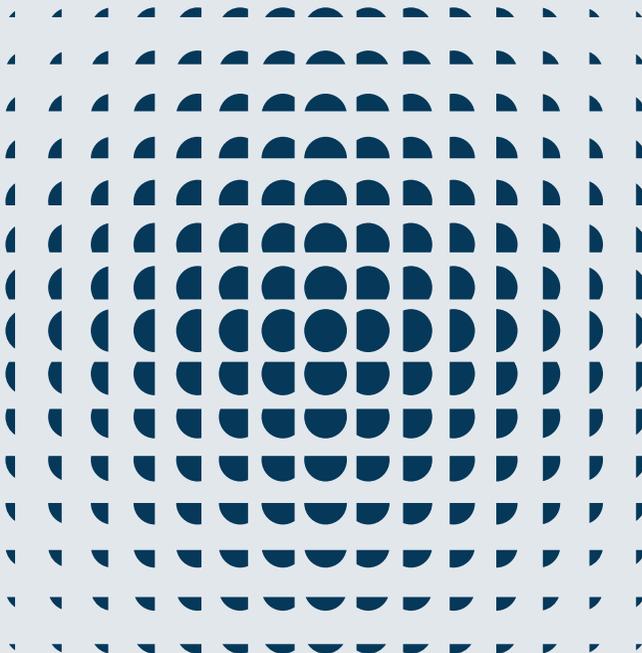


LAS VIOLENCIAS: PLURALES NECESARIOS

Estrategias de abordaje desde el sistema de salud



JORNADAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMOS PROBLEMÁTICOS



Hospital Nacional en Red
Lic. Laura Bonaparte



Ministerio de Salud
Argentina

8 Jornadas de Salud Mental
y Consumos Problemáticos

Las violencias: plurales necesarios

Estrategias de abordaje desde el
sistema de salud

8as Jornadas de Salud Mental y Consumos Problemáticos : las violencias : plurales necesarios / Alejandra Gabriela Inés Acchura Llanos ... [et al.] ; prólogo de Edith Benedetti. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Licenciada Laura Bonaparte, 2022.
296 p. ; 21 x 13 cm. - (Jornadas y congresos)

ISBN 978-987-46979-9-8

1. Salud Mental. 2. Adicciones. 3. Violencia. I. Acchura Llanos, Alejandra Gabriela Inés. II. Benedetti, Edith, prolog.

CDD 362.2907

© 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: Lic. Clara Anich

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

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 cual-
quier 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 Colia

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: ENTRAMADOS CONCEPTUALES EN TORNO A LAS VIOLENCIAS	
La violencia del saber. Terapéutica y control <i>Andrés Rodríguez Evans</i>	17
Hacia un abordaje integral. Aportes del psicoanálisis a una mirada ampliada de la clínica <i>Florencia Sciorra</i>	25
Violencia epistémica en la producción de cuidado <i>María Isabel Ghironi y Giselle Marianne Yodato</i>	31
Violencias naturalizadas: estigma e imaginarios sociales ligados al consumo de sustancias psicoactivas <i>Paloma Burgos y Belén Devoto</i>	41
Sobre la acumulación y la negación de lo imperdurable: mecanismos de violencia discursiva en salud <i>por Daniel Hendlin</i>	49

Interpelando el cotidiano <i>Victoria Argañaraz y Ruth Nudelman</i>	57
Entre la voz y el silencio: el valor de la escucha musicoterapéutica ante la clínica del arrasamiento subjetivo <i>Tatiana Jares, María Eugenia Labate y Paula Uzal</i>	65
Un caso clínico de incesto. Miras hacia un abordaje posible <i>Mónica Montoya y Anahí Ortiz</i>	73
Prácticas de crueldad, vivencias de desamparo. Consecuencias en la infancia <i>María Florencia Burghardt</i>	81
Salud mental, género e historia. Kryggi: un relato de violencia en el pasado y ecos en el presente <i>Milagros Luján Oberti</i>	87
Prácticas para Cuidar <i>Selva Bianchetti</i>	95
 EJE II: LAS VIOLENCIAS POR MOTIVOS DE GÉNERO: UNA MIRADA ACTUAL 	
Dispositivo de Atención Sociocomunitaria: entre la clínica y el territorio <i>Priscila Becerra, Gabriel Fernández Martínez, María Agustina Muchiutti y Juliana Revelles</i>	107
El doble padecimiento de las usuarias de Salud Mental <i>Cintia Gisela Torres</i>	115
El abordaje del consumo problemático en personas gestantes y puérperas desde una perspectiva de género y diversidad <i>Daniela Marin, Carolina Romeu y Lucía Vasallo del Giorgio</i>	121

La cibernética como transparencia de la violencia de género en contexto de pandemia <i>Yanina Soledad Cornejo, Lucila Sánchez y Marcela Claudina Volpi</i>	131
Abordajes institucionales en situaciones de violencia de género ¿Sujetxs de derecho u objetos de intervención? <i>Laura Di Paola Maciel y Ana Melisa Martínez</i>	139
Atención Integral LGTBIQ+: Dispositivos específicos versus transversalización de una práctica <i>Grisel Lenci, Clara Noceti, Lorena Sánchez y Noelia Tuliano</i>	147
Las violencias en las prácticas institucionales en la atención a víctimas de violencia de género. Hacia posibles nuevas intervenciones <i>Julieta Chevalier, Gabriela Galland y Sofía Marino</i>	155
Violencia institucional y las redes LGBT <i>Sofía B. González, Erik G. Navarro Cnobel y Juan M. Silva</i>	165
Porqué investigar violencias entre varones adolescentes desde una perspectiva de género. Qué lugar para lxs psicólogxs y para lxs adolescentes <i>Rocío Fabbio y Débora Tajer</i>	173
Tengo que cuidar a mi k-simerito: Sobre un dispositivo contemporáneo de instalación de estereotipos de género en las infancias <i>Milva Pentito</i>	181
El género como factor de riesgo social - abordajes desde el trabajo social en atención primaria de salud <i>Alejandra Gabriela Inés Acchura Llanos</i>	189

EJE III: DISPOSITIVOS E INTERVENCIONES PARA EL ABORDAJE DE LAS VIOLENCIAS

- Abordaje comunitario: la respuesta a los efectos de la segregación 199
Patricia Fridman, Laura Navarro, Celeste Silanes y Érica Tejera
- De violencias y libertades. Experiencia de un abordaje
interdisciplinario- grupal con mujeres privadas de su libertad
en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte 203
Agostina Bonboni y Denise Demarco
- Reflexiones sobre intervenciones territoriales en salud:
construyendo lo colectivo en contexto de pandemia 213
María Belén Martino y María Paula Devoto
- Salud Mental y Violencia: Posibilidades
y límites de una intervención en territorio 225
Daiana Enriquez, Viviana Redondo y Martín Sabella
- Escuchar las violencias: obstáculos, adecuaciones
y virajes de los dispositivos de intervención 233
Paola Rosero Jiménez y Andrea Vázquez
- Protección de las Políticas de la infancia:
una apuesta a la singularidad 241
María Verónica Debarnot y Natalia Verónica Campos
- Hospitalidades en tiempos de distanciamientos.
La salud mental de guardia 249
Mariano Fiumara, Julio Arriola y Mayra Puyo
- Sonoridades de las infancias 259
*Nazarena Alegre, Marina Balloni Aguilar, Silvina Espósito, Nadina
Goldwaser, Noelia Lincuez Carrión, Judith del Valle Martínez, Florencia
Piris, María Pulpeiro y Eve Simonotto*

Sustituir dispositivos del control social a políticas de cuidados	267
<i>Miranda Arfeliz, Mariano Kantor, Soledad Ríos Santa Cruz, Paula Etchart, Manuel Baravalle, Lola Tolosa y Ayelén Soldo</i>	
Violencias como emergente en contexto de la pandemia Covid 19. Experiencia desde un servicio de guardia de salud mental	271
<i>Yanina Soledad Cornejo, Lucila Sánchez y Marcela Claudina Volpi</i>	
Acerca de lxs autores	279
Sobre el sello Editorial	295

PRÓLOGO

Lic. Edith Benedetti

Con mucho entusiasmo hacemos pública la 8a edición de las Jornadas de Salud Mental y Consumos Problemáticos, organizadas por el Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte”.

El entusiasmo adviene, por cierto, de la oportunidad de compartir con colegas espacios para reflexionar sobre las intervenciones clínicas, que redundan en nuevas acciones en la práctica diaria. Pero también de consolidar estos saberes engendrados allí donde hay praxis y hacerlos disponibles a través de la publicación de una obra. Y más aún: que esto sea parte de una política pública. Se trata, sin dudas, de un motivo de celebración.

En esta oportunidad, la convocatoria se realizó a partir del lema “Las violencias: plurales necesarios”. Estrategias de abordaje desde el sistema de salud”. No fue azaroso nombrarlas en plural, sino que respondió al objetivo de poder explicitar y abordar sus distintas dimensiones: violencias en el ámbito de la salud, institucional, mediática, laboral, doméstica, por motivo de odio racial, religioso, de género o a la orientación sexual, identidad de género o su expresión, etc. A su vez, se buscó poder explorar la perspectiva socio-histórica de las violencias y las estrategias de cuidado ante dichas situaciones: los dispositivos e intervenciones para su abordaje.

Resultó imperioso, como agentes de salud y como organismo público estatal, poder reflexionar y discutir sobre temas trascendentes, que nos atraviesan como sociedad y que producen nuevos efectos en la subjetivación y nuevas presentaciones de padecimientos.

La pregunta central que implica nuestras prácticas permanentemente, acerca de qué puede el hospital hoy, se reactualiza permeada por las circunstancias. Por este motivo, los espacios de pensamiento, escritura y encuentro son necesarios para habilitar nuevas reflexiones, preguntas e intercambios.

La convocatoria de las jornadas, y su publicación en este sello editorial, surgió en el año 2013 en el marco del Plan Estratégico 2013-2015 con el fin de, por un lado, posibilitar encuentros de discusión y pensamiento sobre nuestras prácticas y los escenarios en los cuales se enmarcan los equipos de salud mental, y, por otro, de promover la producción escrita como insumo para reflexionar acerca de las dificultades que se presentan en la clínica y los distintos dispositivos y modelos de abordaje.

La publicación de las ponencias a través de la Serie Jornadas y Congresos se encuadra dentro del Plan estratégico 2020-2023, enmarcado por la política pública nacional, que busca restablecer la equidad, la accesibilidad y el compromiso social.

EJE I

**ENTRAMADOS CONCEPTUALES EN TORNO
A LAS VIOLENCIAS**

Las comunicaciones aquí reunidas se detienen en distintos aspectos de las violencias que se encuentran muchas veces naturalizados. *Poder, saber, control, imaginario social, epistemología, discursos, clínica y cuidado* son algunos de los conceptos que componen la constelación de nociones en torno a las violencias. Reflexionar sobre los modos en que éstas se traducen en las prácticas cotidianas resulta un desafío permanente y necesario para quienes trabajamos en salud.

LA VIOLENCIA DEL SABER. TERAPÉUTICA Y CONTROL

Andrés Rodríguez Evans

Este trabajo surge a partir de apuntes y notas sueltas luego de conversaciones, discusiones y charlas de pasillo con colegas con quienes comparto el trabajo cotidiano en el Hospital. Es una invitación a reflexionar, revisar y repensar desde una mirada crítica las prácticas clínicas que se desarrollan en los dispositivos de salud, ya que muchas veces son las mismas intenciones terapéuticas las que encubren formas de dominación y control sobre la vida de otros.

En las relaciones de poder que toda terapéutica porta y de la cual debemos tener advertencia, se germinan y actúan formas de violencia que desvitalizan y cosifican, volviendo a le otre objeto de prácticas que mortifican y producen efectos de desubjetivación, y que son justificadas y legitimadas desde la prepotencia de saberes rígidos que se reproducen como técnica, como procedimiento, como protocolo y no admiten interrogación.

Lo instituido establece el orden de las cosas, lo que no se cuestiona. En el *habitus*, se invisibiliza la sutaliza del poder y de la violencia. Todo aquello que se distancia de ese orden normalizado se torna amenazante de los espacios que habitamos sin pensar, generando resistencias a aquello que pueda interpelarlo.

Sacar a la luz las prácticas ritualizadas que se reproducen en los servicios, transformándolos en lugares de control y no de cuidado, invita a interrogarnos sobre cómo pensamos a le otre y a nosotres mismos.

Necesitamos hacer pausas y soportar lo que nos interpela, tomando distancia de respuestas apresuradas y estereotipadas que le quitan potencia a nuestras prácticas. Lo que es complejo debe invitarnos a pensar, y para ello debemos poder habitar la incertidumbre de un no saber que provoca el enigma de la clínica.

Tener una mirada abierta, un pensamiento crítico, situado y en contexto de época sobre lo que llamamos prácticas clínicas hace a la producción de salud mental.

Crisis generalizada de las instituciones y nuevos dispositivos de control

Atravesamos un contexto histórico y social que pone en evidencia la crisis generalizada de las instituciones disciplinarias y los lugares de encierro.

Sus dispositivos ya no responden a los intereses de la sociedad neoliberal que somos. Voy a citar algunas líneas de Ignacio Lewkowicz que están en *"Pensar sin estado. La subjetividad en la era de la fluidez"* (Paidós 2004) y que describe esto que está sucediendo.

"Ha entrado en crisis el aparataje institucional, manicomial, psiquiátrico, social, televisivo, médico, jurídico. Para la soberanía del pueblo representado por el Estado, la conciencia limpia, cuerda, sin influjo de drogas ni emociones violentas, cabal en el reconocimiento de sus actos, era un discriminante fundamental. Para la actual soberanía de los flujos de capital, el hecho de que la gente sea cuerda o loca no es un problema primordial, acaso tampoco de segundo orden: si la soberanía transita por otro lado, la locura será problema de los locos, no cuestión de Estado." (Lewkowicz. 2004. Pág. 106.)

