No se fuerza una curiosidad, se la despierta" (Pennac, 2019, p. 142). Nos propusimos poder armar con ellos una escena en donde prime

la belleza y una palabra que invite a la ensoñación, a lo lúdico, sin esperar más que la sonrisa, la sorpresa, y lo que cada quien quiera hacer con eso después.

Una vez que ambas propuestas se instalaron, nos propusimos dar un paso más: una estrategia que invitara más directamente a tomar la palabra, a una escritura que hiciera lazo. Construimos entonces la ficción de un personaje llamado “Pájaro de papel” (en alusión a las grullas hechas con la técnica del origami, que son el logo del proyecto y en más de una oportunidad decoraron el espacio y los escritos del taller), que escribió a cada una una carta. Una carta como las de antes, con sobre y estampilla cuidadosamente elegidos, con un texto que invitaba al relato y al intercambio. La invitación era a jugar: la primera carta era común a todos, pero prometíamos que Pájaro de papel respondería individualmente a quien accediera al juego. Y empezaron a llegar las respuestas. Muchas de ellas, también mediadas por algún adulto que, por su función en las instituciones participantes puede ofrecer un trabajo de prestar la mano y proponer preguntas para poder articular y plasmar las propias ideas. Otras, hechas de puño y letra por los jóvenes. Y comenzó un intercambio epistolar en el que Pájaro de papel y los jóvenes empezaron a contarse sus vidas, intercambiar recetas de cocina, recomendaciones de música y películas, e incluso comenzaron a proponerse lecturas. Nuevamente, una estrategia que tiene efectos no sólo por el contenido de lo que se cuenta y la posibilidad misma de contarse, sino por el valor de saberse pensado por otro y de que la propia palabra sea esperada y valorada.

Reflexiones finales

A partir de estas acciones, que implican el enorme desafío de pensar la mediación de lectura y escritura a distancia, logramos ir construyendo una red que empezó a articularnos de otro modo: hablar de un cuento o un poema en nuestros encuentros para entregar/recibir la vianda diaria, contar con quién compartimos una lectura, dar a leer un texto propio. También comenzó a darse un tipo de “contagio” diferente, uno esperado y deseado por nosotros: jóvenes que habían sido reticentes a participar

en el taller, empezaron a pedir ser incluidos en la circulación de audios, fanzines y cartas.

Respecto de lo que puede ofrecer la literatura, Petit nos dice: “Si bien los dramas, las violencias o las desigualdades no se reparan por ello, se abre un margen de maniobra” (Petit, 2016, p. 66-7). De eso se trata en cada acción que sostenemos desde el proyecto LUCES: de abrir posibilidades, nuevas escenas, promover una mirada del mundo desde nuevos puntos de vista, de acercarse y conocer al otro de un modo más matizado y profundo. Este contexto de emergencia, lejos de poner nuestro trabajo en segundo plano, intensificó su carácter necesario: frente al silencio y al aislamiento, ofrecer palabras que permitan construir lazos y crear nuevos sentidos.

Bibliografía

- Deligny, F. (2017). *Semilla de crápula. Consejos para los educadores que quieran cultivarla*. Buenos Aires: Cactus/Tinta limón.
- Montes, G. (1999). *La frontera indómita. En torno a la construcción y defensa del espacio poético*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Pennac, D. (2019). *Como una novela*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Petit, M. (2009). *El arte de la lectura en tiempos de crisis*. Barcelona: Editorial Océano.
- (2016). *Leer el mundo. Experiencias actuales de transmisión cultural*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Reyes, Y. (2019). *La poética de la infancia*. Córdoba: Comunic-Arte.

MODOS DE LA PRESENCIA INSTITUCIONAL EN TIEMPOS DE INCERTIDUMBRE. LÍNEA DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DEL SERVICIO DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, EN EL MARCO DEL COVID-19.

Carolina Alcuaz

Introducción

Frente a la situación del covid-19 el dispositivo de niñas, niños y adolescentes de nuestro hospital ofertó una línea telefónica de atención a las consultas. A través de esta modalidad de teleasistencia, con llamadas o videollamadas, nuestra práctica clínica en la institución pudo sostener su herramienta principal: la palabra.

Distintos interrogantes clínicos surgen con esta modalidad de atención: ¿se puede realizar una terapia on line?, ¿es necesario el encuentro físico entre paciente y profesional?, ¿se puede prescindir del consultorio?, ¿se puede modificar el setting? Diremos que estas preguntas interrogan la práctica misma del psicoanálisis más allá del contexto actual, y sobre todo ponen en primer plano la necesidad de esclarecer a qué denominamos presencia. ¿Cómo definirla conceptualmente?

Decir que el cuerpo está ausente en la modalidad de atención por teleasistencia no es del todo correcto. Sin embargo, podríamos pensar que su existencia en lo virtual dista de ser la misma que en su presencia física, por alguna razón seguimos añorando abrazarnos.

Deberíamos también pensar la situación contraria, es decir, como el cuerpo está presente en la práctica habitual. Freud nos advertía que la cura debía realizarse en abstinencia (Freud, 1912,p.168).

El contexto actual nos permitirá reflexionar sobre la existencia de los sujetos en las redes, los efectos de la tecnología en las subjetividades, en los cuerpos y sus modos de goce, nuestros vínculos con los objetos y la constitución de nuevos lazos.

Todavía no es tiempo de sacar conclusiones, estamos aún sumergidos en la experiencia misma de la pandemia. Estamos en una experiencia colectiva y singular a la vez.

En el clima de incertidumbre mundial, al que el virus nos confronta, pudimos escuchar en los distintos llamados a la línea la intensificación de viejos síntomas y el surgimiento de nuevos malestares. Cada niña, niño y adolescente atravieza el distanciamiento social, preventivo y obligatorio de manera diferente, tanto en sus efectos como en las respuestas intentadas. Es en este contexto que M abuela de E, una niña de sies años, nos llama.

Los niños repiten las historias familiares

M está segura que los hijos repiten las historias de sus padres: “mi ex marido era alcohólico y mi hija, la mamá de E, salió igual de adicta... no quiero que a E le pase lo mismo que a su madre”. En este momento la mamá de E está detenida por conflictos con la ley y E quedó a cargo del cuidado de su abuela. La niña no conoce a su padre, le decía papá a la pareja de su madre. Es en el momento de la detención materna que E se entera que dicha pareja no es su padre.

M relata que su hija comenzó a consumir en su adolescencia y se volvió agresiva en el trato. E siempre vivió con su abuela, dadas las idas y venidas de la madre. M aún tiene el recuerdo de la vez que echó a su hija del hogar: “ella estaba muy intoxicada, quería llevarse a E a la calle, entonces la eché, yo quería que se interne, que haga tratamiento”. Al tiempo la madre de E queda detenida. Según la abuela su nieta no lo sabe, le dijeron que su madre está enferma curándose en un hospital.

M trabajó toda su vida sin parar, se hizo cargo de la crianza de sus hijos, intentó darles todo y compensarlos así por el alcoholismo del padre. Es en la pandemia que se ve obligada a dejar de trabajar, está en uno de los grupos de riesgo y debe cuidarse. En ese contexto surge su angustia, comienza a pensar, duda de haber hecho bien las cosas en la vida, se arrepiente de haber echado a la mamá de E, teme no poder criar a su nieta, quiere otra historia para ella. A su vez, E comienza a tener pesadillas, sueña que su abuela se muere. M cree que E necesitará siempre ayuda psicológica. M dirá: “siempre aguanté todo, no paré, no me detuve a pensar, ahora mi cuerpo no da más, no encuentro salida, tengo miedo de hacer las cosas mal con E”.

Se subraya la importancia de parar y dar lugar a sus preguntas. Se oferta un tiempo para comprender, se acuerdan entrevistas on line tanto con ella como con E.

¿Con qué sueñan los niños?

E me dice que “los psicólogos arreglan las cabezas” y que tiene muchas preguntas para hacerme: ¿qué son los sueños?, ¿qué es el tiempo?, ¿podemos olvidarnos de las cosas que pasaron?, ¿por qué pestañamos?, ¿nos vamos a morir?, ¿se puede tener dos papás?, ¿podés arreglarme los sueños?

Relata que tiene muchas pesadillas que no entiende. Sueña con monstruos que la atacan, con helicópteros que aplastan su casa, con su abuela que muere, entran ladrones o personas malas con cuchillos, se cae en pozos, personas malas le cortan la cabeza. En varios de sus sueños su abuela está enojada. Pareciera que lo rechazado de la verdad familiar retorna en sus pesadillas.

Inventa cuentos donde los padres dejan solos a los hijos, luego se arrepienten, esta es la parte que más le gusta, y vuelven. Los finales son felices. Jugamos en los encuentros, se divierte. El juego y sus construcciones imaginarias le permiten tramitar de otra manera la verdad familiar.

Al cabo de un tiempo dirá que no quiere hablar con su familia en la casa, tiene vergüenza. Este límite para la videollamada es tenido en

cuenta y con el retorno de la modalidad presencial de atención E comienza a concurrir al dispositivo. Dirá que sus sueños le llaman la atención, porque en ellos su abuela no la cuida a diferencia de la realidad. Afirma ser *la soñadora de sueños feos*. Al tiempo disminuyen sus pesadillas.

De todas sus preguntas reserva algunas para hacer a su madre, principalmente las referidas a su papá.

No quiero morirme enojada

M dirá que estuvo reflexionando. De sus siete hijos sólo quiso tener al último. Se siente culpable por esto, indudablemente no alcanzó con darles todo (refiriéndose a cubrir las necesidades básicas). No fue una madre amorosa. Los dejaba solos con un padre agresivo mientras trabajaba sin parar. Reconoce que cuida mejor a sus nietos que lo que cuidó a sus hijos (queremos aclarar que se encunetra a cargo de dos nietos más). Durante años estuvo enojada con ellos porque no reconocían el sacrificio que hizo para que nada les faltara. Su relación con ellos se volvió distante y fría. Ellos le reprochaban su elección amorosa. Ahora se da cuenta que no pudo escuchar que sus hijos sufrían, no toleraba los cuestionamientos que la hubieran obligado a detenerse a pensar y separarse antes de su marido. Considera que algo dentro de ella le impidió cuidarse, no entiende por qué eligió a esa persona malvada como marido y padre de sus hijos. Dirá: “no quiero morirme enojada, quiero entender qué me pasó”.

De la queja por su ex marido y sus hijos a la implicación subjetiva en su malestar consentirá a solicitar una terapia para ella.

Conclusión

Es la pandemia el contexto donde se detiene la posición sacrificial de esta abuela, desencadenándose la angustia. Historizar en las entrevistas le permitió pasar de la queja a la rectificación subjetiva y demandar una terapia.

Su nieta continúa tratamiento en nuestro hospital, sostiene su deseo de saber dirigido a quien la escucha y también a su madre.

Entre la angustia de la abuela y las pesadillas de la nieta se circunscribe el real que empuja a la consulta. La línea telefónica permitió acompañar el tiempo de comprender necesario para ambas. La oferta institucional de dicha modalidad de atención provocó el encuentro entre el deseo de un profesional, modo de su presencia, y la demanda de un sujeto.

Bibliografía

- Freud, S. (1915). "Puntualizaciones sobre el amor de trasferencia". En Freud, S. Obras Completas. Buenos Aires. Amorrortu, tomo XII, pp.161-176.
- Freud, S. (1919). "Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica". En Freud, S. Obras Completas. Buenos Aires. Amorrortu, tomo XVII, pp.153-163.
- Miller, J-A (2017). Los miedos de los niños, Buenos Aires, Paidós.

¿QUÉ HAY DE NUEVO, VIEJO?

Maria Sofía Belén Álvarez, Marina Bertini, Lucía Carolina Coronado, Daiana Martina Dell'Amico, María Alejandra Lovillo, Micaela Pérez, Cintia Roxana Quilodran, Victoria Sagripanti

El presente escrito se enmarca en nuestra experiencia como equipo de la residencia de psicología del HIGA San José de Pergamino, y en un contexto particular: la pandemia del COVID-19 y la consecuente medida de aislamiento preventivo. La incertidumbre y el distanciamiento físico, nos proponen como desafío acompañar e impulsar el sostén de la palabra más allá de la presencia de los cuerpos. Cuestión que nos permite también dejar planteada la pregunta ¿es esencial solo lo presencial?

Desde el servicio de salud mental de nuestro hospital se propone un nuevo dispositivo: línea telefónica de apoyo psicosocial destinada a la comunidad y a los trabajadores de la salud, es a partir de este que insisten algunas preguntas, hipótesis y reflexiones que deseamos compartir.

En el desarrollo del escrito intentaremos dar cuenta de los atravesamientos singulares, colectivos e institucionales, que se visibilizan, construyendo un entramado particular.

La presencia en la pandemia.

La medida de aislamiento social, preventivo y obligatorio en el contexto de la pandemia por Covid-19 implicó una ruptura, que puso en jaque la vida cotidiana en el mundo entero.

No sólo se trata de un fenómeno biológico sino también de una cuestión social, política y económica; que impacta de diferente manera en cada territorio. Al decir de Percia (2020), la pandemia actúa como una lente de aumento, de las condiciones de la vida común que ya vivenciábamos; mostrando las desigualdades del sistema en el que estamos inmersos.

La pandemia toma y abstrae la totalidad de los cuerpos, afectando fuertemente el lazo con lxs otrxs, las formas de relacionarnos y los modos de estar/permanecer.

El otro se configura como una amenaza, como un peligro del cual hay que prevenirse o defenderse, quedando trastocada la condición de semejante.

Se plantea una paradoja: cuanto más me tengo que cuidar del otro, es cuando más se pone en evidencia que necesitamos del otro. Esta paradoja cala hondo en la condición humana, ya que se nos propone como solución de compromiso el permanecer aislados. Tal es así que queda suspendida la materialidad de los cuerpos.

En este contexto, como equipo de salud, nos preguntamos: ¿existe la presencia más allá de los cuerpos? Si es así, ¿cómo reconfigurarla en estas nuevas condiciones?

La situación de emergencia sanitaria nos llevó a reflexionar sobre las prácticas que sostenemos y visibilizó las lógicas de atención predominantes. Fue necesario replantear los dispositivos tradicionales y poder construir otros más acordes, apelando casi obligadamente a la invención, en un trabajo de construcción colectiva.

En este sentido, es que se crea un nuevo dispositivo, la línea telefónica de Apoyo Psicosocial a la Comunidad. Apostando a un espacio de escucha y alojamiento de los efectos y consecuencias de esta crisis, y del sufrimiento psíquico.

“Convocar a los sujetos que hablen y garantizarles nuestra escucha y nuestro respeto por su palabra, sigue siendo uno de los mejores antídotos en relación al malestar en la cultura acerca del cual ya Freud nos advirtió” (Szapiro, 2013, p. 108)

¿La voz no tiene edad?

La contingencia de la pandemia, y la creación de un teléfono fijo de apoyo psicosocial a la comunidad, para nuestra sorpresa, nos acercó a escuchar a adultos mayores de 65 años, una de ellas no vidente. Población que en su mayoría no accede a consultas psicológicas en nuestro hospital, y no han tenido contacto con nuestro servicio de salud mental previamente.

Las personas que llaman son adultos mayores que estaban incluidos en el lazo social, en tanto realizaban actividades placenteras por fuera de su casa, en clubes, centros de jubilados, espacios culturales, encuentros con amistades, entre otros. Dichas actividades se vieron coartadas como efecto de la medida de distanciamiento físico. En sus decires se escucha y se repite el sufrimiento que les ocasiona la soledad.

A partir de encuentros donde comenzamos a repensar las prácticas que sostenemos a diario, y a problematizar la demanda de escucha de este nuevo dispositivo, pudimos advertir que la medida del aislamiento social, obligatorio y preventivo es una oportunidad para llegar a una parte de la comunidad con la que antes no nos encontrábamos. En este sentido, la implementación de la línea telefónica de apoyo psicosocial posibilitó la amplitud en la accesibilidad al sistema de salud.

Entendemos a la accesibilidad: “como una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse” (Comes, et. al., 2007, p. 202). Por tal motivo, es de suma importancia contemplar en cada estrategia de salud las prácticas de vida de la población, las representaciones sociales de los usuarios y los servicios, las subjetividades en juego al interior de esta relación.

Es desde este modo de conceptualizar la accesibilidad que surge como interés conocer las expresiones de los adultos mayores sobre el para qué del conversar con un/a psicólogo/ga, así como también nuestras representaciones respecto a la vejez. ¿Cómo nombra cada usuario/ria a su malestar o padecimiento? ¿Requiere una especificidad escuchar a adultos mayores? ¿Cómo hacer/lograr un encuentro?

Que los cuerpos se descuenten produce como efecto encuentros diferentes con el otro, no empleamos el soporte físico del consultorio, y las

presencias, tanto las nuestras como las de las personas que recurren a la línea se encarnan en la voz que, al no estar acompañada de la mirada, cobra mayor peso en la escucha y en el acompañamiento. El sufrimiento psíquico no conoce de tiempos cronológicos, y cada sujeto lidia con él según sus recursos simbólicos, su singularidad y el contexto en el que está inmerso. La voz no tiene edad.

De sus relatos se desprende cierto sentimiento de vergüenza en relación a lo que pueda pensar su entorno en lo que respecta al estado de su salud mental, frases naturalizadas como “los locos van al psicólogo” se escuchan de algunos de ellos. ¿Podría pensarse que estas representaciones obstaculizan la accesibilidad al sistema de salud mental? ¿Será que la línea telefónica, y su posibilidad de eludir el hecho de dirigirse hasta el hospital, facilitó el encuentro?

Los encuentros van sucediendo, las palabras van bordeando el malestar producto de la soledad, y también de las huellas que han dejado sus historias, historias de mucho vivido, sonreído y sufrido. La vergüenza queda atrás, por delante otros tiempos.

El juego de las voces

Escuchando a las personas que consultaron a la línea telefónica, un malestar se iba repitiendo en ellas: la soledad. Decidimos como equipo de trabajo hacer lugar a ese malestar y proponer un espacio grupal. Al decir de Ulloa (2011) “tuvimos que aprender a incluir lo disruptivo y transformarlo en oportunidad” (p. 196). Apostando al sujeto, a la palabra y a ir armando un entramado simbólico que permita captar algo de ese real que irrumpió, y que continúa irrumpiendo.

Este nuevo espacio se ofrece, entonces, como posibilidad de ir tejiendo una nueva trama, con otros, con otras voces que puedan ir cercando algo de la angustia que de esta nueva situación se desprende.

Orientadas bajo la “premisa de trabajar con lo posible” (Ulloa, 2011, p.196) la virtualidad se nos presenta hoy como la vía que posibilita coordenadas para un encuentro. Para pensar este espacio grupal virtual tomamos el concepto de artificio. Dice Jasiner (2019): “artificio es una

dimensión que indica que algo no viene ya dado, si no que necesita ser armado. Artificio habla también (...) de un saber hacer, de un hacer con arte, de instituir algo donde eso no había. Remite a artesanal: aquello no hecho en serie, sino más bien una marca, caso por caso. Un recurso persona por persona. Grupo por grupo” (p. 30).

La situación de la virtualidad al tiempo que se nos presenta como un desafío nos genera algunos interrogantes: ¿Qué cuerpo aparece en la virtualidad? ¿De qué presencia hablamos? ¿Cómo pensar la afectación de los cuerpos?

Hemos podido, hasta ahora, reunirnos en tres oportunidades, con dos y tres participantes, mujeres de entre 65 y 82 años, que viven solas. Si bien cuentan con referentes significativos, dado el contexto actual de aislamiento social el contacto con éstos se halla limitado, situación que las conduce a sufrir la soledad.

Una de las participantes comenta que en la semana “estuvo bajoneada” porque fue el cumpleaños de su nieta y no pudo estar con ella, a pesar de la cercanía de sus casas.

Otra de las señoras, ante la visita de su hermana, “se olvidó de todo lo que está pasando”. Al mismo tiempo nos dice que habla mucho por teléfono con otras pero que “no es lo mismo”. En esta línea y en palabras de Jasiner (2019) creemos que: “el otro podría en su diferencia, en lo sorprendente de su presencia, funcionar como causa (...) Los pequeños grupos son espacios (...) valiosos para ir atravesando (...) una experiencia de lo común, que no es lo mismo que una experiencia de lo igual, que va tejiendo un entramado grupal poroso” (p. 18).

Jasiner (2019) dice que en el trabajo con grupos la palabra es un elemento fundamental pero no el único que permite producir eficacia subjetiva. Apunta que nuestra caja de herramientas incluye elementos tales como la mirada, el sonido, la voz, recursos capaces de propiciar, en los comienzos, una imaginaria pero necesaria unidad grupal. Nos preguntamos si en la virtualidad no resultará imprescindible reconfigurar nuestra caja de herramientas.

En una ocasión en que la conectividad no permitió hacer una video llamada, sostuvimos un encuentro telefónico, en el que lo imaginario quedó suspendido, pero también la posibilidad de observar los gestos, las

miradas; llevadas entonces, al ejercicio de agudizar la percepción de lo que acontece, nos entregamos a los compases y ritmos de nuestra escucha y el re-sonar de nuestras voces.

De este modo, la elección de una canción, el canto, les permite a las participantes expresar a través del “lenguaje” de la música su dolor actual o hablar sobre el paso del tiempo. Leer una poesía para finalizar un encuentro. Esos son los recursos con los que vamos tramando en este pequeño grupo de adultas mayores.

Suponer que del otro lado de la pantalla o del teléfono hay un sujeto que podrá recepcionar nuestra invitación a la palabra y a su dialectización fue nuestra convicción inicial. Seguimos caminando, nuestro horizonte de trabajo apunta a propiciar un movimiento de víctima a protagonista y a tejer protagonismos anudados (Jasiner, 2019, p. 35).

Conclusión

¿Qué hay de nuevoviejo? Entre lo ya conocido y lo novedoso, con la contingencia, entre voces que construyen presencias, se configuran líneas de fuga que intentan huir de lo aplastante de la maquinaria de la pandemia, y del engranaje institucional que empuja a todo vapor. Engranaje cuyas lógicas y movimientos dieron por resultado que la línea telefónica de apoyo psicosocial ya no se encuentre en funcionamiento. ¿Obstáculo en el fluir de nuestras prácticas o dinámicas propias de la institución con las que hay que arreglárselas?

Por último, una reflexión nos conduce hoy: la fragilidad no es una condición en sí misma, un sujeto y/o comunidad es frágil en relación a un contexto. Los adultos mayores son una población nombrada de riesgo en el contexto de esta pandemia, ofrecerles un espacio de acogida que atempere los dolores de la soledad es nuestra apuesta.

Bibliografía

- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecky, S., Vázquez, A., Sotelo, R. y Stolkiner, A. El concepto de accesibilidad. La perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones* [en línea]. XIV, 2007, pp. 201-209 [fecha de consulta 29 de Diciembre de 2019]. ISSN: 0329-5885. Recuperado de:<https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943019.pdf>
- Jasiner, G. (2019) *La trama de los grupos: dispositivos orientados al sujeto*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar editorial.
- Percia, M (2020). "Esquirlas del miedo" (en línea). Recuperado el 20/08/20, en <http://lobosuelto.com/esquirlas-del-miedo-marcelo-percia/>
- Szapiro, L (2013). "De una lábil inscripción en el Otro". *Teoría y Testimonios* Vol. I. Buenos Aires. Gramma Ediciones.
- Ulloa, Fernando O. (2011) "Barriletes en bandada" en *Salud Elemental*. Con toda la mar detrás", Buenos Aires, Libros del Zorzal.

TELEASISTENCIA EN SALUD MENTAL DESDE UN HOSPITAL NACIONAL. BREVE REPASO DE EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL EN RED ESPECIALIZADO EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES “LIC. LAURA BONAPARTE”.

Juan Castaño, Matías Alejandro Honigman, María Belén Luchetti, Marina Martín e Ivanna María Max

Introducción

Con el correr de las semanas ciertas personas llamaban frecuentemente, varias veces a la semana, hasta incluso, varias veces en el mismo día. Como viñeta introductoria mencionamos a una de ellas, una mujer de 40 años que llamaba habitualmente, a la que nuestra escucha permitió pensar como psicótica. Una forma de contar su problemática es elocuente (“permanezco muda 48 horas al día”). Tenía un discurso pausado, lento. En cada llamado, las mismas palabras, la misma dinámica: “llamo para informar acerca de la violencia psicológica que mis padres tienen hacia mí” (sic). Ante distintas estrategias propuestas, por diferentes profesionales, ella cortaba. Quizá más tarde volvía a llamar, sin mencionar la llamada previa: “hola, yo llamo para informar acerca de la violencia ...”. La ilustramos con un onírico fotomontaje de Grete Stern.

Nos proponemos narrar una experiencia de trabajo en un dispositivo nuevo dentro de nuestro Hospital: *la línea telefónica de asesoramiento, orientación y contención de personas que sufren los efectos del aislamiento social, preventivo y obligatorio* (Hospital Nacional en Red “Lic. Laura

Bonaparte”, 2020). Confiamos en que este repaso pueda aportar al debate sobre la conveniencia de retomarla y *construir un dispositivo de asistencia inmediata remota*.

¿Qué salud mental para la “nueva normalidad”? El distanciamiento social hace inevitable tender al teletrabajo. ¿Cómo implementar esta estrategia en nuestro campo? Lo inédito de la situación obliga a repensar el clásico encuentro entre el consultante y el sistema de salud, y su expresión emergente, actual: ¿quien llama es un/una paciente? ¿Quién atiende es un/una terapeuta? ¿Lo que se da entre ellos es un tratamiento? ¿Cómo trasladar formalidades clásicas como las de consentimiento informado o registro en historia clínica? ¿Cómo pensar el secreto profesional y el alcance de nuestras intervenciones? ¿Qué buscan o qué encuentran aquellos que llaman? ¿Qué se genera en una escucha así? ¿Es anónima? ¿Se puede hablar de transferencia?

El aislamiento social preventivo y obligatorio por la pandemia por COVID-19 se expresó en nuestro hospital en el cierre temporario de ADE -Atención a la Demanda Espontánea- (salvo casos de guardia), en el fomento de la asistencia remota de pacientes, sumado al reparto de medicación a hogares y casos especiales. La posibilidad de atender a quienes ya eran pacientes como a aquellas personas que quisieran comenzar a serlo se vio significativamente limitada tanto en nuestro hospital como en otros. Es por esto que se implementa a fines de marzo el “comité de emergencia”, llamado también “el comité”, “la línea telefónica” o simplemente “la línea” en la que participamos profesionales de los distintos dispositivos que forman parte de nuestra institución.

Julieta Calmels, psicóloga y funcionaria de SM de la Provincia de Bs. As., describe -entre las varias políticas públicas en el marco de la pandemia- la “(...) creación de un 0-800 de SM las 24hs, que al día de hoy lleva más de 5 mil quinientos llamados y que con el tiempo se fue replicando en los municipios...”. Este servicio “...permitió una ramificación capilar de escuchas, circuitos de acompañamiento y derivación para la atención. Acompañamientos que en muchos casos hicieron de soporte vincular, y que algunos también, se prolongan en el tiempo. Voces desconocidas que se encontraron con equipos profesionales, que sostuvieron, guiaron y acompañaron el dolor hasta encontrar formas de apaciguarlo” (Calmels, 2020).

Surge una ocurrencia algo obvia. Se usa en castellano el mismo verbo cuando nos referimos a la tarea con un paciente y aquello que se hace cuando recibimos un llamado telefónico. Atender. ¿Será una pista?

Un texto freudiano

Elegimos por actual pese a lo histórico, por afinidad profesional, referirnos a un párrafo de un texto de Sigmund Freud en busca de una justificación teórica (esperamos con claridad y no forzando conceptos) a nuestra tarea en la línea telefónica.

Nos cuesta imaginar a este autor atendiendo a sus pacientes por teléfono. Ilustra su vínculo con este invento -novedoso para la época- un testimonio de quien fuera su ama de llaves durante años: "...era renuente a atender el teléfono (...) no le gustaba hablar sin mirar el rostro de la persona". (Rossi, 2020).

En "Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)", de 1890 -uno de sus primeros escritos- se opone al punto de vista de la medicina imperante. Definible ésta, como negando el alma (y ésta palabra abre un rico campo semántico) o al menos privilegiando el cuerpo. Por el contrario, propone entenderlos como de acción recíproca. Vamos a conocer su postura y ver en ésta, el lugar que le da a la palabra.

Desde el mismo interior de la ciencia (donde ubica al psicoanálisis) se ilusiona con conseguir "devolver a la palabra una parte, siquiera, de su prístino poder ensalmador". Una participación de la palabra en la génesis del síntoma, un poder, una influencia que se ejerce en las mismas; quizás, un antecedente en la noción de transferencia.

" (...) «Tratamiento psíquico» quiere decir, (...) tratamiento desde el alma — ya sea de perturbaciones anímicas o corporales— con recursos que de manera primaria e inmediata influyen sobre lo anímico del hombre. Un recurso de esa índole es sobre todo la palabra, y las palabras son, en efecto, el instrumento esencial del tratamiento anímico. El lego hallará difícil concebir que unas perturbaciones patológicas del cuerpo y del alma puedan eliminarse mediante «meras» palabras del médico. Pensaré que se lo está alentando a creer en

ensalmos. Y no andará tan equivocado; las palabras de nuestro hablar cotidiano no son otra cosa que unos ensalmos desvaídos...". (Freud, 1890)

Recordemos -solamente- una conocida frase de Jaques Lacan que va en un sentido similar: "(...) el psicoanálisis no tiene sino un *medium*: la palabra del paciente" (Lacan, 1956). Nos interesan estas ideas porque se refieren a la materia prima o la herramienta de nuestro trabajo. Nos surge una pregunta sobre posibles diferencias entre la palabra presencial y la palabra "remota": probablemente existan. Sin embargo, no creemos que la segunda tenga un déficit en relación a la primera para establecer un vínculo terapéutico.

Call-center psicoterapéutico

Javier Fabrissin, psiquiatra, antes de la pandemia escribe sobre la "intervención a distancia". Refiere investigaciones en las que se comparan efectividades; de los resultados advierte que "(...) la psicoterapia presencial alcanza los mismos resultados que la psicoterapia virtual (...). Si esto es así, habría que reconsiderar cómo distribuir los abordajes clínicos en el ámbito de la salud pública, si tendría sentido ubicar recursos terapéuticos de una manera alternativa, por ejemplo, armar una especie de call-center psicoterapéutico" (Fabrissin, 2019).

A lo largo de los 6 meses de duración de la línea telefónica hemos recibido llamados de toda índole, desde pedidos de información sobre temas vinculados a coronavirus, asesoramiento a familiares de personas con consumo problemático de sustancias en aislamiento, personas que por la pandemia quedaron sin sus espacios habituales de terapia psicológica con la sola oferta de poder retirar su medicación en las instituciones a las que concurren, así también profesionales de distintos puntos del país solicitando asesoramiento en problemáticas puntuales.

En general, durante este período fueron sujetos en situaciones de urgencia subjetiva, imposibilitados de poder salir de su domicilio por la situación actual. Sobre este concepto, urgencia subjetiva, es importante pensar de qué tipo es la que se presenta en los llamados a nuestra línea. Una referencia

de Lacan en St. Anne citado por Leguil (1987) refiere que: “la urgencia es lo imposible de soportar para un sujeto al que nada divierte”. Desde ya, poder hacer un llamado y poner en palabras algo de lo que pasa nos indica cierta posibilidad de dialectizar. Mencionar esto nos lleva a pensar en nuestras intervenciones y de nuevo en el valor de la escucha y la palabra. Frente a la urgencia, siguiendo la línea del psicoanálisis, lo que ofertamos es una escucha para que algo se apacigüe de esa situación y emerja algo de la singularidad de cada sujeto, una subjetivación de la urgencia, algo distinto al “protocolo” sanitario imperante en estos tiempos de pandemia donde para todas y todos es igual, especialmente desde el discurso médico (para todas y todos armar rutinas en casa, hacer ejercicio, entre otras).

¿Un dispositivo alternativo? ¿Complementario?

Esta variedad en los motivos de consulta convirtió a este dispositivo inédito en una composición de dispositivos clásicos como orientación, ADE, guardia o de asistencia ambulatoria -en modo remoto. Respecto de este último, cabe mencionar “los seguimientos” que tuvieron lugar luego de que una lectura clínica de cada caso sugiriera esa necesidad. Citamos el caso de un joven que llamaba sólo a dos profesionales todas las semanas para “formular sus preguntas sobre el funcionamiento de la mente y obtener nuestra respuesta cada vez para anotarlas” o el caso de tres mujeres de 74, 75 y 80 años que llamaban asiduamente a una profesional en particular que luego, en un caso, se pudo articular su admisión en el hospital y posterior inicio de terapia psicológica vía telefónica (por ser población de riesgo). Estos casos dan cuenta que algo de la dimensión de la transferencia sigue presente en la atención remota y/o virtual.

Abriendo puertas, ¿y luego?