El manicomio, como máquina de nominación, como institución de lo excluido, lugar donde queda capturado lo que no tiene lugar en el lazo social, se desmorona, y esto no responde a que han sido cuestionados los efectos que produce en la subjetividad, visibilizándose la violencia sobre los cuerpos, sino que ha dejado de cumplir la función que tenía como institución básica del Estado en la sociedad de control y consumo en que estamos.

La locura como esa institución que delimita el espacio entre lo normal y lo patológico, que define lo que será incluido y lo que será excluido, en la contemporaneidad ha perdido su estatuto, siendo también absorbida por esa crisis que transitan las instituciones donde tenía un lugar destinado. El manicomio como institución disciplinaria agoniza y la locura ya no tiene lugar en esas instituciones.

En un breve texto sobre *"Locuras actuales: los cansados, los agotados, los exhaustos"* (Revista *Topia* 2010) Percia plantea:

"¿Qué vida podrían tener los caídos en los hospitales de locos si no estuvieran allí? Las locuras mezclan amores estallados y amistades perdidas, pobreza y exclusiones, sustancias baratas y desechos." (Percia, M. 2010.)

"Los psiquiátricos, a dónde van a parar los arrasados, son reservas emocionales de sufrimientos desalojados de la educación sentimental de la época." (Ídem)

"No están aislados o separados del mundo, sino abandonados a la intensidad de los dolores negados por la civilización." (Ídem)

Nos encontramos inmersos en un sistema que ya no expulsa y recluye a partir de tecnologías de normalización y disciplinamiento, sino que ahora expulsa y excluye a todo aquello que no entra dentro del discurso económico y que va a quedar por fuera del lazo social.

Si las instituciones disciplinarias operaban instaurando normalidades, delimitando lo que se excluía y lo que se incluía para mantener el orden social, hoy estamos ante una destitución de las instituciones destinadas a tratar lo que socialmente se llama la locura y que están dejando lugar a la instauración de nuevos mecanismos de control que ya no recluyen sino expulsan lo excluido de lo social. Eso expulsado queda a la intemperie, a la deriva, desamarrado, desamparado, invisible, sin lugar.

El encierro ya no es adentro, se traslada a otros espacios, se produce a cielo abierto, donde reina el control que genera la claustrofobia contemporánea que nos sofoca.

Los dispositivos disciplinarios en crisis continúan funcionando en su interior y exterior, reproduciendo una lógica manicomial que persiste instituida y escapa a los lugares de encierro y sus muros. Que nos impregna con imágenes mediáticas y prejuicios y se extiende por todo el cuerpo

social. Que está relacionada con el modo en cómo pensamos a le otre y desde dónde nos pensamos a nosotres mismos.

Una lógica de la cual en la cotidiana de los servicios de salud aun no sabemos cómo desembarazarnos y que germina y se reproduce en prácticas sostenidas en saberes disciplinarios, académicos e intelectuales, en la proliferación de discursos de especialistas y saberes técnicos.

Descolonizar la clínica

En tiempos de individualismo y desvinculación afectiva, dejar atrás los manicomios requiere descolonizar la clínica de saberes dominantes y las lógicas manicomiales que imponen miradas normalizadoras, produciendo blindajes afectivos que nos desensibilizan y desafectan de otros.

Debemos ir en contra de una clínica que produce la sujeción a normalidades, instaurando psicopatologías que responden al mercado de los diagnósticos que nominan, condenan y establecen la enfermedad como único destino, una clínica de la normalidad que produce una medicalización y adormecimiento de la angustia, silenciando el síntoma y sobreadaptando a vidas mortificadas y genéricas.

Romper con lecturas descontextualizadas, biologicistas, heteronormativas, sexistas, que desde ideales de una salud dominante, hacen de problemáticas sociales complejas una simple psicopatología individual de manual.

Necesitamos poner en cuestión el sentido común y lo que permanece enquistado y se hace sin pensar, generando prácticas situadas, en contexto, que escapen a binarismos salud/enfermedad, normal/patológico, adicción/abstinencia, admisión/expulsión.

Interrogar lo unilateral de saberes especializados que establecen jerarquías y asimetrías y no habilitan otras miradas.

Para desmanicomializar las prácticas necesitamos descolonizar la técnica y recuperar la potencia política de la clínica. Poner en cuestión lo específico de la especialidad y dar lugar a lo inespecífico de la interdisciplina. Ir de la omnipotencia de un saber a la potencia de saberes que se producen y componen con otros.

Estar en un lugar de poco saber implica soportar la incertidumbre ante el enigma de la clínica y tomar distancia de la prepotencia terapéutica que a través del saber ejerce control sobre le otre.

La persistencia de lógicas manicomiales se refleja en prácticas que omiten los cuidados, que reproducen formas de violencia simbólica que se dan como fenómenos institucionales y lejos de producir salud mental, generan situaciones de encerrona, de mayor padecimiento, producen fragmentación y enloquecen.

Cuidados, hospitalidades, disponibilidad

La clínica incluye el cuidado y este requiere del vínculo intersubjetivo y del reconocimiento de le otre como semejante, con derechos que impiden que sea tomado como objeto, instrumento o mercancía.

Toda intervención debería ser pensada desde un cálculo cuidadoso, como modo de pensar nuestra acción y sus efectos. De ese cálculo va a depender la distancia que exista entre el ideal terapéutico de hacer el bien, a través de prácticas intrusivas que imponen los valores morales de los profesionales a les usuaries y un posicionamiento ético que aloja la transferencia, pudiendo soportar lo diferente.

La clínica implica pensar una política de los cuidados y no de control, que en lugar extraer la potencia vital, opere mediante acciones micropolíticas de resistencia a la sujeción y a la dominación, movilizandoo el deseo.

Considerar el cotidiano de los ambientes donde se desarrollan las prácticas, el modo en que se piensa la atención y la disponibilidad requiere de esa envoltura de los cuidados, para poder generar prácticas subjetivantes, singulares, no verticales o paternalistas donde cuidar es un eufemismo de controlar.

Necesitamos dar sentido a lo que se hace o deja de hacer, donde el cuidado no sea una cualidad y virtud de algunas disciplinas sino un posicionamiento ético y una línea de intervención.

Prácticas sensibles a le otre, concebidas desde una mirada que entienda a la salud mental como un campo relacional y una construcción colectiva, no acabada, que requiere de la afectación, de la capacidad de afectar y ser afectades.

Si como plantea Francois Jullien citando a Gide “toda novedad debe encontrarnos enteramente disponibles” (Jullien, F. 2013), estar disponibles implica que no haya una distancia que produzca un blindaje afectivo, la pérdida de la empatía.

Debemos humanizar las prácticas y construir los cuidados en pos de generar una clínica más potente. No necesitamos saberes técnicos especializados sino de dispositivos hospitalarios que estén disponibles para alojar las formas de padecimiento de la época y no controlarlas, segregarlas o expulsarlas.

Crear contextos que alojan, ambientes flexibles a lo inesperado, a lo diferente, a lo extranjero. La falta de disponibilidad dificulta la hospitalidad, rigidiza la práctica y nuestra forma de pensar y hacer.

Por último y para cerrar, una cita de Peter Pál Pelbart, quien dice:

“¿Cómo mantener una disponibilidad que propicie los encuentros pero no los imponga, una tensión que permita el contacto y preserve la alteridad? ¿Cómo sostener la “gentileza” que permita la emergencia de un hablar ahí donde crece el desierto afectivo?” (Pelbart, P. 2008.)

Una pregunta que nos enfrenta a un desafío, y que no deberíamos responder apresuradamente sin antes experimentar la incomodidad que quizás nos genera.

Bibliografía

- Foucault, M. (1973-1974). “El poder psiquiátrico”. Curso en el Collège de France Buenos Aires, Editorial Fondo de Cultura Económica, 2005.
- Foucault, M. (1977). “El derecho de muerte y poder sobre la vida”. En *Historia de la sexualidad*. Tomo I. La voluntad del saber. Siglo XXI Editores. 2002.
- Jullien, F. (2012). *Cinco conceptos propuestos al psicoanálisis*. Buenos Aires: Cuenco del Plata, 2013.
- Lewkowicz, I. (2008). *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*. Buenos Aires: Paidós.

- López Petit, S. (2009). *Breve tratado para atacar la realidad*. Buenos Aires: Ed. Tinta Limón.
- Percia, M. "Locuras actuales: los cansados, los agotados, los exhaustos". En Revista *Topia*. Abril 2010.
- Pelbart, P. (2008). *Filosofía de la deserción. Nihilismo, locura y comunidad*. Buenos Aires: Ed. Tinta Limón.
- Preciado, P. (2019). *Yo soy el monstruo que os habla*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Rolnik, S. (2019). *Esferas de la insurrección. Apuntes para descolonizar el inconsciente*. Buenos Aires: Ed. Tinta Limón.

HACIA UN ABORDAJE INTEGRAL. APORTES DEL PSICOANÁLISIS A UNA MIRADA AMPLIADA DE LA CLÍNICA

Florencia Sciorra

Introducción

Desde el Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” se busca pensar la clínica y la manera de trabajar con otros desde una mirada ampliada e interdisciplinaria¹.

¿Qué quiere decir ello?

Por un lado, se busca desarmar miradas reduccionistas o parciales, entendiendo que el usuario que consulta reviste una complejidad que es menester siempre considerar.

Hablamos de complejidad en principio por el solo hecho de referirnos a la condición humana, en donde permanentemente están en juego

1 Siguiendo el Plan estratégico 2021 - 2023 del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”, que parte de una lectura de la complejidad de las problemáticas en salud mental y consumos problemáticos; y donde la equidad, la accesibilidad y la calidad son los ejes centrales a tener en cuenta al momento de pensar modelos de abordaje para una atención integral.

las relaciones con el cuerpo, con los otros, con uno mismo, con la cultura, etc. Pero además, cuando pensamos en las presentaciones clínicas que particularmente nuestra institución aloja, a lo antes mencionado se le agrega el condimento de un arrasamiento muchas veces casi masivo, que complejiza aún más lo ya complejo.

Dicha complejidad solicita de un abordaje interdisciplinario, con una mirada integral de las situaciones que se presentan. Para ello se busca poder promover espacios de intercambio, formación y discusión clínica, intentando estar a la altura de los requerimientos de la época y siguiendo los lineamientos que el Ministerio de Salud de la Nación nos imprime. Esta es una tarea que nos implica a cada uno de quienes formamos parte de este Hospital.

Es en este sentido que entiendo es de importancia poner de manifiesto algunas consideraciones que puede aportar el marco psicoanalítico a la ética de nuestras prácticas y al interjuego con las otras disciplinas, así como también las dificultades que se pueden desprender de ella.

Psicoanálisis como lazo

Para dar un primer marco de encuadre al escrito me interesa particularmente detenerme en mencionar algunas cuestiones sobre cómo pensar al psicoanálisis que pueden echar luz frente a ciertas frases que, descontextualizadas, pueden ser mal entendidas o mal aplicadas.

En principio considero que el psicoanálisis no es una práctica individualista, en tanto no se maneja con la categoría de "individuo", ni intenta producir individuos. Cuando se dice que el psicoanálisis se encarga del sujeto, no se refiere al sujeto entendido como un compartimento estanco, como un elemento aislado. Sino todo lo contrario. El psicoanálisis se encarga de los "entre", de los avatares que los sujetos tienen en los lazos: lazos entre sujetos, entre el sujeto y su cuerpo, entre el sujeto y el Otro, etc.

Para Lacan la subjetividad está hecha de lazos. Por lo tanto, el sujeto del análisis no es el individuo, sino esas relaciones. Es más, avanzada en su enseñanza, Lacan propone al psicoanálisis como un tipo de discurso, es decir, como una forma de lazo social específica. Y lo particular de la forma en que el psicoanálisis entiende al lazo tiene que ver con la ética en la que se funda.

Por otro lado, también se lo piensa como una práctica mayormente posible de ser desempeñada en consultorios privados, conllevando un trasfondo de rasgos elitistas. ¿Pero sobre qué rasgos del psicoanálisis nos detenemos para sostener estas creencias?

La propuesta para sortear estas ideas es hacer foco en la ética que lo fundamenta. Creo que es desde allí donde el psicoanálisis puede tener lugar en un Hospital Público y desde donde puede abonar a la posibilidad de discusión clínica entre disciplinas.

Y la ética del psicoanálisis es la ética del vacío. Vacío entendido como una posibilidad de dar lugar a la falla o a la falta, donde no se intenta taponar los agujeros y sí dar lugar a las preguntas. En este sentido no hay neutralidad, hay una orientación. Y la dirección es poder abrir esas preguntas y dar movilidad a las fijeza, bajo la premisa de que esa posibilidad alivia padecimientos.

Esto lejos de ser una mera cuestión teórica, intenta poner en conversación y en reflexión nuestras prácticas. En nombre del psicoanálisis -así como de tantas otras cosas- se pueden brindar tratamientos que terminan siendo iatrogénicos. Por ello, volver a los fundamentos que sostienen la ética puede ser una orientación para no caer en libres interpretaciones que nos desvían y perjudican los tratamientos.

En un Hospital Nacional, así como en cualquier institución de abordaje interdisciplinar, poder conocer y poner en conversación los modos en que las diferentes disciplinas fundan su ética y entienden las relaciones, colaborará a pensar verdaderos tratamientos integrales.

Psicoanálisis y poder

Así es que entiendo que el intercambio con los otros que compartimos el trabajo enriquece y favorece la clínica. Es decir, colabora en no dejarnos caer en posiciones de saber fijas que pueden obstaculizar y hasta perjudicar la posibilidad de brindar una asistencia de calidad.

Nadie está exento a reproducir prácticas iatrogénicas. Y para evitarlo es necesario poder conversar, prestar(nos) atención y tener una posición crítica. Me detendré a pensar algunas cuestiones teóricas acerca del psicoanálisis y el poder que pueden orientar en este sentido.

Existe desde el psicoanálisis lo que se llama *la estructura de la situación analítica* (Miller, 1984) y en ella existen posiciones. Podríamos considerar primero que quién está ubicado en el lugar del analista se coloca en posición de oyente del discurso del paciente. Si bien podría atribuirse al paciente el rol activo de decir lo que le pasa y al analista el rol pasivo de escucha, el concepto de pasividad se ve cuestionado al postular que es a partir de la interpretación, es decir de la respuesta del analista, lo que traza la orientación y da sentido a lo que fue dicho.

De este modo es que podemos pensar que el analista no solo no tiene un rol pasivo, sino que tiene un poder, Lacan lo llama el poder del analista sobre el sentido (Miller, 1984).

Entendido de este modo, en toda comunicación hay poder. Sin embargo, lo peculiar de la estructura de la situación analítica - como en casi toda situación que se genera entre profesional de la salud-usuario - es que la relación es asimétrica. La posición del analista, por ser el que está ubicado en el lugar del que interpreta, conlleva una responsabilidad que dice Miller, hace a la dignidad de su función.

El paciente, por la estructura analítica misma, ubica al analista en el lugar del sujeto que se supone sabe el sentido de lo que se dice ahí. Se trata de la ilusión del paciente que supone que el saber del inconsciente está constituido en el psicoanalista. Es decir, quien va a consultar acerca de su padecimiento lo hace porque no puede resolverlo solo y confía en que el otro al que consulta va a poder, que sabe cómo ayudarlo.

Sin embargo, *el saber* en cuestión está allí, entre la red de significantes. No lo porta el profesional o el equipo tratante. Por esto, el psicoanálisis va a contrapelo de los DSM o cualquier tipo de manual que imprima definiciones de antemano, que suponen portan un saber sobre los padecimientos mentales y sus categorías.

Hay un término que encontré en un libro de Miller que es el de *ignorancia docta* que puede colaborar de alguna manera a pensar en este lugar que se intenta ocupar desde el psicoanálisis, y dice "se trata de una ignorancia de alguien que sabe cosas, pero que voluntariamente ignora hasta cierto punto su saber para dar lugar a lo nuevo que va a ocurrir". (Miller, 1997, p. 33) Nunca se sabe con anterioridad lo que el paciente quiere decir.

Muchas veces se trata de desarmar saberes constituidos, de poder

ofrecer movilidad a las rigidizaciones que conllevan padecimiento.

Y para que todo esto sea posible el psicoanalista debe estar atento a no identificarse al sujeto supuesto al saber, comprendiendo que éste es un efecto mismo de la estructura de la situación analítica. Sino se corre el riesgo de que el analista se identifique con el Otro, se ubique en el lugar del superyó del paciente y transforme al tratamiento en un adoctrinamiento que aplasta la dimensión del deseo.

Es en este sentido que el psicoanalista debe ser digno de la posición de poder que le confiere la estructura analítica. Tiene la función de garantizar la experiencia y por lo tanto debe intervenir legítimamente en tanto Otro para sostener el marco, pero en este marco es el paciente quien realiza el trabajo, la producción. Dice Lacan “el arte de escuchar casi equivale al del bien decir” (Lacan, 1964, p. 129).

Estas consideraciones que resumidamente vuelco desde el marco del psicoanálisis pienso que pueden ser pensadas y extendidas para todo aquel que desempeña su trabajo en el campo de la salud.

Nos referimos a entendernos y ser conscientes de que estamos ubicados en una posición de saber, pero sobre todo de poder. Y eso nos confiere una responsabilidad enorme. La no identificación al sujeto supuesto al saber, que rige como advertencia a los analistas, puede ser extendida de algún modo a todos los profesionales de la salud.

Es de vital importancia estar atentos a estas cuestiones para evitar situaciones que pueden atentar o violentar por operar ubicándonos desde el lugar de portar el “saber”.

Conclusiones

Como profesionales formados en distintas disciplinas del campo de la salud que convergemos en trabajar en un Hospital Nacional, considero que tenemos un gran desafío por delante. Personal y con los otros.

Trabajamos con otros. Otros trabajadores de la salud, otros usuarios, otros compañeros, otros efectores, otros. Nunca es en soledad. Siempre en relación. Desde esta lógica el psicoanálisis puede dialogar, aportar y también dejarse nutrir.

Pero como somos personas las que encarnamos esas funciones es de vital importancia prestar atención a la interpretación personal que de la teoría se hace. Es decir, poner atención a cómo llevamos a cabo nuestras prácticas en nombre de esa teoría, ya que muchas veces hasta con las mejores intenciones podemos reproducir una clínica iatrogénica.

No es sencillo encontrar la medida justa en donde nuestra formación de grado pueda dialogar con las otras, y a su vez con los saberes que porta la cultura, con los saberes no formales que atraviesan las poblaciones. El convite es a poder aportar desde nuestros conocimientos y experiencias, pero también, y sobre todo, a saber escuchar, a dejarnos sorprender y cuestionar nuestras prácticas.

Solo desde allí, con los otros, podremos pensar en abordajes integrales que intenten pensar la complejidad que reviste el trabajo en salud en este Hospital.

Bibliografía

- Argentina. Ley Nacional N° 26.657. Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Cima, D., Pettorossi, N., Trucco, M. (2018). *Versiones del lazo: una aproximación a la ética psicoanalítica*. Buenos Aires: Autowahn.
- Lacan, J. (1958). "La dirección de la cura y los principios de su poder", en *Escritos II*. Buenos Aires: Ed. Siglo XXI, 2002.
- Lacan, J. (1959-1960). *El seminario, Libro 7: La ética del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 2011.
- Lacan, J. (1987). *Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Editorial Paidós.
- Lacan, J. (1969-1970). *El seminario, Libro 17: El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 2002.
- Miller, J. A. (1984). Conferencias caraqueñas: "La transferencia de Freud a Lacan" y "La transferencia. El sujeto supuesto saber", en *Recorrido de Lacan: ocho conferencias*, Buenos Aires: Manantial, 1998.
- Miller, J. (2005). *Introducción al Método Psicoanalítico* (1a. ed., 4a. reimp.). Buenos Aires: Paidós.

VIOLENCIA EPISTÉMICA EN LA PRODUCCIÓN DE CUIDADO

María Isabel Ghironi y Giselle Marianne Yodato

Introducción

Escribimos este trabajo desde la necesidad de compartir colectivamente las vivencias y, en especial, la afectación de lo transitado juntas como trabajadoras enfermeras. Además, criticar el supuesto lugar neutral de lxs trabajadorxs de la salud. La palabra cuidado toma cada vez más relevancia en los tiempos que corren, no sólo por la necesidad que todxs tenemos de cuidarnos y sentirnos cuidadxs, sino también porque como práctica clínica y política se encuentra atravesada por tensiones y disputas. Desde la disciplina de enfermería, que tiene como esencia la dimensión del cuidado, se generan interrogantes que nos movilizan e interpelan en la construcción cotidiana de nuestro trabajo. ¿Quiénes construyen cuidado? ¿Cómo se produce? ¿Qué tensiones se gestan en ese intento?

El siguiente artículo toma la categoría de violencia epistémica, acuñado desde la filosofía, para analizar este fenómeno en el nivel de la producción de cuidado dentro del campo de la salud. El empleo de esta categoría, a la luz de los procesos histórico-políticos del colectivo de enfermerxs, surge de la revisión de artículos académicos que problematizan las desigualdades en relación a la clase social, el género y la raza, además de las condiciones laborales del colectivo. A esta lista de

desigualdades en el espacio de la enfermería se propone abrir la discusión respecto del problema epistémico.

Este artículo específicamente focaliza en las tensiones epistémicas que se producen dentro de los equipos interdisciplinarios de Salud Mental con lxs profesionales de enfermería. Se trabaja el concepto de violencia epistémica acompañado de algunos ejemplos descriptivos. Para concluir, se abren interrogantes acerca de este tipo de violencia en el ámbito de los equipos de salud y la posibilidad de pensar y construir intercambios epistémicos, en espacios de intersección y encuentro entre los diferentes tipos de saberes, que no sean mediados por relaciones intrínsecas de violencia y silenciamiento.

¡Rescatate! Ya van 500 años

Entendemos que para comenzar nuestro análisis resulta imprescindible situarnos geopolíticamente, pues nos permite dar lugar a los procesos que tuvieron y que tienen lugar hoy en nuestra posición como mujeres enfermeras. América Latina, forjada por el saqueamiento y el exterminio, se encuentra atravesada por violencias múltiples que nos estructuran y nos condicionan. Siguiendo a Pullido Tirado, la violencia epistémica es “un fenómeno moderno que empieza con la colonización y se perpetúa con la descolonización de los antiguos imperios al tiempo que se reformula con nuevas formas de neocolonialismo e imperialismo” (Pullido Tirado, 2009, p.175). Es así que, los llamados “países del tercer mundo” quedamos:

“Sometidos a un doble (o triple) tipo de violencia: la violencia estructural, que está en la base de las desigualdades existentes entre los países del primer y tercer mundo; y una violencia simbólica” (Pullido Tirado, 2009, p.175).

La violencia epistémica, según Moira Pérez, refiere a “las distintas maneras en que la violencia es ejercida en relación con la producción, circulación y reconocimiento del conocimiento [...]” (Pérez, 2019, p. 82). Esta se relaciona con los temas relativos a la producción y a la manera que tiene el poder de apropiarse y condicionar esa forma de

conocimiento. “La violencia epistémica ejercida por los colonizadores europeos se manifestó en una serie de discursos que hacían posible y racionalizaban la dominación colonial produciendo de esta manera ciertas formas de ver Otras Sociedades y Otras Culturas” (Pulido Tirado, 2009, p.176). Podemos decir, entonces, que la construcción histórica del conocimiento no es ni fue imparcial ni ingenua, sino que se enmarca en un proceso de violencia epistémica que es necesario identificar para luego intentar trascender.

Este tipo de violencia, muchas veces silenciosa e invisibilizada, se reproduce continuamente en nuestra sociedad además que fomenta otro tipo de violencias y exclusión. Es así que, además de las características estructurales de la disciplina de enfermería, nos interesa pensar cómo este tipo de violencia se suscita al interior de los equipos interdisciplinarios.

Marcas históricas en el colectivo de enfermería

Considerando los procesos histórico-políticos que estructuran nuestra formación y práctica, la revisión bibliográfica nos da la apoyatura necesaria para advertir las múltiples desigualdades que atraviesan al colectivo de enfermería. Los artículos académicos que seleccionamos dan cuenta, por un lado, de desigualdades estructurales: género, raza, clase, condiciones laborales. Por otro, y acercándonos a nuestro foco de interés, dan cuenta de la subalternidad del colectivo de enfermerxs en el plano epistémico tanto en el ámbito de la salud en general como en el campo específico de la salud mental. De esta lista de desigualdades, queremos focalizar sobre el problema epistémico.

En cuanto a las condiciones laborales de lxs enfermerxs, Aspiazu (2017) subraya que la sobrecarga laboral, el pluriempleo, las diferencias en infraestructuras e insumos y los bajos salarios, son correlatos de la situación del sistema de salud en general aunque la enfermería presenta particularidades que la colocan en desventaja. Hay una característica básica. “Las y los enfermeros forman parte del grupo de trabajadores y trabajadoras del cuidado” (Aspiazu,2017, p.13). Estas ocupaciones agrupan características: por una composición en su mayoría femenina, por los

bajos salarios (más que aquellas no relacionadas al cuidado), por la precarización de las formas de contratación que afectan a todo el sector salud. Lxs enfermerxs representan una porción importante de la fuerza del trabajo del sector salud, en torno del 20% del empleo de la actividad, según la información disponible en la Red Federal de Registro de Profesionales de la Salud (REFEPS), para el año 2013. A diferencia de otras profesiones de la salud, en Enfermería se invierte la pirámide en relación a la calificación que caracteriza al empleo en sanidad (ocupaciones profesionales, técnicas y operativas). La fuerza de trabajo con menor calificación representa un 48% (auxiliares), 41% (formación técnica) y 11% son licenciadxs. Para compensar los bajos salarios, lxs profesionales de enfermería recurren al pluriempleo: “El estrés, el desgaste laboral no responden a una sola causa: las condiciones y medio ambiente laboral, la falta de recursos materiales y de personal, la intensidad de las tareas y la sobrecarga laboral contribuyen a crear un ritmo laboral desgastante” (Aspiazu, 2017, p. 18). Mendizabal (2018) añade al desgaste laboral otros rasgos: rotación permanente de servicios y horarios, premios y castigos en las horas extras, permanencia en el servicio post guardia bajo la amenaza de abandono de persona, el rol de control antes que de gestión que ocupan lxs compañerxs en los cargos de supervisión y gestión.

En relación a las diferencias de género dentro de la profesión, la distribución de trabajadores de enfermería muestra un predominio de mujeres, alcanzando el 85% (Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, 2015). Es importante indagar “el significado que adquiere el cuidado en los discursos y las percepciones acerca de esta ocupación, tanto de sus protagonistas como del imaginario social en general; y cómo opera el componente de cuidado en las problemáticas laborales de la ocupación” (Aspiazu, 2017, p. 30). A su vez, la concepción de la enfermería como “vocación”, vinculada esta a un rol naturalizado y adjudicado a las mujeres, entra en contradicción con la enfermería promovida como profesión, “como trabajo calificado, que puede ser ejercido por cualquier persona capacitada para hacerlo con independencia de su género” (Aspiazu, 2017, p. 31). Para Mendizabal, “feminizar la enfermería Argentina fue un indicador moderno sobre quién debía cuidar pero además, disciplinante de los saberes populares de cuidado arrasados por la academia masculinizada,

tanto confinante en la arena pública como en la disciplinar” (Mendizabal, 2018, p. 8). Para este autor, la consolidación de la hegemonía médica, religiosa, patriarcal y del mercado de consumo en salud le imprimió a la Enfermería una huella asimétrica y de dependencia profesional.

En relación con el problema epistémico, De Vita y Benavidez (2018) reflexionan sobre las dificultades del colectivo enfermerx para producir conocimiento específico: el conocimiento que lxs enfermerxs producen todos los días no llega a sistematizarse, menos a publicarse, quedando así silenciado. Mencionan que muchxs enfermerxs se perciben como quienes no tienen nada para decir. Señalan que el desarrollo de las teorías de Enfermería y la relación de estas con las prácticas es muy distante (contextos geopolíticos diferentes). Señalan también que la ausencia de bibliografía generada en el contexto latinoamericano es notable. Esta ausencia no es considerada una operación aislada en la educación superior argentina, y “en el caso de áreas de intervención en salud el efecto de la descontextualización del saber conlleva una práctica y política con consecuencias evidentes” (De Vita, Benavidez, 2018, p. 208). El poder biomédico, empresarial y estatal (como determinantes de las condiciones laborales) sobre la enfermería, “acumula sentidos en relación al silencio y la forma de imposibilitar la producción de conocimiento propio” (De Vita, Benavidez, 2018, p. 208).