Entendiendo el derecho a la salud desde una perspectiva de derechos humanos no podemos dejar de resaltar cómo opera el dispositivo de línea telefónica en términos de accesibilidad. Hemos recibido llamados

de distintos puntos del país, de personas que han podido encontrar en el dispositivo un espacio de escucha a pesar de las dificultades de acceso geográfico a otros efectores, agravados por la pandemia de COVID19. Múltiples personas que pertenecen a población de riesgo, o con dificultades de movilidad, manifestaron encontrar en el espacio algo que muchas veces buscaron durante años.

En las sociedades contemporáneas se ha disuelto la familia constituida por grandes familias en caserones donde los ancianos vivían socializados. Así actualmente el destino de muchos ancianos es la soledad o el hogar geriátrico (Pérgola, 2016). En este contexto son prevalecientes múltiples padecimientos vinculados a la salud mental en una población que tiene especiales dificultades de acceso a tratamientos. Entre ellos, es conocido que la depresión es de mayor prevalencia en adultos mayores (Menéndez, 2005).

Así ancianos, personas con dificultades de movilidad o con enfermedades invalidantes recurrieron durante este tiempo a la línea telefónica como forma de acceder a una escucha.

Palabras para concluir

Protagonizamos una experiencia que no pretendió sustituir la presencia cara a cara -si no, operar una presencia posible en tiempos de aislamiento y distanciamiento.

La re apertura de actividades es una realidad, meses después. El futuro continúa incierto sin embargo y nuevos detalles forman parte del actual cotidiano, como la recomendación sostenida de no circular ni juntarse masivamente. Así, confiamos en la existencia de nuevos posibles "llamantes" a la línea, quienes accederían manteniendo la distancia, claro.

Probablemente recibamos en este dispositivo llamados encuadrables en múltiples perfiles, tornándolo heterogéneo en un primer momento. Siendo en algún caso operadores en SM en funciones de orientación, de ADE, de guardia, de asistencia ambulatoria. Quizás con el tiempo puedan ir diversificandose nuestras escuchas y desarrollarse separadamente cada una de las funciones.

Consideramos que haber participado en “la línea” nos generó muchas preguntas con respecto al alcance de las puertas que se pueden abrir desde la escucha y teleasistencia desde un Hospital Nacional.

Para finalizar, el testimonio de una periodista (Hauser, 2020) que inició un tratamiento psicológico en cuarentena y, como dice en el título de su nota, conoció a su psicoanalista por zoom -vale aquí una reflexión sobre diferencias entre aplicaciones, pantallas, antigüedades como un teléfono o cualquier otro medio tecnológico disponible. Dice, entonces, sobre su encuentro: “Y yo, que vivo de la palabra, pero la tenía bastante trabada, le tuve que empezar a hablar de por qué cuernos estaba hablando con él. Y hablé. Hablé ese día, y otros, también por teléfono y creo que pocas veces en la vida fui tan gráfica para explicarle a alguien todo lo que invadía con ferocidad mi cabeza.”

Bibliografía

- Calmels, J. (2020), “Políticas públicas en salud mental en el marco de la pandemia: lo singular y lo colectivo”. Recuperado de <https://www.elsigma.com/salud-publica-y-psicoanalisis/politicas-publicas-en-salud-mental-en-el-marco-de-la-pandemia-lo-singular-y-lo-colectivo/13831>
- Fabrissin, J. (2019), “Intervención a distancia” en Mundo Atlas. Recuperado de <https://mundoatlas.com/intervencion-a-distancia-javier-fabrissin-atlas-18/>
- Freud, S., (1890), “Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)”, en Freud, S., Obras completas, vol. I, Amorrortu Editores, Buenos Aires. -
- Hauser, I. (5 de junio de 2020), “El día que conocí a mi psicoanalista por zoom”. Pagina 12. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/270351-el-dia-que-conoci-a-mi-psicoanalista-por-zoom>
- Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” (2020). Atención al paciente. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/salud/hospitalbonaparte/pacientes>
- Lacan, J. (1956), “Funcion y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis”, en Lacan, J. Escritos 1, Siglo XXI, Buenos Aires. - Leguil, F.

- (1987) "Reflexiones sobre la urgencia", en La Urgencia. El psicoanalista en la práctica hospitalaria. Buenos Aires. Editorial Vergara..
- Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. (2005), "Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe." Rev Panam Salud Publica; 17(5/6):35361.
- Pergola, (2016), "Tratado de Bioética", 1ra edición, Ed. Eudeba, Buenos Aires.
- Rossi, L. (2020). "Freud: curiosidades de su vida cotidiana (1era parte)". Recuperado de http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=785:freud-curiosidades-de-su-vida-cotidiana&catid=9:perspectivas&Itemid=29

EJE III

ARRASAMIENTOS SUBJETIVOS Y DESAMPARO SOCIAL

El presente apartado tiene como eje organizador el problema del desamparo social y su impacto en la producción de subjetividad. Lazo social, decolonialidad, regulaciones, racismo, desigualdad, violencias, cissexismo y abusos en las infancias son algunos de los conceptos y nociones por los cuales transitan las ponencias para pensar los arrasamientos subjetivos de la época.

COMUNIDAD ORGANIZADA Y CLÍNICA DEL SUJETO: OPCIONES DE LAZO.

Florencia Belén Sciorra

Introducción

El presente trabajo parte de la necesidad de considerar las prácticas que realizamos los trabajadores de la salud en clave de época, dentro de un marco epistemológico, ético y teórico que encuadre y de sentido a nuestras intervenciones en el campo.

Preguntas como: ¿desde dónde intervenimos cuando intervenimos? O ¿cómo influye la sociedad en la que vivimos en nuestras prácticas? Nos llevan a poner en consideración que pensamos y actuamos, siempre, desde una concepción de sociedad, de sujeto, entre otras categorías, determinadas y, por ende, éstas tienen incidencia en nuestras intervenciones, en la producción de subjetividades y en los vínculos que se pueden - o no - establecer. Si bien, habitualmente la rapidación en la que vivimos no promueve a que nos detengamos a contemplar y revisarnos, se nos presenta de suma importancia destinarle tiempo a esto.

En términos sociales, la situación de emergencia actual por el COVID-19 dejó expuesto, por un lado, la vacancia heredada en materia de salud estatal – siendo la degradación del Ministerio de Salud a Secretaría su máxima expresión – donde garantizar el cumplimiento al derecho al acceso a la salud pareciera no siempre ser agenda de gobierno; y por otro, una ruptura del entramado social como consecuencia de sociedades fundadas en lógicas donde prima lo individual por sobre lo

comunitario, viéndose así afectada la construcción de lazos y la posibilidad de pensar en términos de responsabilidad subjetiva.

Es así, que nos encontramos en una época donde el capitalismo y su componente cultural centrado en la mercantilización del conjunto de las relaciones humanas, incluida la salud, han empujado a consolidar sociedades de hombres y mujeres donde impera el hedonismo, el individualismo y el cortoplacismo. Siendo de este modo, el arrasamiento subjetivo y el desamparo social, algunas de sus consecuencias. Cuando se trata a la salud como mercancía no todos los cuerpos son funcionales para el sistema.

Tomando la noción de *discurso* que trabaja Lacan para pensar al capitalismo, en tanto estructura de lazo que – no – constituye, podemos encontrar algunos argumentos para considerar las dificultades que se presentan en la constitución del entramado social actual.

Apoyarnos en paradigmas, alejados de aquellos que por obsoletos derivan en prácticas que pueden llevar a la cristalización de estigmatizaciones y a replicar modelos que empujen a la segregación social o a falsas promesas de que todo es posible e inmediato, podría habilitarnos la oportunidad de volver a promover el “hacer lazo” como forma de recomenzar a tejer el entramado social roto.

Es en este sentido que considero, los trabajadores de la salud mental no somos meros espectadores, sino que, todo lo contrario. Nuestras prácticas replican modelos asistenciales, sostenidos en paradigmas epistémicos y políticos determinados, a la vez que, en consonancia con ello, nuestras intervenciones clínicas se encuentran encuadradas en marcos teóricos específicos.

Volver al Lazo

Pensar la ruptura del entramado y los lazos sociales como el resultado de sociedades donde impera el capitalismo y las políticas neoliberales orientará el desarrollo del trabajo.

Cambios de paradigmas hicieron que antiguos organizadores sociales quedaran obsoletos, dejando como resultado un cuestionamiento y

rebelión hacia las sociedades basadas en el control, la prohibición y el miedo. Sin embargo, al quedar una vacancia, este lugar fue ocupado por leyes del mercado, que lejos de propiciar un horizonte idílico de libertad, pudieron llevar al sujeto a sumergirse en un goce solitario y desregulado.

En el Seminario 17 “El reverso del psicoanálisis”, Lacan plantea distintos discursos -del amo, universitario, de la histeria y del psicoanálisis- como modos de dar tratamiento al goce y como posibilidades de establecer vínculo o lazo social, y deja al discurso capitalista aparte por no compartir dichas características (Lacan 1969-1970). Es que, en este último, al perderse las amarraduras simbólicas, el sujeto en vez de encontrarse en relación con otro sujeto queda en relación con objetos que engordan su narcisismo viéndose confrontado con un goce que no encuentra regulación. El capitalismo así, produce restos improductivos, que lejos de fomentar vínculos, retornan sobre los sujetos en la figura del consumo.

Siguiendo la fórmula que propone Lacan para graficar este discurso, vemos que el sujeto ya no está afectado por la falta en ser que introduce el S1 del cual es efecto. De este modo, el sujeto aparece como efecto del consumo, del consumo de objetos que simulan plus de gozar pero que no lo son, por no haber pasado por la castración. Pasar por la castración supone que al haberse instaurado una huella, una marca, los objetos no sean cualquiera para el sujeto. En cambio, en la circulación infinita de objetos que propone el mercado, no hay huella, ni punto de fijación que convierta al objeto en objeto a plus de gozar. Así es que estos objetos ofrecen goces, pero no un goce articulado con la fijación.

Es en este sentido que el llamado “discurso” capitalista no cumple con la característica fundamental que el concepto de discurso encierra para Lacan: *la posibilidad de hacer lazo social*.

¿Qué es crear lazo? Se podría contestar que hablamos de construir una falta. Hacerle falta al otro y que el otro te haga falta. No es poseerlo. Para que pueda haber lazo social es necesario que haya un agujero que permita soportar ausencias y silencios, a la vez que posibilita el interés por un otro, sosteniendo preguntas que no necesitan una respuesta de manera inmediata. Cuando esta hiancia no existe, no hay posibilidad de lazo, en tanto queda obturada la aparición de la otredad, de lo simbólico, de aquello que propicia una salida del narcisismo.

Es en este sentido, que se puede pensar al discurso capitalista como aquel que impulsa a una producción de sujetos cada vez más aislados. Cuando todo circula en la vía de lo especular o del consumo, es imposible la aparición de una falta que posibilite, desde lo simbólico, una pregunta como salida de la pura metonimia: la puesta en juego de algo del orden del deseo.

De este modo es que podría pensarse que la constitución de lazo social se ve dificultado hoy en día, siguiendo la fórmula lacaniana del discurso capitalista, por el empuje que lleva a los sujetos a un goce solitario. Y a su vez, si tenemos en consideración que muchos sujetos no tienen sus necesidades básicas cubiertas como resultado de la aplicación de políticas neoliberales, produciéndose así altos niveles de urgencia, ¿qué posibilidad existe para que, en medio de la urgencia, se pueda abrir un “tiempo” para soportar un vacío que habilite que el deseo circule y que algo se pueda enlazar?

La Comunidad Organizada en comunión con la Clínica del sujeto.

Escuchamos hoy en día grandes críticas a la presencia “feroz” del Estado, que interviene cortando las libertades. Pareciera buscarse deslizar un paralelo con tiempos - nefastos - de represión que vivió la Argentina. Sin embargo, para tener una visión panorámica es fundamental pensar, siguiendo a Emerson Merhy, en términos de *libertad colectiva* (Merhy, 2020). Cuando el individualismo prima, puede encegernos tanto hasta olvidarnos de que existen y vivimos con otros.

Aquí resuenan frases como: “*nadie puede realizarse en una comunidad que no se realice*”¹ entendiéndolo a la solidaridad y la empatía con el otro, pero también a la responsabilidad y a la implicación subjetiva, como determinantes en la construcción de sociedades donde prima el pensamiento comunitario. Es en este sentido que podemos pensar a la libertad colectiva como superadora de la libertad individual. Y también es desde esta perspectiva que podemos pensar a la presencia del Estado, no

1 Perón, J. D. (1974). *El modelo argentino para el proyecto nacional*. Ediciones del modelo argentino.

como represora, sino como aquella capaz de garantizar, por ejemplo, el respeto de derechos como el acceso y promoción de la salud.

La propuesta, entonces, sería pensar una sociedad: en donde haya organizadores puestos en juego basados en el respeto, la empatía y la justicia social que favorezcan la reconstrucción del entramado social, en donde haya un Estado presente que garantice el respeto y acceso a los derechos, pero donde también se piense en términos de responsabilidad e implicación subjetiva, entendiendo que todos somos parte y construcción del Estado.

En paralelo se trataría de pensar una clínica desde el psicoanálisis, en donde la brújula sea el sujeto, en donde se habiliten faltas, tiempos, espacios, en donde no se antepongan supuestos que buscan dar soluciones estereotipadas a problemas “cliché” que taponan y no habilitan cauces para los goces estancados. Pensar en una clínica que busque respetar la singularidad de cada caso, no llevando saberes prefijados sino favoreciendo ir al encuentro del otro del cual no se sabe nada, teniendo como orientación el respeto y la integridad de los derechos.

En consonancia con esto, y siguiendo a Lacan en su texto “La dirección de la cura y los principios de su poder”, el psicoanalista debe pagar también – no solo el paciente – y lo hace prestando palabra, prestando su cuerpo y prestando su juicio más íntimo (Lacan, 1958, pp.560-561). ¿A qué se refiere con este último? Se trataría de juzgar si va a intervenir, para construir con el paciente, un remedio, un soporte mejor del que trae. En este sentido, el analista debe juzgar en qué situación debe analizar (poner en cuestión el *sinthome* neurótico o psicótico que un sujeto trae) para así éste pueda interrogarse (no sin angustia). De este modo resulta imprescindible evitar quedar tomados por el famoso “*furor curandis*” e identificar qué función tiene “eso” en la estructura del paciente y si es que sufre por ello, sobre todo pensando en casos donde la consulta no la hace el mismo paciente.

Por tanto, tenemos como herramienta nuestra orientación, la ética del psicoanálisis, y nuestra escucha específica que nos permite ofertar algo distinto entre tanto bullicio, tanta prisa y ensimismamiento. El psicoanálisis, por medio de la transferencia, oferta un lazo posible.

En una sociedad digitada por el clientelismo y la lógica del mercado a veces pueden verse eclipsados nuestros nortes, y los trabajadores de la

salud no estamos exentos a ello. No somos inmunes a los efectos que produce la sociedad en la que vivimos, a la vez que como sujetos no estamos fijados en una posición discursiva única, por lo que debemos estar especialmente atentos a la configuración de las relaciones de poder, entendiendo que como “prestadores de un servicio”, estamos al servicio de otro.

A modo de conclusión

La atención clínica, como práctica en salud, no es neutra, es una práctica política y el modo en que se organiza una sociedad económica y políticamente influye sobre el lazo social.

Comprendiendo que los discursos que postula Lacan son los enunciados primordiales que determinan el lazo que establecemos con el Otro es que podemos analizar los distintos semblantes que adopta el amo.

En el viraje que Lacan plantea del discurso del amo al discurso capitalista lo que se ubica es un desplazamiento de las relaciones entre hombres a las relaciones entre cosas, provocando esto la destrucción del lazo social. Se promete la satisfacción de todos los deseos a condición de borrar la diferencia entre el objeto a y el objeto de consumo. Pareciera que todo es posible en un mercado que se “autorregula”. Y esto queda visibilizado en la clínica actual.

El discurso de la época, al empujar a la perpetuación del goce de un objeto de acceso ilimitado, lo que hace es rechazar al sujeto del inconsciente. Por tanto, desde el psicoanálisis, desde la posición del analista como causa, de lo que se tratará es de ofertar la posibilidad de instaurar un “entre”, para que lo solitario, lo estancado, tenga un lugar para hacer lazo. Quizás este sujeto (del inconsciente) pueda hallar su causa y desplegarse en el contexto de un análisis, delimitando así, un objeto distinto, delimitando una falta. Y si bien no todo es analizable, el psicoanálisis trata de buscar el modo de inscribir esa imposibilidad, de cernir ese real, y eso tiene efectos.

Pero también lazo social es tomar significantes del campo del Otro. Y en este sentido el discurso psicoanalítico lo que busca es pensar

dispositivos que no sellen identificaciones, sino que promuevan que el sujeto se pueda ir desembarazando de estos significantes amo que lo dominan y comandan su destino, como en el clásico ejemplo “yo soy adicto”.

Mientras el discurso capitalista impulsa el “todo es posible”, el discurso psicoanalítico promueve dar lugar al no - todo, y mientras el amo responde al ser, el psicoanálisis confronta al sujeto con la experiencia de la falta en ser.

Es bastante curioso que lo que (el discurso del analista) produce, no sea sino el discurso del amo, ya que es S1 lo q está en el lugar de la producción (...) tal vez sea del discurso del analista, (...) de donde puede surgir otro estilo de significante amo. (Lacan, 1969-1970: p. 190)

A su vez, es objetivo del pensamiento sanitario evaluar y apreciar respuestas solidarias y orgánicas. Tender puentes entre los sujetos y los distintos dispositivos o espacios sociales, también es una manera de habilitar lugares donde se propicie el lazo y se aspire a la reconstrucción del entramado social.

Dar batalla al discurso capitalista y sus premisas ofertando un modelo social, basado en postulados de respeto, empatía, responsabilidad y solidaridad, y una clínica que permita dar lugar al no todo y a la falta en ser, es el desafío que nos atraviesa.

Bibliografía

- Cima,D, Pettorossi,N, Trucco,M (2018) “Versiones del lazo: una aproximación a la ética psicoanalítica”. Buenos Aires, Autowahn.
- Merhy, Emerson. Ciclo de conferencias 2020 Htal. Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte” “Qué hacer hoy para salir del momento actual en un mundo otro, defensor de las vidas bajo cualquier forma: una mirada sobre la salud mental” <https://www.youtube.com/watch?v=W97JgwyNTNw>
- Lacan, J. (1958). “La dirección de la cura y los principios de su poder”, en Escritos II. Buenos Aires Siglos XXI Editores.S.A., 2002.

- Lacan, J. (1964). Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. *Argentina, Paidós, 1997.*
- Lacan, J. (1969-1970). Seminario 17: El reverso del psicoanálisis, Argentina, Paidós, 2009.
- Perón, J. D. (1974). *El modelo argentino para el proyecto nacional.* Ediciones del modelo argentino.

CONSTRUCCIÓN DE LEGALIDADES EN LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN CLÍNICA. REFLEXIONES SOBRE LAS CONDICIONES DE PRODUCCIÓN DE SUBJETIVIDAD EN TIEMPOS DE DESIGUALDAD SOCIAL Y DESAMPARO SUBJETIVO.

Serenela Cuaderno y Juan Pablo Burwiel

Introducción.

El objetivo de este ensayo es hacer un análisis en relación a la producción de legalidades o regulaciones en tanto proceso de constitución subjetiva. Para ello consideraremos las condiciones de posibilidad de dicha producción en contextos caracterizados por el desamparo social y sus correlatos en términos de arrasamientos subjetivos.

El interrogante surge a partir de la inserción en la clínica hospitalaria donde el rol de los profesionales es interpelado por la labor de controlar hábitos o conductas de los usuarios. Críticos de esta postura, consideramos que el abordaje asistencial no consiste en producir lógicas de disciplinamiento sino de instaurar nuevas legalidades en instancias donde aparece un conflicto entre el usuario y su lazo con el otro. Dentro de estos conflictos, destacaremos el uso problemático de sustancias, prácticas autolesivas y dificultades para ser incluidos o alojados por un entorno significativo.

En este sentido, la idea de producir y/o poner en juego legalidades que regulen las relaciones con el otro, con las sustancias y con el propio cuerpo suele instalarse en la práctica cotidiana; sin embargo, no hay una

perspectiva que analice cuál es el sentido de “regular”, qué acepción se le da al término y con qué horizonte ético se producen estas regulaciones. La relevancia de dicho análisis se pone de manifiesto al considerar los efectos directos e indirectos que producen nuestras intervenciones en la clínica.

Por otro lado, se intentará superar la banalización del concepto referido con el objetivo de cuestionar aquellas prácticas de castigo y disciplinamiento para, luego, avanzar sobre intervenciones clínicas que potencien la inclusión, el lazo social y la rectificación subjetiva en clave de un encuentro con un otro.

Desarrollo: Del sujeto de la consciencia al sujeto ético.

A partir de las consideraciones expuestas, se considera que el fenómeno de captura de los emergentes subjetivos por un discurso que lo reduce a la mera condición patológica produce una degradación en la condición humana. Por eso me parece importante situar las categorías de padecimiento y subjetividad (en lugar de enfermedad) para poder pensar los horizontes ético-político de la intervención.

En este caso, la apuesta por la inclusión de los usuarios se relaciona con su reconocimiento como persona, ampliándolo al modo en que ese sujeto se desenvuelve en el mundo, en tolerancia con sus dificultades, conflictos, limitaciones o padecimientos. De esto se trata, al fin de cuentas nuestro rol como trabajadores de salud: producir alivios y cuidados en el sufrimiento asociado a estas complejidades. Para esto introducimos la pregunta por la regulación del uso de drogas, como estrategia de cuidado y de intervención clínica en su uso perjudicial. Edith Benedetti plantea que es fundamental dar lugar a la toma de decisiones, incorporando medidas que permitan el uso controlado de sustancias. Para esto la noción de “regulación del consumo” es un punto crucial en su propuesta de intervención ya que supone un movimiento en la posición subjetiva del paciente concomitante en algún efecto clínico (Benedetti, 2015). La meta de este apartado, será retomar la idea de regulación desde la propuesta de “construcción de legalidades”.

Por otro lado, el tipo de tratamiento que se le da a las presentaciones clínicas emergentes de una época refleja los fundamentos éticos de dicha sociedad: si opta por recluir las de la comunidad o alojarlas dentro de sí con sus respectivos valores y derechos. La temática del uso de drogas nos invita a reflexionar al respecto. Lewkowicz analiza esto diciendo que las patologías con las que la modernidad nos enseñó a lidiar se “deslocalizaron” y ubica nuevas formas de sufrimiento como “las adicciones, anorexias y bulimias” que suelen nombrarse bajo el rótulo de la “clínica del borde”.

Si el síntoma del sujeto de la conciencia se constituyó como sujeto del inconsciente, si la histeria constituyó la superficie de emergencia de ese sujeto del inconsciente, ¿por qué no suponer que la anorexia y las adicciones constituyen otras tantas superficies de emergencia de eso que hace síntoma en lo que la dinámica actual instituye como sujeto? A partir de ahí podemos leer que estas patologías de borde, estas anorexias, bulimias, adicciones, se presentan como patologías del consumo y como patologías de la imagen (Lewkowicz, 2012).

Lo que la sociedad viene a nombrar, entonces, como “adicción” son una serie de fenómenos heterogéneos que responden a distintos tipos de padecimientos y diversas respuestas de alivio según lo que atraviesa el sujeto. Por lo tanto, no puede leerse como una mera patología, sino que debe interpretarse desde los nuevos fenómenos que surgen de la emergencia de nuevas subjetividades. Silvia Bleichmar se pregunta con qué tipo de teorías contamos para enfrentar los nuevos fenómenos clínicos, y que no se trata de hablar solamente de nuevas patologías sino de tener en cuenta las nuevas formas del destino del deseo o, mejor dicho, que “la patología es una última instancia el efecto de una relación entre el inconsciente y las posibilidades que le da una época histórica a la resolución de las tensiones del deseo.” (Bleichmar, 2006).

En función de esto, Lewkowicz prefiere no hablar de patología o enfermedad, sino que indica que el concepto de “adicción” responde a una figura socialmente instituida, es un tipo subjetivo que se desprende de la subjetividad del consumidor. El consumidor está formado por una serie de prácticas específicas. Esta serie de prácticas lo instituye como un sujeto que varía sistemáticamente de objeto de consumo sin alterar su

posición subjetiva. El autor también distingue entre “adicción” y “drogodependencia” ya que “la subjetividad adictiva” no depende necesariamente de las drogas. A esto agrega, que las drogas en sí no producen adicción, que las drogas existen mucho tiempo antes de que emerja la categoría sanitaria de “adicción” y que existen usos perjudiciales que relacionan a casi cualquier objeto de la cultura.

Con lo cual la “adicción” es una representación que ideologiza un tipo subjetivo que sólo tiene dos destinos posibles: ser adicto o no. Y bajo esa dicotomía se trazan una serie de operaciones políticas que potencian su vulnerabilidad. El que no puede torcer el destino de “ser adicto” por el simple hecho de usar drogas, sólo puede asumir como posibilidad la internación, la cárcel o la culpa de merecer sus desdichas. No me extrañaría que bajo esa lógica algunas personas prefieran continuar usando drogas abusivamente. En este sentido lo insano no es la droga, sino ese destino social cargado de impotencia, exclusión y sufrimiento.

La problemática de los usos perjudiciales o usos no regulados de drogas no tenía peso en la salud pública que tiene hoy en día. La figura del “adicto” es posible en situaciones en que el soporte subjetivo del Estado ha dejado de ser el ciudadano, que resulta del principio revolucionario de igualdad ante la ley, y ha recaído en la figura del consumidor. La figura de sujeto del consumidor por otro lado desplaza el lazo social que constituye a la ciudadanía hacia un tipo de lazo social que se apoya en la identificación del sujeto con el objeto (Lewkowicz, 1999).

El desmantelamiento del Estado, como protagonista de la política pública, como articulador de lazo social y como soporte de subjetividad nos invita a pensar sobre nuevas formas de pensar el lazo, y que ficciones o ideologías van a articular a los sujetos con valores comunes. El neoliberalismo no propone una salida a este problema, sino que lo acrecienta. Muchas de las situaciones que enfrentamos hoy en día tienen que ver con las formas perversas en que la desigualdad social estructura el lazo y las subjetividades. Al mismo tiempo, el mercado hoy en día induce a las personas a desentenderse de los límites que pauta el semejante, a relacionarse desde el exceso y el egoísmo de la competencia.

“La técnica de poder del régimen neoliberal no es prohibitoria, protectora o represiva, sino prospectiva, permisiva y proyectiva. El consumo no se reprime, se maximiza. No se genera escasez, sino abundancia, incluso exceso de positividad. Se nos anima a comunicar y a consumir. El principio de negatividad, que es constitutivo del Estado vigilante de Orwell, cede ante el principio de la positividad. No se reprimen las necesidades, se las estimula.” (Byung-Chul Han, 2014).

Sin embargo, esto no puede leerse como una derrota, más bien como un conflicto que nos lleve a reflexionar sobre nuevas formas de lazo social, nuevos modos de anudamiento comunitario, y diversas prácticas que capturen los fenómenos sociales y subjetivos de nuestra época de un modo creativo. No se trata de conformarnos con el sujeto neoliberal como alternativa de la sociedad disciplinar, ni tampoco de intentar volver a ella por efectos nocivos de la praxis consumista. El problema de la regulación no tiene que ver con producir elementos prohibitivos o represivos en sí, sino con reflexionar sobre formas en que los sujetos ceden algo de sí mismos para abrirse a las posibilidades de sus semejantes. Por eso, existe una confusión cuando se vincula la práctica de consumo neoliberal solamente a la relación con las cosas. Las prácticas desregulantes de la sociedad neoliberal tienen su impacto más negativo en el vínculo entre sus miembros. A decir sobre esto, Lewkowicz refiere:

“El consumidor es un ente atómico desvinculado de otros. El mercado produce desvinculación. Si la familia era la célula básica de la sociedad, el consumidor no es célula de nada. Es él, en su mundo. Para hablar honestamente, soy yo en mi mundo. Pero una cosa es producir locura por dispositivos de normalización y otra es producir locura por dispositivos de atomización. Es otra locura.” (Lewkowicz, 2012).

La propuesta para pensar nuevas legalidades y regulaciones en nuestro tiempo, proviene de Silvia Bleichmar, Doctora en psicoanálisis con un fuerte compromiso social desde una mirada crítica. Ella formula la noción de “sujeto ético”, que nos sirve para hacer un contrapunto con el “sujeto de la consciencia” y proponerlo como alternativa al “sujeto de la imagen”. Así como la ciudadanía toma la conciencia y la razón como

valor estructurante del ser social (de ahí que se excluía primordialmente a la locura), el sujeto de la imagen toma al consumo como práctica constitutiva. En contraste, la empatía y el afecto es el rasgo significativo del sujeto ético.

Para la autora, la ética está basada en el principio del semejante, la ética se define en la forma en la que uno enfrenta sus responsabilidades hacia el otro, la ética es la presencia del otro (Bleichmar 2006). El sentido de promover un sujeto ético tiene por objetivo sembrar una responsabilidad colectiva que mane de sentir y percibir el sufrimiento del semejante. En una línea parecida, Leonardo Boff, propone una ética basada en el "pathos", o sea, en la capacidad de sentir en profundidad al otro, ya que la ética en sí misma, surge y se renueva siempre que el otro emerge frente a nosotros (Boff, 2012).

Bleichmar, en un seminario dictado en el año 2006, relata que en la intervención de personas en situación de vulnerabilidad es fundamental rastrear la existencia de enlaces libidinales que propicien la posibilidad de un rescate de la autodestrucción o de la destrucción del otro. Esto lo plantea argumentando que "el sujeto sólo puede amar la ley cuando ésta emana de un objeto amado". A esto agrega, que este tipo de ley, la que emana de un objeto amado, opera más allá de las normas del sistema a las que el sujeto odió porque sintió que solo lo excluían o lo dañaban. De manera que el problema consiste en ver quienes siguen conservando su potencialidad amorosa y la capacidad no sólo de amar al otro sino a aquello que el otro propone. (Bleichmar 2011, Pág. 185) Este sería el principio fundamental para la inscripción de una legalidad en un sujeto.

En la construcción de un sujeto ético toma relevancia la producción y promoción de lazos sociales al punto que la persona pueda sentirse reconocida y cuidada conformando un punto inflexión a la hora de sujetivarse. La ley en términos de autoconservación no alcanza para constituir un sujeto ético. La única garantía del sujeto ético reside en que la ley sea acorde al amor y respeto que se le tiene a quien la transmite (Bleichmar 2011, Pág. 186). A diferencia de esto, señala que la moral pragmática basada en el castigo o el miedo, no construye legalidades, porque cuando la pauta se ejerce de forma efectiva, hay una creencia en el otro que se funda el amor y no en el miedo (Bleichmar 2006).

Sin embargo, la autora plantea que es muy difícil trabajar en este tipo de ética si es que todavía persisten prácticas de impunidad en otros niveles y si se perpetúan injusticias a nivel público o comunitario. Por eso, para que las obligaciones éticas se constituyan respecto al otro, tengo que tener una noción de semejante que sea abarcativa. Para esto cita el ejemplo del jefe de un campo de concentración que podía sentir culpa de no pasar la navidad con sus hijos, pero no de mandar a matar 200 niños. Esta persona definía el concepto de semejante respecto a los propios y no a los ajenos. Desde este punto, evitar construir arquetipos subjetivos que estigmatizan o degradan la condición humana es otro elemento imprescindible para la construcción de una nueva ética y una noción abarcativa del Otro. La inclusión con práctica constante y transversal a toda intervención en salud es ineludible ya que una de las primeras formas de ejercer la impunidad y recortar el universo del semejante es la invisibilización de la víctima porque deja de ser visible, esto es lo que ha pasado con los excluidos (Bleichmar 2006).

Por lo tanto, si pensamos en el abordaje de las presentaciones clínicas “del borde” (las que dislocan algo de lo esperado o lo moralmente correcto) decimos que la clave no está en la puesta de límites sino en la construcción o producción de legalidades. De ahí la importancia de avanzar hacia un sujeto ético, que se propone superar los dispositivos tradicionales de disciplinamiento del sujeto de la consciencia. No hay posibilidad de constituir ningún tipo de normativa sino sobre la base de investimentos amorosos sobre el semejante (Bleichmar 2016 pág. 110).

Posteriormente, Leonardo Boff nos trae la idea de una “razón cordial”, que hace énfasis en la capacidad de afectar y ser afectado. Esto nos sirve para pensar en el tipo de sujeto contemporáneo que construimos y hacia a donde pensamos las intervenciones psicosociales. Boff hace un aporte interesante al respecto, diciendo que una ética que parte de la absoluta autonomía del sujeto, en la soledad de su libertad, es una irrealidad y una ilusión. A esto contraponen una ética del cuidado donde el sujeto está siempre ligado y religado, envuelto en una trama de conexiones (Boff, 2012 pág. 78).

En este sentido, la abstención de sustancias opera como norma moral al problema, que puede tener la utilidad parcial de conservar al sujeto

de una situación aguda o de algún efecto negativo, pero no avanza a fondo sobre la construcción de nuevas legalidades. Entendidas éstas como principios colectivos de cuidado y proyectos personales anudados a los comunitarios. Estas legalidades operan como dique subjetivo, que no reprimen, sino que enlazan algo del deseo propio con el deseo de los otros, sobre los cuales el usuario se apoyará.