Interdisciplina para quién

Según el artículo 8, de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, el abordaje en la salud mental debe ser por un equipo interdisciplinario de las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. Sin embargo, cuando nos remitimos a la revisión bibliográfica cabe mencionar la escasez de artículos sobre trabajo en equipo en Salud Mental que incluyan a lxs profesionales de enfermería como parte integrante de los mismos. Los principales hallazgos sobre este tema indican que:

- a) en las percepciones sobre la alteridad disciplinaria de los integrantes de estos equipos subsisten concepciones que refuerzan

la subalternidad de algunas profesiones respecto de otras, como el de la enfermería y la terapia ocupacional respecto de la psicología y la psiquiatría;

- b) las prácticas interdisciplinarias se implementan de hecho con una cantidad restringida de disciplinas y con una asimetría en la toma de decisiones de quienes coordinan las mismas (psicólogo y psiquiatra);
- c) las prácticas reconocidas como interdisciplinarias por los agentes de salud son pasibles de ser clasificadas como acciones de interconsulta o bien multidisciplinaria;
- d) hay una brecha relevante entre lo formulado teóricamente como interdisciplina y la práctica efectiva en los servicios. (De Lellis y Fotia, 2019).

“La profesión de enfermería no es visibilizada de forma espontánea como integrante de los equipos interdisciplinarios, solo aparece mención a partir de la pregunta explícita sobre este agente de salud, por sus características de rol transversal en el proceso de atención” (De Lellis y Fotia, 2016, p.11). El vínculo enfermería-psiquiatría aparece mediado por una forma de subalternidad. Resulta llamativo que al establecer una división de roles lx informante psiquiatra del establecimiento público señala que, lx enfermerx debe relevar información clínica esencial de lx paciente y lx psiquiatra procesa esa información a la luz del marco teórico que lo posibilita y habilita a tomar decisiones.

Según Emerson Merhy, “la clínica no es solo un saber diagnosticar, pronosticar y curar los problemas de salud, sino también es un proceso y un espacio de producción de relaciones e intervenciones que se da de un modo compartido, y en el cual hay un juego entre necesidades y modos tecnológicos de actuar” (Merhy, 2016, p.66). Consideramos que este espacio de producción de relaciones está mediada por asimetrías de poder, la cual no sólo se refleja en la relación profesional de salud/usuario, sino entre lxs mismxs profesionales de salud, como mencionamos hace un momento. En este sentido, ¿Qué concepción tenemos sobre lx otrx? Una de las bases de la violencia epistémica se encuentra el fenómeno denominado “othering”, el cual resulta en una asignación de sujetos y sistemas culturales a una de las esferas diferentes y discretas; “nosotrxs” (lxs

agentes epistémicxs) y “lxs otrxs” (implícitamente excluidxs), cada uno con su correspondiente rol epistémico (Pérez, 2019). Esta división “nosotrxs” y “otrxs” se manifiesta de manera corriente al referirse “al equipo” por un lado, haciendo referencia a las disciplinas de psicología, trabajo social y psiquiatría, y “lxs enfermerxs”, por el otro.

Sabemos que la producción de salud es un proceso esencialmente relacional, entre alguien y otrxs (Merhy, 2016). Y que para una construcción entre varixs como colectivo debemos tomar decisiones políticas, pero también el resto del equipo de salud debe asumirlas. ¿Qué pasa cuando lxs trabajadorxs son inesperados, cuando discuten el estatus quo, cuando a pesar de las pésimas condiciones laborales resisten? ¿Se puede inclinar la balanza hacia actos inhabituales? Necesidades de construir un saber crítico, que niegue los determinismos de lo general sobre lo particular sin descartar la importancia de las condiciones estructurales en la práctica cotidiana.

Sobre los entres

Para concluir, ¿qué caminos posibles se abren acerca de este tipo de violencia en el ámbito de los equipos de salud? ¿Existe la posibilidad de pensar y construir intercambios epistémicos entre los diferentes tipos de saberes, que no sean mediados por relaciones intrínsecas de violencia y silenciamiento?

Son interrogantes que si bien no se encuentran con una respuesta acabada, sostenemos que pueden ser abordados desde el concepto de pensamiento fronterizo, el cual “tiene como objetivo trascender la epistemología y hermenéutica modernas, la distinción entre sujeto y objeto, y crear un espacio de diálogo entre las formas de conocimiento eurocéntrico y las formas de conocimiento que fueron subalternizadas en los procesos imperiales coloniales.” (Pullido Tirado, 2009, p. 193).

Encontramos en estos “entre” (Novogrebelsky, 2019), “cruces” (Preciado, 2019), espacios de diálogo, de diversidad de perspectivas en torno a la complejidad que implica pensar la salud mental: la salud, desde este momento. “El cruce es el lugar de la incertidumbre, de la

no-evidencia, de lo extraño. Y todo eso no es una debilidad, es una potencia.” (Preciado, 2019, p. 30). Encontramos en ellos las resistencias de muchos profesionales hacia nuestra disciplina, tanto de los propios como de los ajenos, pero a su vez encontramos un espacio de flexibilidad para no sentir que tenemos que estar de un lado o del otro cuando bien se puede y se necesita con urgencia habitar las transiciones, los “entre”. Citando a Paul Preciado:

“Y me voy a quedar un rato. En el cruce. Porque es el único sitio que existe, lo sepan o no. No existe ninguna de las dos orillas. Estamos todos en el cruce. Y es desde el cruce desde donde les hablo, como el monstruo que ha aprendido el lenguaje de los hombres.” (Preciado, 2019, p.28).

Bibliografía

- Aspiazu, E. (2017). “Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado”. NB- Núcleo básico de Revistas Científicas Argentinas (Caicyt-Conicet), N°28, pp 11-23.
- De Lellis, M. y De Fotia, G. (2019). “Interdisciplina y Salud Mental”. *Anuario de Investigaciones*, vol. XXVI, pp 179-187.
- De Vita, L.E. y Benavidez, A.A. (2018). “Silencio y conocimiento en Enfermería”. *Rev IISE*, vol 12, 2013-2011.
- Batista, F. T., Merhy Emerson, E. (2016). *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Gribov Novogrebelsky, D. (2019). “El entre”. Recuperado de: <http://idepsalud.org/el-entre-%c7%80-esta-experiencia-de-los-encuentros-rica-fermental-polemica-es-un-espacio-tiempo-de-accion-y-construccion-contrahegemonica/>
- Ley N°26657. Ley Nacional De Salud Mental. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Mendizábal, J. (2018). “La enfermería y la búsqueda de nuevos escenarios en la modernidad: Reflexiones entre la idea de distribución y

reconocimiento". Revista *Territorios del Cuidado*, vol 2 (N° 1), pp. 06-14.

Pérez, M. (2019). "Violencia epistémica: reflexiones entre lo invisible y lo ignorable". *Revista de Estudios y Políticas de Género*, N.º1, pp. 81-98.

Preciado, B. P. (2019). *Un apartamento en Urano*. Primera edición. Buenos Aires: Anagrama.

Pulido Tirada, G. (2009). *Violencia epistémica y descolonización del conocimiento*. Sociocriticism, Vol. XXIV, 1 y 2.

VIOLENCIAS NATURALIZADAS: ESTIGMA E IMAGINARIOS SOCIALES LIGADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Paloma Burgos y Belén Devoto

Introducción

A partir de la conformación de los Estados modernos y del consecuente avance del sistema de producción capitalista, se ha desarrollado un proceso de homogeneización de los cuerpos sociales que no sólo permitió la jerarquización de la población en función de un ideal normalizador -sujetos capaces y menos capaces- sino la exclusión de todos aquellos que no se adecuaban a los ideales civilizatorios. Así, las diversas sociedades han construido alteridades negativas, *sujetos-otres*, a quienes se estigmatiza y atribuye -tanto a ellos como a sus prácticas- cierta cuota de peligrosidad.

Siguiendo a Link y Phelan (2001), el estigma surge de una serie de operaciones mediante las cuales se produce una identificación social de diferencias y se establecen etiquetas que se acoplan a las características indeseables o estereotipos negativos, dando lugar a un proceso de discriminación que se expresa mediante la desigualdad, el rechazo y la exclusión. Asimismo, Goffman (2006) señala que son los sujetos quienes instauran los medios para caracterizar a las personas y establece un vínculo estrecho entre estigma y aceptación social. A su vez, arguye que

es necesario hacer hincapié no sólo en el mero atributo sino en el lenguaje de relaciones tras que mientras se estigmatiza, se confirma la “normalidad” de otro (Goffman, 2006:13).

En esta línea, Goffman (2006) sostiene que existen tres tipos de estigmas: aquellos referidos a las abominaciones del cuerpo; los defectos de carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad y aquellos ligados a la raza, la nación y la religión (2006:14). En efecto, el estigma termina por reducir al individuo a una particularidad menospreciada y desacreditada que fomenta el ejercicio de diversos tipos de discriminación y restringe las posibilidades de vida de los sujetos estigmatizados. Así, Link y Phelan (2001) clasifican la discriminación como efecto del proceso de estigma en: la *discriminación directa*² ejercida por personas que reproducen la creencia estereotipada; la *discriminación estructural* que sufren grupos específicos como una manifestación que afecta la totalidad de la vida de la persona y profundiza la situación en que se encuentran y, por último, una *discriminación que ocurre a nivel de los procesos psicológicos* de las personas discriminadas y alude a la devaluación que sienten.

En este marco, les usuaries terminaron por constituirse socialmente a partir de categorías hechas en base a juicios individualizantes, condecoratorios y estigmatizantes. Siguiendo a Vazquez (2009), estos discursos cumplen una función de distorsión, magnificación e invisibilización tras que reducen el consumo a un acto delictivo y/o a una enfermedad, hecho que les niega a les usuaries la *racionalidad* y la *autonomía*, características principales de la ciudadanía en el régimen democrático (Auerano, 2003). De este modo, un acontecimiento que puede ser ocasional termina exponiendo a cierta población a una identificación pública, provocando la vulneración de derechos. Así, les consumidores de drogas ilegales sufren una doble discriminación: están expuestos a la condena del estigma social, a la vez que a la posibilidad de la privación de libertad, hecho que obstaculiza y desalienta las consultas en los centros de salud.

El presente trabajo, entonces, se propone identificar y analizar los estigmas sociales vinculados a los consumos problemáticos desde un

2 En el campo de la salud, podemos verla reflejada en los testimonios de diversas usuaries acerca de las experiencias de rechazo que sufren en los servicios de salud mental (negación de oportunidades de elección, menos posibilidades de recibir procedimientos avanzados, etc).

enfoque interseccional³. Para este fin, se ha elaborado un cuestionario semi-estructurado que pretende recolectar información cuantitativa acerca de los imaginarios sociales ligados al consumo problemático para analizar, con ello, los procesos de exclusión, violencia y discriminación ejercidos sobre determinadas actores sociales.

Imaginarios sociales sobre el consumo

Para poder desarrollar esta investigación se realizaron un total de 447 encuestas semi-estructuradas durante los meses de julio y agosto del año 2021. En cuanto a las personas entrevistadas, se observa una presencia mayor de mujeres cis (75.4%) en detrimento de varones cis (22%), identidades trans, travesti y no binaries (2.3%) y lesbianas (0.4%). Por otro lado, se destaca un promedio de edad entre 25 y 44 años.

En lo que respecta al lugar de residencia de les entrevistades, se destacan Buenos Aires y CABA, seguido de La Pampa y, en menor medida, Córdoba. Por otra parte, el 24.8% de la población encuestada ha referido dedicarse al campo de la salud en detrimento del 75.2% restante.

Para obtener una primera aproximación, se ha consultado acerca de qué es lo primero que asocian en relación con el consumo problemático. En este aspecto, tanto en las respuestas del personal de salud (PS) como en la población general (PG) aparecen las categorías de *“adicción”*, *“drogas”*, *“alcohol”* y *“excesos”*. No obstante, también se subrayan

3 El concepto de interseccionalidad fue acuñado por primera vez por Kimberlé Crenshaw en 1989. Así, desde de los '90 tanto las academias del Norte europeo como aquellas situadas en los Estados Unidos acuñaron el enfoque interseccional para incluir en los análisis una perspectiva que cruzara las categorías de raza, género y clase con el fin de dar cuenta de la imbricación de las relaciones de poder. No obstante, en el siguiente trabajo retomaremos la concepción planteada por Viveros Vigoya (2016) quien propone adoptar la interseccionalidad y la importancia política del concepto, sin reducirla únicamente a las categorías consideradas por estas academias del norte, enfatizando en los aportes de los feminismos decoloniales. Así, su apuesta consiste en alejarse del uso de categorías esencializadoras, muchas veces inadecuadas para pensar nuestras realidades latinoamericanas, y adoptar una perspectiva que permita describir formas de dominación específicas a través del significado que las mismas categorías encuentran en estos contextos y de las formas en las que las relaciones se imbrican y se experimentan.

conceptualizaciones tales como “sustancias peligrosas”, “malos hábitos”, “enfermedad”, “drogadictos” y “males innecesarios”. Cabe mencionar que entre el PS predominaron las respuestas que vinculan el consumo con un padecimiento subjetivo ligado a las trayectorias de vida de les usuaries y como un trabajo interdisciplinario.

“Pienso en personas que están atravesando una situación subjetiva particular momentánea y problemática vinculada al consumo de alguna/s sustancia/s.”

(Registro de encuesta a mujer cis, año 2021.)

“Problemática social que requiere atención interdisciplinaria.”

(Registro de encuesta a mujer cis, año 2021.)