Conclusiones.

A diferencia de los dispositivos que disciplinan la subjetividad, de modo que el lazo social se gesta desde la modelización estructurada de ese sujeto, se piensa en dispositivos que involucren al usuario de forma empática con su entorno. No pensamos que cuestionar los dispositivos de la sociedad de disciplinamiento suponga una desregulación del lazo social, creemos en un tipo de ética que promueva el lazo social y la integración comunitaria, en el respeto de la libertad y la dignidad de la persona. Conjuntamente a esto, la promoción del lazo social desde una ética hospitalaria y desde un futuro colectivo con justicia habilita recursos subjetivos para que la persona construya nuevas legalidades en aquellos pasajes de su vida cotidiana que los requiera necesarios.

“La vida es una permanente renuncia a goces inmediatos siempre y cuando se pueda proyectar algo a futuro. Una enorme cantidad de chicos en el país no tienen claro cuál es su futuro, o directamente no anhelan un futuro, viven en la inmediatez absoluta. Para revertir esto, es preciso tomar en cuenta la presencia del otro. El control tiene que ver con una renuncia por amor a otro y no provocar sufrimiento en el otro. Es clave la definición del universo semejante. La crueldad no es solo la maldad ejercida sino la indiferencia ante el sufrimiento del otro.” (Bleichmar 2006).

A diferencia del modelo neoliberal que promueve un tipo de “libertad” basada en el goce auto-referencial de individuo atomizado, apostamos al encuentro entre personas, independientemente del padecimiento que

transite, con la complejidad que significa organizar una comunidad que vele y cuide por los derechos de todos sus miembros.

Finalmente, la apuesta de utilizar el término “cuidado” implica una revalorización del mismo. En un principio, entendía al cuidado como un modo de garantizar las condiciones básicas de existencia, en un escalafón intermedio, como medio para alcanzar determinados fines en la vida social. En cambio, con el tiempo me percaté que el cuidado es el fin último de la comunidad, ya que ésta se emancipa en su conjunto. El cuidado como dimensión ontológica y antropológica muestra esta vinculación de todos basada en el hecho de una reciprocidad general. La ética de cuidado completa la ética de la justicia. Ellas no se oponen, sino que se componen en la construcción de una convivencia humana fecunda, dinámica, siempre abierta a nuevas relaciones y cargada de sentimientos de solidaridad, afectividad, y en último término de amorosidad (Boff, 2012 pág. 78).

No hay lazo social, ni regulaciones sociales, donde hay violencia social, desigualdad o necropolítica. El neoliberalismo, no sólo nos desafía a revertir las injusticias y la precarización de la vida material y simbólica a la que nos arroja; sino que nos plantea hacer frente a un nuevo pacto social, un pacto que valore la vida de los expulsados del sistema, un pacto que frene las violencias que éstos padecen y que transforme en prácticas comunitarias aquellas conductas que son capturadas desde el discurso higienista. No va a haber legalidades donde haya impunidad: es un absurdo pretender que los usuarios regulen el uso de drogas mientras se los expulsa o que construyan un proyecto distinto de vida, mientras se los castiga. Por eso, insistir con una intervención ético-política basada en los derechos humanos amplía el espectro estratégico de los actos en salud calando con profundidad en aspectos centrales como la dignidad, la inclusión y el cuidado.

Bibliografía.

Benedetti, E (2015). *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático*. Buenos Aires: Ediciones Laura Bonaparte.

- Bleichmar, S. (2011). *La construcción del Sujeto Ético*. Buenos Aires. Paidós.
- Bleichmar, S. (2006). "La construcción de legalidades como principio educativo". Conferencia dictada el 29 de agosto de 2006 en: <https://www.youtube.com/watch?v=WrlvHULv5GQ>
- Boff, L. (2012). *El cuidado necesario*. Madrid. Editorial Trotta.
- Byung-Chul-Han. (2014). *Psicopolítica: Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*.
- Lewkowicz, I. (1999). *Subjetividad adictiva: un tipo psicosocial instituido, condiciones históricas de posibilidad. Las drogas en el siglo...¿qué viene?* (págs. 91-107). Buenos Aires: Ediciones FAC.
- Lewkowicz, I. (2012). *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*. Buenos Aires: Paidós.

COVID-19 EXPONE LAS CICATRICES COLONIALES EN BRASIL Y LA URGENCIA DE UN CUIDADO POLÍTICO Y DECOLONIAL: REVISIÓN DEL ALCANCE

Claudia Camilo

RESUMEN: La revisión del alcance sobre la COVID-19 en territorios marcados por la vulnerabilidad social se llevó a cabo entre marzo y agosto de 2020, cuando Brasil alcanzó, en sólo seis meses, la marca de más de 4 millones de infectados y más de 130.000 muertos. Esta revisión fue elaborada según el Instituto Joanna Briggs (JBI) y las directrices de PRISMA-ScR. Han sido seleccionados 47 artículos. Las referencias teóricas para la discusión de los resultados son los estudios decoloniales y la ética del cuidado, desde perspectivas feministas e interseccionales. Los resultados apuntan al repentino agravamiento de las cicatrices coloniales, como el aumento de la exclusión social, las violencias domésticas e de estado, considerando de género, raza y clase, el aumento del consumo problemático, las enfermedades psíquicas y el auto-extermínio. COVID-19 se extiende a gran velocidad en los territorios indígenas, quilombolas y periferias urbanas. Es un escenario devastador, agravado por los escarnios del actual Presidente de la República, Fake News y la fragilización de las políticas públicas, desde 2017, en las áreas de salud, vivienda, defensa de la mujer y protección del territorio indígena. La asistencia médica, la logística para el transporte de los enfermos, la capacidad de camas clínicas, las UCI, los respiradores, los EPP, en el sistema de salud brasileño, deben reajustarse urgentemente en vista del rápido crecimiento de las curvas de expansión de la pandemia en pequeños municipios y

un plató en grandes centros urbanos. Hay fragilidades, pero también potencialidades en el Cuidado, desde una perspectiva decolonial y ética. La politización del Cuidado se muestra como un potente camino en la búsqueda de la justicia social y los derechos básicos.

PALABRAS CLAVE: Políticas de Salud Pública, Ética del Cuidado, Decolonialidad, Covid 19, Territorios Vulnerables

COVID-19 expõe as cicatrizes coloniais no Brasil e a urgência de um Cuidado Político e Decolonial: Revisão de Escopo

Introducción

Mientras escribo, cada noche miro por la ventana y veo una familia negra, poner cartones en el suelo, bajo la marquesina de una farmacia y dormir en el frío de la calle. Al principio de la pandemia, el aislamiento social y el cierre del comercio no esencial, se hizo insostenible ver que esa familia no tenía dónde conseguir comida. Esa es una faceta cruel, deshumana y humillante de nuestra sociedad. Nos movilizamos con otras mujeres y empezamos un reparto de 70 marmitas diarias a la gente en situación de calle, en los barrios alejados del centro de la ciudad. Este gesto hizo menos doloroso escribir cada noche mirándolos en el frío de afuera. Estas son enseñanzas cotidianas de las cicatrices coloniales que volvieron a aumentar en Brasil en los últimos cinco años (FAO, 2020).

En diciembre de 2019 se inició un brote de Sars-CoV-2, también conocido como COVID 19 o nuevo coronavirus, que alcanzó primeramente a unas 50 personas en la ciudad de Wuhan (China) y después se transformó en una pandemia mundial. La pandemia se describe como una crisis de salud, que se ha caracterizado como uno de los mayores problemas de salud pública internacional de los últimos decenios, habiendo alcanzado prácticamente a todo el planeta (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS], 2020).

De diciembre de 2019 hasta la llegada de la COVID-19 en Brasil, en marzo de 2020, el gobierno y las estructuras de salud tuvieron 4 meses

para se preparar y aprender con los éxitos y errores de los casos de otros países, como China, Italia, Francia, España, Estados Unidos y otros que la enfrentaron antes. Además del tiempo de preparo, Brasil tenía otra ventaja, si comparado con países, que no tienen un sistema público de salud. Brasil tiene un potente Sistema Único de Salud (SUS), público, gratuito y universal, que atiende todo paciente que necesite cuidados, desde la Atención Primaria, la Secundaria, hasta la Terciaria, o sea unidades de salud, ambulatorios y hospitales públicos.

Aun que hubiera esas ventajas para el preparo del cuidado con la COVID-19, también teníamos desventajas, en especial la desigualdad social. El desmantelamiento del SUS, antes y durante la pandemia, ha se revelado como grave error. Hubo recortes de investimento en Salud, Ciencia, Educación y otras áreas, realizados desde diciembre 2016, con la Enmienda Constitucional 95 (EC95), la “Enmienda de la Muerte”, que congeló el límite de gastos durante 20 años. La llegada de la pandemia de COVID-19 expone las fragilidades de los recortes en las redes de cuidado, como consecuencia del desmonte, en diferentes ámbitos, como la salud mental, el cuidado con las víctimas de la violencia doméstica y el cuidado con los enfermos por COVID-19. La capacidad de equipamiento (camas, respiradores, IPEs) en el sistema de salud (SUS y oferta privada), reporta una necesidad de reajuste, en vista de las curvas de expansión de COVID-19 en los grandes centros que se encuentran en un plató elevado y en municipios pequeños siguen subiendo (PORTELA et al., 2020).

Averiguar la situación de vida y cuidado, en territorios de exclusión social durante la Pandemia se hace fundamental, pues hay indicios de que no sólo ha aumentado el contagio de COVID-19 en esos territorios, sino también los casos de violencia doméstica y los trastornos mentales. Brasil tiene estructuras heredadas del colonialismo, como la desigualdad social y el patriarcado violento, machista, racista y militarista, basado en un capitalismo explotador, que mantiene los ingresos entre una pequeña élite, mientras que gran parte de la población sigue estando socialmente excluida y sin o con pocos ingresos. Antes de la pandemia ya existía la necesidad urgente de combatir las desigualdades y opresiones, no sólo económicamente, sino racialmente y en cuestiones de género (IPEA 2014).

El cuidado siempre fue y todavía es practicado, en su mayoría, por mujeres, en las diferentes etapas de la vida humana y en los diferentes ambientes, casa, escuela, hospitales, Unidades de Salud, entre otros. Si consideramos el SUS, excepto los médicos, donde hay paridad, los demás profesionales de la salud, tienen en su gran mayoría, mujeres cuidando de los usuarios (SANTOS, 2011).

El cuidado puede entenderse desde el concepto de la Ética del Cuidado, caracterizada como la capacidad humana de atender, responsablemente, a otros sujetos, que puede desarrollarse para lograr un cuidado democrático y, por lo tanto, basado en la justicia, la igualdad y la responsabilidad. La perspectiva feminista propone una reflexión crítica sobre la interferencia de las normas de género en la producción de teorías que se dirigen a favor de los grupos históricamente dominantes (MOTA, 2015). El cuidado ético político, además de ser un concepto, es una herramienta en busca de la justicia, que tiene como objetivo disminuir las desigualdades sociales y profundiza en la responsabilidad de cuidar de uno mismo y de los demás (ibid.). Para relacionar las propuestas de la Ética del Cuidado con los territorios vulnerables de Brasil necesitamos un concepto que parte de estos territorios y amplíe los posibles saberes y prácticas.

Los Estudios Decoloniales pueden hacer la costura entre Ética de Cuidado y territorio marcado por la colonialidad, a partir de las epistemologías producidas en el sur, por los movimientos de la negritud, de los pueblos originarios, los indígenas, quilombolas y los movimientos sociales (QUIJANO, 2007). Metodologías del Bien Vivir tejidas por la Despatriarcalización y el movimiento anticapitalista, defendidas por las feministas comunitarias decoloniales y economías feministas (PAREDES; GUZMAN, 2015). La idea es partir de la epistemología del sur, de una relación de cuidado con la casa común, la tierra y el bienestar de las personas como foco, al revés del capital, considerando la articulación comunitaria y el movimiento de las mujeres como posibilidades de re existencia (WALSH, 2017).

El objetivo de esta revisión es trazar un mapa sistemático de la situación de la población en los territorios vulnerables y socialmente excluidos en la pandemia de COVID-19, a la luz de los Estudios Decoloniales y

la Ética del Cuidado, desde perspectivas feministas e interseccionales. Profundizar en las condiciones de vida y cuidado de estas poblaciones es fundamental para seguir la confrontación de las desigualdades sociales con políticas públicas sociales y salud pública eficientes, especialmente con el grabado de COVID-19.

Método

Este estudio es una revisión de alcance basada en el enfoque del Instituto Joanna Briggs (JBI), que tiene por objeto recopilar información sobre un tema determinado a partir de diferentes fuentes de datos. Contribuye a los debates facilitando el acceso al contenido explorado en la literatura de forma sistemática. Para el desarrollo de este trabajo se elaboró un protocolo basado en las directrices PRISMA-ScR10 (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Extension of Meta-Analysis for Scoping Reviews*).

Para identificar la cuestión de la investigación, se aplicó la estrategia PICO: P (población), I (fenómeno de interés) y Co (contexto del estudio). La pregunta orientadora se centra en: ¿Cómo se encuentra la situación de cuidado de la población en los territorios vulnerables y socialmente excluidos de Brasil en la pandemia de COVID-19?

Entre el 1 de enero y el 12 de septiembre de 2020 se realizó una revisión bibliográfica, en la que se seleccionaron 47 estudios científicos sobre la situación de cuidado de la población socialmente excluida y vulnerable, durante la Pandemia de COVID-19. La publicación científica seleccionada se concentró entre enero y agosto de 2020, o sea, el periodo del contagio de la COVID-19, hasta la actualidad.

La estrategia de pesquisa fue desarrollada utilizando termos obtidos pelo DeCS – Descriptores en Ciencias de la Salud y utilizadas las bases de pesquisa: LILACS, BDNF, MEDLINE, LIS, Coleciona SUS de la base BVS y del Google Académico (*Scholar*).

Los descriptores y sinónimos fueron usados y combinados con los conectores boléanos: AND y OR. La estrategia elaborada fue:

BVS: "COVID-19" AND "cuidado" OR "care" AND "vulnerabilidade social"

OR “Marginalização Social” OR “vulnerabilidad social” OR “Marginación Social”

GOOGLE SCHOLAR: “Pandemias” OR “Pandemics” OR “COVID-19” OR “Coronavirus Infections” OR “Infecciones por Coronavirus” OR “Infecções por Coronavirus” AND “cuidado” OR “care” AND “vulnerabilidade social” OR “Marginalização Social” OR “exclusão social” OR “vulnerabilidad social” OR “Marginación Social” OR “Social Vulnerability” OR “Social Marginalization”

Los criterios de inclusión y exclusión de los estudios basaron en el proceso de cuarto pasos. La primera fase, las publicaciones fueron separadas por dos lectoras diferentes para evitar sesgo (*bias*) y divididas en: relevantes (R), irrelevantes (I), dubios (D) o duplicados (DU). Resumen que no trataban la pregunta central de: cuidado en territorio de vulnerabilidad y COVID-19, fueron excluidos. Los que no eran claros en la temática abordada, pasaron para lectura completa del texto por dos lectoras. La segunda fase consistió en la lectura completa de los textos seleccionados en la primera fase. Los seleccionados fueron clasificados entre R, I o D. En la tercera fase se definieron los estudios que se utilizarían para la revisión de alcance (*scoping review*) mediante el debate entre las lectoras, según los siguientes criterios: se incluyeron los estudios cualitativos en español, portugués e inglés; se excluyeron los estudios anteriores a enero de 2020 y los estudios cuantitativos, de acuerdo con el enfoque de la investigación cualitativa sobre cuidado y COVID-19 en territorios vulnerables y socialmente excluidos.

La pesquisa cualitativa nos posibilita profundizar en diversos contextos, como los sociales, históricos, culturales, psicosociales, económicos, habitacionales y urbanísticos, bien como el comprometimiento con el cuidado. Este método nos propicia ampliar la comprensión del territorio, sus transformaciones, profundizar en las experiencias y revisar la operacionalización das políticas públicas sociales (SCHMIDT, 2008).

El Mapeo de datos se dio de la siguiente forma: Las obras seleccionadas por los descriptores y indicación fueron exportadas al gestor de referencias EndNote X9, organizadas y posteriormente divididas para su lectura intensiva entre dos lectores. Las obras seleccionadas como relevantes fueron exportadas al software *Atlas.TI*, una herramienta que

ayuda a sistematizar los datos obtenidos de la investigación cualitativa (FORTE et al., 2017). Teniendo en cuenta el objetivo Cuidados en territorios de exclusión social, se inició el proceso de lectura intensiva de los estudios incluidos y la selección de datos, a partir de un instrumento creado según las recomendaciones del JBI, para extraer datos de los estudios. Los datos obtenidos incluían base de datos, año 2020, autores, regiones de Brasil, título, revista, objetivo, población, tipo de estudio, método, metodología de análisis, principales resultados e consideraciones finales encontradas relacionados con el tema. A partir de estos datos se ha extraído zonas de sentido.

Los datos fueron organizados en dos zonas de sentido: Fragilidad del Cuidado y Potencialidad del Cuidado. El método utilizado para el análisis de datos fue la Hermenéutica de Profundidad (HP), que comprende 3 dimensiones de procedimiento (THOMPSON, 2000). El primero considera el contexto sociohistórico-cultural en los que se insertan los participantes. El segundo se caracteriza por el análisis discursivo del sujeto. El tercero se centra en la interpretación y la reinterpretación.

A partir de las tres dimensiones del PH, considerando los objetivos de cuidado y vulnerabilidad en la Pandemia, comenzó el proceso de lectura cuidadosa y profunda de los estudios seleccionados y la selección de pasajes significativos, que pudieran relacionar, representar y permitir el desarrollo de zonas de sentido, abordando las tres dimensiones. Los fragmentos elegidos se titulaban, llamados en el Atlas TI, como códigos. Los extractos con temas similares se clasificaron bajo el mismo código. Después de la codificación, los códigos se agruparon en dos zonas de sentido. Los resultados fueron discutidos de acuerdo con los referentes teóricos de la Ética del Cuidado y la Decolonialidad, desde las perspectivas feministas y interseccionales.

Discusión de resultados

De los descriptores e indicaciones, la búsqueda totalizó 267 artículos, de los cuales 163 fueron excluidos por duplicación. La aplicación de los criterios de selección resultó en la inclusión de 47 estudios (Figura

1), publicados en 2020, hasta 12 de septiembre, en Brasil. Los resultados fueron organizados en zonas de sentido, de la siguiente manera: fragilidades de los cuidados y potencialidades de los cuidados.



Fig. 1 Diagrama de flujo de PRISMA para el proceso de revisión del alcance de 12.09.2020.

Para entrar en la discusión de las zonas de sentido, es necesario contextualizar el trípede: salud pública, asistencia y seguridad social brasileña, de la perspectiva sociohistórica-cultural, con énfasis en el Sistema Único de Salud (SUS). El SUS puede ser considerado la piedra de toque de la democratización decolonial del cuidado en Brasil. Los saberes construidos junto con la población despiertan la preocupación y la conciencia de los poderes coloniales aún presentes y de cómo nos involucran a todos (WALSH, 2017).

El Sistema Único de Salud (SUS), el Sistema Único de Asistencia Social (SUAS) y la Seguridad Social fueron garantizados en la Constitución brasileña de 1988, pero el país tenía mucho trabajo para asegurar sus operatividades. Se requirió el esfuerzo de las bases de los municipios al Congreso Nacional, elaborando leyes orgánicas para proporcionar las

condiciones para la promoción, la prevención y la recuperación de la salud, de la asistencia y de la seguridad social.

Como todo era nuevo, fue necesario establecer la organización, dirección y gestión del SUS y SUAS. Sería necesario trazar nuevos caminos para sistemas regionalizados y jerárquico y definir cuáles serían las competencias y atribuciones de las tres esferas de gobierno (federal, estadual y municipal). También era necesario definir los territorios a nivel nacional, estadual y municipal, en un proceso llamado territorialización.

El eje era el SUS. Sabiendo que el SUS no disponía todavía de todos los recursos humanos, era necesario pensar en la colaboración y el funcionamiento de la participación complementaria de los servicios privados de asistencia para la salud. Paralelamente, era necesario definir la política de recursos humanos, la revitalización de los antiguos programas, las nuevas selecciones y la capacitación del personal para ampliar la cobertura, especialmente en la atención primaria de la salud.

Se necesitaban urgentemente recursos financieros, gestión financiera, planificación, presupuestación y evaluación. Todos los momentos fueron marcados por grandes dificultades para establecer fondos suficientes. En el Congreso Nacional hubo diferencias de interés y muchos representantes defendieron la industria farmacéutica y los grandes hospitales.

Es importante pensar en la organización de la participación de la comunidad en la gestión del Sistema Único de Salud (SUS), representada principalmente por los consejos de salud de todos los niveles de gobierno. Esa participación configura la efectiva costura entre cuidado y territorio marcado por la colonialidad, donde los saberes producidos en el propio territorio, sea el indígena, quilombola, periférico, cortizos o en situación de calle son considerados de forma a construir los Sistemas por las bases, valorizando epistemologías producidas en el sur, por los movimientos de la negritud, de los pueblos originarios y los movimientos sociales (QUIJANO, 2007).

Paralelamente, fue necesario definir los formatos de las transferencias intergubernamentales de los recursos financieros en las esferas de la salud y asistencia.

Lo cierto es que era necesario garantizar los principios de estos nuevos sistemas con la universalidad del acceso a los servicios de salud y

asistencia en todos los niveles de cuidado, la integralidad, la equidad, la descentralización político-administrativa con una dirección única en cada esfera de gobierno, la combinación de los recursos financieros, tecnológicos, materiales y humanos de la unión de los estados, el Distrito Federal y los municipios en la prestación de los servicios de salud y asistencia a la población.

Las conferencias de salud municipales, estatales y nacionales se convirtieron en acontecimientos indispensables para decidir, democráticamente, las prioridades de SUS y SUAS en un país continental, con diferencias climáticas, biológicas y culturales. Ha llegado a contar con una gran participación de la sociedad civil organizada para que la salud, la asistencia y la seguridad sean derechos de todas y todos y un deber del Estado.

La asociación bidireccional entre las universidades y las instituciones proveedoras de servicios ha crecido y fortalecido un sistema de salud con el que soñaron tantas generaciones. Muchos programas de prácticas e internados rurales en diversos cursos de salud han ampliado el cambio de saberes entre la Universidad y la población urbana y rural, produciendo un nuevo espacio para el trípede de la Universidad: la enseñanza, la investigación y la extensión. La inserción de la Universidad Federal en estos territorios permite el intercambio de epistemes. Desde un punto de vista decolonial, el conocimiento puede coexistir. Quijano explica que la Decolonialidad tiene como objetivo liberar las ciencias de las elites intelectuales del Sur global, de la Colonialidad centrada en los conocimientos europeos-norteamericanos (QUIJANO, 2007). Saber escuchar en el momento de la interacción investigador-colaborador, puede proporcionar una rica oportunidad para construir nuevas epistemes, con raíces latinoamericanas. En cambio, la población comenzó a tener más estudiantes que construyeron un nuevo formato para una asistencia eficaz y eficiente.

Así pues, el Sistema Único de Salud, uno de los mayores sistemas del mundo: público, universal y gratuito, está siempre en construcción, sirviendo a toda la población desde la atención primaria hasta las intervenciones complejas, como los trasplantes de órganos. Con estos fundamentos, entramos en la discusión de las zonas de sentido.

La primera zona de sentido es la fragilidad del cuidado en medio de los desafíos de la pandemia de COVID-19 y las vulnerabilidades y exclusiones sociales del país. Son prácticas que fragilizan subjetividades, relaciones, equipos y políticas públicas. Ejemplos son cuando profesionales de la salud no tienen en cuenta el contexto vulnerable y el usuario como un sujeto completo. Hay la burocratización del trabajo, la educación sanitaria disciplinaria, el modelo esencialmente biomédico y las prácticas técnicas y sus consecuencias, como la jerarquía en el lugar de trabajo y la desvalorización de los profesionales de la salud. Además, existen dilemas entre el papel profesional y la prestación de servicios asistenciales y filantrópicos.

Los desafíos extremados durante la Pandemia fueron el aumento de la población en situación de calle y los aspectos de la vulnerabilidad social: el consumo problemático de alcohol y drogas, las denuncias de violencia, la vida cotidiana de la calle, el racismo, el machismo, los trastornos mentales, el debilitamiento de los lazos familiares y las transformaciones de las identidades que repercuten en la exclusión social. El hecho es que además de la propia tragedia sanitaria, con COVID-19, señalan un panorama cercano de graves consecuencias sociales, con la acentuación de la pobreza extrema y sus facetas más crueles, inhumanas y humillantes, desafiando nuestros valores, nuestra capacidad de recuperación y nuestra humanidad: el hambre y las violencias. Trastornos psicosociales siguen afectando diferentes segmentos de la sociedad, incluso los profesionales de salud y de la asistencia social, especialmente los de la base de la atención primaria, que están presentes en estos territorios.

Hay diversos sufrimientos en las capas sociales de Brasil, pero las personas excluidas siguen teniendo menos protección, para sobrevivir las adversidades de la Pandemia. Para hacer frente a las realidades abiertas de las estructuras patriarcales, misóginas, racistas y clasistas se requiere una interpretación crítica de la academia, que hasta hace poco tiempo guardaba silencio en la masa de publicaciones científicas, en relación con las diversas aportaciones del feminismo negro y el feminismo indígena, que, durante décadas, si no siglos, ha estado atento a las cuestiones intersectoriales (GOMES, 2020).

Se tratan temas que permite el análisis de aspectos psicosociales, de salud y asistencia, para el fortalecimiento de políticas de intervención centradas en la integralidad del cuidado.

La segunda zona de sentido es la potencialidad del cuidado en medio de los desafíos de la pandemia de COVID-19 y las vulnerabilidades y exclusiones sociales del país. Son practicas que fortalecen subjetividades, relaciones, equipos y políticas públicas. La segunda zona dio lugar a las potencialidades del cuidado, de prácticas colectivas, basadas en un carácter ético-político y, por lo tanto, democrático frente al cuidado que abarca la responsabilidad y los derechos de la población, a fin de mejorar la eficacia del cuidado y que va en contra de lo que propugnan las directrices y los principios del SUS y de SUAS. Entre ellos, destacamos la importancia de la vinculación, la escucha activa y calificada, el reconocimiento de la demanda de los más variados contextos, el apoyo social, la valoración de la cultura local, el trabajo en equipo y la articulación de la red como facilitadores de un proceso de atención, que busca asegurar la calidad de vida, la justicia y la igualdad entre los sujetos.

Souza et al. (2020) dice que la telecomunicación vino ayudar a superar el aislamiento social impuesto por la pandemia COVID-19. Grupos de WhatsApp ligados al SUS, SUAS y la Fiocruz permitieron a los miembros participaren formulando preguntas (audio) sobre la COVID-19 a través de la mediación de las líderes comunitarias (SOUZA et al., 2020).

EL cuidado ético-político producido en SUS y SUAS es una herramienta concreta en busca de la decolonización y de la justicia social, en el combate a las desigualdades sociales y el fortalecimiento de la responsabilidad de cuidar de uno mismo y de los demás (MOTA, 2015 e WALSH, 2017). La ética feminista del cuidado y las teorías interseccionales abordan temas que los profesionales de la salud y la atención, los líderes comunitarios y los usuarios, en los diversos territorios de vulnerabilidad y exclusión social, abordan en su vida cotidiana, tales como: la responsabilidad, la maternidad, el aborto, la atención a los enfermos, a los ancianos, a las personas especiales, a las personas con uso problemático de drogas, a las situaciones de calle, a las diversas formas de violencia, al feminicidio, al racismo estructural, a la pobreza, al cuidado del medio ambiente, entre otros, de manera integral, humanizada e interseccional, ofreciendo

así herramientas para la reflexión sobre sus acciones. (KELLER; KITTAY, 2017; GONZALEZ, 1982 e 1984, MOTA; TRONTO, 2015, COLLINS, 2015 e RIBEIRO, 2018).

Conclusion

Esa revisión del alcance plantea algunos desafíos a la sociedad brasileña ante la actual pandemia de COVID-19, en particular para el tripo-de: salud, asistencia y seguridad sociales, en todas sus instalaciones del estado, que operan políticas públicas y sociales. La COVID-19 expone las cicatrices coloniales en Brasil y la urgencia de un Cuidado Político y Decolonial.

Las marcas coloniales del patriarcado violento, machista, racista, fascista y excluyente, que provoca miseria y hambre, ya estaban elevadas antes de la pandemia, aumentaron, como evidencia el Atlas de la Violencia en Brasil (IPEA 2020), el FAO (2020) y los estudios analizados, que revelan los altos indicadores de exclusión y de violencias. En 2818 por ejemplo: hubo casos de letalidad de 30.873 jóvenes entre 15 y 29 años, mayoría negros; letalidad de mujeres por feminicidio, una mujer fue asesinada en Brasil cada dos horas, totalizando 4.519 víctimas y 68% de las mujeres asesinadas eran negras; letalidad de LGBTQUIA+ fue de 1.685 y crimen de pedofilia o otros delitos de lesiones corporales a los niños fueron más de 25.000. Los homicidios contra personas de la calle aumentaron un 250%. Lesiones corporales contra ancianos aumentaron un 19%, y contra niños un 4%. Subnotificaciones no están incluidas (ibid.).

Después de la discusión de los resultados, da-se cuenta de que existe una crisis actual, que forma parte de una crisis de civilización más amplia, vinculada a las herencias coloniales dejadas por un supuesto modernismo basado en la explotación de un patriarcado capitalista de territorios del cono sur, como el Brasil, dejando sus cicatrices estructurales en las áreas: social, económica, democrática, ambiental y de salud. La salud, la asistencia y el bienestar, en medio de los cortes y las heladas, tendrán que reinventarse en la búsqueda de la decolonialidad.

Se discutieron las áreas de significado: fragilidades y potencialidades del cuidado.

Las Fragilidades aparecen en practicas que fragilizan subjetividades, vínculos, equipos y políticas públicas: cuando profesionales del estado no tienen en cuenta el contexto vulnerable y el usuario como un sujeto completo. Se destacaron en la Pandemia de COVID-19, en Brasil, el aumento de la población en situación de calle y los aspectos de la vulnerabilidad social: el consumo problemático de alcohol y drogas, las denuncias de violencia, el racismo, el debilitamiento de los lazos familiares y las transformaciones de las identidades que repercuten en la exclusión social. Se tratan de temas que permite el análisis de aspectos psicosociales para el fortalecimiento de políticas de intervención centradas en la integralidad del cuidado.

Las potencialidades son practicas que fortalecen subjetividades, relaciones, equipos y políticas públicas: articulaciones colectivas, cuidado ético-político y, por lo tanto, democrático, que abarca responsabilidades y derechos de toda la población, fortalecen directrices y principios del SUS, SUAS y demás servicios públicos como la vinculación, la escucha calificada, el reconocimiento del contexto y de la demanda, el apoyo social adecuado a la individualidad, la articulación de la red de los equipos públicos, como facilitadores de un proceso de cuidado, que busca asegurar bienestar y justicia social. Otras potencialidades de cuidados son los grupos de bases que se organizan en formas de cooperativas llamadas de economías comunitarias o solidarias, con fuerte línea de lideres mujeres, comercializan alimentos orgánicos, ropas y artículos artesanales ferias, organizan alquileles sociales junto al municipio y otras iniciativas con base solidaria.

La Enmienda Constitucional 95 viene desde diciembre de 2016 congelando las inversiones en salud, ciencia, educación y otras áreas, así como los recortes en los derechos laborales y la reforma de la seguridad social, empeorando las condiciones de jubilación de la población en los años entre 2017 y 2019. Cuando la pandemia llega en 2020, encuentra el Sistema Único de Salud, la economía y las estructuras de estado ya fragilizadas. La pandemia y el gobierno actual de Brasil han intensificado las desigualdades sociales, las injusticias, las vulnerabilidades y, sobre todo,

las exclusiones sociales y el hambre que regresó. El actual gobierno representa la elite heredera del período colonial, que siguen la modernidad capitalista, neoliberal, machista, racista y excluyente. Como diría Achile Mbembe, siguen practicando la política de la muerte, la necropolítica.

Es necesario aprender de los conocimientos no eurocéntricos, producidos en el cono sur, en los mismos territorios donde las poblaciones clasificadas como vulnerables, pero que aportan tanto potencial y conocimientos, a su vez transformadores, como la vida comunitaria, el compartir, la solidaridad entre pueblos indígenas, quilombolas, periféricos, de los cortijos, en situación de calle.

Es necesario escuchar a las mujeres que hoy en día son la base de las economías solidarias. El orden estructural pospandémico necesita urgentemente superar la exclusión, la opresión, la violencia, el feminicidio, la muerte de los jóvenes negros y el hambre. Necesitamos escuchar las voces de las mujeres indígenas, negras y feministas, que siempre han cuidado de y luchado por la casa común y el bienestar de sus compañeros.

La valoración de los cuidados, del punto de intersección: género, etnia (raza), moralidad, cultura, economía y política, es importante para toda la humanidad, ya que todos necesitamos diferentes formas de cuidados en las diferentes fases de la vida. Mientras tanto, la valoración de los cuidados es especialmente importante en la vida de las mujeres, que durante mucho tiempo han ejercido y siguen ejerciendo diversas formas de cuidados en la invisibilidad y sin recompensa financiera. La valoración y el empoderamiento profesional de las mujeres, los líderes comunitarios y los profesionales de la salud pública y la asistencia social pueden reflejar directamente la vida de otras mujeres en situaciones de vulnerabilidad, exclusión social y violencia, que necesitan ser atendidas y, al mismo tiempo, cuidar de sus hijos, de los miembros de su familia y de la comunidad. Para las teóricas feministas e interseccionales del cuidado, en una estructura patriarcal, el cuidado es femenino e invisible, y en una estructura democrática el cuidado es humano y valorado (KELLER; KITTAY, 2017; GONZALEZ, 1982 e 1984, MOTA; TRONTO, 2015, COLLINS, 2015 e RIBEIRO, 2018).

Se hacen recomendaciones para fortalecer las políticas que ya están en marcha en las tres instancias de gobierno y ampliarlas de acuerdo

con las necesidades de los territorios y de los programas existentes en la agenda pública, como una forma de suavizar las marcas estructurales de nuestra sociedad colonial. Se sugieren adaptaciones en el contexto de la pandemia y entrenamiento con prácticas humanizadas para los equipos de las unidades públicas de salud y de asistencia, para las realidades y subjetividades en sus territorios.

Posiblemente dos de los desafíos más nefastos entre los que se profundizaron durante la pandemia son: el hambre, la violencia y el trastorno mental. Es fundamental que los trabajadores de la atención primaria de la salud, especialmente las agentes comunitarias de salud busquen activamente casos de personas que se encuentren en situación de exclusión social, violencia y sufrimiento psíquico. Es necesario que transmitan estas situaciones a todo el equipo de salud y, en casos concretos de hambruna, que las remitan a la red de asistencia social, como los Centros de Referencia de Asistencia Social (CRAS) para su adecuada inclusión en las políticas sociales de lucha contra el hambre y la pobreza. En casos de violencia es necesario que se presenten en la comisaría de policía y que se remitan al SUS para el tratamiento de las lesiones y los trastornos psíquicos. Además, están las oficinas en la calle que tratan a las personas in situación de calle, los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) y otros espacios públicos y servicios para la población. Las tecnologías de telecomunicación están evidenciando buenos resultados para los que tienen acceso. Hace necesario democratizar el acceso. La importancia del papel del Estado como protagonista en la lucha contra las desigualdades sociales, las violencias, el hambre, los trastornos psicosociales y la reducción de la pobreza en el país, se refuerza, de manera estructural, asumiendo el fortalecimiento de las políticas públicas y sociales existentes.

Bibliografía

BRASIL, IPEA. Atlas da Violência. 2019. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_atlas_da_violencia_2019.pdf. Acesso em 11.03.2020.

- BRASIL, IPEA. População brasileira ainda é patriarcal, mostra pesquisa do IPEA apoiada pela ONU. 2014. Disponível em: <https://nacoes-unidas.org/populacao-brasileira-e-ainda-patriarcal-mostra-pesquisa-do-ipea-apoiada-pela-onu/>. Acesso em 18.03.2020
- COLLINS, P.H. Em direção a uma nova visão: raça, classe e gênero como categorias de análise e conexão. In: Moreno, R. (Org.). Reflexões e práticas de transformação feminista. São Paulo: SOF, 2015. p. 13-42.
- FAO, IFAD, UNICEF, WFP, WHO. The State of Food Security and Nutrition in the World 2019. Safeguarding against economic slowdowns and downturns. Rome: FAO; 2019. <http://www.fao.org/3/ca5162en/ca5162en.pdf> Acesso em 25.05.2020.
- FORTE, E.C.N. et al . A Hermenêutica e o Software Atlas.TI: União Promissora. In: *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis , v. 26, n. 4, e0350017, 2017.
- GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: Revista Ciências Sociais Hoje, Anpocs, 1984, p. 223-244.
- GONZALEZ, L. A mulher negra na sociedade brasileira. In: LUZ, Madel T. (Org.). O lugar da mulher: estudos sobre a condição feminina na sociedade atual. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.
- KELLER, J.; KITTAY, E. F. Feminist Ethics of Care. In: The Routledge Companion to Feminist Philosophy, Abingdon: Routledge. 2017.
- MBEMBE, A. Necropolítica. In: Arte & Ensaios | revista do ppgav/eba/ufrj | n. 32 | dezembro 2016.
- MOTA, F.F. Joan C. Tronto. Caring democracy: Markets, equality, and justice. Rev. Bras. Ciênc. Polít., Brasília , n. 18, p. 317-327, Dec. 2015.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS]. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report –78. 2020. Disponível em: http://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200407-sitrep-78-covid-19.pdf?sfvrsn=bc43e1b_2. Acesso em 14.05.2020
- PAREDES, J.; GUZMAN, A. El Tejido de la Rebeldía ¿Qué es el Feminismo Comunitario? Bases para la Despatriarcalización. La Paz: Mujeres Creando Comunidad. 2015
- PORTELA, M. C. et al. Limites e possibilidades dos municípios brasileiros

- para o enfrentamento dos casos graves de Covid-19. In: Fiocruz, Nota Técnica 1. 2020.
- RIBEIRO, Djamila. Quem tem Medo do Feminismo Negro? São Paulo: Editora Schwarcz, 2018.
- SANTOS, K.T. et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? In: Ciênc. saúde coletiva vol.16 supl.1 RJ. 2011.
- SOUZA, C.T.V. Cuidar en tiempos del COVID-19: lecciones aprendidas entre la ciencia y la sociedade. In: Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- SCHMIDT, M.L.S. Pesquisa Participante E Formação Ética Da Pesquisa Na Área Da Saúde. In: Ciência Saúde Coletiva, 13(2): 391-398. 2008.
- THOMPSON, J.B. Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era do meios de comunicação de massa. 9 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.
- WALSH, C. Pedagogías Decoloniales. Prácticas Insurgentes De Resistir, (Re)Existir e (Re)Vivir. Série Pensamiento Decolonial. Equador: Editora Abya-yala. 2017.

DESMANTELANDO EL CISEXISMO ADMINISTRATIVO DESDE LA PRIMERA TOMA DE DATOS

Rocío Mabilia Garófalo, An Millet y Eugenia Oddo Lanzillotti

Nuestra Ley de Identidad de Género 26.743 (LIG) reconoce a la identidad de género como “la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo” (2012). Esta definición es importante en el punto en que nos permite pensar que toda persona posee una identidad de género y que no es un concepto reservado para las identidades trans*².

Hemos heredado del positivismo una diferenciación entre lo normal y lo patológico, lo normativo y lo disidente. Nuestros modos de subjetivación suceden dentro de un sistema que ordena y prioriza a las subjetividades cis-heterosexuales por sobre las demás. Esta forma de jerarquizar la vida termina determinando quiénes son lxs destinatarixs de políticas públicas, de atención en salud, de acceso a una educación sostenida, etc. Determina un “nosotrxs” y “lxs otrxs”, con un sentido de la otredad como una ajenidad inconcebible. Alfredo Carballada escribe que de las políticas neoliberales heredamos un discurso fuertemente individualista, donde el lazo con lx otr se quiebra y “el temor y la violencia hacia lo ‘otro’ se transforman en una necesidad que se explica como una forma de biopolítica que atraviesa cuerpos y subjetividades” (Carballada, 2014, p.48). Es el cisexismo, entre otras categorías sociales, las que determinan al *sujetx esperadx* de las instituciones: unx sujetx cis, heterosexual, blancx y de clase media. En este punto, Carballada fundamenta

2 Utilizamos la denominación “trans asterisco” para dar cuenta de la heterogeneidad dentro del colectivo trans, que no se agota en mujeres y varones trans.

que existen momentos de irrupción de sujetxs inesperadxs que generan sensaciones de extrañeza, ajenidad y temor en quienes lxs reciben: “entre el sujeto que cada institución sigue esperando y el que realmente llega se produce una distancia” (Carballeda, 2014, p. 50), distancia que paraliza, desconcierta y suele generar una respuesta expulsiva”.

En este sentido y tomando los desarrollos de Dean Spade, destacamos la importancia del acto administrativo como primer acercamiento entre las personas y las instituciones de salud. Estos sistemas de administración son clasificatorios: formularios con campos con opciones de respuesta ya generados que exigen la adecuación de lxs sujetxs a alguno de ellos, siendo en consecuencia capaces de ejercer una violencia simbólica de gran magnitud al clasificar erróneamente la identidad en formularios y documentos institucionales. Hay diversos testimonios (Berkins, 2007; Berkins y Fernández, 2005; INDEC e INADI, 2012; ATTTA y Fundación huésped, 2014) de personas que han sufrido la violencia de estos actos en instituciones de salud (y otras), relatando sentimientos de humillación que en muchos casos ocasiona que no vuelvan a acercarse a esos centros de salud u otros, ya sea por temor a volver a experimentar ese grado de violencia³ o porque no tienen otro efector de salud cercano. Estas instancias componen lo que Spade enuncia como violencia administrativa, en donde el sistema clasificatorio de la administración del género recorta como *sujetxs esperadxs* a las personas cis.

Las instituciones de salud tienen la obligación de garantizar el cumplimiento efectivo de los derechos de toda persona que acuda a realizar un tratamiento, es por eso que propusimos en el Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” realizar un cambio en la primera hoja de la historia clínica, hoja de recolección de datos de la persona que consulta.

En el formulario inicial de la Historia Clínica el espacio dedicado al nombre estaba separado en tres partes, en el siguiente orden: “Apellido”, “Nombre” y “Nombre de Elección”. Esta diferenciación traía varias dificultades: por un lado, se había creado un espacio exclusivo para personas trans* sin cambio registral, en el que se debía registrar el nombre que figurase en el documento y, en un segundo plano, el nombre real de la persona. La mayoría de las veces esta distinción sólo se hacía para

3 Mario Pecheny (2001) llama a esto *anticipación de la discriminación*.

aquellas personas que se asumía eran personas trans*. En pocas ocasiones, el pedido era realizado a cualquier consultante registrando apodoso, o, si tenían más de un nombre, el nombre por el que preferían ser llamados. Nuestra propuesta fue la remoción de la categoría de “Nombre de Elección”, e invertir las categorías a “Nombre” y “Apellido”, registrando siempre el nombre que nos proporciona quien consulta, independientemente de lo que figura en su DNI.⁴

Por otro lado, las categorías “Sexo” y “Género” estaban separadas. Con frecuencia, estas categorías no eran preguntadas sino asumidas, se completaban “por observación”⁵. Se hacía entonces una distinción entre quienes parecían cis y quienes parecían trans*, donde estas últimas eran las únicas consultadas. En este sentido, la propuesta fue quitar la categoría “Sexo” (que hacía referencia a lo que figura en el DNI), dejar la categoría “Género” y trabajar, con quienes completan estos registros, que se pregunte a toda persona independientemente de su expresión de género.

Las categorías que incorporamos en el campo “Género” de manera desplegable fueron: no binarie, travesti, mujer trans, mujer cis, lesbiana trans, lesbiana cis, varón trans, varón cis y una opción que llamamos “inscribir manualmente” (para evitar el clásico “otrxs”) en la que lx administrativx puede cargar las categorías que no figuran aún, con la intención de que estas categorías inscriptas a mano sean adicionadas periódicamente a la lista desplegable.

Esta modificación de la primera hoja de historia clínica fue presentada al personal de Gestión de Pacientes del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” en el marco de una capacitación sobre cisexismo y Ley de Identidad de Género. Este ciclo de capacitaciones -que abordó diversas temáticas relacionadas con la práctica tanto administrativa como profesional en salud- fue motivado por la necesidad de brindarle un marco

4 A partir de la escritura de este texto recordamos que la guardia usaba en ocasiones el campo “Nombre de elección” para marcar la manera en la que a cualquier persona (fuera cis o trans) le gustaba que lx llamaran. Nos interesa revisar la remoción de ese campo ya que reconocemos ese uso como novedoso y productor de mayor cercanía entre el dispositivo y lxs usuarixs. Si la irrupción de lo trans produjo en un primer momento un campo que otorgó pluralidad, cercanía y empatía para el total de la población, sería una lástima perder ese avance en un movimiento de descisexualización del formulario.

5 Así se dice en los censos nacionales cuando ese campo del formulario será completado sin preguntar.

teórico al trabajo en Gestión de Pacientes, así como de crear un espacio para analizar y repensar nuestras prácticas como agentes de salud.

Es a partir de los interrogantes que se presentaron tanto en la capacitación como en el trabajo cotidiano que surge la necesidad de ofrecer un espacio de seguimiento de la implementación. La aplicación de la LIG es inaplazable y consideramos que las modificaciones deben incorporarse no desde una imposición, sino enfatizando la importancia de las tareas administrativas que se llevan a cabo en la recepción de las personas que se acercan al hospital. Hay un acompañamiento que consideramos necesario en términos de una adecuada redistribución de la incomodidad.

Acerca de la redistribución de la incomodidad

El racismo, el cisexismo, el capacitismo, la heterosexualidad obligatoria, el cuerdismo, el especismo, el adultocentrismo y muchos otros sistemas de opresión distribuyen de manera desigual e injusta una batería inmensa de capitales. Esto se nos vuelve evidente en la vida cotidiana con situaciones tan fundamentales como ir la escuela, conseguir un trabajo, hacer amigxs, acercarse al sistema de salud, enamorarse, etc. En estas instancias, no es lo mismo ser blancx o marrón, ricx o pobre, gordx o flacx, cis o trans. La corriente teórica que se conoce como *"giro afectivo"* (Ahmed, 2015) sostiene que esta serie de distribuciones diferenciales no se limita únicamente a cuestiones materiales, sino que tiene su correlato afectivo. Así la vergüenza, la confianza, el miedo, el deseo, la alegría y la frustración, entre otras, se reparten de maneras desiguales dependiendo de las posiciones que ocupamos en las escalas jerárquicas de cada sistema y cómo se condicionan entre ellas. Estos sistemas nos enseñaron que las personas gordas deben avergonzarse de su cuerpo, que no serán deseadas y que, para serlo, deberán adelgazar; que las personas trans* pueden ser ridiculizadas, que las podemos humillar; nos han intentado convencer de una linealidad infundada entre color de piel y peligrosidad a través de mensajes racistas.

En esta línea, consideramos que el cisexismo ha producido una distribución particular de los afectos premiando de manera sistemática las identidades y expresiones cis y castigando constantemente a las personas que son o parecen trans*. En este punto nos interesa ahondar especialmente en la distribución de la incomodidad.

Según Sara Ahmed (2015), “la incomodidad es un sentimiento de desorientación [en la que] nuestro cuerpo se siente fuera de lugar, torpe e inquieto.” (p. 228), sensación muy diferente a la que la autora presenta como *confort*, al que define como “bienestar y satisfacción, pero también comodidad y soltura.” (Ahmed, 2015, p. 226). Con estas definiciones como herramientas, observamos el cisexismo presente en el formulario de apertura de una Historia Clínica en una institución de salud en tanto usar las categorías “Nombre”, “Apellido” y “Sexo” de manera tradicional resulta confortable para personas cis y tal vez para personas trans* que han modificado su DNI; mientras que garantiza incomodidad para las personas trans* sin cambio registral. A quienes no se adecuen a lo solicitado por el formulario, es probable que las instituciones les contesten con humillaciones, agresiones, expulsiones, les soliciten explicaciones, entre otras situaciones propias de la violencia administrativa.

En contraparte, “la incomodidad no es simplemente una elección o una decisión -me siento incómoda con esto o con aquello-, sino un efecto de cuerpos que habitan espacios que no adoptan o “extienden” su forma.” (Ahmed, 2015, p. 234) De esta manera, consideramos que el cisexismo institucional ya dirige demasiada incomodidad hacia las personas trans* que desean transitar un efector de salud. Consideramos fundamental, para que ese primer acercamiento no resulte expulsivo, hacer una propuesta de redistribución de la incomodidad, con el foco puesto en deshacer aquella instancia de selectividad del interrogatorio en el que sólo fuese requerida la identidad de género de las personas que se asumían trans*. Abandonar esta estrategia de “observación” se considera fundamental en un país que se rige por la autopercepción como explica la LIG y que, en este sentido, correspondía que la pregunta fuera dirigida a todas las personas a quienes se les abrirá una Historia Clínica sin hacer distinción entre personas cis y trans*. Sostenemos como hipótesis que cuando se pregunte por el género a personas cis habrá en muchos casos una incomodidad repartida entre quien pregunta y quien debe responder a una pregunta que quizás no le habían hecho nunca antes. En este punto destacamos la importancia mencionada anteriormente de conformar un espacio de seguimiento y reflexión con el personal de Gestión de Pacientes que continúe remarcando la esencialidad de desarmar las

prácticas cisexistas, ya que probablemente frente a la primera situación incómoda, el personal administrativo vuelva a asumir el género de la persona que tiene enfrente.

Propuesta contra la inmediatez a partir la jerarquización del acto administrativo

Es indisociable intentar redistribuir la incomodidad sin sumar una apuesta a la pausa. Desarmar la asunción del género en el proceso de toma de datos se configura primeramente como un obstáculo en términos del *journey map* administrativo que impera en la dinámica general del trabajo. Implica, además, una lectura crítica de las categorías que han sido incorporadas históricamente de manera incuestionable:

Los términos y las categorías (...) recabados por el estado no recopilan información sobre tipos de cosas preexistentes, sino que configuran el mundo en categorías que, en último término, la mayoría ni siquiera cuestiona y, por lo tanto, parecen ahistóricas y apolíticas. (Spade, 2015, p. 147)

Además de la inadecuación que las categorías existentes presentan en cuanto a la lectura del género, introduciéndose aquí una primera forma de violencia administrativa, la misma se traslada de manera interpersonal cuando los formularios no son autocompletados, cuando otra persona aparece como intermediaria -agente estatal- en la recolección de la información. En este interín, conmoviendo algo de la lógica de lo inmediato implicaría tener presente, en principio, una irrupción que es fundamental que ocurra en tanto las modificaciones propuestas se configuran como un acto reparatorio de las formas históricas de la relación de la salud con las poblaciones trans* y, además, se piensa como una instancia clínica: el acercamiento a una institución de salud mental aparece como una pausa en la historia de un padecimiento subjetivo.

La apuesta requiere, entonces, abordar esa entrevista inicial teniendo presente: el sesgo cisexista con el que se construyen tanto las categorías como los formularios administrativos, lo definitorio que puede resultar esa instancia para el sostenimiento de un tratamiento y la disponibilidad que deberá construirse dada la irrupción de malestares esperados a la hora de nombrar lo cis, en tanto llevemos adelante esta apuesta de redistribución de la incomodidad. Con este desafío presente, resulta fundamental jerarquizar las prácticas de quienes se encuentran por fuera

de la esfera profesional en salud, así como crear espacios de carácter formativo y acompañamiento de la incorporación de los cambios, intentando producir una introspección colectiva de las prácticas que se instauran también como una pausa en la dinámica institucional.

Conclusiones posibles

En esta dinámica que se traza entre la construcción de categorías y la conformación de mundo, entendemos que no es posible concebir un instrumento acabado, un formulario inamovible. Es una decisión intentar implantar la idea de que los documentos administrativos surgen de construcciones de matriz histórica, política, jurídica y social, por lo que urge la necesidad de llamar a la apertura, desandar una lógica estática que cierra la puerta a la irrupción de otras subjetividades posibles.

Bibliografía

- Ahmed, S (2015). *La política cultural de las emociones*. Distrito Federal, México: Programa Universitario de Estudios de Género.
- ATTTA y Fundación Huésped (2014). *Ley de Identidad de Género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina*. Buenos Aires, Argentina: ATTTA y Fundación Huésped. Disponible en www.huesped.org.ar.
- Berkins, L. (comp.) (2007). *Cumbia, copeteo y lágrimas. Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgéneros*. Buenos Aires, Argentina: ALITT.
- Berkins, L. y Fernández, J. (coords.) (2005). *La gesta del nombre propio. Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Madres de Plaza de Mayo.
- Carballeda, A (2014). La irrupción de un sujeto inesperado en las instituciones. *Voces en el fénix*, (n°62). Recuperado de: <https://www.vocesenelfenix.com>
- INADI, INDEC (2012). *Primera Encuesta sobre Población trans 2012*:

travestis, transexuales, transgéneros y hombres trans. Informe técnico de la Prueba Piloto Municipio de La Matanza. 18 al 29 de junio 2012. Buenos Aires: INDEC. Disponible en www.indec.mecon.ar.

Instituto Provincial de Estadísticas y Censos, Provincia de Misiones (2016). *Conociendo a la población trans de Misiones*. Recuperado de www.docs.wixstatic.com.

Pecheny, M. (2001) De la “no-discriminación” al “reconocimiento social”. Un análisis de la evolución de las demandas políticas de las minorías sexuales en América Latina. En J. Rappaport (Presidencia). Ponencia llevada a cabo en el XXIII Congreso de la Latin American Studies Association, Washington DC, Estados Unidos.

Spade, D. (2015) *Una vida “normal”*. Recuperado de <http://www.deanspade.net/wp-content/uploads/2016/02/Una-Vida-Normal.pdf>

NOTAS SOBRE VIOLENCIA POLICIAL EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: ESTIGMAS, ABUSOS Y PRODUCCIÓN DE SUFRIMIENTO

Andrea Vázquez

Introducción

El presente trabajo, se estructura a partir de notas sobre una intervención con una víctima de violencia policial en la Ciudad de Buenos Aires. A los fines de esta presentación, hemos tomado un primer momento del acompañamiento sobre el cual reflexionar.

El relato se organiza en tres partes. En la primera presentamos el marco institucional desde el cual se realiza la intervención. En la segunda parte se exponen las particularidades del caso propuesto para el análisis. Por último, incluimos algunas referencias teóricas que aportan a la discusión.

Marco institucional

El caso se aborda desde un área de acompañamiento a víctimas del Ministerio Público Fiscal⁶. En su interior funcionan cinco equipos que responden a problemáticas específicas: Programa de víctimas de violencia de género, Programa de víctimas de maltrato infantil y abuso sexual

⁶ Ley Orgánica del MPF. Op. Cit.

de niños, niñas y adolescentes, Programa de víctimas de trata y explotación de personas, Programa de atención a víctimas de violencia policial y Programa de atención integral en el proceso penal.

Cabe señalar que existe una enorme cantidad de particularidades para realizar intervenciones de protección a víctimas en el seno de una institución nacida para acusar. En ese marco, los programas realizan intervenciones de diferentes niveles de complejidad atendiendo a la singularidad del caso y se llevan adelante en cumplimiento del deber de investigar del Estado en el entendimiento de que *“constituye una obligación estatal imperativa que deriva del derecho internacional y no puede desecharse o condicionarse por actos o disposiciones normativas internas de ninguna índole. Como ya ha señalado este Tribunal, en caso de vulneración grave a derechos fundamentales la necesidad imperiosa de prevenir la repetición de tales hechos depende, en buena medida, de que se evite su impunidad y se satisfaga las expectativas de las víctimas y la sociedad en su conjunto de acceder al conocimiento de la verdad de lo sucedido. La obligación de investigar constituye un medio para alcanzar esos fines, y su incumplimiento acarrea la responsabilidad internacional del Estado”*⁷.

La Ley de Derechos y Garantías de las Personas Víctimas de Delitos⁸ expresa que las autoridades deberán responder a los principios de: rápida intervención, enfoque diferencial y no victimización (Art. 4°).

Caso C

Se trata de un hombre joven que realiza una actividad laboral informal de venta callejera de productos de limpieza. Se presenta ante la Procuraduría de Violencia Institucional para realizar una denuncia sobre hechos de violencia de los que resultó víctima. Luego de realizada la denuncia, es acompañado a tomar contacto con el equipo de orientación a víctimas de violencia policial.

7 Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso “Bueno Alves vs. Argentina”, párrafo 90 y sus citas en nota No 54. Sentencia del 11 de mayo de 2007.

8 Ley 27.372. Op. Cit.

En el abordaje de hechos C se remonta a sus experiencias de vida, reviviendo situaciones de violencia estructural que lo tienen como protagonista. Reconoce que no obstante que en un pasado reciente tuvo conflictos con la ley penal, en la actualidad estaba llevando una vida tranquila, logrando, por lo menos a lo que a él respecta, reinsertarse en la sociedad, lo cual no le ha sido sencillo por la estigmatización que sufre día a día. Es importante tener en cuenta ésta información de contexto, ya que el análisis de los factores estructurales, sociales e individuales permite abordar desde una mirada compleja la situación de C en su devenir histórico y en las transformaciones actuales de su vida. C hace un esfuerzo por transmitirnos que más allá de la existencia de antecedentes penales en su contra y de autoperibirse como hombre *“negro y pobre”*, perfil que claramente lo hace vulnerable ante la selectividad del sistema penal frente a éste tipo de situaciones de violencia institucional, es deber de la justicia hacer todos los esfuerzos investigativos por llegar a la verdad de lo sucedido: *“Necesito saber por qué la policía me hizo eso, me dejaron muerto en un hospital, sin explicación, con lagunas en mi memoria, lesionado física y emocionalmente, con miedo. Necesito saber quién, cómo, cuándo y por qué me hicieron esto; y que el responsable de todo esto que estoy padeciendo pague por sus actos”*.

El relato de los hechos desde la perspectiva de las víctimas

Teniendo en cuenta que C permaneció inconsciente por varios días es que mantuvimos entrevistas con un familiar⁹ que aportó información sobre esa circunstancia. Manifestó que desde el día 28 de marzo C desapareció y recién el día 4 de abril volvió a tener noticias de él, ya que él logró recordar su teléfono y se comunicó desde el Hospital X.

Además de las secuelas de la golpiza, cabe agregar el particular daño que se releva como producto de no recordar lo sucedido. Tal como ya se ha señalado, C sufrió una pérdida de conocimiento que se mantuvo durante su hospitalización entre los días 28 de marzo y 4 de abril, es decir que cuenta con la falta de material mnémico que le aporte contenido a lo

9 De aquí en adelante M.

ocurrido durante ese lapso. Es importante considerar que la pérdida de memoria o amnesia suele presentarse como efecto de hechos traumáticos y que, en el caso al que nos referimos, se suma a una pérdida de conciencia en el sentido convencional del término: C fue ingresado como un NN al hospital, su familia lo buscó como un desaparecido durante los 5 días en que no pudo despertar para dar información sobre su identidad. Esto nos permite realizar un ejercicio comparativo entre las vivencias sufridas en los casos de desaparición forzada de personas y las consecuencias subjetivas de la pérdida de memoria a partir de protagonizar un episodio de violencia.

Sobre los sufrimientos

En el nivel macro contextual, la profundización del paradigma represivo y punitivo ha producido un escenario de criminalización y estigmatización de grupos poblaciones específicos: vendedores callejeros, migrantes, personas transgénero y travestis, jóvenes pobres y personas viviendo en situación de calle, entre otros. Esta punición selectiva convive con otra más genérica que ocurrió desde que a comienzos del año 2016 aumentara la disponibilidad de fuerzas de seguridad en las calles y en contextos en que no era habitual el despliegue represivo tal como la protesta social.

Esto ha tenido entre sus consecuencias que estas personas configuran un grupo de ciudadanos con mayor exposición a ser elegidos para formar parte de prácticas sistemáticas instrumentadas por fuerzas de seguridad tales como las detenciones arbitrarias y el armado de causas. Y por ello, doblemente vulnerados. Primero por no contar con condiciones de vida dignas que van desde la falta de documento de identidad, de vivienda, alimentación y/o inclusión laboral. Segundo porque estas condiciones, en lugar de suponerles una intervención diferencial destinada a reducir la inequidad social que padecen, los exponen a mayores niveles de violencia.

A nivel de las instituciones, opera una fragmentación que se da entre los diferentes actores que intervienen (interinstitucional) y que se

reproduce en el nivel de la institución judicial (intrainstitucional). Se suma además una tendencia al funcionamiento fragmentado entre programas, entre disciplinas (interdisciplinar) y entre los profesionales y las víctimas.

Esta segmentación en los diferentes ámbitos configuran diferentes barreras de acceso a la orientación, protección y/o atención para las personas. Paradójicamente, puede ocurrir que estos obstáculos produzcan mayores niveles de victimización y revictimizaciones. Esto se traduce en demoras para la producción y presentación de informes donde se plasma la voz de las víctimas que, comparado con la celeridad con que son presentadas las pruebas por parte de las fuerzas de seguridad puede ocasionar una pérdida de tiempo que a veces marca la diferencia entre que una persona quede procesada o sobreseída.

Vale aquí importar un concepto del campo de la salud (Vázquez, Berner, Calandra, 2003), tal como el de *reducción de las oportunidades perdidas*. Dicho concepto parte del análisis de la ausencia de consultas en salud de algunas poblaciones, y tiene en cuenta tanto las dificultades de los servicios (profesionales de la salud) como la de los usuarios. Se plantea entonces, un modelo de atención, basado en la maximización de ese encuentro y el aprovechamiento de la oportunidad del contacto, para conocer la situación de salud de esa persona. La atención oportuna, la integralidad en la intervención, la disminución de tránsitos innecesarios por entrevistas y/u oficinas, entre otras estrategias, podrían colaborar para facilitar la circulación de las personas/víctimas/sujetos de derechos por ámbitos judiciales.

Por último, en el nivel de la singularidad de los sujetos es necesario incluir la operatoria de los discursos sociales construidos sobre algunos grupos. El problema del estigma y la discriminación, constituye un desafío para los operadores de la justicia, la salud y la salud mental. La estigmatización produce grupos de personas que ven condicionado su ejercicio de ciudadanía al negárseles el cumplimiento de Derechos. La relevancia de visibilizar estos procesos, se basa en la necesidad de identificar componentes que disminuyan la exclusión.

La escucha a sujetos singulares en clave interdisciplinaria

Relevar un daño subjetivo a partir de una escucha singular supone tomar distancia de prácticas enfocadas en interrogar a las personas para constatar veracidad y/o coherencia en los discursos. Situaciones que no solo han permitido privilegiar las herramientas tales como test y cuestionarios por encima de las personas sino que en ocasiones han perdido de vista el hecho de que acompañar a víctimas debería ser una tarea de visibilizar aquello que se torna principal para esa persona. Jerarquía que puede ser diferente a la que otra persona podría percibir, aún a la que en ocasiones los profesionales del equipo consideran. Por ello, escuchar a personas víctimas de violencias debería ser una actividad cuyo arte se base en “traducir” ese sufrimiento con el que llega a la entrevista de forma que pueda prevalecer su deseo, afectación, necesidad de reparación, etc.

Frente a la pregunta acerca de las expectativas de la realización de la denuncia (en la instancia prevista para ello) suele aparecer un enorme abanico de expresiones: *“que no vuelva a pasarle a otra persona”, “que me devuelvan mi DNI”, “que alguien me explique por qué me hicieron esto”, “que la policía pague”, “que se haga justicia”*. Por ello es recomendable no trabajar con una entrevista pre formateada, y que tampoco los informes respondan a una estructura rígida de casilleros a completar. No se presupone que siempre es conveniente realizar una denuncia ya que en ocasiones, tras escuchar a la víctima, se evalúa que la denuncia podría producirle mayor nivel de exposición y/o represalias. Por tanto, las intervenciones deberían tender a transformarse en procesos que giren alrededor del sufrimiento singular que el sujeto expone en las instancias previstas para ello.

El abordaje desde una perspectiva de salud mental comunitaria con enfoque de derechos supone la visión de integralidad del sujeto. Y el abordaje interdisciplinario, un posicionamiento político, ideológico y ético. Este punto de mira se funda en el sostenimiento de que ninguna disciplina es capaz, por sí sola, de responder a la complejidad de las problemáticas que se presentan. La interdisciplina es una posición de incompletud de las disciplinas, requiere de un marco referencial común¹⁰ que opere como caja de herramientas.

10 Stolkiner (2005). Op.Cit.

Discusión

El problema en estudio, requiere de la articulación de diferentes dimensiones de análisis¹¹: una relativa a las políticas, una relacionada a las instituciones y una vinculada a la vida cotidiana de las personas víctimas de violencia policial.

La definición de la violencia institucional como un problema complejo, plantea la necesidad de abordajes interdisciplinarios. La visión de complejidad introduce en su análisis, la dimensión social¹².

La posibilidad de construir intervenciones interdisciplinarias incluye diferentes desafíos y niveles de responsabilidad, entre ellos: reducir la estigmatización y la discriminación como herramienta fundamental para la elaboración de políticas de inclusión desde una lógica de respeto por los derechos humanos y diseñar estrategias de prevención que incluyan un enfoque de derechos y la construcción de ciudadanía. Estos son los desafíos en curso.