Sin embargo, la asociación de consumo=enfermedad no estuvo ausente dentro de este grupo social así como tampoco en la PG. Otro detalle a resaltar es que entre la PG aparecieron respuestas que aluden no sólo al uso de sustancias ilegales sino también al consumo elevado de psicofármacos, hecho que no apareció de manera recurrente en las respuestas del PS.

“Psicotrópicos autorizados y no autorizados por la ANMAT: un Valium y un Faso.”

(Registro de encuesta a varón cis, año 2021.)

Por otra parte, entre la PG se destacan ideas vinculadas a la norma, la voluntad, la extensión en el tiempo, la pérdida del control y la violencia. Así, se subrayan respuestas como “un problema a largo plazo”, “violencia por consumo”, “consumo autodestructivo”, “todo lo que está fuera de control”, entre otras. Otra cuestión a recalcar es que tanto en las respuestas de PS como del PG la categoría de alcohol no es incluida bajo el término de droga sino que ambos términos aparecen disociados.

Siguiendo con el análisis, el 97.5% de les encuestades consideran que la cuestión del consumo problemático involucra múltiples factores mientras que el 2.5% restante lo asocia con un problema vinculado únicamente al campo de la medicina. Asimismo, más de la mitad de la muestra

(61.8%) -tanto a nivel del PS como de PG- considera que el consumo de determinada sustancia puede conducir al consumo de otras. Por el contrario, el 92.1% asegura que el consumo no es una cuestión crónica, ni irreversible.

El 65.1% afirma que existe relación entre consumo y acto delictivo; asimismo, el 63.3% considera que una persona en situación de consumo problemático es más susceptible a causar daño que aquella que no consumió, llama la atención que el 68.5% del PS sostiene dicho imaginario. Por otro lado, casi el total de les entrevistades (91.7%) sopesa que existe mayor estigma social sobre el consumo problemático en las clases sociales más vulneradas así como también estima que el tipo de sustancia(s) consumida(s) varía según los estratos sociales.

En lo que concierne a las relaciones de género(s), el 80% asegura que el género no es una variable que influya en el tipo, ni la frecuencia de consumo.

“Todas las personas sin importar el género eligen qué consumir y en qué cantidades... Después hay muchos mitos.”

(Entrevista a varon cis, año 2021.)

“Creo que las lecturas que relacionan determinados tipos de consumos o sustancias con los géneros son lecturas esencialistas, sexistas y, usualmente, machistas.”

(Entrevista a persona no binarie, año 2021.)

“Creo que varía el tipo de sustancias entre clases, pero no varía en cantidades entre género y clases.”

(Entrevista a mujer cis, año 2021.)

Ahora bien, entre el 20% restante, prevalece el imaginario que el consumo es más usual en varones cis y, en menor medida, en población travesti/trans. En el primer caso, se destacan respuestas asociadas a los mandatos de la masculinidad, el machismo y la gestión de emociones. En el segundo caso, se relaciona el consumo con una manera para poder afrontar la vulneración de derechos de las personas travestis y trans.

“En varones cis para demostrar que “se la bancan”, en poblaciones con derechos vulnerados como forma de responder a la falta de contención social/emocional/económica.”

(Entrevista a varon cis, año 2021.)

“La verdad no sé! Supongo que pienso así porque lo asocio a un mandato de masculinidad en el caso de los varones cis y en el caso de personas travestis y trans en situación de prostitución (me refiero a personas que no eligen ese trabajo sino que no tienen ninguna otra opción porque son discriminadas) porque supongo que el trabajo en la calle y de noche puede exponerlxs más a iniciarse en ese tipo de consumos.”

(Entrevista a mujer cis, año 2021.)

“Tengo dos hipótesis. El consumo es mayor en hombres, pero quién/quienes padecen más los escarnios en el deterioro social son las mujeres cis/ travestis y trans.”

(Entrevista a travesti, año 2021.)

Para cerrar, más de la mitad de les entrevistades (61.5%) considera que el estigma social es mayor en mujeres, lesbianas, personas trans/travestis y no binaries que en varones cis.

Reflexiones finales

A lo largo del siguiente trabajo se ha pretendido dar cuenta de los estigmas sociales vinculados a los consumos problemáticos. Así, a través del análisis presentado se observa cómo los imaginarios sociales involucran múltiples dimensiones que ponen en juego cuestiones ligadas no sólo a la clase sino también a las construcciones propias del sistema sexo-género.

En este marco, siguiendo la propuesta teórico-metodológica de diversos autores (Epele, 2007; Galende, 2015; Goffman, 2006; Nuria Romo, 2006; Vazquez, 2009) y resaltando la importancia de la interdisciplina, consideramos que es fundamental partir de un análisis situado e

interseccional que dé cuenta de los diversos significados presentes en el contexto sobre el cual se inscriben nuestras prácticas.

En lo que concierne a los consumos, es la sociedad misma la que dota de significado tanto a las sustancias como a los sujetos que las consumen (Nuria Romo, 2006). Ante el avance de discursos punitivos y criminalizantes, consideramos que estos procesos de estigmatización social terminan operando como una forma de violencia en la medida en que perpetúan una discriminación sistemática, constituyendo así nuevas formas de lazo social, organizando a los sujetos en función de un orden establecido y generando, al mismo tiempo, mecanismos de disciplinamiento y control para aquellos que se apartan de las normas que se buscan imponer.

En tanto profesionales del campo de la Salud Mental, creemos que es esencial preguntarnos acerca de las condiciones de la cultura y la sociedad en la que habitamos para construir, con ello, una práctica colectiva que parta de un enfoque de derecho y se dirija a los sujetos en su existencia real (Galende, 2015:28). En suma, consideramos que comprender la relación social del estigma nos permite ampliar nuestro horizonte de posibilidades a la hora de pensar la propia práctica clínica.

Bibliografía

- Aureano, G. (2003). "Uso recreativo de drogas ilícitas. Una visión política". En: C. Cáceres et al. (Eds.) *La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*. (pp. 45-48) Lima: UPCH.
- Epele, M. (2007). "La lógica de la sospecha. Sobre la criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud". *Cuadernos de Antropología Social*. FF y L. UBA, 25. 153-170.
- Galende, E. (2015). *Conocimiento y Prácticas en Salud Mental*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Romo Avilés, N. (2006) "Género y uso de drogas: La invisibilidad de

- las mujeres". En: *Monografía Humanitas*. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas, volumen 5 Pp. 69-83.
- Vázquez, A. (2009). "Estigma y drogas. Análisis de los efectos de exclusión en salud de personas con problemas de drogadependencia". XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires: Asociación Latinoamericana de Sociología.
- Viveros Vigoya, M. (2016). "La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación". En: *Debate Feminista* V. 52, Universidad Nacional Autónoma de México.

Otras fuentes utilizadas

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

SOBRE LA ACUMULACIÓN Y LA NEGACIÓN DE LO IMPERDURABLE: MECANISMOS DE VIOLENCIA DISCURSIVA EN SALUD

Daniel Hendlin

La fagocitación de la subjetividad

El discurso en salud es otra cara de la cultura. Una expresión coherente a los valores contemporáneos, que expone aspectos intrínsecos que hacen a su esencia, reflejados en prácticas moldeadas por un histórico-contextual.

En la multiplicidad de discursos de salud coexistentes, Menendez habla de la *carrera del paciente* (2003), refiriéndose a la adhesión simultánea de las personas a diferentes enfoques en salud, haciendo uso de un discurso u otro sin problemas, en un estilo de zapping discursivo. Así, una persona con un problema gástrico podrá recurrir a un nutricionista, a un gastroenterólogo, un médico ayurveda y utilizar los consejos de preparaciones caseras pasadas por generaciones en su familia.

Esto no produce conflicto alguno a la persona que persigue el objetivo de disminuir su malestar, pero tal vez encuentre un disgusto en los profesionales a los que consulta, que interpreten la variedad de miradas como un ataque a la legitimidad (o superioridad) de su disciplina y a su ego → diferentes discursos se parecen más de lo que quisieran en el hecho de que sostienen lógica identitaria y en que producen subjetividad, moldean identidad en practicante y usuario.

Aceptar la existencia de esa construcción identitaria permite acceder a la misma y al hacerlo, la vulnerabilidad acciona respuestas de otra manera inaccesibles.

Estos discursos no son evidentes, están incrustados y fusionados con la cotidianeidad y a menos que se ejercite la reflexión se vuelven inercia en las prácticas.

El discurso dominante en salud es testimonio de una cultura, y en nuestro caso es un discurso biologicista, basado en un tipo de evidencia, que coloca como principales valores la eliminación del dolor, la velocidad, la evitación de la muerte y otros. Como expresión cultural, a las características *propias* del modelo médico hegemónico, se le suman otras, extrapoladas del discurso social que no solo existen ligadas a la salud; impaciencia, exigencia (o la falta de), carencia de información, opinología, etc.

Como buen discurso hegemónico, impone su dominancia sobre otras miradas para mantener su estatus.

Pero este discurso hegemónico, como todos, es fabricado por personas, por lo que nuestra subjetividad lo genera → curiosa reflexión: el modelo basado en la evidencia tiende hacia la formación de profesionales cada vez más objetivos, en donde las elecciones y las terapéuticas sean crecientemente decididas por guías y algoritmos predeterminados, donde el criterio personal encuentre su mínima expresión, dibujando así una espiral de autoexclusión.

En su trabajo sobre la industria cultural (1972), Adorno y Horkheimer exponen algunos mecanismos de poder para entender (y combatir) diferentes artilugios del sistema. Refiriéndose al auge de la sociedad de masas, se refieren al proceso de transformación de ciertas obras de arte en objetos al servicio de la comodidad y de la *serialización* del proceso artístico.

Si bien ya era utilizado el término *mass media*, Adorno decide no usarlo por explicar que minimiza el fenómeno que describe y por el hecho de que este proceso es justamente antagónico a un arte nacido desde las masas. En esa transformación, la industria cultural se *adueña* de diferentes producciones de toda índole. Una canción, una pintura, un graffiti, una poesía. La nomenclatura utilizada es *fagocitación*, aludiendo al proceso fisiológico por el cual ciertos glóbulos blancos de nuestro sistema

inmune se “comen” cuerpos extraños como nocivos, y luego desechan algún residuo. Adorno y Horkheimer hablan del carácter liberador del arte, que se ve mermado e incapacitado por su serialización, hecho que hasta el siglo pasado dejaba a la producción artística por fuera de su dominio.

De esa manera obras plásticas de crítica social, músicas y obras de teatro que denunciaban injusticias o secretos, al consagrarse como éxitos y alcanzar cierta llegada masiva al público, se convierten irremediabilmente en un objeto de consumo, despojado de su capacidad crítica, abandonando el lugar plebeyo de donde nacieron, perdiendo singularidad y validez. En el transcurso del siglo XX este proceso violento e involuntario puede pensarse como automático, una consecuencia inevitable del sistema capitalista de consumo, donde año a año el factor tiempo influye en la trascendencia de las cosas, volviendo la permanencia una anécdota.

El proceso de fagocitosis de la industria cultural lleva al vaciamiento de sustancia e identidad de las obras de arte, volviéndolas un elemento de consumo masivo (y solo eso), pero sobre todo y más importante, destruyendo el mensaje que las motivó en un inicio.

Ejemplos pueden verse constantemente, remeras de bandas punk que critican el consumismo siendo vendidas en las grandes cadenas de shoppings, poetas revolucionarios siendo citados en cuadros colgados en bares de alta alcurnia, esculturas cuyo significado se perdió y obras de teatro del cual su crítica dramática es tomada como ironía y superficialidad, se desnuda su implicancia histórica y desvanece la profundidad de su marca.

Que una obra de arte sea fagocitada por la industria cultural no es que desaparezca ni se destruya, es peor. Es que sea procesada por la maquinaria insaciable del sistema que ya opera por sí sola, y sea desollada de su espíritu para volverla un bien mercantil que no cause ruido o incomodidad, que sea aceptado y vendido como pochoclo en la entrada de algún cine.

Si decimos que una sociedad es la que produce sus concepciones en salud, y lo relacionamos con los conceptos sobre la industria cultural, la asociación es ineludible: el mismo proceso se aplica al discurso médico.

En los últimos años vemos una renovada aceptación de las miradas *integrales* en el centro de la hegemonía médica, y un *ablandamiento* en la permeabilidad de muchos profesionales al co-tratamiento por

diferentes miradas. Este proceso no es impulsado por algún comité malvado oculto en otro continente, es un mecanismo intrínseco a nuestro sistema fagocitario, coherente con todos los aspectos sociales de mercados que se expanden y adaptan a incorporar pluralidades para su omnipresencia, eliminar competencias, homogeneizar heterogeneidades y disidencias.

El discurso hegemónico en salud es metamórfico y permite, con un ánimo condescendiente disfrazado de apertura mental, la incorporación de otros discursos. ¡Pero os advierto, practicantes de otras ramas! El modelo funciona como la fagocitación cultural, y digiere esas otras cosmovisiones que permiten simbolismos y mitologías, no extingan las palabras porque estas tienen el poder de manifestar, o el reduccionismo continuará dominando el consultorio.

La manera que tiene el modelo de permitir la multiplicidad de miradas sin recelo y sintiéndose tranquilo, es adueñándose de esos otros discursos, para luego ejercerlos de una manera diluida, un ejercicio atravesado por el cristal de los valores de la facción que los consume, no mediante los modos de la que los crea.

Si la potencia de otros discursos es permitir otros simbolismos y otra eficacia, al ser ejercidos bajo las lógicas hegemónicas pierden la propiedad que los dota con tales fortalezas.

Tal vez uno de los determinantes en salud más característico sea cultural: el de encontrar valor en el aprovisionamiento y acopio de bienes, iniciando una cascada de consecuencias distintivas de nuestras sociedades y nuestros padecimientos.

Sobre la acumulación y la negación de lo imperdurable

El discurso en salud revela una cualidad del cuerpo social que lo produce y consume. Similar a la invisibilización del otro, las hegemonías resultan arrasadoras e invalidantes de aspectos sutiles del vivir.