Bibliografía

- Asamblea Plenaria de la XIV edición de la Cumbre Judicial Iberoamericana. *"100 Reglas de Brasilia sobre acceso a la justicia"*; marzo de 2008 en la ciudad de Brasilia, República Federativa de Brasil. A las que adhirió el Ministerio Público Fiscal de la Nación Argentina mediante la Resolución P.G.N N° 58 de 2009. Recuperado el 19 de agosto de 2017 de: <http://www.mpd.gov.ar/index.php/marconormativo-diversidad-cultural/instrumentos-internacionales/3158-las-100-reglas-de-brasilia-sobre-el-acceso-a-la-justicia-de-las-personas-en-condicion-de-vulnerabilidad>
- Asociación Iberoamericana de Ministerios Públicos (AIAMP). *"Guías de Santiago sobre protección de víctimas y testigos"*. República Dominicana; julio de 2008. A las que adhirió el Ministerio Público Fiscal de la Nación Argentina mediante Resolución P.G.N. N°

11 Stolkner (1994). Op. Cit

12 Stolkner (2005). Op.Cit.

174 de 2008. Recuperado el 19 de agosto de 2017 de: <http://www.mpd.gov.ar/index.php/documentos/322-otros-documentos/3268-protocolo-de-estambul-manual-para-la-investigacion-y-documentacion-eficaces-de-la-tortura-y-otros-tratos-o-penas-crueles-inhumanos-o-degradantes-adoptado-por-la-oficina-del-alto-comisiona>

Ley Orgánica del Ministerio Público Fiscal N° 27.148. Recuperado el 19 de agosto de 2017 de: http://www.mpf.gob.ar/wp-content/uploads/2013/09/Ley_organica_2015.pdf

Ley 27.372 (2017) Ley de Derechos y Garantías de las Personas Víctimas de Delitos. Víctimas. Recuperado el 19 de agosto de 2017 de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/275000-279999/276819/norma.htm>

Stolkiner, A. (2005) Interdisciplina y salud mental. Recuperado el 20 de agosto de 2017 de: http://www.psi.uba.ar/academica/carreras-degrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplina_salud_mental.pdf

Stolkiner, A. (1994) Tiempos Posmodernos. Ajuste y salud mental. En Comps. Saidon, O. y Troianovsky, P. *Políticas en salud mental*. Lugar: Buenos Aires.

PANDEMIA Y ACCESIBILIDAD: INTERROGANTES ACERCA DE SUS EFECTOS EN LAS CONSULTAS EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES DE LAS DIVERSIDADES/ DISIDENCIAS

Ana Melisa Martinez, María Alejandra Sciortino y María Laura Zapata

El Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal Especializado en Toxicología y Salud Mental de la ciudad La Plata se encuentra integrado por profesionales de distintas disciplinas que atienden consultas y solicitudes de tratamiento de Salud Mental de diferentes zonas de la ciudad y localidades cercanas. La particularidad del hospital reside en que, hasta el 2010 aproximadamente, recibió demandas ligadas exclusivamente a problemáticas de consumo de sustancias, ampliándose a partir de ese año y en consonancia con la Ley de Salud Mental 26657/2010, la atención a otras presentaciones de Salud Mental. Dada la trayectoria en dicho abordaje, el Hospital continúa siendo el establecimiento de referencia en los tratamientos por consumos problemáticos de sustancias tanto para la población como para las instituciones sanitarias y de justicia.

Desde el año 2019 un grupo interdisciplinario de profesionales: psicólogas, psiquiatra y trabajadora social, conformamos un Equipo de Género y Diversidad Sexual al interior del hospital, ante la observación de la necesidad de incluir la perspectiva de Género y Derechos Humanos en la atención en Salud Mental, y garantizar la accesibilidad de esta población que

históricamente fue vulnerada y no priorizada en la mayoría de los servicios de Salud Pública.

Toda persona debería tener acceso a los derechos humanos sin discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género. La identidad de género es una construcción social y personal, más que una determinación biológica, y no puede ser motivo de violencia, hostigamiento, maltrato o exclusión. Implica un proceso de construcción profunda y continua, que depende de contextos y prácticas sociales particulares.

Las personas trans, pueden identificarse con el género trans, trans femeninas o trans masculinas, travestis, transexuales, transgénero, hombres o mujeres. La vulneración de los derechos de las personas trans, tiene una raigambre histórica, producto de un sistema de pensamiento y dominación caracterizado por ser heteropatriarcal. El mismo, se instala desde la cultura hasta los cuerpos, empujando a tener ciertas conductas, estereotipos socio-culturales, según las características fisiológicas y anatómicas con las que se ha nacido. A partir de una concepción planteada como "natural", se ha dicotomizado y jerarquizado al género desde una perspectiva binaria: hombre-mujer, negando la diversidad y pluralidad sexual. Históricamente se ha legitimado el binarismo y patologizado las disidencias a este orden simbólico.

El tema de la expresión de género Trans, impacta directamente en su vida cotidiana, calidad de vida y en la salud. Hemos rastreado numerosas investigaciones en el campo social, donde hay acuerdos en lo que respecta al padecimiento de desamparo social. Si bien las realidades que viven las personas trans son muy diversas, en relación al contexto socio-económico, la edad y las experiencias que han vivido, gran parte de ellas, comparten una trayectoria de vida que incluye: la expulsión temprana del hogar, la exclusión del sistema educativo y salud, la negación del derecho al trabajo, la discriminación generalizada, la criminalización, persecución y violencia policial, la iniciación en el trabajo sexual en la adolescencia, el hostigamiento y maltrato, la baja esperanza de vida.

La precariedad de las condiciones de trabajo fortalece los esquemas heteronormativos, binarios y conservadores que han caracterizado al sistema educativo y sanitario por muchos años, y que son reconocidos por

el colectivo trans. La mayoría relatan experiencias en las cuales se han sentido excluides, criminalizados, o señalados en los ámbitos institucionales. Algunos hacen referencia al desconocimiento de los profesionales de la diversidad sexual, y otros, hacen referencia a la binariedad presente en las disposiciones edilicias: baños, aulas, habitaciones, sectores, etc.; y en los protocolos de actuación.

Esto nos lleva a suponer mecanismos de exclusión y discriminación, provocando el abandono en las escuelas, ante la negación de tener que asumir una identidad falsa y la asistencia a hospitales o centros de salud cuando el cuadro de enfermedad ya es avanzado.

La situación laboral de la comunidad trans en Argentina se caracteriza por la informalidad, el desempleo, la discriminación y la ilegalidad. Tomando como referencia a Ramírez, trabajo de campo llevado a cabo en la ciudad de Mendoza¹³, el 80% de las personas encuestadas se caracteriza por tener como principal fuente de ingresos a la prostitución. Sólo un 14,8 % tienen otro tipo de actividad laboral, como peluquería, costura y depilación. En ambos casos estamos hablando de una actividad, que genera dinero, pero sin aportes jubilatorios, obra social ni asignación familiar. Lo que agrava el contexto en el cual se desarrollan sus vidas.

Otro dato a destacar es la esperanza de vida del colectivo trans. De acuerdo a una publicación de Lohana Berkins¹⁴, esta es de 35 años en el año 2007, pudiendo haber aumentado a los 40 años con las políticas de los últimos años.

Hoy hablamos y discutimos sobre el tema, existe una mayor visibilización de sus problemáticas. Consideramos esto se debe a la sanción e implementación de leyes inclusivas importantes a destacar: Ley de Matrimonio Civil (Ley N° 26.618) sancionada en el año 2010, la Ley de Identidad de Género (Ley N° 26.743), sancionada en el año 2012 y su respectiva reglamentación (Decreto 1007/2012) y el Decreto N° 1006/2012, que establece el reconocimiento igualitario de los hijos nacidos antes de

13 Liliana de las Mercedes Ramirez (2017) "Las condiciones de trabajo de las personas trans femeninas en Mendoza y la incidencia en su vida cotidiana". Tesina de grado trabajo social. Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza.

14 Berkins, Lohana (2015) Investigación publicada en "Cumbia, copeteo y lágrimas". Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgéneros. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo,

la sanción de la Ley de Matrimonio Igualitario. Asimismo, podemos señalar la Ley n° 26.657 de Salud Mental.

Estas figuras legales suponen un avance sustantivo en la igualdad jurídica, constituyéndose en el punto de partida para iniciar un proceso de restitución de derechos civiles y políticos del colectivo LGTB. Con la sanción de estas leyes, se puso en debate las creencias de sexualidad y género, y reflejaron un posicionamiento diferente que, con respecto a la diversidad sexual, adoptaba el Estado. Esta deconstrucción de representaciones y significados sociales en torno al género y la diversidad sexual que se formalizan y sustentan en estas leyes, no hubiera sido posible sin la militancia de organizaciones sociales y referentes como: Lohana Berkins, Diana Sacayán y Marlene Wayar, entre otros.

La pandemia de COVID 19 llevó a nuestro país a declarar la emergencia sanitaria en todo su territorio. En nuestro caso, la provincia de Buenos Aires es una de las áreas más afectadas por la propagación de dicho virus. El gobernador de la provincia decretó la emergencia sanitaria el 12 de marzo de 2020: "Instruir al Ministerio de Salud a disponer las medidas necesarias y/o de reorganización del personal que la situación de emergencia amerite para cubrir eficientemente la prestación del servicio de salud (...)" DECRETO N° 132/2020.¹⁵

Esto llevó a modificar algunas de las maneras habituales de llevar a cabo la atención de pacientes y el alojamiento de las nuevas consultas. Nuestro servicio continuo realizando atención a pacientes de la institución de manera remota en los casos en que fuera posible; asimismo se implementó un dispositivo de ingreso para nuevos consultantes mediante entrevistas de orientación telefónicas de modalidad espontánea y presenciales, en casos excepcionales, realizadas diariamente por los psicólogos del Servicio.

Estas nuevas modalidades de atención intentaron desde el principio de la medida de ASPO garantizar el acceso de los usuarios al Sistema de Salud, de manera que se respetaran las condiciones de seguridad y cuidado. Implicó también pensar las condiciones de accesibilidad tanto inicial como ampliada a los tratamientos, y las barreras frente a esto,

15 DECRETO N° 132/2020 "Emergencia Sanitaria" La Plata, Buenos Aires, Boletín Oficial de la Provincia de Buenos Aires, 12 marzo de 2020.

justamente con la intención de que la situación de pandemia no se convierta en una barrera al acceso de los pacientes a los tratamientos de Salud Mental.

Al hablar del concepto de accesibilidad nos basaremos en una perspectiva relacional del mismo, es decir, un “vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios” (Stolkiner et al, 2000)¹⁶. Esta perspectiva permite pensar la accesibilidad no sólo como un problema de oferta. Permite incorporar en el análisis las representaciones, discursos y prácticas de la población, considerándola como un encuentro/desencuentro. Volviéndose ineludible la inclusión de las prácticas de vida y de salud en las estrategias que pretendan garantizar el acceso a los servicios de salud.

Si bien podríamos suponer que la propagación del virus es en sí misma equitativa, consideramos que sus consecuencias no serán para todos iguales. Por tratarse de un fenómeno que podría enmarcarse dentro de un acontecimiento del orden de lo traumático, la situación de pandemia puede redoblar el riesgo de arrasamiento subjetivo en quienes conviven cotidianamente con situaciones de desamparo social y es donde fundamentalmente existen mayores dificultades en la accesibilidad al Sistema de Salud.

Tal como se plantea desde los desarrollos realizados desde el INADI en el marco de la coyuntura actual, la población trans es una de las más estigmatizadas social y culturalmente. En este sentido, si bien nuestro país es pionero en tener la primera Ley de Identidad de Género en el mundo, que despatologiza y desjudicializa el Derecho Humano a la Identidad de género, aún persisten barreras discriminatorias para la accesibilidad real de dicha población para el acceso a condiciones fundamentales para la existencia en sectores básicos como la educación, la vivienda digna y el acceso a la salud.

16 Comes, Yamila; Solitario, Romina; Garbus, Pamela; Mauro, Mirta; Czerniecki, Silvina; Vázquez, Andrea; Sotelo, Romelia; Stolkiner, Alicia. “El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios” (2007) *Anuario de Investigaciones*, vol. XIV, pp. 201-209 Universidad de Buenos Aires Buenos Aires, Argentina.

A modo de conclusión

“La falta de acceso a los servicios de salud puede ser vivida como una responsabilidad individual sino efectuamos una interpretación que de cuenta de las dinámicas institucionales que nos marginan en estos espacios” (Berkins, 2015 pp. 105)

De acuerdo a nuestra experiencia en el servicio en relación a la consulta de población trans (travestis, transexuales y transgéneros), advertimos dificultades en la accesibilidad inicial y ampliada (permanencia/sostenimiento de los tratamientos), que se expresan en: escasas consultas recibidas, modalidades de presentación caracterizadas en su mayoría por situaciones de urgencia subjetiva, falta de acompañamiento familiar y/o de grupos de contención, ausencia de consultas previas en el ámbito de salud mental y experiencias de maltrato y/o discriminación en el ámbito de salud.

A su vez, notamos prácticas institucionales que podrían presentarse como barreras de acceso de personas trans a los servicios de salud, entre ellas, confección de historia clínica desde un modelo binario. En suma, se constata un escaso reconocimiento social de la diversidad de expresiones, trayectorias, identidades y cuerpos trans.

Consideramos que la sanción de la Ley de Identidad de Género marcó un punto de inflexión, discontinuidad y avance, trastocando las modalidades de abordajes tradicionales en salud mental y adicciones, promoviendo un mayor acceso a los servicios de salud, tendiendo a evitar prácticas estigmatizantes y expulsivas. Para esto es necesario que las instituciones, trabajadores y usuarios se informen sobre los avances legislativos y teóricos, y se promuevan buenas prácticas en salud, favoreciendo la igualdad y equidad en la atención.

La propuesta de esta jornada nos pareció un contexto propicio para visibilizar las dificultades en el acceso a la salud, y particularmente a la Salud Mental de la población trans, en el marco de la pandemia actual a partir de las experiencias de asistencia que llevamos a cabo en el Equipo de Género y Diversidad Sexual de reciente creación en nuestra institución y continuando con aspectos que venimos trabajando en el marco

del Programa de Beca de Investigación ciclo 2019-2021 del Hospital Nacional "Lic. Laura Bonaparte".

Bibliografía

DECRETO N° 721/2020 "Cupo laboral Trans" La Plata, Buenos Aires, *Boletín Oficial* de la Provincia de Buenos Aires, 03 de septiembre de 2020.

Ley N° 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 21 de octubre de 2009.

Ley nacional N° 26.618. Ley de matrimonio Igualitario. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, 15 de julio de 2010.

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

Ley nacional N° 26.743. Ley de Identidad de Género. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 9 de mayo de 2012.

Acciones del INADI frente a la pandemia de COVID-19 (en línea), Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Recuperado el 27 de marzo de 2020, de:

<https://www.argentina.gob.ar/noticias/coronavirus-operativo-de-cuidado-y-proteccion-de-derechos-de-la-poblacion-trans>

RACISMO ESTRUCTURAL, MICRORACISMOS Y POBLACIÓN MIGRANTE EN LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

Azul Carranza y Noelia Valda

Los procesos migratorios, el clasismo, los desalojos, los ataques racistas. Hacen cuestionarnos acerca de los mandatos colonizantes, que han inferido en cada rincón de Latinoamérica y más aún en nuestras prácticas dentro del campo de la salud mental.

Recordemos que el concepto de raza no existe y es más bien una construcción social, la creencia de que por haber nacido, con ciertas características genéticas de color de piel, de cabello o de ojos, no puede hacernos superiores a personas con características diferentes, es sin duda consecuencia del prejuicio existente en esta sociedad.

En cada proceso de colonización se ha sustentado de discursos clasismo y racismo, por eso la vinculación de ambos términos. Estamos en un sistema capitalista, que se encarga de diseminar estos conceptos, y la consecuencia de esto es la discriminación.

Este escrito, visibiliza actos de microracismo cotidiano. Porque, están en las palabras y actos.

La cultura, no tiene dueños directos pero tienen un origen, relacionado con la opresión, la libertad, ancestralidad y tienen un gran significado para un determinado grupo.

La discriminación es el acto de agrupar a los seres humanos según algún criterio elegido e implica una forma de relacionarse socialmente, encontrándose dentro de este grupo el racismo, que es una forma

de discriminación centrada en diferencias biológicas, reales o imaginarias, que se extienden hasta signos o indicadores culturales o religiosos. Constituye una ideología que apeló a la biología para establecer relaciones jerarquizadas de desigualdad entre grupos humanos.

Las prácticas discriminatorias -basadas en el racismo, clasismo y sexismo- y las circunstancias que escapan al control del individuo, como las crisis económicas siendo esta, determinante para la salud y el bienestar de las personas.

Por consiguiente, el individuo no siempre puede involucrarse en ocupaciones saludables y que sean significativas o llevar a cabo un tratamiento.

La opresión, la agresión y la violencia son prácticas que afectan a la salud mental de las personas. Y es un hecho que se dan, en todas las manifestaciones del racismo, tanto institucional como social, potenciando el maltrato, el aislamiento y el malestar personal. De manera particular se manifiesta en las personas racializadas y/o migrantes, quienes son especialmente vulnerables ante los problemas de salud mental.

El odio social establecido como racismo, crea trauma, debilidad, ansiedad, culpa, lo que resulta en un mayor número de ingresos en hospitales de salud mental.

La falta de redes de apoyo, la extrañeza en un país occidental hostil y las dificultades para vivir, hacen más propensos, a ingresar en servicios de salud mental, a los migrantes más, que a los nativos, en lo que a proporción de población se refiere.

La discriminación racial y su impacto en la población racializada, es también estudiada por Frantz Fanon, cabe destacar que este psiquiatra, francés, ya vislumbra, como el colonialismo arrasa hasta con el lenguaje de lo nativo.

Arrasar con lo Nativo

El llamado proceso de “conquista” de las Américas, como sabemos, fue muy violento y sangriento. Desde el primer momento en que los blancos pisaron el suelo americano, vieron con cierto prejuicio a los nativos.

Nosotros heredamos, lo autóctono y lo indígena y eran considerados por los invasores como inferiores a lo europeo.

Después de diezmar las poblaciones indígenas, trajeron esclavos negros para continuar con la explotación de las minas y las tierras. Condiciones de esclavitud y explotación desenfrenada. Solamente se atenuaron, con el proceso de independencia, pero aunque la esclavitud fue abolida legalmente, el abuso y la inequidad, nunca se remediaron.

Heredamos una jerarquía social que siempre benefició a los terratenientes, a la iglesia, a los políticos y otros grupos privilegiados, defendidos por un aparato militar usado para reprimir cualquier intento de cambio.

La gran tragedia de Latinoamérica ha sido esta herencia de injusticia social, clasismo y racismo.

Hopenhayn y Bello (2001) recalcan cómo esta historia de exclusión y dominación en América Latina ha llevado a los pueblos indígenas, afro-latinos y afro-caribeños a presentar los peores indicadores económicos y sociales, con muy escaso reconocimiento cultural y poder político. Estos grupos tienen niveles muy inferiores de acceso a la salud, educación, empleo, y justicia.

El fenómeno del privilegio de los blancos en el contexto latinoamericano lo ejemplifica Gurillara (2007) quien afirma que “cuando se es mestizo, entre más oscura de piel sea una persona o tenga rasgos indígenas, más difícil se hace su ascensión social, aunque no imposible afortunadamente, pero se nota que esto es motivo de exclusión y se da prioridad a los más claritos”. De tal forma que se establece una jerarquía de razas basada en el grado de coloración en la piel, con la tonalidad blanca y el pelo claro en un extremo y los racializados al otro.

De esta definición Gurillara (2007). Nos sirve para entender porque, quizás los procesos de inclusión y búsqueda laboral de algunxs usuarixs, se configuran en una difícil tarea, para los equipos de atención. Se podría decir que ya existen prejuicios por parte de empleadores, si se vive en un parador o en la calle. Pero algo mucho más silenciado, es el color de piel.

De más está decir que el privilegio blanco también está presente hasta en los sectores más vulnerables y vulnerados. Ese trabajo seguro lo obtendrá un usuario, con las mismas características, antes mencionadas, pero con un color de piel blanco.

“La mujer de mi compañero (que es blanca), busco departamento para mí. Le aceptaron el alquiler, le dijeron que si había.... Cuando fui a entregarles el dinero y entré, me vieron que era negra... me dijeron que no hay mas...” Usuarix del hospital- Agosto 2019- CABA

Se estima que la población indígena del área geográfica que inicialmente constituyó el Virreinato del Río de la Plata rondaba el millón y medio a principios del siglo XVI (Floria y Belsunce, 2004). Dicha población se dividía en diferentes grupos étnicos que se distinguían no sólo por sus características culturales sino también por sus rasgos físicos. En lo que hoy es Argentina, vivía una veintena de grupos étnicos divisibles.

“El primer acto de racismo colectivo de la historia argentina, fue sufrido por grupos indígenas. Las campañas de conquista del desierto llevadas a cabo por el gobierno argentino tuvieron como eje la aniquilación de los grupos indígenas de organización y cultura más primitivos, entre ellos los indios pampas, araucanos y mapuches que poblaban la zonas patagónicas” (Tamagno, 1991). A comienzos del siglo XIX, ya cansados del abuso territorial de los conquistadores europeos, los grupos indígenas cazadores vivían en estado de guerra contra los estancieros de origen europeo. La operación de conquista de la Patagonia, iniciada por Juan Manuel de Rosas (1833-1834) y culminada por el General Julio Argentino Roca (1877-1878), aniquiló a miles de indígenas insurgentes. Dichas campañas contaron con masivo apoyo popular de las poblaciones urbanas de aquellos tiempos, quienes en su mayoría veían a los nativos de las zonas pampeanas como primitivos y bárbaros, ajenos a los objetivos del mundo civilizado (Quijada, 2003). Los indígenas agricultores del norte fueron capaces de negociar con los europeos. La asimilación de estos indígenas se logra a través de su adopción de una vida cristiana y europeizada. La población indígena termina el siglo XVII empobrecida y con sus tierras usurpadas, en su mayoría viviendo en los márgenes de las poblaciones de origen europeo (Floria y Belsunce, 2004).

Esto sugiere que el conjunto de argentinos e inmigrantes no europeos que viven hoy en los márgenes de las grandes ciudades, en las “villas miseria”, son el resultado de la perpetuación del estigma engendrado en la histórica relación entre el inmigrante europeo y el indígena argentino.

Privilegio Blanco

El privilegio blanco, es como un paquete invisible lleno de herramientas a las que se les puede sacar provecho cada día, y que a la vez se supone y ni se visibiliza que existe. El Privilegio blanco es como una mochila invisible que no pesa, llena de herramientas especiales, mapas, pasaportes, libros, visas, ropa, y hasta cheques en blanco.

Algunas consideraciones para reflexionar acerca de la posición del privilegio blanco, para comenzar a cuestionarse actos cotidianos y erróneamente naturalizados-Peggy McIntosh

- Puedo encender la televisión o abrir la primera página del periódico y ver a la gente de mi color de piel ampliamente representada.
- Puedo pensar en muchas opciones sociales, políticas, o profesionales, sin preguntarme si una persona con mi color de piel, sería aceptada sin importar su color de piel.
- Cuando me hablan acerca de nuestro patrimonio nacional o de “civilización”, me muestran que la gente de mi color, fue la que lo creó.
- Puedo ignorar el idioma y las costumbres de las personas de otro color de piel al mío, que constituyen la mayoría del mundo, sin sentir en mi cultura sanción alguna.

Es necesario pronunciarse al respecto cuando se tienen estas ventajas. Por solo tener un diferente color de piel (más blancos). A los blancos se les enseña cuidadosamente a no reconocer los privilegios de los blancos, igual que a los hombres se les enseña a no reconocer los privilegios masculinos.

La educación, desde el privilegio blanco, en todos sus niveles no da ninguna formación, en verse a mí mismo como un opresor, como una persona con privilegios injustos, o como participante en una cultura dañada y ser testigos desde un lugar de poder.

Por ejemplo, frente a lxs usuarixs a lxs que atendemos diariamente, como sujeto de derecho , somos capaces de posicionarnos a partir de nuestro color de piel?

El racismo institucional en Argentina existe

No importa que un usuario esté consumiendo o durmiendo en la calle, si estaba con amigos en una plaza. Siempre el racializado, tiene la culpa... La policía, te persigue, te para, te pide documentos por ser racializado. Es más difícil encontrar un alquiler, porque los dueños no quieren alquilarles a los racializados. No pueden escapar de vivir hacinados en hoteles compartidos o en la calle.

El racismo opera a través del discurso, penetrando en el interior de las principales instituciones (escuelas, hospitales, empresas, medios de comunicación, etc) para la consecución de sus objetivos.

La población migrante, conforma uno de los grupos demográficos más vulnerables a este tipo de actos y conductas.

Se han descrito factores de riesgo que estarían asociados con una mayor probabilidad de morbilidad psíquica en la población migrante, como: El sexo, edad, estado civil, estado de salud previo, región de origen además de los motivos que causaron la migración, ya que estos no siempre son voluntarios.

El proceso de adaptación de un migrante a la cultura del país huésped o de acogida, está condicionado por factores como la similitud entre ambas culturas, la receptividad de la cultura huésped, la edad del migrante además de sus características psicológicas.

El proceso de adaptación puede producir niveles muy altos de estrés, pudiendo desencadenar en trastornos de ansiedad, del estado del ánimo y de abuso de sustancias, estos relacionados no solo por la experiencia vivida en lo inmediato sino porque la cotidianidad del individuo ha sido fragmentada. La ausencia de seres queridos, tradiciones y valores culturales e incluso el cambio en la alimentación producen un sentimiento de añoranza y muchas veces, estas pérdidas no son asimiladas de manera óptima; lo cual puede incrementar aún más la vulnerabilidad e inestabilidad emocional, las cuales pueden propiciar un dolor psicológico muy profundo y difícil de sobrellevar.

Los mecanismos para enfrentar este proceso de adaptación son diversos y complejos. Uno de estos es el uso de sustancias psicoactivas, que puede presentarse como una forma de atenuar el malestar emocional, ya

sea para evadir, olvidar, no reconocerse, o bien para pensar que es una de las maneras de insertarse al contexto social huésped.

La comunidad boliviana en la Argentina es considerada el sector de la población más discriminada en los hospitales porteños. A pesar del bajo presupuesto para los centros de salud de la Ciudad, el prejuicio los señala como responsables de la crisis sanitaria.

El grupo de la población más excluido del sistema formal del empleo y la salud en muchos casos pertenece a inmigrantes bolivianos o paraguayos que llegaron al país en busca de un presente digno que les permita alimentar a sus hijos y tener un lugar donde vivir. El prejuicio y el desconocimiento hacen que estas personas deban enfrentar una doble situación de abandono e injusticia: son discriminadas no sólo en el ámbito laboral o en las escuelas, sino también en los hospitales públicos. En muchos casos, las víctimas del rechazo no se animan a realizar la denuncia, por temor o por la desprotección en la que se encuentran al no estar en su país.

Microracismos

Los microracismos son expresiones cotidianas y sutiles encaminadas a perpetuar discriminaciones por motivos sociales y/o étnicos, que atentan contra la personalidad, dignidad e integridad de una persona, dificultando su desarrollo particular y colectivo. Este concepto nace debido a la evolución de los pensamientos y comportamientos que supone el racismo, a causa de la intolerancia social hacia la discriminación directa y la pasividad mostrada por la población al enfrentarse a comentarios peyorativos hacia determinadas personas, sus colectivos y culturas.

Estas expresiones están constantemente presentes en nuestro lenguaje y en innumerables ocasiones evitamos el enfrentamiento con las mismas, siendo necesario el conocimiento de los microracismos para la concientización sobre su existencia, y falta de sensibilización que la comunidad presenta frente a estas frases discriminatorias. Los microracismos existen, su visibilización supone una nueva manera de lucha contra el racismo encubierto.

Conclusiones

Invitamos a analizar estas frases, en qué contextos se escuchan, no sólo en el ambiente del hospital, si consideran o no que son microracismos. Y como se podría reformular.

“los gitanos, son sucios”

“Trabajar como un negrx”

“Aunque seas negrx/morocho..sos lindx”

“Ahí está te está esperando ese paciente, así...moroquito de piel”

“Que apellido más raro tenés”

“Por tu color de piel, de donde sos”

Si en una sociedad no se reflexiona sobre la construcción de las diferencias, esta puede ser reproductora de prejuicios y estereotipos discriminatorios que refuercen la categoría de otredad y amplien aún mas el distanciamiento social.

Bibliografía

- McINTOSH, P. (1988) White Privilege and male privilege: A personal account of coming to see correspondences through work in women's studies (Working Paper No. 189). Wellesley, MA: Wellesley College Center for Research on Women
- PACECCA, M. I. (2001) “Migrantes de ultramar, migrantes limítrofes. Políticas migratorias y procesos clasificatorios. Argentina. 1945-1970”. Informe final del 18 concurso: Culturas e Identidades en América Latina y el Caribe. CLACSO
- TAMAGNO, L (1991) “La cuestión indígena en Argentina y los censores de la indignidad”. En America Indígena. 51

REPENSAR LAS INTERVENCIONES EN MATERIA DE CONSUMOS Y VIOLENCIAS

Sofía Capria, Luis Juárez y Daniela Travaglini

Un Caso clínico

Susana, de 73 años, vive en un barrio popular del Municipio de Morón. Tiene siete hijos, dos de ellos se encuentran privados de la libertad. Susana vive con Roberto, marido y padre de sus hijos. Tienen una relación de pareja de más de 50 años. Ella es trabajadora doméstica no remunerada, él es jubilado.

En el verano del año 2020 se da inicio al espacio de escucha con una dupla interdisciplinaria (trabajadora social - psicóloga), luego de la derivación por parte del Centro de Atención Primaria de la Salud.

Cabe aclarar que consideramos importante para el espacio de escucha, poder alojar a cada sujeto, insistimos en que la metodología de trabajo sea clara, ya que en la historia del abordaje de los consumos problemáticos, solemos encontrarnos con muchos relatos que dan cuenta de abordajes iatrogénicos y estigmatizantes. Retomando la situación de Susana, luego de unos minutos, con vergüenza dice estar consultando por su marido. Refiere que Roberto, de 75 años, de oficio de albañil, es alcohólico y que ella *quiere ayudarlo*, pero que *está cansada*. Manifiesta que si bien consumió alcohol toda su vida, luego de un accidente laboral que le impidió continuar trabajando, se agravó la situación, *antes solo tomaba los fines de semana*.

Cuando se le pregunta cómo es su relación con él, refiere que es buena, que está acostumbrada después de tantos años pero que no le gusta cuando se embriaga ya que *se pone cargoso*. En relación con sus hijos dice no querer molestarlos porque *ya aguantaron bastante de chicos*.

Se indaga acerca de situaciones de violencia de género en el ámbito doméstico ya que era evidente que Susana estaba padeciendo y había padecido durante muchos años situaciones de violencia. Refiere haber realizado varias denuncias por violencia de género en el juzgado pero que esa instancia no modificó la dinámica. Se solicita que para el próximo encuentro pueda facilitarnos las denuncias efectuadas. Se le propone que invite a Roberto al espacio, a lo que refiere que se niega cada vez que intenta contactarlo con alguna institución que aborde su problemática. Es clave en esta situación, tener en cuenta que en el barrio no hay un dispositivo que trabaje con violencia de género, la institución más cercana implica viajar con dos medios de transporte público. Susana dice no saber viajar sola además que le representa una dificultad económica, por lo que se le propone realizar un encuentro semanal con la posibilidad de llamarnos si surge alguna urgencia o necesitara adelantar el turno.

En el siguiente encuentro Susana trae la documentación, tenía por lo menos tres denuncias realizadas el año anterior y una exclusión de hogar. En dicha entrevista, surge que su hija Julia es quien se constituye como una referente afectiva y de apoyo para ella cuando crecen los conflictos, por lo que se le ofrece convocar a una entrevista.

En ese marco, Julia refirió que acompañó a su madre en los procesos de denuncia anteriores. En el transcurso de la entrevista, manifiesta sentirse cansada de las *idas y vueltas* de su madre en relación a las denuncias realizadas, los hijos varones ya no mantienen relación con su padre debido a los reiterados incidentes y maltratos. Sin embargo, Susana, continúa asistiéndolo, motivo por el cual su hija tiene cierto descreimiento acerca de la toma de decisiones de su madre en relación a Roberto. Al comenzar a indagar sobre ese descreimiento, Julia cuenta sobre la última vez que intenta ayudar a su padre a sostener un tratamiento por el consumo de alcohol, luego de decidir interrumpir la internación. Cabe destacar que, la internación surge como resolución a una denuncia en donde se hace un pedido de exclusión del hogar. Dicho por Julia, al momento de

retirarse de la institución, egresa con un documento en donde se le exigía a Susana responsabilizarse por el cuidado de Roberto, caso contrario “cometería abandono de persona”. Es entonces, cuando su hija intenta alojar a Roberto en su hogar junto a su familia. Este reside en lo de Julia, hasta que la misma no pudo sostenerlo más a raíz de los conflictos que su padre le ocasionaba, por lo que vuelve a la casa de Susana. Al tiempo de este retorno, Susana se acerca a pedir ayuda nuevamente a la unidad sanitaria y la respuesta que obtiene es una derivación a un dispositivo que aborda consumos problemáticos, el DIAT.