Ese cuerpo propone como una de sus máximas la acumulación, construir un patrimonio y percibir valor en función de tal. Perseguir la importancia del legado y a través de él manifestar identidad, potencia.

Lo único constante es el cambio y sin embargo logramos afirmarnos en la contradicción de un paisaje que busca con desesperación la ilusión de lo estable.

Pero ¿cómo hacerlo? Cuando funcionamos inmersos en una lógica social donde la acumulación como ilusión de seguridad es una aspiración constante que se ha grabado en nuestra manera de existir ¿Podemos permitirnos toda la dimensión de cómo estos procesos afectan la clínica con la que trabajamos?

Aferrarse es la fuente de todo sufrimiento (Lao Tsé). François Jullien lo interpreta bajo el concepto de *fijación* (2013) y buscando el origen de un proceso traumático, aborda el concepto de *atascamiento* vaticinado por Freud para luego arrojar "lo grave no es tanto lo que nos sucede, sino el hecho de que se *fije*". Idea transmitida alguna vez por Confucio, "sufrir una ofensa no es nada, a no ser que nos empeñemos en recordarla". El primer pensamiento apunta entonces a que el reverso de dicha idea sería una solución, una *des-fijación*.

Si acaso el origen del sufrimiento es verse capturado por el no-devenir del deseo o su satisfacción, por un recuerdo, sueño o el estancamiento de una fuerza desvanecida, es la propia estructura invisible de nuestro discurso como sociedad la que maquina esa captura.

Una mirada original que se presenta como un planteo *paralelo* al dominante y que tuvo presente la acción sobre los estancamientos es el constructo de la medicina tradicional china, cuyo discurso en salud está fuertemente ligado a la idea de movimiento.

Para este enfoque, toda experiencia humana es una manifestación de la *energía* (Qi) que compone a las personas. Cuando esta *energía* se ve alterada, modifica su *manera* de moverse y en esa alteración produce padecimiento.

Si bien las ideas pueden sonar esotéricas, las culturas orientales son predominantemente pragmáticas y positivistas. El pensamiento Chino, como su lenguaje, cultiva el significado contextual y metafórico, permitiendo interpretaciones que devienen en distintas conceptualizaciones y abordajes. Un ejemplo simple sería el análisis de la palabra Crisis - *Wéijī* (危机), donde *Wéi* - 危 significa Peligro y *jī* - 机 significa Oportunidad.

Antonio Gramsci (1929-1935) escribe en sus cuadernos de la cárcel: “La crisis consiste en el hecho de que lo viejo está muriendo y lo nuevo no puede nacer”. Otra formulación del florecimiento del aspecto estancado de la fijación. Solo el movimiento constante, como un fluir que lave la marca traumática del apego, puede desprender el anclaje de lo sujeto. Contrariamente a lo que podría pensarse, es en lo estancado donde se desdibuja la esencia de las cosas, “(...) en este interregno se verifican los fenómenos morbosos más variados” (Gramsci).

Se genera una desaparición de significado, un ejercicio de revolver lo que no va para ningún lado, una estasis de energía. Como cantaba Bob Dylan en 1965 “aquel que no está ocupado naciendo está ocupado muriendo”.

La gente no soporta que no haya un fin, un propósito. De esa forma el discurso social define una dirección de manera nítida [X] en todo aspecto, resultando en atenuar singularidades. Una de las maneras de ejercer la *des-fijación* sería la de ejercitar despegarse de ese fin, de esa finalidad impuesta a modo de *mandato hegemónico*. A la expresión de un rasgo social como es el estancamiento, la contrapartida sería extinguir ese objetivo ilusoriamente definido y permitirse ocupar el espacio del devenir, no del ser, permitiendo la aparición de un destino subjetivo, tendiente a autorizar el movimiento, la manifestación de un propósito liberado.

Si la historia la escriben los que ganan (Churchill-Nebbia), la historia del mundo es la historia de la violencia. Es la historia de las dominaciones y las imposiciones.

Dentro del impuesto social como es el análisis categorial del mundo que ejerce violencia en su afán de definir, mantenerse flexible, no ceder ante una postura extrema o rígida, es un acto de fortaleza.

Una conclusión

¿Se puede dar marcha atrás al proceso de medicalización? ¿o al de objetivación? ¿o al de la industria cultural aplicada al discurso de salud?

Si arrojamamos una pluma a una piletta con pintura, ésta quedará completamente teñida. Lo mismo sucede con el discurso hegemónico, es inevitable. Si queremos conservar su color, su cualidad, debemos recubrirla,

ejercer activamente algún proceso de protección que impida que sea teñida y preservarla.

Las prácticas en salud y sus insignificancias, detalles del devenir en existencia deben ser protegidas. La inevitabilidad de la influencia hegemónica ocurre gravitacionalmente, inherente a la naturaleza de toda hegemonía. La manera de contenerla es reconocerla y dar cuenta de ella.

Bibliografía

- Adorno, T. y Horkheimer, M. (1988). *La industria cultural. Iluminismo como mistificación de masas*. Buenos Aires: Ed. Sudamericana.
- González, E. (2021). *El concepto de la industria cultural de Theodor Adorno*. Recuperado de: <https://www.interiorgrafico.com/edicion/vigesimo-primer-edicion-julio-2021-s egunda-edicion-interiorgrafico/el-concepto-de-la-industria-cultural-de-theodor -adorno>
- Gramsci, A. (1977). *Antología*. México: Siglo XXI.
- Jullien, F. (2013). *Cinco conceptos propuestos al psicoanálisis*. Buenos Aires: El Cuenco de Plata.
- Lao Tsé (2007). *Tao Te King*. Barcelona: RBA Libros, SA.
- Mastrini, G. (2021). Clase Virtual N° 4. *Industrias Culturales y de la Comunicación. Un concepto clave para la Economía Política de la Comunicación: las industrias culturales*. Buenos Aires: UNSAM.
- Menéndez, E. (2003). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. México DF: *Ciência & Saúde Coletiva* 8 (1) 185-207.

INTERPELANDO EL COTIDIANO

Victoria Argañaraz y Ruth Nudelman

Historizando y contextualizando

Para iniciar con este escrito creemos necesario volver unos casilleros hacia atrás para comprender la situación actual, y no tan actual, que vivimos hoy en día. Culturalmente se ha concebido de forma lineal que las personas designadas como mujeres debían en consecuencia ser madres y las que “osaban” plantear un deseo propio eran consideradas antinaturales (o brujas incluso). En paralelo las personas consideradas hombres eran los designados con el rol de proveedores ya que las mujeres, encargadas de la maternidad, no podían encargarse de esta función. Esta reproducción en la distribución de tareas conllevó, y aún conlleva, los roles atribuidos a cada género. Hacemos la salvedad de personas consideradas según cada género ya que apelamos a lo propuesto por Judith Butler (1990) en cuanto a la performatividad del género y a su vez ponemos en tela de juicio la designación de roles acorde a un sistema patriarcal heteronormativo.

Prosiguiendo con esta atribución de roles según el género designado, retomamos las palabras de Lamas (1986) al momento de repensar estos como consecuencia de los estereotipos de género, considerándolos como:

“El papel o rol de género se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o

masculino. Aunque hay variaciones de acuerdo a la cultura, a la clase social, al grupo étnico y hasta al nivel generacional de las personas, se puede sostener una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva: las mujeres tienen a los hijos y por lo tanto los cuidan: ergo, lo femenino es lo maternal, lo doméstico contrapuesto con lo masculino como lo público. La dicotomía masculino-femenino, con sus variaciones culturales (...) establece estereotipos, las más veces rígidos, que condicionan los roles limitando las potencialidades humanas de las personas al potenciar o reprimir los comportamientos según si son adecuados al género.”

Pareciera que las concepciones y atribuciones de roles asignadas a tareas de cuidado siguen vigentes sin ser considerados problemas de ámbito público, quedando aislados en cada esfera privada, no sólo en hogares y/o dinámicas vinculares de familia sino también en las instituciones que brindan cuidados. Es por esto que consideramos que si bien no son temas “novedosos” ni traemos respuestas acabadas a dichos interrogantes, vemos esencial continuar problematizando dichas temáticas.

Una de las primeras instituciones que habitan las personas es la escuela, donde allí se enseña y se instala lo esperado socialmente acorde a cada género. Si bien no optamos por las generalizaciones, las tareas de cuidado también se encuentran a cargo de mujeres.

Entre demases motivos marcamos como imperiosa la implementación de la ESI (Educación Sexual Integral) para tensionar y cuestionar los mandatos instaurados. Acordamos con Méndez (2013):

“Indudablemente la mujer se encuentra en desventaja ante esas simbolizaciones, que urge se deconstruyan. La escuela es un espacio indicado para empezar con esa tarea. Si los habitus se encarnan desde pequeños, entonces que la educación de género se lleve a las aulas de escolaridad básica, pero sobre todo, que se reeduce a hombres y mujeres a través de varias vías con campañas contra la violencia de toda índole.”

Teniendo en cuenta que esta reproducción representa una violencia simbólica ejercida contra las mujeres es que creemos y coincidimos en

que dicha problemática⁴ implica la actuación de la esfera de las políticas públicas, en palabras de Lucía Crimi Orbon⁵ (2020):

“El cuidado además de estar feminizado está muy familiarizado, asociado a la familia. Entonces si por algún motivo te quedás sin red familiar, también te quedás sin red de cuidados. Esas personas dependen del cuidado de su comunidad, de sus pares. Y eso está bueno que sea reconocido y valorizado. El Estado debería estar ahí otorgando derechos y servicios tanto en la adolescencia como en la vejez. Los cuidados recaen en las mujeres y en las identidades feminizadas, y también en las personas más pobres. No se trata solamente de un cambio cultural y social, sino también una agenda económica.”

En relación a la garantización de derechos por parte del Estado, recientemente se promulgó la Ley N° 27610, la cual garantiza el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Esta promulgación la consideramos un hito para continuar desandando el estereotipo que asocia a la mujer con lo maternal y en consecuencia con el rol de cuidados que se le ha impuesto socialmente. Sin embargo, durante el debate y la polémica que generó en algunos sectores se pudo observar cómo aún hoy continúan vigentes estos mandatos de género, la apropiación del cuerpo y lo que se espera que las mujeres lleven a cabo.

Si bien afirmamos que aún faltan darse varios espacios de “puesta a luz” de problematización y debate en relación a materia de derechos, destacamos las incorporaciones recientes, como la equiparación de las tareas de cuidado con un trabajo, lo cual permite sumar años de servicios previsionales en base a la cantidad de hijxs y por cada licencia de maternidad, que permite que un porcentaje de mujeres accedan a una jubilación. Estas son luchas que llevan a equiparar los accesos, romper con aquellos estereotipos, ampliando los roles y tareas llevadas a cabo por las personas.

Respecto a lo mencionado anteriormente en términos cuantitativos, el 44%⁶ de las mujeres en edad jubilatoria no pueden acceder actualmente

4 La cual acotamos al momento de desarrollar este escrito, entendiéndose dentro de un entramado complejo atravesado por múltiples factores.

5 Directora Nacional de Políticas de Cuidado.

6 Fuente extraída de <https://www.pagina12.com.ar/344395-tareas-de-cuidado-trabajo-sin-pago-pero-con-derechos>

a un beneficio previsional. Este porcentaje representa aproximadamente a 300 mil mujeres entre 59 y 64 años que quedan por fuera de una jubilación por no contar con los 30 años de servicios requeridos entre sus aportes registrados. Con la medida incorporada recientemente, 155 mil mujeres podrían acceder a la jubilación de inmediato, y otras 30 mil mujeres el año próximo.

Se lo describe como trabajo no pago, pero con derechos. Si bien generalizamos cuantitativamente a manera expositiva, detrás de cada porcentaje se encuentran diversas singularidades, cada una con sus trayectorias de vida. Es allí también donde deberíamos hacer foco ante la posibilidad de elección y participación en cada una de ellas.

Nuestras prácticas

Observamos como escenas cotidianas encontrar mujeres en el hall de nuestra institución con sus niños, llevando a cabo también sus roles de cuidadoras en estas situaciones. Dicho ejemplo concreto puede extrapolarse hacia otras situaciones donde se puede visualizar que dentro de los cotidianos de las mujeres, sus tareas de cuidado se encuentran llevadas a cabo en simultáneo con otras tareas. Al respecto, retomamos una reflexión de Collin (1994) que remarca que “un análisis del espacio de las mujeres y del uso que hacen de él no puede por otra parte ser muy diferente al análisis de la estructuración de su tiempo: veríamos entonces cómo y por qué sus pasos están contados”.

Diariamente en nuestras prácticas nos encontramos con mujeres que, además de trabajar por fuera de su casa, al volver a sus hogares “deben” hacerse cargo de las tareas del hogar y, en algunos casos, del cuidado tanto de sus hijos como de adultos mayores. Si bien desde el siglo pasado las mujeres comenzaron a ocupar otros lugares en el ámbito laboral, esto no redujo el trabajo informal que desarrollan en sus hogares, sino que, por el contrario, su trabajo se duplicó. Observamos que esto repercute como un factor estresante en su cotidiano, ya que implica una sobrecarga en sus actividades. ¿Cómo empezamos a cuestionar esta atribución de roles? ¿Cómo empezamos a desarmar estos mandatos que vienen siendo

impuestos históricamente? ¿Cuál es la posibilidad de elección de participación en cada tarea? ¿Serían las mismas elecciones con diversas realidades socioeconómicas? ¿Cuál es el rol del Estado en este punto?

En relación al ámbito laboral que mencionamos, existe una diferencia notoria en el tiempo que cubre la licencia por maternidad y la licencia por paternidad, remarcándose implícitamente quiénes son las que tienen que ocupar mayor parte de su tiempo al cuidado de lxs hijxs.

Notamos también que, en los casos en que las mujeres no pueden y/o no tienen la posibilidad de elegir desempeñar las tareas de cuidados, acuden a otras mujeres de su entorno afectivo. ¿Qué sucede con los cuidados ejercidos por masculinidades? ¿Qué estereotipo de género se ha reproducido en ellas para que los cuidados no sean pensados para ser ejercidos por los hombres? ¿Cómo podemos empezar a pensar en una socialización de los cuidados? ¿Nosotrxs como profesionales de la salud recolectamos las mismas narrativas en mujeres y hombres respecto a las tareas de cuidado?

Conclusiones

Consideramos imperioso repensar y cuestionar estos roles. En algunos casos para cuando no concuerden con el deseo de cada mujer y, en otros, para que estas tareas de cuidado sean reconocidas, en materia de derechos y monetariamente y poder socializarla para que no recaiga únicamente en una figura. Que se trate de una elección de llevar a cabo tareas de cuidado para todas las personas, y no como únicas y/o obligatorias tareas.

Habilitar pensarnos, ser y hacer desde seres ocupacionales, seres de construcción social, rompiendo paradigmas hegemónicos heteronormativos, binarios, biologicistas. Poder entender la situación como una problemática social, en donde las acciones se orientan a ampliar redes de cuidado, dejando a un lado el familiar-centrismo.

Coincidimos con este apartado, de un ensayo de Echegoyemberry (2017) donde plantea que:

“Se considera fundamental analizar y desnaturalizar las construcciones discursivas, estos discursos generan efectos en la subjetividad de las mujeres, se constituyen como discurso de dominación simbólica masculina. Así, parecen roles novedosos o posturas que elogian una particular inclinación de la mujer en el cuidado, sin embargo perpetúan para las mujeres roles reproductivos, sin analizar cuál es la situación de las mujeres en términos de distribución real del poder.”

Marcar una postura en nuestras intervenciones tanto con mujeres como con hombres nos parece un aporte desde la salud pública para continuar cuestionando y deconstruyendo los estereotipos de género. Sin embargo reforzamos que las políticas públicas con perspectiva de género son las que deben hacer su mayor aporte para que la implementación de la Ley N° 26.485 garantice la erradicación de la violencia ejercida contra las mujeres. Dentro de estas políticas destacamos los ámbitos sanitarios, laborales y educativos.

Bibliografía

- Butler, J (1990). *El género en disputa*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Collin, F (1994). *Espacio doméstico. Espacio público. Vida privada*. En: *Ciudad y Mujer*. Madrid: Seminario Permanente “Ciudad y Mujer”, 1994. p.231-237. Recuperado de: <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/espacio-domestico-espacio-publico-vida-privada-2.pdf>
- Curia, D (2020). *Cuidados y diversidad: entrevista a Alba Rueda y Lucía Cirimi*. Página 12. Secciones y Suplementos Las 12. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/284734-tener-una-familia-no-te-asegura-tener-alguien-que-te-cuide>
- Echegoyemberry, N (2017). *Identidad, género y Derechos Humanos: El rol de las mujeres en el cuidado de “la casa común” (ambiente)*. Revista *Antropología y Etnografía* vol.2 no.1 Montevideo. Junio 2017.
- Lamas, M (1986). “La antropología feminista y la categoría “género”. *Nueva Antropología*, vol. VIII, núm. 30 de noviembre, pp. 173-198. Distrito Federal, México: Asociación Nueva Antropología A.C.

- Ley N° 26.150. Programa Nacional de Educación Sexual Integral. *Boletín Oficial*. Buenos Aires, Argentina. 23 de octubre de 2006.
- Ley N° 26485. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. *Boletín Oficial*. Buenos Aires, Argentina. 1 de abril de 2009.
- Ley N° 27610. Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. *Boletín Oficial*. Buenos Aires, Argentina. 15 de enero de 2021.
- Méndez, G (2013). *Habitus, estereotipos y roles de género. Percepciones de profesores y estudiantes*. Docencia Universitaria, Volumen 14, págs 89-105.
- Risso, N (2021). *Tareas de cuidado, trabajo sin pago pero con derechos*. Recuperado de:
<https://www.pagina12.com.ar/344395-tareas-de-cuidado-trabajo-sin-pago-pero-con-derechos>

ENTRE LA VOZ Y EL SILENCIO: EL VALOR DE LA ESCUCHA MUSICOTERAPÉUTICA ANTE LA CLÍNICA DEL ARRASAMIENTO SUBJETIVO

Tatiana Jares, María Eugenia Labate y Paula Uzal

Silencios mudos: "El secreto"

M tenía cinco años. Me llamó la atención su silenciosa presencia. La madre la había incluido en una escuela de sordo-mudos, sin embargo no había causa orgánica que justificara dicha modalidad. Una pediatra del hospital fue quien solicitó la interconsulta con el equipo de salud mental.

En las primeras sesiones se presentaba con cierta desorganización corporal y permanecía con la boca cerrada aunque mostraba cierto entusiasmo ante el encuentro con diferentes objetos, pasando de uno a otro sin pausa.

En el primer tiempo acompañé a M sin emitir sonido alguno, temía que comenzar a sonar pudiera ser disruptivo para la escena lúdica que comenzaba a desplegarse. De a poco, M comenzó a introducir un susurro suave. Algo de la sonoridad comenzó a aparecer en el marco del juego de animales, por medio del rugido de un león. Con el devenir de los encuentros M comenzó a esbozar algunas palabras con mayor volumen para hacerse de objetos que le llamaban la atención y para nombrarme en un grito.

En cierto momento M comenzó a desarrollar una escena que retomaba sesión a sesión: se colocaba debajo de una mesa y me hacía señas para que me acercara. En esa intimidad realizaba un gesto de contarme un

secreto. Ante mi oreja M no susurraba palabra alguna. Permanecíamos debajo de la mesa hasta que ella salía y me llamaba desde afuera. Allí volvía a aparecer el sonido, las risas y gritos en un sinfín de juegos que se desplegaban metonímicamente. Este silencio no era igual al del comienzo, un silencio enmudecido, vacío. Algo de este silencio tomaba otro valor, portaba otra cualidad e impactaba por su tensión y fuerza.

Ante este impacto, en entrevistas con la madre, señalé la aparición de este silencio en la escena de "juego del secreto". Ello fue el pie para que la madre pudiera relatar con angustia un abuso intrafamiliar que había padecido en su temprana infancia y sobre el cual nunca "había podido hablar". Se trataba justamente de un secreto familiar sobre el que su propia abuela, la había condenado a guardar silencio ante el imperativo de "nunca más hables de esto".

La voz vacía: "La niña mecánica"

V estaba internada cuando la conocí. Tenía diez años aunque parecía una niña mayor y había llegado al hospital por maltrato por parte de la pareja de su madre, que se negaba a separarse. También existía una denuncia hacia el padrastro anterior por abuso. Cuando V hablaba de las situaciones traumáticas que vivió lo hacía sin velo y ante cualquiera. Otros de sus relatos remitían a situaciones con pibes ante los cuales ella se ofrecía sexualmente. Su forma de relatar era con una voz monocorde, en donde no afloraba el afecto. Mi sensación era la de estar ante una bomba de tiempo y eso me daba miedo, temía no estar a la altura del tratamiento.

V tenía una gran habilidad para improvisar melodías y siempre elegía la flauta. A todas las improvisaciones ella las asociaba con el amor, la felicidad y la primavera. Su voz nunca aparecía en dichas improvisaciones, por lo cual decidí convocarla desde ahí. También le propuse grabar como en otras sesiones. Cuando V escuchó su propia voz dijo que lo que sonó parecía de una película de terror, significativa que volvió a aparecer la sesión siguiente cuando me pidió exclusivamente hacer música de terror: tocó acordes disonantes y escalas cromáticas mientras cantaba tonos

muy agudos. Al escucharse, empezó a inventar historias⁷, una de ellas la tituló 'la niña mecánica'. En este marco apareció por primera vez la vergüenza, cuando alguien externo irrumpió en el espacio de trabajo comentando "qué linda voz". La sesión siguiente me pidió seguir trabajando sobre lo mismo por lo cual escuchamos de nuevo dichas producciones. V se imaginó otras escenas para actuarlas con la música, en esta actuación me pidió que tome el papel de mamá. La escena transcurría en una iglesia en la cual se caía la cruz y al mismo tiempo una madre ahorcaba a su hija. Una vez que moría, volvía del mundo de los muertos a vengar a su madre, matándola. Ambas se encontraban en el mundo de los muertos y se perdonaban, se abrazaban pero la hija al abrazarla la volvía a matar. Al terminar la sesión le dijo a su cuidadora con gran entusiasmo: "hicimos escenas terroríficas".

Silencios que dicen: "Chau Cuco"

R tenía cuatro años cuando la conocí. Vivaz, charlatana, sociable y propositiva. Su familia denunciaba graves hostigamientos por parte de unas vecinas tías-abuelas que buscaban desalojarles de su hogar mediante diversas agresiones. La niña presentaba estrabismo, enuresis, encopresis y terrores nocturnos; por tal razón se decidió la derivación a Musicoterapia.

Al inicio del tratamiento R desplegaba diferentes escenas vinculadas a pautas de cuidado, y construcción/destrucción de casas. Ante la emergencia de sonidos fuertes la niña indicaba que le dolían los oídos y enseguida buscaba cambiar de propuesta. A veces nos visitaba "el Cuco", a quien le cocinábamos galletitas para saciar su hambre. Junto al equipo implementamos estrategias para que la niña no quedara expuesta a las situaciones de violencia que causaban las vecinas, fue entonces cuando sugerimos y facilitamos su inserción escolar. Ante la persistencia sintomática, se

7 - Una enfermera con aparatos en las piernas que al morir en el hospital y quedarse sola buscaba niños para llevárselos con ella. La enfermera habitaba en el ascensor y era desde ahí que atrapaba a sus presas.

-Una niña se metía a bañar en el hospital y se tropezaba con el jabón, pedía auxilio a la madre pero esta no le creía, por lo cual la niña se caía y se moría. Una vez muerta hacía tropezar a otras niñas para "no sentirse sola en lo que le pasó".

sospecha que el hostigamiento podría presentarse dentro de la casa y que las vecinas serían un distractor del motivo real del malestar de la niña.

Un día, al ingresar a sesión, R se arrodilló en el centro del consultorio y se quedó en silencio, mirando hacia el suelo. Me acerqué e intenté convocarla, pero al percibir que la niña permanecía inmutable decidí acompañar su silencio con el mío. Luego de un tiempo, R retomó sus juegos habituales, como si la escena anterior nunca hubiera sucedido. Cuando le consulté acerca del silencio inicial, comentó que en ese momento le dolían los oídos y enseguida buscó continuar jugando. La niña improvisó una canción que cantó en forma reiterativa y circular, bajo el leitmotiv: 'Te voy a contar un secreto'. Al finalizar me pidió "tocar los instrumentos fuerte para que el Cuco no se acerque".

Posteriormente a partir de dicho suceso, la trabajadora social realizó una serie de entrevistas con la familia de R, donde se reveló una historia de abusos intrafamiliares silenciados por generaciones. Se les acompañó para que pudiesen armar su relato, y de esta manera quebrantar el silenciamiento generacional que la niña encarnaba.

En los tres recortes clínicos se visibiliza la cuestión del abuso y sus respectivas consecuencias subjetivas en tres tiempos: pre-historia, historia y presente. En todos ellos, el abuso supuso un encuentro con lo traumático y en consecuencia una destitución subjetiva; sin embargo en cada caso la solución que encontramos da cuenta de una construcción singular.

En el primer caso, es el abuso sufrido por la madre lo que condena a la paciente al silenciamiento.

En el escenario transferencial la musicoterapeuta pesca, en la ausencia de sonidos del lado de la niña, cierto lugar de pasividad y produce una primera intervención: restar la propia voz, produciendo un *silencio*. Este silencio opera generando un primer movimiento a partir del cual la niña comienza a desplegar cierta sonoridad de su lado. Podemos pensar que el *silenciamiento materno* se presentifica en una niña que no habla, y que es tratada por su madre como una sordomuda, *eternizándola* en el lugar del objeto silenciado.

La segunda intervención de la musicoterapeuta se produce mediante el relato a la madre de la *escena del secreto* que insistía en el consultorio.

Este relato le brinda a la madre la posibilidad de una historización acerca de aquello padecido y permite hipotetizar que la solución se produjo con la ubicación de su hija como *correlato de su fantasma*. Es posible pensar que en este caso el síntoma de la niña compete directamente a la subjetividad de la madre, quedando retenida como objeto de su goce. Esta lectura permite formular algunas directrices diagnósticas, como condición de posibilidad del posterior tratamiento.

En el segundo caso, el abuso se presenta años antes de la consulta. La solución se ubica en el marco del *acting out*. Es posible pensar que los dichos que traía V al comienzo del tratamiento buscan dejar al otro como espectador. Este parloteo vacío estaba sin embargo dirigido a un otro, con la intención que lleva impreso todo *acting*: mostrar algo, producir *sensación* en el otro (poner al otro en el lugar de objeto a ser abusado). La musicoterapeuta escucha su propio miedo -sensación que le provocaban los dichos de V y la forma de decirlos- y desde allí interviene invitando a la paciente a poner *la voz como posibilidad* en las improvisaciones con la propuesta de grabarse. A partir de la escucha de su propia voz se trastocan los lugares: *V se ve desde el lugar desde donde la mira el otro*, se ubica en el lugar del espectador. Luego se produce la vergüenza como efecto subjetivo, lo cual da cuenta de que se armó una escena. Podemos pensar entonces que el armado de la escena le permite a V el pasaje de un lugar de objeto a sujeto; ya que es ella quien compone *música terrorífica* y quien crea historias de terror, que luego se vuelven guiones a ser actuados. Al crear las historias ella también las ve; es autora de la escena. Haberle permitido el lugar de espectador abre una terceridad, como legalidad que orienta el despliegue de lo simbólico. Las historias que V empieza a crear en el marco del tratamiento ya son ficciones compartidas, lo cual le permite armar lazo social.

En el tercer caso, el abuso es actual, está aconteciendo al momento de la consulta, incluso con accesos de angustia durante las sesiones. Al terror nocturno, los síntomas de encopresis y enuresis podemos pensarlos como indicadores de abuso de algún tipo, o con el encuentro de un Otro gozador. La niña como objeto de goce. Aparece en este caso lo no ligado, es decir que se produce el encuentro con lo real. Podemos pensar que en este caso la niña se encuentra siendo abusada, por lo cual no

es ubicable allí el armado de una defensa que, como solución, le permita sostenerse como sujeto.