Susana en cada entrevista, enuncia sin poder registrar innumerables situaciones de violencia, justificadas en consumo de alcohol. En uno de los episodios, Susana relata que su marido la rocía con insecticida, refiere que la maltrata, le dice que no sirve para nada, que hace todo mal, que busca distintos motivos para pelearla, o para hacerla sentir mal, le revisa el teléfono, controla el dinero que gasta para la comida, en ocasiones también la empuja. En cada entrevista, el discurso se vuelve cíclico, se realizan intervenciones en esos relatos invitando a Susana a poder reflexionar y repensar en qué lugar se encuentra ella, que una situación es el consumo de alcohol y otra es la de violencia. Que no es condición para ejercer violencia consumir alcohol y viceversa. En cada entrevista, ella vuelve a preguntar si nosotras o el juzgado podemos internar a Roberto por su consumo problemático de alcohol, no quiere vivir más con él pero le genera mucha culpa *dejarlo en la calle dice que no sobreviviría*.

En marzo del corriente año, en el contexto de la pandemia por COVID-19, el gobierno decreta el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), y desde la SEDRONAR, se decide el acompañamiento remoto de las personas.

Se le propone sostener un espacio semanal telefónico, modalidad que le resulta difícil, se encuentra agobiada y agravada su situación por el aislamiento. Se le recuerda la posibilidad de irse a lo de su hija, pero no quiere. Desde el equipo, se decide reafirmar el contacto ante cualquier emergencia estableciendo una continuidad y fluidez en el canal de comunicación. Solicita orientación en relación a la situación judicial de uno de sus hijos que tendría la libertad pero que quedó condicionada por el contexto de pandemia, se articula con el Centro de Acceso a la Justicia para que puedan

asesorarla. En la última conversación retoma la posibilidad de realizar una exclusión de hogar de Roberto, pero garantizando que *no quede en la calle*.

Entrecruzamientos, violencias y consumos:

Es frecuente para este dispositivo recibir derivaciones de parte de los juzgados de familia, de hombres con denuncias de violencia de género en donde relatan situaciones de consumo problemático. Como mujeres que denuncian situaciones de violencia y mencionan que los agresores consumen sustancias, entonces las derivan a dispositivos en donde abordan los consumos problemáticos.

Nos encontramos con que algunas instituciones que reciben una situación en donde aparece el consumo rápidamente derivan a un dispositivo específico, el fenómeno social del consumo problemático de sustancias pareciera tener la propiedad de invisibilizar otras problemáticas, de esta manera el abordaje comunitario de los consumos problemáticos (Camarotti, Kornblit 2015) son un embudo en donde todo desemboca en ellos. Esto sucede, según Silvia Quevedo (2020) por la complejidad de los consumos problemáticos, caracterizada por el entrecruce de tres dimensiones: la singularidad subjetiva, los efectos de la sustancia en el sistema nervioso central, y los contextos y discursos sobre las drogas. En el caso clínico podemos observar cómo opera el discurso hegemónico de la droga en las instituciones que derivan y en la misma Susana. Sostenemos que estas intervenciones institucionales no sólo están determinadas por los mandatos patriarcales, sino que están directamente relacionadas con *la construcción social del problema droga* (Touzé 1996).

De este modo, nos preguntamos cómo impacta en una mujer víctima de violencia, con lo que conlleva el proceso de decidir realizar una denuncia, que la respuesta sea consultar y acompañar la situación de consumo de su pareja. ¿Acaso no es una forma de revictimizar a la mujer?, y respecto a quienes ejercen violencia ¿se evade el problema presumiendo que la situación de consumo es la principal a priori de la evaluación? Presuponemos que esto implica realizar un diagnóstico equivocado o parcial por lo cual su tratamiento no es eficaz ni superador sino por el

contrario, reduccionista, sesgado y con una mirada puramente patriarcal. En términos de Eisenstein (1979) “El Patriarcado se superpuso como conceptos a las teorías de los modos de producción y de la familia, pero también se convirtió en una manera de ver la realidad, de razonar, de pensar desde esta modalidad de politizar la vida privada” (Sehmukler 1989: 204). Es decir, cuando se le pide a Susana o a Julia que se haga cargo de su marido luego de la externación, se está reproduciendo la idea de la mujer como cuidadora y como representante de lo emocional.

Ana María Fernández (1989), plantea en relación a los procesos que reproducen la opresión de la mujer en el tejido social, que estos “no son invisibles, sino que están invisibilizados; es decir que aquellos aspectos de la subordinación de género (discriminaciones, exclusiones, descalificaciones, sean de una forma de trabajo, de una manera de sentir, pensar, obrar, etc.) se encuentran naturalizados. Los procesos por los cuales, desde distintos lugares e instituciones sociales, se hace posible la discriminación, se vuelven invisibles, en tanto se construye un consenso por el cual se atribuye a la naturaleza lo que ha producido la cultura” (Fernández, 1989: 143) Este consenso se explicita en algunas derivaciones sin tener en cuenta que ambas problemáticas van por carriles diferentes.

Entonces cuando se plantea la posibilidad de poder diferenciar la situación de consumo problemático de la situación de violencia de género, nos encontramos frente a la tarea de pensar el cómo abordar aquello invisibilizado. De acuerdo con Fernández (1989), “(...)abordar un invisible, en este caso aquel que se configura sobre la violencia conyugal, significará abrir interrogación, problematizar críticamente a aquellos procesos de naturalización por los cuales, socialmente, se produce tal invisibilidad. Por tanto, un invisible social no es lo oculto en alguna profundidad, sino que, paradójicamente, se conforma de hechos, acontecimientos, procesos, dispositivos, producidos-reproducidos en toda la extensión de la superficie tanto social como objetiva (...) Lo invisible no es lo oculto, entonces, sino *lo denegado*, lo interdicto de ser visto(...)” (Fernández, 1989: 144) Si buscamos en el diccionario “Denegar” hace referencia a no otorgar aquello que se requiere o se demanda. ¿Qué se demanda en esta situación?, ¿Desde qué perspectiva las instituciones construimos la demanda?

Recapitulando

Retomando la situación de Susana resulta interesante detenernos a reflexionar y ordenar la demanda inicial al momento de pensar en una intervención posible. Por un lado, podríamos pensar que Susana se acerca motorizando un pedido de su marido, cumpliendo su rol de cuidadora incondicional. Aunque, al ir escuchando, se deja entrever que no hay una demanda de tratamiento de su pareja y que ella no solo encarna esa demanda, busca ayuda, responde al mandato de sostener y proteger, sino que el consumo problemático de su pareja, se ubica por encima de sus propias necesidades, naturalizando la situación de violencia y desviando la atención al problema de consumo de su marido. Se observa como quedan solapadas nuevamente las dos problemáticas, en donde no prima la mirada integral de ambas sino que una obtura a la otra.

Cuando historizamos la vida junto a ella pudimos realizar recortes en donde se puso en tensión si esto que ella relataba tenía que ver con situaciones de consumo o con situaciones de violencia. *No lo aguanto más, quiero que lo saquen, tengo miedo, me molesta, me lo tengo que bancar* son algunas de las frases que Susana repite en los diferentes encuentros. No hay un registro del maltrato recibido. Entonces se vuelve a retomar la situación de alcoholismo de su marido que es la que también refuerzan las instituciones derivando a nuestro dispositivo y pidiendo que se haga cargo de esa cuestión.

Nos resulta fundamental poder pensar las intervenciones, las estrategias desde una mirada integral, con perspectiva de derechos humanos y, principalmente, con perspectiva de género.

Es por ello que sostenemos que la violencia de género no obedece a patologías individuales, ni a desórdenes psíquicos, ni a consumos problemáticos de sustancias, ni a la clase social. Esta violencia, consiste en la agresión y sometimiento de la mujer, por el hecho de serlo. En el transcurso de las entrevistas, se intentó ir despegando estos conceptos (violencia de género de consumo de sustancias) que se repetían en el discurso de Susana como un estribillo que sonaba de forma permanente. Nos preguntamos, en qué momento comenzaron a formarse, qué factores la han ido

reforzando y qué papel tuvieron las instituciones en su refuerzo .

Si desde las derivaciones se piensa el consumo problemático desde una mirada universal, no es posible deconstruir el significado de la sustancia en cada sujeto, en su historia, en su contexto, en su singularidad, esta noción del consumo nos invita a repensar y distinguir que si la sustancia en una persona implica la violencia, no es la sustancia sino el significado que toma en la singularidad de esa persona, es decir, si bien el consumo de sustancias puede funcionar como una variable que incita a la violencia, no consiste en su causa de origen.

Considerar al agresor un enfermo dentro de la familia al que ella debe cuidar y ayudar, obtura el proceso de visualizar la violencia de género y la deja aferrada a la premisa de que, indefectiblemente, si Roberto deja de consumir alcohol, dejará de ser agresivo con ella.

Bibliografía

- Camarotti Ac, Kornblit Al. Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. Salud colectiva. 2015;11(2):211-221.
- Giberti, E y Fernandez, A “ La mujer y la violencia invisible”, Buenos Aires, Editorial Sudamericana (comp), 1989.
- González Zorrilla, Carlos. Drogas y control social. Revista Poder y Control, n. 2, 49-65, 1987.
- Quevedo, Silvia (2007). “Sobre simplificaciones y banalidades: la toxicomanía un caso ejemplar” (en línea). Recuperado el 4/10/2014, de <http://www.descartes.org.ar/modulo-trauma-sobre.htm>.
- Quevedo, Silvia (2014). “Dispositivos de umbral mínimo de exigencia: un giro conceptual”. In: VV.AA. 1° Jornada de Salud Mental y Adicciones. Dispositivos de intervención clínica (2014). Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- Quevedo, Silvia (2020) Apuntes del curso virtual, Clínica de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas. Selección en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/apuntes_del_curso_virtual_quevedo.pdf

Touzé, Graciela. La construcción social del problema droga. In: MEDINA, P.; Thivierge, G. (Eds). La Investigación en Toxicomanía: estado y perspectivas. Medellín: FIUC-GRITO-FUNLAM, 1996.

SALUD MENTAL, COVID-19 Y COMUNICACIÓN: COORDENADAS PARA PENSAR EL COVID-19 COMO UN FENÓMENO SOCIAL, CULTURAL Y COMUNICACIONAL, Y SU IMPACTO EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

Milagros Luján Oberti

1. Introducción

Esta ponencia se inscribe en un contexto histórico cultural sin precedentes, dada la coyuntura de COVID-19 y sus heterogéneas consecuencias en términos políticos, económicos, sociales, sanitarios, etc. Realizo un recorte particular ante el amplio espectro de complejidades, para enmarcar la construcción de un tema que se sostiene en tres elementos: el contexto de COVID-19, la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y la instauración acelerada de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, vueltas transversales para gran parte de las relaciones de socialización y los procesos de subjetivación. Combinados de un modo particular bajo esta lupa problemática, no dejan de ser fenómenos que impactan en otras dimensiones con diferentes resultados. A continuación, destacaré ciertas características que ayudarán a una mejor comprensión de la propuesta del trabajo.

Construcción del tema-problema

El fenómeno mundial de la pandemia constituye un acontecimiento sanitario y social sin igual. Aunque en la historia de la humanidad se han

vivido otras cuarentenas (Murillo, 2020), la dimensión cultural en su variante técnica, comunicacional e informática lo vuelve único: nunca hubo tal uso y requerimiento de dispositivos y conectividad como ahora, a la vez que su falta nunca había profundizado y patentizado la desigualdad e inequidad social. En este sentido, Pablo Rodríguez en una nota se pregunta: “¿cómo entenderíamos esta cuarentena sin las tecnologías de información?” (Página/12, 13/07/20). Este hecho tuvo manifestaciones múltiples; educativas, de género, económicas, políticas, etc. que ahondaron problemáticas y obligaron al ensayo continuo de respuestas en un panorama multidimensional signado por la diversidad social. Dicho esto, nos acercamos a una afirmación: la COVID-19 no es sólo un fenómeno biológico, también es cultural y social.

El segundo vector aquí destacado es la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/10¹⁷ (LNSM) como hecho que modificó al campo desde su reglamentación. Si el mismo ya convivía con paradigmas contradictorios, suplementarios o híbridos (Mon, 2017; Oberti, 2019), en la heterogeneidad de elementos el contexto presentó un abanico de situaciones que extremó sus propias expresiones. Por un lado, ensayos de prácticas alternativas novedosas en hospitales monovalentes¹⁸ (es ejemplar en este sentido el Hospital José A. Esteves) y por el otro, situaciones deshumanizantes, de vulneración de derechos y abandono por parte del estado¹⁹.

En un sentido metafórico del discurso, *el encierro, el estigma, el miedo al otro y el peligro* –características propias del sistema manicomial– fueron los significantes que adjetivaron a gran parte de la sociedad, al tiempo-espacio acontecido y a los nuevos modos de vivir. Sin embargo, fue este escenario discordante el que permitió poner a la salud mental,

17 La misma se encuentra actualmente incumplida ya que preveía el cierre de las instituciones manicomial en todo el territorio nacional para el 1° de enero de 2020.

18 Ver “EL CUIDADO EN TIEMPOS DE PANDEMIA. Aportes desde la Salud Colectiva en el Campo de la Salud Mental” (24/04/2020) disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=2ocZpXtwEfQ&t=389s>

19 En este sentido, recordamos la muerte de Jorge Marcheggiano como consecuencia del ataque de un grupo de perros y el abandono del estado. Ver: “La muerte de Jorge es la triste fotografía de la institución manicomial, lugar de desidia y abandono estatal” (CELS, 23/05/20).

lenta pero frecuentemente, en un tema de agenda política y mediática. Ampliaremos este punto más adelante.

Finalmente, las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) cierran la construcción del tema aquí explicitado. Destacamos dos cuestiones ante la apertura de este horizonte que no es nuevo, pero tampoco cotidiano; por un lado el rol de las TICs en la redefinición de la sociedad, por ende de las culturas y los modos de subjetivación; por el otro, las preguntas por el futuro, que inevitablemente estarán signadas por un nuevo modo relacional con la tecnología. Margarita Martínez advierte que no podemos correr el riesgo de olvidar que la máquina es una forma de cultura que hemos engendrado, no se trata de algo que se opone a *lo humano* (Almagro Revista, 08/20). En la proyección de escenarios post COVID-19, se vuelve relevante el papel de las ciencias sociales para la lectura, el análisis de la situación en general y la reflexión ante un fenómeno no meramente biológico, sino también social, cultural y comunicacional.

Los avances de la información y de la comunicación en el siglo XX configuraron buena parte de la experiencia de la cultura en la actualidad (Lyotard, 1987; Wiener, 1988) y por ello es que se deben atender estas problemáticas concretas en el marco de los procesos culturales vigentes. La incidencia de la comunicación se enraíza en diversos niveles, más o menos perceptibles, y es necesario conocerlos para interrogar mejor estas transformaciones. Particularmente, los problemas de comunicación-salud detentan un carácter complejo en tanto conciernen a la vida biológica y cultural de los individuos y porque son constitutivos de la coyuntura de las sociedades contemporáneas, configurando situaciones problemáticas (Rodríguez Zoya, 2017).

Objetivo

Brindar coordenadas para pensar el fenómeno de COVID-19 como social, cultural y comunicacional, y el impacto en el campo de la salud mental, en tanto se comprende como complejo (Galende, 1990), multidisciplinario, intersectorial y transversal (Faraone, 2019).

En el transcurso de la realización de la presente ponencia, advertimos la imposibilidad de un desarrollo analítico discursivo, sin antes presentan

elementos epistemológicos que nos posicionen ante los problemas construidos. En otras palabras, se volvió relevante plantear las coordenadas trazadas y avanzar en la descripción de un escenario donde lo biológico, lo social, lo cultural y lo técnico se configuran como fenómenos no excluyentes, y para el caso, impactando en el campo de la salud mental.

2. Desarrollo

Primera parte: definiciones conceptuales

Primeramente, entendemos a la comunicación como un proceso, de reelaboración y significación donde “se produce una interacción entre varios individuos, del orden de lo simbólico que constituye las diversas instancias de las redes sociales” (Martini, 1994: 3). En la medida que el individuo es un actor social que compone roles a representar, el contexto y el significado adquieren un estatus de análisis fundamental (Martini, 1994). Estos procesos simbólicos se encuentran mediados por instrumentos y herramientas diversas (Lois, 2013), lo cual vuelve relevante la técnica, los dispositivos y los medios, su uso y manipulación, y las dimensiones relacionales que estimula y perpetúa (Beltrán, 1998, en Mon, 2017).

En segundo término, los escenarios de crisis suelen presentarse como panoramas amplios que posicionan a la cultura como un agente de transformación social, revelando la dimensión cultural de aquellas esferas donde parecería no tener incidencia (Vich, 2014). En este sentido, pensar una política cultural que apunte al campo de la salud mental, nos invita a pensar en términos de accesibilidad, pero también de identidad, alteridad, diversidad y participación. Ahora bien, concebimos como cultura al “conjunto de procesos donde se elabora la significación de las estructuras sociales, se la reproduce y transforma mediante operaciones simbólicas” (García Caclini, 1987: 25). Se expresa en instituciones y en prácticas sociales, posibilita procesos de identificación y se la puede comprender como un campo de relaciones de poder en tanto existen distribuciones simbólicas desiguales (Neufeld, 1994).

Segunda parte: coordenadas para pensar el campo de la salud mental bajo un enfoque cultural y comunicacional en el contexto de COVID-19

Las coordenadas presentadas no son exhaustivas, sino representativas en términos de comprensión de las aristas a tener presentes para pensar el contexto. En este repaso, invito a avanzar en la comprensión del fenómeno comunicacional y cultural, su impacto en el campo, el ensayo de preguntas al porvenir y líneas de trabajo a profundizar.

a. La salud mental como constructo de noticia y agenda

Entendemos por noticia la divulgación de un suceso y su particular construcción como discurso de la información que narra eventos de difusión pública (Escudero, 1996, en Martini, 2004), la arquitectura periodística de un acontecimiento cuya novedad y efectos en el futuro sobre la sociedad lo ubican en el ámbito de lo público (Martini, 2004). En el escenario desarrollado; escritos, editoriales, conferencias, eventos virtuales, posteos, etc. en múltiples plataformas mediáticas de diversos emisores, consideraron a la salud mental como un tema de noticia. Por primera vez, los criterios hegemónicos de producción de noticias sobre la salud mental modificaron sus estrategias de acentuación al relatarse como un problema de la sociedad en general. Por consiguiente, afirmamos el giro que significó en términos de agenda pública y mediática.

Una agenda se establece cuando hay un cierto grado de acuerdo en los mensajes de medios de comunicación, discursos, prácticas y reclamos, que se patentiza en la opinión pública. “Toda propuesta de instalación de agenda en la opinión pública se lee en el contexto de una situación, una cultura y un estado de opinión determinados. La agenda mediática es la propuesta privilegiada de temas, problemas, cuestiones para resolver y/o en estado de resolución” (Martini en Voces en el fenix, s/f).

En este sentido, es insoslayable la relevancia que cobró la salud mental como temática de agenda en los medios tradicionales e independientes, ya que se conformó dentro de régimen de verdad en un contexto particular, volviéndose un discurso en circulación. Queda pendiente el análisis del escenario discursivo abierto en este sentido, así como las

tensiones en los criterios de noticia y las representaciones del tema en los medios de comunicación.

b. Lo técnico como relacional y subjetivo

Internet se ha vuelto un indiscutido factor de las transformaciones sociales y un instrumento de consumo de los procesos de salud-enfermedad (Conrad y Rondini, 2010). Su incidencia impregna tanto a los procesos globales como locales, siendo un vehículo de promoción y crítica de problemas humanos a escala mundial (Conrad y Bergey, 2014). Podemos entonces afirmar que, internet se conformó como un actor cada vez más presente de nuestras vidas y se posicionó como el fenómeno técnico y cultural que hace de esta pandemia única en la historia, extremando tendencias previamente germinadas. Requiere de reflexiones situadas donde la dimensión subjetiva se encuentra afectada por las mutaciones técnicas, entendiéndose que “la transformación del ambiente tecno-cognitivo redefine continuamente las formas de identidad” (Berardi, 2007: 77).

En este sentido, abre la pregunta por las experiencias vivenciadas en este contexto, como nuevos modos subjetivos tensionados por lo público/privado/íntimo y lo real/virtual. El mundo digital posibilita otras socializaciones y comunidades, ya que los espacios localizados en Internet provocan conexiones entre personas y proponen otro tipo de prácticas, sin ser originadas necesariamente en el mundo físico (Hernández Herse, 2016). Estos espacios y comunidades generan estrategias de mostrabilidad y exposición, que altera las esferas de lo público y lo privado. La retroalimentación e influencia de ambos dominios produce efectos de discurso y de poder que impactan directamente en procesos de identificación y representación, siendo secundario el plano –real/virtual- en que se inicia un accionar subjetivo, no así la esfera donde impacte pública/privada/íntima.

Es pertinente no olvidar los efectos de realidad de estos cruces en nuestras representaciones e identidades y a las mutaciones respecto de re-pensar las formas de lo público y lo privado (sus límites y cuidados, por ejemplo, en las atenciones virtuales).

c. Derecho y accesibilidad, comunicación y conectividad

Este recorrido tiene como anclaje final la pregunta por el derecho a la conectividad, la comunicación y la accesibilidad. El contexto dio cuenta que acceder materialmente a un dispositivo técnico no asegura el acceso cultural o el conocimiento específico tecnológico, como así tampoco un solo modo de exploración simbólica, aunque resaltó su relevancia. Esto reclama situar las desigualdades sociales que se producen y reproducen también en la dimensión técnica para no esbozar la cultura como un recurso, una práctica pasiva o heredada para el conjunto de la sociedad por igual (Neufeld, 1994).

En tanto se reflexione en términos de accesibilidad simbólica, es importante dar cuenta de la diversidad con la que se trabaja en el campo de la salud mental: dolencias, situaciones, personas, aprendizajes, generaciones, conocimientos, posibilidades, etc. Si no se atiende a dicha diversidad, que también responde a términos de formatos, dispositivos y lenguajes; ni el derecho a la comunicación y la conectividad, ni el derecho a la atención en salud podrán ser plenamente asegurados.

La situación obligó a una exposición de ensayos prácticos: aprendizaje de uso de dispositivos, exposición subjetiva en videollamadas, términos digitales novedosos, procesos de acompañamiento virtuales, etc. Los mismos deben ser comprendidos como materia de aprendizaje en el futuro y de resignificación de dichas posibilidades, en tanto el derecho a la comunicación (sin restringirlo a estos términos) es una obligación que se encuentra explícita en la LNSM.

3. Consideraciones finales

Se intentó desplegar un número de nudos problemáticos que permitan pensar la intersección de la comunicación y la salud mental en este momento particular, ya que se vivenciaron impactos. Estos resultados aún necesitan de un análisis empírico que nos permita aprender, aprovechando lo inédito de la situación que puso de relieve necesidades y demandas: sobre una nueva forma de comunicación, establecer otra relación con lo técnico y los derechos que se vulneran si no nos planteamos

estas preguntas. Enunciamos al principio que lo cultural es una dimensión que atraviesa, también, estos problemas, y tendrá que ser la gestión cultural y comunicacional una aliada para la “transformación de los sentidos que circulan en la vida social” (Bayardo, 2019: 14) en el campo de la salud mental aún en construcción.

4. Bibliografía

- Almagro Revista (08/20). *Margarita Martínez: “La técnica entró en el corazón de lo viviente”*. Almagro revista, agosto de 2020. Disponible en: <https://www.almagrorevista.com.ar/margarita-martinez-la-tecnica-entro-en-el-corazon-de-lo-viviente>
- Bayardo, R. (2019) “Algunas coordenadas de la gestión cultural en la Argentina” en GESTIÓN CULTURAL EN ARGENTINA Emiliano Fuentes Firmani y José A. Tasat (2019) (Compiladores), pp.9-32.
- Berardi, F. (2007). “Generación post-alfabética” y “Mediamutación: cultura de los medios y crisis de los valores humanistas”. En Generación post-alfa. Patologías e imaginarios en el semiocapitalismo. Buenos Aires, Tinta Limón.
- CELS, (23/0520). *Hospital borda: cuando la vida no vale nada*. Centro de estudios legales y sociales, 20 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.cels.org.ar/web/2020/05/hospital-borda-cuando-la-vida-no-vale-nada/>
- Conrad, P. y Bergey, M. (2014). “The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder”. *Social Science and Medicine*, 122, 31-43.
- Conrad, P. y Rondini, A. (2010). The Internet and Medicalization. Reshaping the Global body and Illness. En Elizabeth Ettorre (ed.), *Culture, Bodies and the Sociology of Health*, pp. 107-120. Farnham: Ashgate.
- Faraone, S. (Dir). (2019). Panorámicas en movimiento de los procesos de des/institucionalización en salud mental en Argentina. Transformaciones en los procesos de institucionalización y medicalización/farmacologización en el marco de la Ley 26.657.

- Proyecto UBACyT 2020-2023. En evaluación.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Argentina. Ed. Paidós.
- García Canclini, N. (1987) "Introducción. Políticas culturales y crisis de desarrollo: un balance latinoamericano" en *Políticas Culturales en América Latina*. Editorial Grijalbo, S.A. México, pp. 13-61.
- Hernández Herse, L.F. (2016) *Lo femenino como estrategia de acción política y cultural en la práctica del graffiti*, pp. 213-250. En Cejas Mónica I.(Coord) *FEMINISMO, CULTURA Y POLÍTICA Prácticas irreverentes*.
- Honorable Congreso de la Nación (2010). *Ley Nacional de Salud Mental, Ley N° 26.657, 25 de noviembre*.
- Lois, Ianina (2013) "Notas sobre las perspectivas, límites y desafíos de la comunicación y salud" X Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinaria en Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani (FCS/UBA). Buenos Aires.
- Liotard, Jean-Francois (1987). *La condición postmoderna*. Madrid, Cátedra
- Martini, S. (1994). *La comunicación es interacción. Cuando comunicar es hacer: interaccionismo simbólico, Erving Goffman y apuestas en juego*. Documento de la Cátedra Martini, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Mimeo
- Martini, S. (2004). Capítulo 2: acontecimiento y noticia. En *Periodismo, noticia y noticiabilidad*. Colombia: Grupo Editorial Norma
- Mon, M. (2017). *Comunicación para la desmanicomialización. Análisis comunicacional de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Tesis de Licenciatura en Ciencias de la Comunicación, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Murillo, S. (2020). *Las quarentenas*. Facultad de Psicología de UNR. Disponible en: <https://www.facebook.com/fpsico2019Oficial/posts/271121874288340>
- Neufeld, M. R, (1994) "Crisis y vigencia de un concepto: la cultura en la óptica de la antropología" en: LISCHETTI, Mirtha. (Comp.) *Antropología*. EUDEBA, Buenos Aires, pp. 381-405

- Oberti, M. (2019). *El Dispositivo de Salud Mental: Análisis del saber, el poder y la subjetivación en la coyuntura de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10*. Tesis de Licenciatura en Ciencias de la Comunicación, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Página/12, (13/07/20). Pablo Rodríguez: "Hoy no está claro quién es el Big Brother porque está demasiado inmiscuido en nuestra vida cotidiana". *Página/12*, 13 de julio de 2020. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/278149-pablo-rodriguez-hoy-no-esta-claro-quien-es-el-big-brother-po>
- Rodríguez Zoya, P. (2017). Notas para pensar la complejidad del campo de Comunicación y Salud. En Mónica Petracci, Patricia Schwarz y Paula Rodríguez Zoya, *Comunicación y salud. Las relaciones entre médicos y pacientes en la Modernidad Tardía*, pp. 13-68. Buenos Aires: Teseo.
- Vich, V. (2014): "Capítulo 4: Des culturizar la Cultura: hacia una nueva generación de Gestores Culturales". En *Desculturalizar la cultura. La gestión cultural como forma de acción política*. México: Siglo XXI Editores, pp. 81- 98.
- Voces en el Fenix. (s/f). *La construcción de la agenda de los medios. Efecto agenda-setting en los medios argentinos en el período 2003/2015*, Stella Martini. En *Voces en el fénix, sin fecha*. Disponible en: <https://www.vocesenelfenix.com/content/la-construcci%C3%B3n-de-la-agenda-de-los-medios-efecto-agenda-setting-en-los-medios-argentinos-en>
- Wiener, N. (1988). "La idea de un universo contingente, "Historia de la cibernética" y "La organización como mensaje". En *Cibernética y sociedad*. Buenos Aires, Sudamericana.

TRAS LAS HUELLAS DEL TIEMPO: IMPACTO DEL ABUSO EN LA NIÑEZ, EN AUSENCIA DE REDES

María Victoria Debarnot y Cecilia Judith García

Introducción

En el presente trabajo se abordará el proceso terapéutico de una paciente del Programa UMANAR, anclado en un complejo contexto familiar, en paralelo con el desarrollo de una situación judicial por abuso hacia la adolescente.

Se desarrollarán los sucesos ocurridos a lo largo del tratamiento con este equipo interdisciplinario, y las modalidades de presentación de la adolescente, especialmente en el momento que se ubica como de ruptura, al dictarse la sentencia del juicio en curso, producto de la denuncia por abuso sexual padecido por ella. En este sentido, se intentará dar cuenta de los efectos de las situaciones de abuso padecidas a lo largo de su infancia y adolescencia, y las consecuencias en sus vínculos con pares y adultos.

Se expondrá el trabajo realizado con los progenitores de la paciente en las distintas entrevistas mantenidas con ellos, y las posibles consecuencias en su decisión –explicitada a este equipo- de no traer más a su hija al tratamiento, en virtud del “enojo” que les provocó el resultado del juicio al presunto abusador, quien resultó sobreesoído por los hechos imputados.

Reseña de las intervenciones realizadas con la paciente

En enero de 2017 se recibe una solicitud de intervención a este dispositivo desde la DOVIC (Dirección de Orientación y Acompañamiento a Víctimas), a partir de allí se da inicio al proceso de evaluación interdisciplinaria, y posteriormente el inicio de un tratamiento en salud mental.

DA, de 15 años de edad, de nacionalidad boliviana al igual que sus progenitores, vivía con sus padres en un departamento alquilado en Provincia de Buenos Aires. Tiene una hermana mayor (por parte de la madre), que vive en Bolivia. Cursaba el primer año de la escuela secundaria.

Producto de haber sido víctima de abuso sexual, y posteriormente a que sus padres efectúen la correspondiente denuncia, realizó declaración en Cámara Gesell. Las situaciones abusivas habrían sido perpetuadas por parte de un amigo de sus padres, siendo un hecho que ocurrió muchas veces a lo largo de varios años. Los progenitores pasaban muchas horas al día trabajando en un taller de costura que tenían en su casa, confeccionando prendas de vestir a pedido. La situación económica de la familia era muy precaria, no pudiendo acceder a beneficios sociales debido a tener la documentación y la residencia en el país vencidas.

Asistía irregularmente a la escuela y al tratamiento. La escuela tenía el módulo de arte y el de bachiller. DA presentaba dificultades para las materias de bachiller, pero desde el dispositivo escolar implementaron estrategias de promoverla a 2do año con boletín abierto, a fin de que continuara con el mismo curso y en la misma escuela, ya que disfrutaba mucho del módulo de arte.

Se mantenían entrevistas periódicas con ambos padres. Generalmente la traía el padre, la madre sola rara vez. Se trabajaba sobre la cuestión del encuadre, debido a que se ausentaban con frecuencia a las entrevistas y cuando concurrían lo hacían por fuera de los horarios pautados. Debido a las aparentes dificultades cognitivas que presentaba la paciente se gestionó un turno para evaluación psicopedagógica, al que tampoco la llevaron. Asimismo, se gestionaron los trámites correspondientes para regularizar su documentación y residencia en el país, turnos a los cuales no asistieron.

Tanto en la escuela como en el espacio terapéutico DA se mostraba retraída, aislada, se angustiaba. Luego de meses de tratamiento se

empezaron a observar mejorías. Comenzó a interesarse más por el entorno, dejó de taparse la cara con el pelo, se la veía de mejor ánimo. Empieza a vincular un poco con los compañeros de escuela.

Desde diciembre, se pierde el contacto por completo con la familia. Se informa a DOVIC y se mantienen reiteradas comunicaciones con el Servicio Local, manifestando la gravedad de la situación, la necesidad de que concurra a la escuela, de que asista a tratamiento. Se envía informe a Servicio Zonal, se transmite telefónicamente de lo ocurrido, sin ninguna respuesta de su parte.

En mayo de 2019 se comunica DOVIC con este equipo, informando que lograron recontactar a la familia, y consideraban fundamental que la adolescente retome el espacio terapéutico. Se logra contactar a los padres, retomando las entrevistas con ellos y con DA. A la joven se la observa muy desmejorada, angustiada, y más retraída. El proceso judicial por la denuncia realizada continúa en desarrollo, y los progenitores reciben citaciones a las que concurren, por fuera de los horarios pautados y presentando dificultades para relatar los sucesos ocurridos y padecidos por su hija.

En una oportunidad DA concurre acompañada por la madre solamente, y se la entrevista a ella (por primera vez, por separado, lo cual no había sido posible antes ya que por motivos laborales no podía asistir). La madre de la joven relata situaciones de violencia (pasadas) por parte del padre de DA, historias de explotación laboral, amenazas. Relata acerca del consumo problemático de alcohol de su pareja, tema que no había surgido en las entrevistas anteriores. Se evidencia una falta total de redes en quien apoyarse, se propicia el espacio con este equipo para poder conversar y pensar alternativas, así como también poder convocarla a ella como principal referente para la paciente, pero no vuelve a asistir a acompañar a su hija. Se evalúa la estrategia de que pueda irse con DA a vivir a Bolivia, donde reside su hija mayor, pero esto no prospera. Se intenta mantener contacto con su hija mayor, lo cual no es posible.

Respecto a la situación educativa de la joven, la misma estaba a punto de repetir 2^a año de la secundaria. Se realizan articulaciones con el asesor pedagógico de la institución, quien propone a DA cursar en otro dispositivo bajo una modalidad que le permitiría no atrasarse en la parte de

bachiller, sumada a la posibilidad de seguir cursando el módulo de arte en la actual escuela. El mismo brinda facilidades, acompaña a la familia, consigue turnos para llevar a cabo esto, pero los mismos no asisten.

El juicio finaliza, siendo sobreseído el acusado. Se realiza una reunión conjunta con la familia y con la psicóloga del equipo técnico de la DOVIC para informar esto de la manera más clara posible y trabajar sobre las repercusiones inmediatas de la noticia. Los padres expresan mucha angustia, impotencia e incertidumbre. Por parte de DA, hay una impresión de no comprender y/o no registrar lo que sucede, pese a que se intenta explicarle en espacio individual con su terapeuta.

La paciente no vuelve a asistir al tratamiento. Se los llama en reiteradas ocasiones, el padre refiere que “al final esto no sirvió para nada” e informa que no la traerá más. Se intenta contactar al Servicio Local, sin éxito. Se articula con DOVIC para trabajar la importancia de que retome, desde ambas instituciones, sin que esto prospere.

Atemporalidad

En la presentación de la paciente, se evidencian las consecuencias de las situaciones de abuso padecidas durante tantos años a lo largo de su infancia y parte de la adolescencia. El hecho de que estos sucesos hayan ocurrido desde que tenía aproximadamente seis años de edad, probablemente sea el motivo de la aparente “detención del tiempo”, como si de algún modo, aspectos de su desarrollo se hubieran estancado desde el inicio del abuso.

Presenta una actitud bastante pueril, que se visualiza incluso en la vestimenta que llevaba. Asimismo, hay una falta de interés por el entorno, por lo que sucede alrededor. Esto se replica en los ámbitos en los que se encuentra incluida la adolescente, acarreado dificultades importantes, por ejemplo, en el entorno educativo, la posibilidad de prestar atención en clase, de realizar tareas, etc.

DA se relacionaba con otras personas a través de los juegos en red, pero en la escuela sus vínculos eran escasos, limitados. Esta problemática se veía agravada por la falta de estimulación por parte de los

progenitores para que la joven participe de actividades en las que pueda mantener relaciones con pares, y que sean de su interés.

Al transmitirle a DA sobre el resultado del proceso judicial, impresionaba no comprender lo que sucedía, no presentando en apariencia angustia, enojo, o sensaciones similares. Ella “jugaba” con la silla en la que estaba sentada, aparentando encontrarse en otro tiempo, en otro lugar. Durante el tratamiento, las pocas referencias que había realizado respecto al motivo de inicio de su asistencia al espacio terapéutico y a la denuncia realizada, eran acerca del miedo que le generaba que “no le creyeran”, actitud que también manifestaban sus padres. Los efectos –devastadores- del abuso crónico y la falta de estimulación por parte de sus progenitores, se evidencian en el arrasamiento subjetivo que presenta la adolescente. Resulta fundamental que pueda continuar con el espacio psicoterapéutico para seguir trabajando y abordando estas cuestiones, y en paralelo trabajar en pos de la ampliación y fortalecimiento de sus redes de apoyo para sostener y acompañar el tratamiento.

El trabajo con las redes existentes: desafíos e incertidumbre

Para analizar las redes y la influencia del entorno familiar, social e institucional en la situación de la paciente, es posible utilizar los aportes de Urie Bronfenbrenner, quien sostiene que los ambientes en que la persona se desarrolla forman un sistema, y que la modificación entre el sistema y el individuo es mutua. El autor aporta un modelo explicativo multicausal (el cual es cambiante y socio-histórico) que intenta abarcar los distintos niveles de análisis de una sociedad y sus individuos. Postula que “el ambiente ecológico se concibe como una disposición seriada de estructuras concéntricas, en la que cada una está contenida en la siguiente. Estas estructuras se denominan micro-, meso-, exo y macro- sistemas” (Bronfenbrenner, 1987: 41).

El microsistema es un entorno donde hay relaciones directas, cara a cara y donde se da un patrón de actividades, roles, e interacciones personales (por ejemplo, el grupo familiar). Belsky enfatiza en la importancia de la organización del entorno familiar para evitar la violencia, ya que “la

desorganización de los hogares, muchas veces ha sido citada como agente causante en el proceso de abuso y abandono” (Belsky, 1980: 9). En el caso desarrollado en el presente trabajo, el microsistema de DA está conformado, por un lado, por la relación que posee con cada uno de los miembros de su familia, especialmente con los que convive (sus progenitores), así como también de sus docentes y compañeros de la escuela de arte y bachiller a la que concurre. También la situación de aislamiento, baja autoestima, excesos de autoridad en miembros de la familia, se encuentran dentro de esta estructura y presentes en la situación de DA.

El mesosistema consiste en la red de microsistemas, es decir, las interrelaciones entre dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente. La red social de una persona opera de sostén, de posibilidad de aprendizaje, o generadora de sumisión y desvalimiento. En la paciente esto comprende la relación entre la institución educativa y su familia, aspirando ésta a servir de apoyo para el sostenimiento y la permanencia de DA en la escuela.

El exosistema es la cristalización de valores que se da a través de las instituciones. Estas influyen aunque la persona no tenga contacto directo con ellas. Belsky mantiene preocupación por la falta de apoyo en la familia, lo que puede generar “la incapacidad de la persona a su falta de inclinación para establecer y mantener amistades” (Belsky, 1980: 11). Un ejemplo de este sistema son los circuitos de consumo problemático de alcohol por los que atraviesa el padre de la joven, situación de la que este equipo toma conocimiento a través de la progenitora, avanzado el tratamiento de DA. Son entornos que no incluyen a la adolescente (en este caso) como participante activo, pero que lo afectan. Otro ejemplo lo constituyen las instituciones que intervienen en la situación de DA y de su familia, como por ejemplo el Servicio Local del municipio. También es pertinente señalar a los medios de comunicación, y otras instituciones estatales como son los Juzgados civiles y penales, que pueden sostener la impunidad o no de los autores de conductas violentas.

Finalmente, el macrosistema implica el sistema de representaciones sociales, normas, y valores, que constituyen el nivel ideológico de una cultura. En este sentido, se pueden destacar algunas leyes (Ley 26.061 de Protección Integral a los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes y

la Ley 26.657 Nacional de Salud Mental) así como también las concepciones acerca del poder y la obediencia, los roles instituidos sobre qué implica ser niña, mujer, la aceptación o no del uso de la fuerza para resolver conflictos, etc.

El trabajo de identificar y fortalecer las redes existentes de la paciente representó un gran desafío para este equipo. Por un lado, y respecto a lo institucional, se mantiene contacto con el Servicio Local del Municipio, aunque el trabajo con el mismo consiste en enviar informes y realizar llamados telefónicos, sin obtener ninguna respuesta. Con la escuela y la DOVIC se realizan sucesivas articulaciones, con la perspectiva de fortalecer a los progenitores de DA en su rol de cuidadores y ayudar a sostenerlos a ellos y a la paciente en el complejo proceso judicial que atraviesan.

Por otra parte, respecto a los padres, como principales (y únicos) referentes familiares de DA, se evidenciaban muchas dificultades para que pudieran problematizar la situación de su hija. Ellos señalaban constantemente verla bien. La adolescente impresionaba ser invisible para ellos, no llamaba la atención su angustia y retraimiento, porque era una niña silenciosa, “no molestaba”. Pasaba horas encerrada en su cuarto haciendo dibujos y pinturas. Tomando a los autores Enrique Echeburúa y Cristina Guerricaechevarría es posible afirmar, respecto a niños niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, que “sus familiares y cuidadores desempeñan un papel fundamental en su recuperación. La intervención terapéutica debe, por tanto, ir orientada a garantizar su capacidad para supervisar la evolución del menor, dotarle de seguridad y enseñarle estrategias de afrontamiento adecuadas, así como a superar los efectos psicológicos que ellos mismos padezcan” (Echeburúa y Guerricaechevarría 2011: 471). En este sentido, se transmite a los padres constantemente la necesidad de que DA continúe el tratamiento, destacando las mejorías en los momentos en que la asistencia era regular y sostenida en el tiempo, así como también los retrocesos durante los meses que no asistió al espacio, ni a la institución educativa, lo que intensificó las dificultades para vincular con sus pares.

Cabe destacar que ambos padres manifiestan una constante preocupación por la denuncia judicial en curso, y el miedo al resultado del mismo y a las consecuencias que podría traer. En apariencia esto se vincula

más a la incertidumbre por lo que sucedería con sus relaciones personales en el contexto barrial y laboral, que por las consecuencias que podría tener en DA. Lamentablemente, la decisión –en apariencia- unilateral del padre, de no llevar más a su hija al espacio terapéutico, refleja lo expuesto en este punto: la falta total de registro respecto al estado de su hija, y su pronóstico a futuro.

Interrogantes, ideas para pensar y re-pensar la situación

El presente trabajo, desarrollando las intervenciones y lo evaluado por este equipo respecto al tratamiento de la paciente y al punto de ruptura y finalización abrupta del mismo en el cual se dicta la sentencia del juicio, abre diversos interrogantes. La “atemporalidad”, la “detención en el tiempo” que se observa en la adolescente, responde únicamente a las situaciones de abuso padecidas desde su niñez y a lo largo de varios años? ¿Qué influencia tiene en su psiquismo la falta de estimulación en el ámbito familiar, el hecho de que sea “invisibilizada” por sus propios padres y la situación de vulnerabilidad social y económica en que se encuentra el grupo familiar? ¿Cómo seguir interviniendo cuando los padres no traen más a la paciente, inmersos en una historia familiar de explotación laboral, precarización, violencias y carestía económica permanente? ¿Hay un punto a partir del cual se pueda pensar en negligencia, más allá de la influencia del entorno?

Bibliografía:

- Belsky, Jay: “Maltrato infantil: una perspectiva ecológica” en *American Psychologist*, 1980.
- Bronfenbrenner, U.: “La ecología del desarrollo humano”. Primera parte: *Objeto y perspectiva*, Ed. Paidós, 1987.
- Echeburúa y Guerricaechevarría “Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador”, *Psicología Conductual*, Vol. 19, Nº 2, 2011, pp. 469-486.

VIOLENCIA DE GÉNERO: LA RUTA CRÍTICA Y LOS APORTES DESDE LA SALUD MENTAL

Julieta Chevalier y Gabriela Galland

Introducción

El siguiente trabajo fue realizado con el objetivo de reflexionar acerca de la ruta crítica que recorren las mujeres y personas LGBTI+ que viven situaciones de violencia de género, articulado con el abordaje que se realiza desde el Grupo de Mujeres y Disidencias del Servicio de Atención a la Demanda Espontánea (ADE) del Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones - Lic. Laura Bonaparte.

En el marco de la pandemia y siguiendo los lineamientos del Ministerio de Salud que implementó la cuarentena preventiva, fue modificada la atención en los dispositivos de atención del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte. Por tal motivo dejó de funcionar el Grupo de Mujeres y Disidencias como “Grupo de Apuesta al Inicio” y se realizaron entrevistas de seguimiento a las usuarias del dispositivo de manera individual.

Abordaje de la violencia de género en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte

En los últimos años la violencia de género empezó a visibilizarse como resultado de muchos años de trabajo de los movimientos feministas y colectivos que venían reivindicando los derechos de las mujeres y las personas LGBT+. Algunos hitos que se venían destacando fueron la creación de la Ley Nacional 26.485 “Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia hacia las mujeres...” en el año 2009, Ley Nacional 26.618 “Matrimonio igualitario” en el año 2010, Ley Nacional 26.743 “Identidad de género” en el 2012 y en el año 2015 irrumpió el movimiento político Ni Una Menos, organizando la marcha masiva en repudio a todas las formas de violencia de género debido al aumento de los femicidios, exhortando al Gobierno a incluir de manera urgente el tema en la agenda política.

En este contexto en el Hospital Lic. Laura Bonaparte empezaron a aparecer relatos de violencia de género por parte de las usuarias y a tener espacio en las escuchas de les profesionales como motivo de consulta en las primeras entrevistas. Por tal motivo desde este equipo se decidió generar espacios terapéuticos que puedan alojar esta problemática en el campo de la salud mental de manera interdisciplinaria e interinstitucional. De esta manera comenzó a funcionar en el año 2018 el Grupo de Mujeres y Disidencias, en el marco de los Grupos de Apuesta al Inicio que se llevan a adelante en el Servicio de ADE. Asimismo las situaciones de violencia de género ocurrían en diferentes espacios del Hospital, interpelando a les profesionales a incorporar la perspectiva de género en la práctica clínica cotidiana. Los temas recurrentes que surgían en las entrevistas eran antecedentes violencia sexual, violencia sexual sufrida durante el tratamiento, víctimas de red de trata, usuaria con riesgo alto en relación a violencia de género sin problematizarla, usuaria que demanda tratamiento por violencia ejercida por su pareja, usuaria que consulta por otra problemática de salud mental y se pesquisa problemática de violencia de género, evidencias físicas en el cuerpo de violencia de género, mujer que naturaliza violencia por ser usuaria de drogas, usuaria que justifica la violencia porque el agresor estaba intoxicado o atraviesa un

padecimiento psíquico, agresor que realiza tratamiento en nuestro hospital y no respeta restricción perimetral, dependencia económica de la pareja u otro vínculo violento, intromisión de pareja u otro vínculo en el tratamiento como mecanismo de control. Estas situaciones y la búsqueda de los profesionales de formación y acompañamiento para el abordaje de estas situaciones, dio lugar a un trabajo conjunto de un colectivo de profesionales del hospital que con apoyo institucional, elaboraron una guía y protocolos de actuación para el abordaje de situaciones de violencia de género, propio de este hospital.

Violencia de género en contexto de pandemia de covid 19 - Atención en Salud Mental

Las usuarias del Grupo de Mujeres y Disidencias, presentan diferentes situaciones de vulnerabilidad social y son víctimas de múltiples violencias: económicas, políticas, laborales, legales, sexuales, simbólicas, subjetivas. En la violencia no hay reconocimiento del otro como sujeto, hay un accionar destinado a someter al otro y generar mediante el maltrato emocional una víctima. La violencia de género está sostenida principalmente en la construcción de la dependencia emocional de las mujeres, en el marco de una relación, que producen un arrasamiento subjetivo. A esta dependencia se le suman ciertos elementos, como una red social disminuida y dependencia económica, construyéndose así las barreras subjetivas que le impiden a las personas que atraviesan situaciones de violencia de género solicitar asistencia en los servicios de salud y otros organismos que trabajan en esta la problemática. El aislamiento social implementado en el marco de la pandemia de covid 19, como método de prevención de la propagación del virus, aumenta el malestar psicológico en la población en general, disminuye los ingresos económicos y refuerza estas barreras.

Los siguientes datos recientemente publicados por el Observatorio de las Violencias de Género "Ahora Que Sí Nos Ven", nos permiten reflexionar la importancia de considerar la violencia de género como un problema social que es necesario abordar en el campo de la salud mental. A lo

largo del 2020 ocurrieron 199 femicidios, expresión máxima de la violencia de género.

Entendemos que la violencia machista es un problema que se inscribe en un régimen político patriarcal que produce y reproduce desigualdades, por eso es importante nuestro compromiso como profesionales de la salud, proporcionando un espacio que aloje esta problemática y que tenga como objetivo problematizar estos vínculos, tomando conciencia de la importancia de la perspectiva género incluida en todos los dispositivos de atención en salud mental.

El relevamiento realizado por el Observatorio de las Violencias de Género "Ahora Que Sí Nos Ven", refleja que 118 femicidios ocurrieron durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio entre el 20 de marzo y el 31 de agosto. El 66% de los femicidios fueron cometidos por las parejas o ex parejas de las víctimas. El 66% de los femicidios ocurrió en la vivienda de la víctima, 35 víctimas habían realizado al menos una denuncia. El 21% de las víctimas fueron asesinadas a golpes. Al menos 178 niños perdieron a sus madres como consecuencia de la violencia machista en 2020. El hogar continúa siendo el espacio más inseguro para las víctimas de violencia machista. En el 67% de los casos se observó que el femicida fue la pareja o ex pareja, dato que cobra mayor relevancia en el contexto de aislamiento social, preventivo y obligatorio, dado que la mayoría de las víctimas se encuentran más expuestas al estar aisladas con su agresor. Asimismo en un 27% de los casos, el femicida era un conocido cercano a la víctima, podemos concluir que el círculo íntimo de las mujeres constituye el núcleo central de las violencias machistas.

De la Ruta Crítica a la construcción de posibilidades

La Ruta Crítica que siguen las Mujeres y personas LGBT+ afectadas por las Violencias, es un término acuñado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) que señala cuales son los obstáculos con los que se encuentra cada mujer cuando decide visibilizar su padecimiento, cuando intenta salir del círculo de la violencia y acude a las instituciones en búsqueda de atención.

A partir de los relatos compartidos en el Grupo de Mujeres y Disidencias y lo verbalizado en entrevistas realizadas en el Dispositivo de Atención a la Demanda Espontánea, tomamos conocimiento de las respuestas que las mujeres van encontrando tanto en los ámbitos institucionales y en las organizaciones de la sociedad civil, en este recorrido.

Las instituciones que abordan la problemática presentan diferentes niveles de accesibilidad, disponibilidad y calidad de los servicios, los cuales están determinados tanto por factores estructurales y normativos, como por las representaciones sociales, actitudes y comportamientos de los actores sociales que intervienen y abordan las problemáticas de estas mujeres y personas LGBT+.

Las principales instituciones responsables de brindar atención y medidas de protección para las mujeres y personas LGBT+ en situación de violencia de género: Línea 144, línea 137, defensorías especializadas en género, comisarías de la mujer, Juzgados Civiles y de Familia, Oficina de Violencia Doméstica. Cada institución realiza acciones de acuerdo a evaluaciones de riesgo y parámetros establecidos en la Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia hacia las mujeres. Al respecto de la atención recibida desde estas instituciones, las mujeres y personas LGBT+, refieren que a pesar de las denuncias realizadas, consignas policiales, restricciones perimetrales, exclusión del hogar, botón anti-pánico y otras medidas de protección brindadas, se repiten las situaciones de violencia y revictimización. Las medidas desplegadas resultan insuficientes, reflejando que es necesario un abordaje y acompañamiento complejo y con perspectiva de género, que excede las medidas de protección. En cuanto a los testimonios de las mujeres sobre las instituciones que forman parte de la Ruta Crítica (Salud, Educación, Policía, Justicia, etc.), aparece el descreimiento de las mismas, no confían en ellas ya que refieren ser interpeladas, ante sus relatos se las culpabiliza o se ponen en duda los mismos. Esto demuestra que todas las instituciones involucradas con la problemática necesitan profundizar en sus prácticas la perspectiva de género para poder realizar abordajes más contenedores y empáticos, y acortar los tiempos de respuesta para ofrecer verdadera protección.

En este sentido el trabajo en el Grupo de Mujeres y Disidencias apunta a visibilizar para las usuarias que la problemática que atraviesan es un

problema social y no privado disminuyendo la carga de culpa y humillación que les genera la situación de violencia. La posibilidad de encontrarse con otras mujeres que pasaron por situaciones similares, permite la construcción colectiva de herramientas subjetivas y estrategias para la vida cotidiana.

A lo largo de su participación en el Grupo las mujeres y disidencias desarrollaron entre ellas redes de apoyo, contención y solidaridad horizontal, elaborando respuestas colectivas a problemas que venían transitando en soledad. Por ejemplo surgieron redes entre ellas en las cuales unas han ofrecido su hogar como alojamiento a otra ante situaciones conflictivas, se ofrecieron mutuamente contención telefónica en momentos de angustia, se intercambiaron información sobre recursos, se brindaron acompañamiento para realizar denuncias, etc. El grupo de mujeres se propone deconstruir mitos, visibilizar prejuicios y cuestionar estereotipos que reproducen la violencia de género. Ayudando a las mujeres y disidencias a asumir una posición activa y construir nuevas posibilidades que las ayuden a ser protagonistas de sus historias, y comenzar a tomar decisiones sobre sus vidas y las de sus hijes. El dispositivo grupal apunta al fortalecimiento de la mujer como sujeto social y en pleno ejercicio de sus derechos.

Reflexiones finales

La violencia de género es una violación a los DDHH, es abuso de poder, es un problema de salud pública. No es un problema que ocurre en el ámbito privado de las relaciones interpersonales.

Desde nuestros servicios debemos pensar otras intervenciones posibles, trabajando con las mujeres y disidencias, desde una perspectiva de derechos, acompañándolas y brindando apoyo durante el recorrido de la "ruta" o camino que emprenden para salir de la situación y construir otros modos de transicionar en red las problemáticas de violencia.

La dependencia económica, las limitaciones materiales, el aumento de la violencia, la impunidad y tolerancia con la que responde la sociedad ante la misma, son los principales aspectos que debemos cuestionar

para revertir y disminuir las situaciones de violencia de género. A las políticas públicas aún les falta profundizar el nivel de complejidad de las respuestas ofrecidas a las víctimas de esta problemáticas, las respuestas deben ser integrales e intersectoriales. Sostenemos que el cumplimiento efectivo de la Ley Micaela es un paso fundamental para aumentar las prácticas con perspectiva de género, en ámbitos como por ejemplo el de la justicia y lograr mayor receptividad y precedentes favorables que alienen a mujeres y disidencias a solicitar ayuda y al Estado a responder reparando los derechos de esta población. Asimismo la aplicación de esta Ley posibilita, al capacitar a los profesionales que atienden a esta población, la inclusión de mayor número de mujeres disidencias en espacios terapéuticos y de acompañamientos. Considerando que de esta manera se aporta a las estrategias que tienden a disminuir las tasas de situaciones de violencia de género.

La violencia de género es un problema social, por lo tanto los procesos terapéuticos para su abordaje necesariamente deben ser construidos en un espacio grupal y colectivo. El grupo permite incluir la dimensión individual y colectiva del problema y de esta manera construir estrategias horizontales y en redes de apoyo, como alternativas a las respuestas individuales y aisladas que culpabilizan a la persona que padece la problemática.

En nuestro trabajo en el dispositivo grupal buscamos construir una cartografía de la problemática de la violencia de género, como estrategia a situaciones que aparentan no tener salida, por la complicidad y la tolerancia social a la violencia de género. El acontecer grupal constituye un testimonio de experiencias, tal como explican Guattari y Rolnik, "... cuyo carácter cartográfico hace que extrapole su condición temporal: como cualquier otra cartografía, sea cual fuera su tiempo y su lugar, se trata aquí de la invención de estrategias para la constitución de nuevos territorios, otros espacios de vida y de afecto, una búsqueda de salidas hacia afuera de los territorios sin salida" (Guattari, F. y Rolnik, S. 2005).

Bibliografía

- Guattari, Félix. Rolnik, Suely. "Micropolítica. Cartografías del deseo". Ed. Traficantes de Sueños. Brasil, 2005.
- <https://ahoraquesinosven.com.ar/about> "AHORA QUE SI NOS VEN - observatorio de las violencias de género". Buenos Aires, 2020.
- Ley N^o 26485/09 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos que desarrollen sus relaciones interpersonales.
- Ley N^o 26618/10: Reconoce la unión conyugal de dos personas más allá del género y/o sexo de éstos.
- Ley N^o 26657/10, Ley Nacional de Salud Mental: Prohíbe el diagnóstico en base a elección o identidad sexual (art. 3 inc. c.).
- Ley N^o 26743/12, Identidad de Género.
- OPS/OMS Programa Mujer, Salud y Desarrollo. La Ruta Crítica de las Mujeres afectadas por la Violencia intrafamiliar en América Latina. Estudios de casos en diez países. Año 2000.

ACERCA DE LXS AUTORES¹

CAROLINA ALCUAZ

Licenciada en Psicología UNLP. Jefa del Servicio Ambulatorio de Niñas, Niños y Adolescentes del Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte”. Magister en Psicoanálisis UBA. Docente de la Facultad de Medicina UBA. Docente en la Facultad de Psicología UBA. Investigadora UBA.

ANA ALLI

Lic. en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Coordinadora de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental en el Hospital “Lic. Laura Bonaparte”, especializado en salud mental y adicciones. Psicóloga en el Cemar N° 2 en Barracas dependiente del Ministerio de Salud del GCBA. Buenos Aires, Argentina.

MARÍA SOFÍA BELÉN ÁLVAREZ

Psicóloga. Graduada en la Universidad Nacional de Rosario. Residente de Psicología de cuarto año del HIGA “San José” de Pergamino, Provincia de Buenos Aires. Rotación extracurricular en los Servicios de Hospital de Día y ADE del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” (año 2019).

¹ Los resúmenes biográficos corresponden al momento en que fueron realizadas las 7as Jornadas de Salud Mental y Consumos Problemáticos del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”, los días 26 y 27 de noviembre de 2020.

SOLEDAD ÁLVAREZ

Médica (UBA) especialista en Psiquiatría y Medicina Legal, médica psiquiatra titular de guardia de Hospital Municipal José T Borda, jefa de guardia interdisciplinaria en Hospital Nacional en Red "Lic Laura Bonaparte".

SOFÍA BELÉN APESTEGUIA

Lic. En Psicología, residente actualmente formándose en la Residencia de Psicología Clínica y Comunitaria en San Salvador de Jujuy, provincia de Jujuy.

FEDERICO ARAYA

Militante territorial en barrios populares, docente y trabajador de SEDRONAR, especializado en redes comunitarias.

MIRANDA ARFELIZ

Psicóloga. Directora del Hospital de día SEDHA. Formación de grado Universidad Nacional de Rosario. Carrera de Especialización en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria.

INÉS ARJOVSKY

Lic. en Psicología, egresada de la Universidad de Buenos Aires. Realizó la concurrencia en psicología clínica en el Centro de Salud Mental N 3 "Arturo Ameghino" del 2007 al 2012. Fue becaria en el Equipo de Interconsulta de pediatría del Hospital de Agudos Ramos Mejía. Trabajó en el Programa las Víctimas contra las Violencias, Línea 137 desde el 2007 al 2018. Trabaja en el Hospital Nacional Especializado en Salud Mental y Adicciones "Lic. Laura Bonaparte" desde el año 2018, desarrollando su actividad en el PROGRAMA UMANAR.

KARINA BADARACCO

Lic. en Psicología, egresada de la Universidad de Buenos Aires. Realizó la Residencia Regionalizada de Psicología en la Región VII de la Provincia de Buenos Aires, del 2011 al 2016. Se desempeñó como operadora comunitaria del Programa de Abordaje del Padecimiento Humano

en la Comunidad, perteneciente al Municipio de Morón desde el 2014 al 2016. Trabaja en el Hospital Nacional Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte” desde el año 2019, desarrollando su actividad en el PROGRAMA UMANAR.

MANUEL LISANDRO BARAVALLE

Psicólogo en Hospital de Día SEDHA Rosario. Director del Programa Jaquemateando en el Área de Ciencia Tecnología e Innovación para el Desarrollo de la Universidad Nacional de Rosario.

VIRGINIA BELACHUR

Coordinadora del Programa NoTeSientasZarpado. Miembro del equipo de Intervención y Capacitación de Intercambios AC. Integrante de CIAC, del D.G.P.S.A.

IGNACIO BERECIARTUA

Médico, residente actualmente formándose en la Residencia de Psiquiatría en Salvador de Jujuy, provincia de Jujuy.

MARINA BERTINI

Psicóloga. Graduada en la Universidad Nacional de Rosario. Jefa de residentes de psicología del HIGA San José de Pergamino, Provincia de Buenos Aires. Actualmente investigadora en programa becas de investigación del Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte” convocatoria 2019-2021.

JUAN PABLO BURWIEL

Licenciado en Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires. Coordinador del dispositivo de Atención a la Demanda Espontánea Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”. Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental completa en Hospital “Lic. Laura Bonaparte”.

JUAN PEDRO BONIFAZZI

Médico General y de Familia. Ex Coordinador de Región IV Salud Nodo Rosario, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Miembro

Asociación Santafesina de Medicina General y Familiar y Federación Argentina de Medicina General. Ex Instructor de Residentes de Medicina General Ciudad de Rosario. Docente Carrera Postgrado de Especialización en Medicina General y Familiar de la UNR. Médico Generalista Centro de Salud N° 14 Avellaneda Oeste, Rosario, Santa Fe.

BETINA BOVINO

Licenciada en Trabajo Social. Docente Investigadora de la Lic. en Trabajo Social, Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales, UNR. Doctoranda del Doctorado en Trabajo Social UNR. Miembro del Centro de Investigaciones en Campos de Intervención del Trabajo Social, UNR. Integrante del equipo técnico de la Secretaria de Bienestar Universitario de la UNR. Trabajadora Social del Centro de Salud N° 14 Avellaneda Oeste, Rosario, Santa Fe.

ANGELES ANABEL CALIVA

Licenciada en Trabajo Social por la Universidad Nacional de la Matanza.

CLAUDIA CAMILO

Maestría en Antropología en la Freie Universität Berlin, Alemania. Licenciada en Antropología, Artes Escénicas y Etnología por la Freie Universität Berlin, Alemania. Licenciada en Educación Física por la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG), Brasil. Estudió y trabajó en Brasil, en Puerto Rico, EE.UU., Australia y Alemania. Fue profesora y estuvo adscrita a la Freie Universität Berlin, hasta 2015. Es investigadora del Centro de Investigación y Documentación Latinoamericana de Berlín, del PROEX de la Universidad Federal de Minas Gerais y del Laboratorio de Estudios de Desigualdad Social (LEDS) de la UNIFESP.

MARIANA CAMILO DE OLIVEIRA

Lic. en Psicología, Lic. en Letras, Mg. en Teoría Literaria por la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG), Brasil. Doctoranda en Psicología por la Universidad de Buenos Aires, Argentina. Jefa del Departamento de Formación, Capacitación e Investigación del Hospital

Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte”. Autora del libro “A dor dorme com as palavras” (Rio de Janeiro: Editora 7Letras, 2011) y de capítulos de libros y de artículos relacionados con la salud mental, psicología, psicoanálisis, traducción y literatura.

NATALIA VERÓNICA CAMPOS

Licenciada en Psicología, egresada de la Universidad de Buenos Aires. Realizó la Concurrencia en el Htal. G. A. Parmenio Piñero del 2001 al 2006. Trabaja en el Hospital Nacional Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte” desde el año 2013, desarrollando su actividad en el área de Internación y actualmente como coordinadora del PROGRAMA. UMANAR.

LUCILA CAPELLO

Medica General y Familiar, Centro de Salud 14, Avellaneda Oeste, Rosario, Santa Fe.

SOFIA CAPRIA

Psicóloga (UBA), integrante del equipo interdisciplinario del DIAT Morón de la SEDRONAR.

AZUL CARRANZA

Licenciada en Terapia Ocupacional. Jefa de Residentes- Risam-Hospital Laura Bonaparte.

MARIANA CASAL

Lic. en Psicología (UBA), Maestranda en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Prof. Adjunta en Metodología de la Investigación Psicológica (UCES-Barceló). Psicóloga dentro del campo de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas en Centros de Intervención Asistencial Comunitaria (DGPSA). Supervisora de proyectos de Prevención y Asistencia de violencias contra los géneros.

JUAN CASTAÑO

Residente de 3er año de psiquiatría en la RISaM. Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte".

JESICA ELIZABETH MARÍA CASTILLO

Licenciada en Psicología desde el año 2013. Practicante del psicoanálisis de orientación lacaniana. Trabaja en consultorio privado con niños y adolescentes. Psicóloga del Dispositivo de Estimulación Temprana en el Centro Educativo Terapéutico Aurora Pérez del Ministerio de Salud Pública de la provincia de San Juan.

GISELE CHAIRRASCO

Licenciada en Psicología (UBA). Diplomada en Desarrollo Local, Territorial y Economía Social (FLACSO). Posgrado en Psicoanálisis con Niños y Adolescentes, Hospital Infanto Juvenil "Dra. Carolina Tobar García". Psicóloga clínica en Asociación Argentina de Atención Integral para la Familia, el adulto y el Menor (AIFAN).

JULIETA CHEVALIER

Licenciada en Trabajo Social por la Universidad de Buenos Aires - Integrante del equipo interdisciplinario del Servicio de Atención Espontánea del Hospital Nacional en Red Laura Bonaparte. Coordinadora de grupo de apuesta al inicio de mujeres.

NATALIA C. CHULUYAN

Licenciada en Psicología, especializada en Terapia Cognitiva Conductual, con experiencia laboral en Instituciones Escolares secundarias desde el 2013. Integrante del equipo de atención del Programa NoTeSientasZarpado desde 2018.

JUAN COBO

Lic. en Psicología, coordinador provincial en el área de abordaje integral de las adicciones, dentro de la Secretaría de Salud Mental y Adicciones, en San Salvador de Jujuy, provincia de Jujuy.

MARIANA COLESNIKOW

Licenciada y Profesora en Psicopedagogía, egresada de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora. Estudiante de Especialización en Procesos de Lectura y Escritura (Universidad de Buenos Aires). Psicopedagoga en el Municipio de Lanús.

MARÍA SOL CONTI

Lic. en Psicología. Directora de Salud Mental del Municipio de Lanús. Ex residente y jefa de residentes del Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias (PRIM) Lanús. Maestranda en Salud Mental Comunitaria en UNLa.

CYNTHIA COMAN

Licenciada en Trabajo Social (UNLA), Trabajadora Social, del dispositivo de Hospital de Día del Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte” (2015-actualidad).

LUCÍA CAROLINA CORONADO

Licenciada en Psicología. Graduada en la Universidad del Salvador (2016). Residente de segundo año del HIGA “San José” de la ciudad de Pergamino, provincia de Buenos Aires.

ANA FLAVIA COSTA

Psicóloga Psicoanalista con experiencia de trabajo en Salud pública en Cds de primer nivel y hospital de segundo nivel de atención. Práctica Clínica Privada. Integrante de Nómina Psicoanalítica Rosario.

NOELIA COSTA

Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (2009). Pasantía completa de psicología clínica de Adultos en el HIGA Evita de Lanús (2012). Psicóloga del equipo de Salud Mental del Municipio de Lanús.

SERENELA CUADERNO

Es Lic. En Psicología, Universidad Nacional de la Plata Residente de 3er año del Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte.

LAURA DAMONTE

Lic. en Psicología (UBA). Becaria Ad Honorem en el dispositivo de Interconsulta Obstétrica y Neonatal del Hospital General de Agudos Carlos. G. Durand. Fundadora y Coordinadora del Dispositivo Grupal para mujeres embarazadas y/o púerperas con consumo problemático de sustancias en el Hospital Durand. Docente de la materia Psiquiatría de la carrera de Medicina en la UDH Hospital Durand. Ex Docente de Pasantía Profesional (UBA) – Abordaje Psicoanalítico en Neonatología Hospital Carlos G. Durand. Ex residente de Psicología Clínica de Adultos del Hospital Durand.

MARÍA VICTORIA DEBARNOT

Licenciada en Trabajo Social, egresada de la Universidad de Buenos Aires. Actualmente finalizando la carrera de especialización en problemáticas sociales infanto juveniles, en la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires. Trabaja en el Hospital Nacional Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte” desde septiembre de 2016, desarrollando su actividad en el PROGRAMA UMANAR.

AGOSTINA DE VITA

Psicóloga. Psicoanalista. Acompañante Terapéutica en “Dispositivo de Acompañantes Terapéuticos” de la Asociación Civil Programa Andrés, en co-gestión con la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario. Co-fundadora de Movimiento Redes, Org.con trabajo en contexto de encierro. Adscripta a la Cátedra “Psicología en el Ámbito Jurídico Forense.

DAIANA MARTINA DELL’AMICO

Psicóloga. Graduada en la Universidad Nacional de Rosario. Residente de psicología de cuarto año del HIGA San José de Pergamino, provincia de Buenos Aires.

JORGELINA DI IORIO

Dra en Psicología. Coordinadora del área de Intervención y Capacitación de Intercambios AC. Docente de grado y posgrado sobre temas vinculados con la salud mental y poblaciones en contexto de vulnerabilidad social.

NATALIA ELLI

Lic. en Psicología. Residente de tercer año de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud. Centro de Salud y Acción Comunitaria N°12. Área Programática de Salud del Hospital de Agudos "Dr. Ignacio Pirovano".

PAULA ETCHART

Trabajadora Social en Hospital de Día SEDHA. Coordinadora de Centro de Salud Juana Azurduy de La Municipalidad de Rosario.

FLORENCIA FONTANA

Lic. en Sociología. Jefa de Residentes de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud. Centro de Salud y Acción Comunitaria N°12. Área Programática de Salud del Hospital de Agudos "Dr. Ignacio Pirovano".

GABRIELA GALLAND

Licenciada y profesora de Psicología por la Universidad de Buenos Aires - Integrante del equipo interdisciplinario del Servicio de Atención Espontánea del Hospital Nacional en Red Laura Bonaparte. Coordinadora de grupos de apuesta al inicio y grupos de mujeres.

GASTÓN FAZIO

Licenciado en Psicología. Diploma Superior en Psicoanálisis y Educación FLACSO Argentina. Psicólogo de planta del Hospital Zonal General de Agudos Dr. Ricardo Gutiérrez de la ciudad de La Plata, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Docente, investigador y extensionista de la Cátedra Psicología Clínica de Niños y Adolescentes de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata.

CECILIA JUDITH GARCÍA

Licenciada en Psicología, egresada de la Universidad Católica Argentina. Diplomatura en Autismo en el Hospital Garrahan. Trabaja en el Hospital Nacional Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte” desde agosto de 2016, desarrollando su actividad en el PROGRAMA UMANAR.

EUGENIA GARCÍA

Lic. en Psicología, directora del dispositivo territorial dependiente de Sedronar, Diat de Alto Comedero, en San Salvador de Jujuy, provincia de Jujuy.

ROCÍO MABILIA GARÓFALO

Trabajadora del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” desde el 2013, desempeñando actualmente la Jefatura del área de Gestión de Pacientes y Estadística del hospital. Estudiante avanzada de la Licenciatura de Psicología en la Universidad de Buenos Aires.

MARIA FLORENCIA GARRIDO PAGNOTTA

Médica (UBA) Residente de 2º año de Psiquiatría en el Hospital Carlos G. Durand. Docente de la materia “Psiquiatría” de la carrera de Medicina en la Facultad de Buenos Aires. Psiquiatría clínica en consultorio particular.

ROXANA GAUDIO

Licenciada en Psicología. Especialista en Clínica Psicoanalítica con Niños y Adolescentes, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata. Ex-residente y ex-jefa de Residentes del HIGA “Evita” de Lanús. Supervisora de Residentes. Profesora Titular Ordinaria de la Cátedra de Psicología Clínica de Niños y Adolescentes, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata.

MAXIMILIANO EDGARDO GIMÉNEZ

Licenciado en Psicología, Profesor en Psicología (UNLP). Jefe de Unidad de Diagnóstico y Tratamiento en Salud Mental, Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Isidoro G. Iriarte”. Ex-Instructor de Psicología,

Programa de Residencia Integrada Multidisciplinaria (PRIM) Lanús. Ex-Jefe de Residencia Regionalizada de Psicología, Región Sanitaria VI.

CECILIA GRECA

Psicóloga, Profesora en Psicología y Magíster en Psicoanálisis, graduada en la Universidad Nacional de Rosario. Asistente Profesional dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Fe en el Dispositivo Integral de Abordaje Territorial (DIAT) de la ciudad de Rosario. Docente de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario. Mediadora de lectura y escritura en el Proyecto “LUCES (hay más luz cuando alguien habla)”. Directora del proyecto de extensión universitaria “Palabras que cuentan”.

GABRIEL HAGMAN

Trabaja en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte desde 2013. Es médico especialista en psiquiatría. Actualmente desempeña el cargo de Jefe de departamento de Servicios de Atención en Urgencias e Internación.

MARIA EMILIA HERRERO

Lic. en psicopedagogía (USAL) y Lic. en psicología (USAL). Psicopedagoga de planta en Servicio de salud mental Hospital Durand. Atención clínica en consultorio privado.

MATÍAS ALEJANDRO HONIGMAN

Lic. en Psicología (UBA). Profesional de Hospital de Día del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”.

NADIA JAUSKEN

Licenciada en psicología (UBA), coordinadora de guardia interdisciplinaria en Hospital Nacional en Red “Lic Laura Bonaparte”.

DANIELA ALEJANDRA JUÁREZ

Psicóloga, residente actualmente formándose en la Residencia de Psicología Clínica y Comunitaria en San Salvador de Jujuy, provincia de Jujuy.

LUIS JUAREZ

Sociólogo (UBA), coordinador del DIAT Morón de la SEDRONAR.

MARIANO KANTOR

Médico Psiquiatra en Hospital de Día SEDHA Rosario y en Servicio de Salud Mental del Hospital Roque Sáenz Peña. Formación de grado en Facultad de Ciencias Médicas de la U.N.R. Formación de posgrado y especialización en RISaM en el Hospital Escuela Eva Perón.

INGRID JESICA KLEINER

Lic. Prof. en Psicología (UBA) Esp. en DMT (CAECE). Docente ATP en Psicología Social I, en Facultad de Psicología (UBA). A cargo del seminario de Psicopatología en Primer escuela Argentina de Arteterapia. Psicóloga en Centro de Intervención Asistencial Comunitaria (DGPSA). Psicóloga clínica en consultorio particular. Organiza talleres y seminarios articulando Salud Mental, Arte y Movimiento.

GABRIELA ERIKA KUKOC

Lic. en Psicología, residente actualmente formándose en la Residencia de Psicología Clínica y Comunitaria en San Salvador de Jujuy, provincia de Jujuy.

VERÓNICA LAPLACE

Lic. y Prof. en Psicología. Trabajadora de Salud Mental en el Municipio de Lanús. Integrante de la APDH Argentina. Maestranda en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Cursante de la Especialización de Gestión en Salud (UNLa). Ex miembro del Consejo Directivo del Colegio de Psicólogos de Buenos Aires-Distrito XIII.

VALENTINA LAVADO POLO

Médica UBA. Especialista en Psiquiatría (Ministerio de Salud de la Nación). Ex- Residente y Ex-Jefa de Residentes del Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias (PRIM) Lanús, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Estudiante de la Especialización en Drogadependencias de la UNT. Psiquiatra suplente de guardia del GCBA. Psiquiatra en dispositivo de Consultorios Externos del Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte”.

STEPHANIE LIFSZYC

Prof. en Antropología. Residente de segundo año de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud. Centro de Salud y Acción Comunitaria N°12. Área Programática de Salud del Hospital de Agudos “Dr. Ignacio Pirovano”.

PABLO JOSÉ LORENZO

Lic. En Psicología (UFLO). Maestrando en Psicología Social Comunitaria (UBA). Psicólogo Clínico en dispositivo de Consultorios Externos del Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte”. Equipo Técnico (Psicólogo) en Programa DyAT de la DGPJ, CDNNyA.

MARÍA ALEJANDRA LOVILLO

Licenciada en Psicología. Graduada en la Universidad Nacional de La Plata (2017). Residente de Psicología de primer año en el HIGA “San José” de Pergamino, provincia de Buenos Aires.

MARÍA BELÉN LUCHETTI

Médica (UNLP). Residente de 3er año de psiquiatría en la RISaM. Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”.

GABRIELA MANA

Psicóloga, Centro de Salud 14, Avellaneda Oeste, Rosario, Santa Fe.

MARINA MARTÍN

Lic. en Psicología (UNLP). Residente de 3er año de psicología en la RISaM. Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte".

ANA MELISA MARTÍNEZ

Psicóloga del Hospital Interzonal Especializado en Toxicología y Salud Mental Reencuentro, Becaria de Investigación ciclo 2019-2021 del Hospital Nacional "Lic. Laura Bonaparte", CUIT 27-32102857-3, melisamartz.mm@gmail.com, La Plata.

CRISTINA GUADALUPE MARTÍNEZ

Lic. en Psicología (desde 2012). Mediadora comunitaria (desde 2015). Docente universitaria en UCA (desde 2020). Desempeño en instituciones de la provincia: Capacitadora docente en Consejo General de Educación; Residencia socioeducativa de adolescentes mujeres "Mujercitas" CoPNAF; Secretaría de lucha contra las adicciones. En la actualidad: desempeño asistencial en Centro Huella. Equipo técnico de la Dirección provincial de abordaje integral de problemáticas de consumo. Perito oficial en psicología forense en STJ de ER. Psicoterapeuta clínica de niños, adolescentes y adultos.

LAURA CECILIA MARTÍNEZ DIDOLICH

Médica UBA. Especialista en Psiquiatría (Ministerio de Salud de la Nación). Ex- Residente y Ex-Jefa de Residentes del HGAT. Estudiante de Especialización en Drogadependencias de la UNT. Psiquiatra de guardia del Hospital de Emergencia Psiquiátricas T. de Alvear. Psiquiatra en dispositivo de Consultorios Externos y de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones "Lic. Laura Bonaparte".

MARÍA GABRIELA MAS

Psicomotricista desde el año 2011. Socia y Psicomotricista en "CRISTAL Consultorios integrales". Profesora de cátedra: Educación Psicomotriz y Atención Temprana en Universidad Católica de Cuyo. Cargo de Psicomotricista en Dispositivo de Estimulación Temprana en el Centro

Educativo Terapéutico Aurora Pérez del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de San Juan.

PRISCILA MASTROIANNI

Licenciada en Trabajo Social. Integrante del equipo de atención del Programa NoTeSientasZarpado desde 2020.

LUISINA MINIACI

Lic. en Trabajo Social. Residente de primer año de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud. Centro de Salud y Acción Comunitaria N°12. Área Programática de Salud del Hospital de Agudos “Dr. Ignacio Pirovano”.

IVANNA MARIA MAX

Lic. en Psicología (UNT). Profesional de Consultorios Externos del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”.

MILAGROS MERCEDES MON

Licenciada en Ciencias de la Comunicación Social (UBA) y Profesora de Enseñanza Media y Superior en Ciencias de la Comunicación Social (UBA). Forma parte del Proyecto UBACyT “RELACIONES MÉDICO-PACIENTE y NUEVAS TECNOLOGÍAS DE COMUNICACIÓN y SALUD” con sede en el Instituto Gino Germani. Actualmente investiga temas relacionados al estudio de la relación médico paciente, salud mental y la introducción de las tecnologías de la información y la comunicación en el campo de la salud.

AN MILLET

Trabajador social y flamante egresado de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”. En la actualidad trabaja en la Dirección de Géneros y Diversidad del Ministerio de Salud de la Nación. Se encuentra escribiendo el libro “Salud y Cisexismo” que será publicado por la Editorial Puntos Suspensivos a fin de este año.

ANTONIO MOREIRA

Médico, residente actualmente formándose en la Residencia de Psiquiatría en Salvador de Jujuy, provincia de Jujuy.

ROBERTO RAFAEL MORFES CONFORTI

Licenciado en Psicología (UBA). Psicólogo clínico con perspectiva de género. Estudiante de profesorado de psicología.

MARCELO MULTARI

Psicólogo Social - Músico - Co-Coordinador Disp. A.T. Programa Andrés Rosario (PAR), en cogestión con la Sec. De Salud Pública Rosario – Integrante del dispositivo ambulatorio intensivo para adultos de PAR.

FÁTIMA NOBELLI

Psicología. Trabaja en el marco del dispositivo de acompañamientos terapéuticos de PAR (programa Andrés Rosario) en diferentes estrategias en relación a problemáticas de infancias y adolescencias vulneradas en efectores públicos de distintos niveles de atención; consumo problemático de sustancias en jóvenes y adultos. Actualmente trabajando en el dispositivo de acompañante terapéutico de sala en el Hospital Alberdi, Rosario.

LILIANA NUÑEZ

Licenciada en Enfermería, jefa de Sección Varones en Hospital Municipal Carolina Tobar García, Coordinadora de guardia interdisciplinaria en Hospital Nacional en Red "Lic Laura Bonaparte"

MILAGROS LUJÁN OBERTI

Licenciada y Profesora de Enseñanza Media y Superior en Ciencias de la Comunicación Social (UBA). Maestranda en Comunicación y Cultura (UBA). Educadora socio-comunitaria y docente de grado. Integrante Melisa Reynoso. Licenciada en Trabajo Social. Especialista en Educación para la Salud. Forma parte del equipo interdisciplinario del programa Umanar del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte.

EUGENIA ODDO LANZILLOTTI

Trabaja en el área de Gestión de Pacientes del Hospital Bonaparte desde el año 2015; actualmente desempeña el rol de coordinadora. Se encuentra finalizando la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

JUAN MANUEL OJEDA MARINIERS

Lic. en Psicología UNLP. Psicólogo Clínico en dispositivo de Consultorios Externos del Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones "Lic. Laura Bonaparte".

MARIA ANAHÍ ORTIZ

Lic. en Psicología UBA. Ex- Residente y Ex-Jefa de Residentes de la Residencia de Psicología del Hospital de Morón "O. B. de Lavignolle" Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Carrera de Especialización en Clínica Psicoanalítica UBA. Estudiante de Maestría en Clínica Psicoanalítica de la UNSAM y Especialización en Drogadependencias de la UNT. Psicóloga clínica en dispositivo Consultorios externos Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte".

FLORENCIA PALMIERI

Licenciada en Cs Políticas, cursando la especialización "Género, Políticas Públicas y Sociedad". Trabaja en SEDRONAR, acompañando equipos locales de abordaje territorial y con articulaciones interministeriales. Militante feminista en Mala Junta.

ARIEL PARAJÓN

Licenciado en Ciencia Política (UBA). Docente de la materia "Teoría del Estado" y del seminario "Geopolítica de las drogas. Marcos normativos y paradigmas en debate" en la carrera de Derecho (UBA). Técnico en abordaje territorial en la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR). Coordinador del Colectivo de Reflexión sobre los Consumos.

AGUSTÍN PERASOLO

Psicólogo. Trabaja en el marco del dispositivo de acompañamientos terapéuticos de PAR (programa Andrés Rosario) en diferentes estrategias en relación a problemáticas de infancias y adolescencias vulneradas en efectores públicos de distintos niveles de atención; consumo problemático de sustancias en jóvenes y adultos. Práctica Clínica Privada.

DANIELA VERÓNICA PÉREZ

Lic. en Psicología y Téc. en Acompañamiento Terapéutico desde 2012. Especialista en Salud Mental desde 2017 (Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental). Desempeño laboral en Hospital Escuela de Salud Mental, CAPS de Referencia Arturo Oñativia y CAPS Samuel Margasín. Docente universitaria en UADER en 2017 y 2019. En la actualidad: desempeño asistencial en Centro Huella y Equipo Técnico de la Dirección Prov. de Abordaje Integral de Problemáticas de Consumo. Desempeño clínico en el ámbito privado con niños, adolescentes y adultos.

MARÍA MICAELA PÉREZ

Licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires (2016). Residente de Psicología de Segundo año en el HIGA "San José" de la Ciudad de Pergamino, provincia de Buenos Aires.

AGUSTÍN PERNÍA

Lic. en Nutrición. Residente de tercer año de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud. Centro de Salud y Acción Comunitaria N°12. Área Programática de Salud del Hospital de Agudos "Dr. Ignacio Pirovano".

MARÍA SOLEDAD PINTOS

Licenciada en Psicología, egresada de la Universidad de Buenos Aires. Concurrencia completa de Psicología clínica en CABA. Maestranda en Salud Mental Comunitaria en UNLa. Psicóloga en el Municipio de Lanús.

IRENE POSTERNAK

Lic en Psicopedagogía (Universidad C.A.E.C.E). Posgrado en Psicopedagogía laboral (CIFAP). Psicopedagoga de planta en el Servicio de Salud Mental del Hospital "Carlos G. Durand". Coordinadora del Equipo de Psicopedagogía y Orientación vocacional. Psicopedagoga clínica en consultorio particular. Atención de niños, adolescentes y adultos. Supervisión de profesionales. Colaboradora docente (USAL) en "Práctica profesional tutorada en Salud y Empresas de la carrera de Psicopedagogía. Integrante del Comité de violencia del Htal. Durand Resolución CABA 726/2006.

CINTIA ROXANA QUILODRÁN

Licenciada en Psicología. Graduada en la Universidad Nacional de La Plata (2016). Residente de Psicología de tercer año en el HIGA "San José" de Pergamino, provincia de Buenos Aires.

MELISA REYNOSO

Licenciada en Trabajo Social egresada de la Universidad Nacional de Luján. Realizó la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud en el área programática del Hospital C. Argerich, CABA . Trabaja en el Hospital Nacional Especializado en Salud Mental y adicciones "Laura Bonaparte" desde 2014 desarrollando su actividad en el área de internación y actualmente en el Programa UMANAR.

SOLEDAD RÍOS SANTA CRUZ

Enfermera Profesional en Hospital de Día SEDHA Rosario y en Instituto Cardiovascular de Rosario. Formación Escuela de Enfermería - Facultad de Ciencias Médicas - U.N.R.

LUCIANA DANIELA RIVAS

Lic. en Trabajo Social (UBA), Diplomada en Antropología Social y Política (FLACSO). Se desempeña laboralmente en la Guardia Interdisciplinaria del Hospital en Red "Lic. Laura Bonaparte".

MARINA MABEL RIVAS

Lic. en Trabajo Social UNLZ. Maestranda de la carrera de Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. Estudiante avanzada de la Especialización en Drogadependencias de la UNT. Trabajadora Social del dispositivo de Consultorios Externos del Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte”.

FÁBIO ROBERTO RODRIGUES BELO

Lic. en Psicología, Mg. en Psicología y Doctor en Estudios Literarios, por la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG), Brasil. Profesor en el Departamento de Psicología de UFMG, psicoanalista. Coordinador del grupo de investigación “Psicoanálisis y política”. Autor del libro “Psicanálise online” (São Paulo: Zagadoni Editora, 2020), entre otros libros organizados y capítulos de libros y de artículos relacionados con el psicoanálisis.

ANDRÉS RODRIGUEZ EVANS

Lic. En Psicología. Jefe del Dispositivo de Cuidados en la Urgencia del Hospital Nacional En Red. Lic. Laura Bonaparte.

LUCIANA RUBEL

Psicóloga. Egresó de la Residencia en Psicología Clínica en el Htal alvarez. Doctoranda en Salud Mental Comunitaria de la Universidad de Lanús, con beca cofinanciada CONICET-UNLa.

FEDERICO RUSCITTO

Médico. Residente de segundo año de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud. Centro de Salud y Acción Comunitaria N°12. Área Programática de Salud del Hospital de Agudos “Dr. Ignacio Pirovano”.

CATALINA SALA

Lic. Prof. en Psicología (U.B.A), Posgrado en Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares (I.P.C.V), en la Asociación Argentina de

Psicología y Psicoterapia de Grupos (A.A.P.P.G), Psicóloga en Centro de Intervención Asistencial y Comunitario (D.G.P.S.A), Profesora auxiliar de primera en la materia "salud mental" de la carrera de Medicina de la U.B.A.

KARINA SAGGAL

Psicóloga egresada de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario (2005). Asistente profesional dependiente de Sedronar y Aprecod (Agencia de Prevención de Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones) en el Dispositivo Integral de Abordaje Territorial desde el mes de diciembre 2014 a la fecha. Trabaja como psicóloga en el ámbito privado, desde 2007 a la actualidad.

MARÍA VICTORIA SAGRIPANTI

Licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Ex-Residente del Hospital Dra. C. Tobar García. Instructora de la Residencia de Psicología del HIGA San José de Pergamino. Colaboradora docente de la Escuela de Especialización y posgrado en clínica de niños y adolescentes (Orientación psicoanalítica) del Colegio de Psicólogos, Distrito IV. Prov. de Bs.As. Miembro de Fundación Etin.

YANINA SAFIRSZTEIN

Trabaja en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte desde el año 2014. Es Licenciada en Psicología. Actualmente desempeña el cargo de Jefa de departamento de dispositivos ambulatorios.

FLORENCIA SCIORRA

Licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires (2012), realizó estudios de posgrado en Clínica Psicoanalítica en el Instituto Clínico de Buenos Aires (ICdeBA), actualmente forma parte del Departamento de Formación, Capacitación e Investigación del Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones "Lic. Laura Bonaparte".

MARÍA ALEJANDRA SCIORTINO

Jefa de Residentes de la Residencia Postbásica Especializada en Adicciones del Hospital Interzonal Especializado en Toxicología y Salud Mental Reencuentro, Becaria de Investigación ciclo 2019-2021 del Hospital Nacional "Lic. Laura Bonaparte".

AYELÉN SOLDÓ

Psicóloga en Hospital de Día SEDHA Rosario, en RUAGA Rosario, y en consultorio particular. Previamente coordinadora en Centro de Noche de Programa Andrés Rosario. Formación de grado en Facultad de Psicología UNR. Concurrencia en Hospital Provincial de Rosario.

ANTONIO TESOLINI

Psicólogo Social - Director Terapéutico Asociación Civil Programa Andrés Rosario (PAR); Co-Coordenador Disp. A.T. Programa Andrés Rosario (PAR), en cogestión con la Sec. De Salud Pública Rosario – Trabajador de la Dirección de Salud Mental de la Pcia Santa Fe – Integrante de diversos equipos interdisciplinarios en el campo de la salud mental y los consumos problemáticos en el ámbito estatal y de las organizaciones de la sociedad civil.

FEDERICO TOLOSA

Psicólogo. Psicoanalista. Psicodramatista. Acompañante terapéutico. Formado en género y psicoanálisis de niños. Miembro de Prisma, Cooperativa de Trabajadores en Salud Mental. Participó en distintos equipos interdisciplinarios, de alojamiento y acompañamiento a personas en tratamientos por consumo problemático, psicosis, víctimas de violencia de género y abuso.

LOLA TOLOSA

Psicóloga en Hospital de día SEDHA. Formación de grado Universidad Nacional de Rosario.

DANIELA TRAVAGLINI

Trabajadora Social (UNLaM), integrante del equipo interdisciplinario del DIAT Morón de la SEDRONAR

NOELIA VALDA

Médico psiquiatra en Internación de Agudos del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte.

LUCIANA DANIELA VALLEJO

Lic. en Psicología UBA. Psicóloga clínica en dispositivo Consultorios Externos Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones "Lic. Laura Bonaparte". Psicóloga en Departamento de Orientación Escolar Colegio Nacional de Buenos Aires.

ANDREA VÁZQUEZ

Es Licenciada en Psicología. Universidad de Buenos Aires. Magister en la problemática del uso indebido de drogas. Universidad de Buenos Aires. Doctora en Psicología. Universidad de Buenos Aires. Actualmente se desempeña como Profesora Adjunta de la Cátedra de Salud Pública II. Además, integra la Dirección General de Acompañamiento, Orientación y Protección a las Víctimas del Ministerio Público Fiscal de la Nación.

ELISEO VENA

Profesor de Educación Física egresado del Instituto Superior de Educación Física "Abanderado Mariano Grandoli" (1999). Licenciado en Educación Física egresado de la Universidad del Salvador (2007). Docente especializado dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la provincia de Santa Fe, en el Dispositivo Integral de Abordaje Territorial, desde el mes de diciembre 2014 a la fecha.

MARÍA LAURA ZAPATA

Psicóloga del Hospital Interzonal Especializado en Toxicología y Salud Mental Reencuentro, Becaria de Investigación ciclo 2019-2021 del Hospital Nacional "Lic. Laura Bonaparte".

MARÍA LAURA ZINGG

Terapeuta ocupacional. Desempeño en atención e integrante del equipo técnico profesional de Centro Huella, institución de salud mental con

abordaje en la problemática de consumo (Desde el año 2001 a la actualidad) desempeño en el ámbito privado en abordaje con adolescentes y adultos con discapacidad.

VICTORIA ZUPANOVICH

Psicóloga. Graduada en la Universidad Nacional de Rosario. Residente de psicología de primer año del HIGA "San José" de Pergamino, provincia de Buenos Aires.

SOBRE EL SELLO EDICIONES LICENCIADA LAURA BONAPARTE

Con el fin de crear un espacio de producción de conocimiento sobre el marco normativo vigente, la actualización disciplinaria y la construcción interdisciplinaria e institucional, y en pos de desarrollar herramientas teórico-clínicas compatibles con la intervención en el ámbito sanitario, se creó, dentro del Plan Estratégico 2013-2015, el sello Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.

La conceptualización y materialización de un proyecto editorial para el Hospital busca dar respuesta a la necesidad de problematizar las prácticas institucionales y asistenciales, y crear manuales de procedimientos que sirvan de herramienta a quienes conforman los equipos. Actualmente, en línea con el Ministerio de Salud de la Nación acorde al Gobierno Nacional, la editorial vuelve a integrarse al plan estratégico desarrollado para el período 2020-2023, y refuerza así su compromiso con la Ley Nacional de Salud Mental N°. 26.657; la Ley de Derechos del Paciente N°. 26.529; la Ley de Creación del Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (APSM) N°. 25.421; la Ley de Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes N°. 26.061; y la Ley de Identidad de Género N°. 26.743.

El sello Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, de distribución gratuita, apunta a contribuir con la difusión de pensamiento clínico y político-institucional del Hospital, en tanto centro de Referencia Nacional en Salud Mental y Adicciones.

Vale una última aclaración: nombrar a la editorial Licenciada Laura Bonaparte no es una mera denominación. Retomamos de ella su compromiso en defensa de los Derechos Humanos y buscamos continuar con un modo de entender las prácticas y el ejercicio profesional en el campo de la salud en general y de la salud mental en particular, en su entrecruzamiento institucional, político y epistémico.

SERIE JORNADAS Y CONGRESOS

Con el objetivo de ser un referente nacional en Salud Mental, el Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte” se ha propuesto construir un espacio público de reflexión sobre las prácticas asistenciales e institucionales de las organizaciones sanitarias. En este contexto, se organizan anualmente las Jornadas de Salud Mental y Consumos Problemáticos que reúnen a profesionales, estudiantes, instituciones y trabajadores de la salud de todo el país y la región. A través de esta Serie, la Editorial se propone la divulgación de las ponencias a fin de contribuir al debate en el campo de la salud mental.



1^{era} Jornada de Salud Mental
y Consumos Problemáticos

Dispositivos de intervención clínica

2^{da} Jornada de Salud Mental y
Consumos Problemáticos

¿Cómo intervenir en las urgencias?



3^{era} Jornada de Salud Mental
y Consumos Problemáticos

¿Interdisciplina en la intervención clínica?

OTRAS SERIES DEL SELLO EDICIONES LICENCIADA LAURA BONAPARTE

Investigaciones

Investigar en un Hospital público dedicado a la Salud Mental en el campo de los consumos problemáticos implica un gran esfuerzo profesional y un fuerte convencimiento y reconocimiento del método científico como base de reflexión. Demanda además la disposición para revisar los propios conocimientos y preguntar(se) sobre los desafíos que la clínica de las adicciones plantea. En suma, requiere de una mirada crítica y analítica sobre la propia práctica. Con la creación en 2013 del Área de Investigación y el Programa de Becas de Investigación, en el marco del Plan estratégico 2013-2015 del Hospital Nacional de Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte”, se inicia un proceso institucional y académico que entiende a la producción de conocimiento científico como usina para pensar las prácticas de intervención –clínica, social y territorial– y definir nuevos dispositivos para la atención de personas con padecimiento subjetivo, en un marco de respeto por la diversidad, la atención digna, la equidad y la justicia.

Papeles de trabajo

Esta serie publica escritos y textos breves que el Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte” considera de interés para la reflexión y el debate actual sobre los padecimientos subjetivos y la intervención clínica en el campo de la salud mental, acorde al marco normativo vigente. Por sus características, la *Serie Papeles de trabajo* pretende ofrecer herramientas a los equipos que intervienen en ese complejo campo. Ahora bien, ¿qué se entiende por herramienta? En el sentido lato, son una extensión –de las manos, de los ojos, de los oídos– que sirven para auxiliar y acompañar. Son instrumentos para la artesanía. Esperamos que los volúmenes que componen esta colección puedan servir como extensión del pensamiento, herramientas conceptuales que aporten a la rigurosa artesanía de la intervención clínica.

Manuales de Procedimientos

Para los tratamientos clínicos e institucionales en Salud Mental y Consumos Problemáticos, el Hospital ofrece manuales de procedimiento para los equipos de salud, que se presentan como herramientas que establecen criterios técnicos para el ejercicio de las prácticas profesionales.

Sobre la *Serie Enunciaciones*

La *Serie Enunciaciones* se organiza en torno a textos resultantes de transmisiones orales, como grabaciones de conferencias o teleconferencias, dictadas en el marco de los diferentes ciclos elaborados por el Hospital Bonaparte. La enunciación oral, comúnmente signada por el dinamismo y la escena que la enmarca, aparece aquí adaptada al registro escrito, sin perder sus rasgos fundamentales. La clásica cita latina, *verba volant*, evocada y tensionada por autores de todos los tiempos, respecto de la fugacidad de la palabra pronunciada y de la permanencia de lo escrito, se ve problematizada una y otra vez en la lectura de estas transmisiones orales, que van de los estudios clásicos al pensamiento psi, oriundo de conferencias, seminarios y cursos. Las Ediciones Licenciada Laura Bonaparte ofrecen, por lo tanto, este material –engendrado desde y para el hospital– pronunciado, hablado, dialogado e interpelado, para que sirva como insumo para la reflexión y el trabajo de los equipos.