La primera intervención de la musicoterapeuta consistió en permitir el despliegue de un silencio. Este silencio tomó un valor significativo y funcionó como operación subjetiva en el marco de la escena. Si bien R ya traía escenas de juego, es notable cómo a partir de dicho silencio que opera como puntuación, comienza a producir cierta localización/acotamiento del goce que al principio se presentaba como indiferenciado e intrusivo. Le pone el nombre de *Cuco*, dándole una representación y pudiendo así defenderse del mismo: 'sonando fuerte para que se aleje'. Se puede pensar que la solución en este caso se da en el marco del tratamiento y es la musicoterapeuta quien habilitó desde la transferencia dicha construcción.

Conclusiones

El presente trabajo traza líneas de fuga respecto a los dispositivos e intervenciones para el abordaje de las violencias ya que se habilita un lugar para el despliegue sensible, creativo y lúdico en donde acontece el pasaje a un sujeto activo.

El abuso y la violencia llevan al sujeto a un trabajo incesante. Nuestra labor consistió en alojar esos modos singulares y ofrecer una oportunidad para escuchar: *un escucharse* que interroga la defensa. Los encuentros oportunos son acontecimientos que, en distintos tiempos vitales del sujeto, producen una marca: la marca del lazo social.

Bibliografía

- Álvares, L. (2003). *Algo le va a pasar a tu mamá y a tu hermanita... La estructura del secreto en el abuso sexual infantil. Subjetividad y procesos cognitivos*. Argentina: Ed. UCES.
- Barthes, R, 1986. *Lo obvio y lo obtuso. Imágenes, gestos, voces*. Buenos Aires. Argentina: Ed. Paidós.

- Bauab De Dreizzen, A. (2002). *Del Grito a lo Invocante*. I Congreso Argentino Convergencia: Psicoanálisis, lazo Social y adversidad.
- Bleichmar, S. (2009). *Inteligencia y Simbolización. Una perspectiva psicoanalítica*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Calvi, B. (2020). *Los sonidos del silencio en el abuso: lecturas clínicas con niños y niñas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Casal Passion, V., Giacobone, A. & Luhía, A. (2019). *La musicalidad: fundante de lo humano*. Congreso Mundial de Salud Mental. "Abordajes inclusivos en Salud Mental. Clínica, comunidad y derechos." Organizado por la Asociación Argentina de Salud Mental en Buenos Aires, Argentina.
- Davidovich, K. (2014). *Hablar desde el silencio: El silencio como verdad en las narrativas de mujeres sobrevivientes*. Revista de Crítica Literaria Latinoamericana: *Catedral Tomada* - Vol 2 - N° 3.
- Di Filippo, M. *Arte y resistencia política en (y a) las sociedades de control. Una fuga a través de Deleuze*. Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Equipo de Familias Vulnerables del Hospital Tornú. (2019). "Todos los días del mundo existe una forma de resucitarse": Escucha de la alteridad". Jornadas Científicas del Ameghino: *Lo político, lo social, el sujeto. Habitar hoy el hospital público*. Jornadas llevadas a cabo en Buenos Aires, Argentina.
- Freud S. (1988). *Lo perecedero, en Obras Completas, tomo XI*. Barcelona: Ed. Orbis.
- Freud, S. (1988). *Más allá del Principio del Placer en Obras Completas, tomo XIII*. Barcelona: Ed. Orbis.
- Freud S. (1988). "El poeta y los sueños diurnos". En *Obras Completas, tomo VI*. Barcelona: Ed. Orbis.
- Freud S. (1988). "Tres ensayos para una teoría sexual". En *Obras Completas, tomo VI*. Barcelona: Ed. Orbis.
- Janin, B. (2002) *Las Marcas de la violencia. Los efectos del maltrato en la estructuración subjetiva*. Revista *Cuadernos de psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente* Núm. 33/34
- Lacan, J. (1988). *Seminario 7, La Ética del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Pavelka, G. (2021) *Escuchar el Silencio... entre la música y el psicoanálisis*. Recuperado de <https://www.elsigma.com/arte-y-psa/escuchar-el-silencio-entre-la-musica-y-el-psicoanalisis/13960>

UN CASO CLÍNICO DE INCESTO. MIRAS HACIA UN ABORDAJE POSIBLE

Mónica Montoya y Anahí Ortiz

Introducción

En el presente trabajo nos proponemos abordar el incesto como una modalidad o ejercicio de violencia, definiéndolo como una forma específica de abuso intrafamiliar⁸, el cual involucra a miembros de una misma familia. Más allá de quiénes integran el grupo familiar y el género de los mismos, el acento debe estar en la función de transmisión y regulación de la ley de prohibición del incesto. La función central de la familia es: “La protección y cuidado de los más débiles para garantizarles un lugar en el mundo y un desarrollo que no los deje librados a la muerte física o simbólica” (Bleichmar, 2008, p. 127). La devastación subjetiva producto del incesto de quienes fueron víctimas, y la desprotección a la que fueron sometidos/as, da cuenta del poder ejercido por un integrante de la familia que ocupa, por su función y rol, un lugar de asimetría, cuyo fin es la satisfacción sexual propia. Cuando en la clínica nos encontramos, una y otra vez, con sujetos que han sufrido o padecido este tipo de violencia en su

8 El abuso sexual hacia NNyA es una de las peores formas de violencia y constituye una violación de los derechos humanos, en tanto se vulnera el derecho a no ser expuesto a ningún tipo de violencia, protegido por diversas normas a nivel internacional, nacional y provincial (Protocolo Provincial de Prevención, Detección y Abordaje del Abuso Sexual hacia Niños, Niñas o Adolescentes, 2019).

infancia, el secreto mantenido en silencio, ocultado y/o negado durante años en el seno familiar, toma su relevo. ¿Qué función cumplen los otros miembros de la familia del abusador? Habrá que analizar caso por caso.

Para ello nos serviremos de un caso de nuestra experiencia clínica, en el que podemos localizar nítidamente las consecuencias de la falla de la ley simbólica del incesto en la subjetividad. Este caso nos propone pensar, al ejercicio de las violencias en sentido amplio: el abuso sexual ejercido por un adulto, y el abuso en términos de poder ejercido por otro miembro familiar, su madre, objetalizando a su hijo/a. Hace uso de su voz, de su cuerpo, de su nombre propio, con las manifestaciones clínicas consecuentes.

La clínica atravesada por la incurrencia del incesto nos confronta con la necesidad de suspender diagnósticos. Nuestro lugar en la transferencia fue conformándose con la necesidad de dar lugar al sufrimiento del sujeto, que pueda recuperar su voz y tomando “el relevo de decir no a la intrusión que objetaliza la subjetividad” (San Miguel, T. 2021), atravesando diferentes momentos en el tratamiento, luego de sortear y saber hacer con la urgencia con la que se presentó por mucho tiempo.

“Madre, Padre, Hija/a ¿una familia?”

Al momento de la consulta S. tenía 25 años. Su ingreso a la institución fue mediante consultorios externos, estuvo en tratamiento durante dos meses, derivada al dispositivo de internación de agudos a mediados de diciembre de 2019, con los siguientes criterios de internación: ideas de muerte y desesperanza, episodio de despersonalización y autolesiones.

El pasaje al acto incestuoso irrumpe en el devenir subjetivo; la familia que “desempeña un papel primordial en la trasmisión de la cultura” (Lacan, 1978, p.16) aquello prohibido y permitido está ausente. La premura con la que se precipita a la consulta S. y la repetición de las escenas traumáticas, dan cuenta de que las consecuencias clínicas del incesto tienen “grados de devastación” (Saubidet, B., A., 2021, p.133), y en algunos casos, como el presente, despliegan un abanico de manifestaciones que al principio iteran sin sentido, restos de lo visto u oído de las

escenas traumáticas, paulatinamente van anudándose a un decir: “Fui abusada por T.” (SIC). Decir que no tuvo lugar cuando S. se lo comenta a su madre. Entre otras manifestaciones: perturbaciones a nivel del cuerpo, del lazo filiatorio, trastocamiento temporal, espacial e imposibilidad del armado de una trama simbólica, junto a la pérdida del Otro de la ternura. (luale, L., Minaudo, J., Saubidet, B., A., 2021.)

En relación a las perturbaciones en el cuerpo, hacemos referencia a ciertos avatares en la apropiación y constitución del cuerpo, tanto a nivel imaginario como simbólico, su cuerpo figura como sede de marcas de irrupción de goce, desregulación y desvitalización. Al respecto, recortamos en el caso mencionado la persistencia en sus dichos: “*Estoy cansada de sentirme así, me quiero dejar morir*”, dando cuenta de cierta desvitalización que por momentos se agudiza y toma todos los aspectos de su vida. Vale la pena aclarar que estas ideas de desesperanza, no implican una planificación ni el paso a la acción.

Otro aspecto identificable en relación a una cierta invasión de goce en su cuerpo, es la presencia de múltiples quemaduras de cigarrillo que ella misma se realiza, lastimaduras que se hacía con sus uñas mediante pellizcos, cortes superficiales en los brazos o tomar lavandina. En un principio no podía referir nada al respecto, pero avanzado su análisis podrá precisar: “*Me lastimo para que el dolor físico, calme el dolor del alma*”. Adjudica como motivo el dolor del alma, episodios reiterados de abuso sufridos durante su infancia y adolescencia, en particular de quien fue pareja de su madre durante largo tiempo y que ha fallecido hace 7 años.

El cuerpo de S., objetalizado por largo tiempo, durante la internación en el Servicio de Cuidados en la Urgencia, se manifiesta con “ataques de pánico” (SIC), estos no hacen referencia a lo que conocemos como episodios de angustia sino que son episodios conversivos, en los que S. se tira al piso, comienza a golpearse (aunque no llega a lastimarse) y de los cuales refiere: “*Me voy de mi cuerpo... veo a los demás que me miran y yo me miro desde arriba, desde afuera*” (SIC).

Otra consecuencia clínica observable en la paciente es la presencia de perturbaciones en el lazo filiatorio, producto del acto incestuoso que deja en suspenso el armado simbólico de la trama filiatoria. Esta falla a nivel genealógico produce una acentuada dificultad para ubicar lugares

y roles asumidos por los distintos miembros de la familia. En el presente caso, hay abusos transgeneracionales que tienen consecuencias en la subjetividad de la paciente y su madre. Esto se puso en evidencia cuando se le propuso a S. el armado de un árbol genealógico, permitiéndole ubicar ciertos episodios traumáticos en el encadenamiento familiar: muertes tempranas, un filicidio y la muerte de su abuela en un trágico accidente doméstico. Un detalle significativo cobra intenso valor: S. obvia a su abuelo materno. Cuando esto es señalado, refiere “*no sé nada, no lo conocí, murió hace mucho*”. Sin embargo, este abuelo estuvo presente en la vida de la paciente. ¿A qué alude esta omisión? Es en una entrevista con la madre de la misma, quién manifiesta haber sido abusada por su propio padre, pero que lo mantuvo en secreto, no se lo contó a ninguna de sus dos hijas, para que “no perdieran el vínculo con su abuelo” (SIC). Esto nos permite localizar el peso de los secretos familiares, y cómo los hechos trascienden la palabra.

Al llegar a la primera internación en el dispositivo, actualmente nominado Cuidados en la Urgencia, S. refiere que llegó a no reconocerse en el espejo: “*Sí lo que soy, soy yo o es lo que los demás quieren que sea*”. Paralelamente manifiesta sentirse sucia, asqueada de sí misma, siente que su cuerpo siempre fue de los demás, un pedazo de carne. Al respecto Lacan en *Función y Campo de la palabra y el Lenguaje* expresa que: “(...) Sabemos efectivamente qué devastación, que va hasta la disociación de la personalidad, puede ejercer una filiación falsificada cuando la construcción del medio se aplica a sostener la mentira...” (Lacan, 1953, p.263.)

Iuale (2021) plantea que, entre los efectos de fracaso de la ley de prohibición del incesto, el efecto en el lazo tiene como corolario la pérdida radical del Otro de la ternura. Cuando es dentro del ámbito familiar donde se deben proferir los cuidados y protección a las/los hijas/os, uno de sus miembros decide tomar como objeto a ese hijo/a, transgrediendo la ley. Aquél que debía cuidar se convierte en el que incide en el cuerpo de ese hijo/a, el goce queda del lado del abusador y el desamparo del lado del abusado/a. ¿A quién apelar?, ¿a quién contar esa pesadilla, si el que ejecuta este acto es quién más debería cuidar?

La siguiente consecuencia clínica que hemos observado es un trastocamiento de lo temporal, la espacialidad y la imposibilidad del armado

de una trama simbólica. Lo hemos localizado juntos ya que existe una ligazón entre estos aspectos difícil de ignorar, puesto que todos hacen referencia a la presencia de una alteración en la operatoria de lo simbólico. Con alteración a la temporalidad hacemos referencia a la imposibilidad de una estructuración: pasado, presente y futuro. Nos encontramos con un presente continuo en los dichos de la paciente, como si el abuso estuviera sucediendo en la actualidad, con la carga afectiva que esto conlleva. Inicialmente el relato sobre los abusos sufridos fue difuso, con elementos aislados que no se entran entre sí. Darle espacio y lugar a su palabra, a manifestar su padecer, habilita que ese relato incierto e impreciso se torne en discurso y luego en un armado simbólico, en una producción de sueño que traerá. Estos sueños, dieron cuenta de la apertura de un espacio para la tramitación de su padecimiento, sin poner tan en juego su cuerpo.

Así mismo se puede localizar un desorden en la espacialidad que hace referencia no solo al espacio físico concreto, sino también que incluye al cuerpo bajo estas coordenadas, los lugares y funciones simbólicas de parentesco, así como la construcción de un adentro/ afuera, y el armado de un borde.

La instalación del dispositivo analítico habilitó el pasaje de un cuerpo que cae al suelo y comienza a golpearse, viéndose ella desde un afuera, como forma desregulada de presentarse la angustia, al pasaje de localizar la angustia en diferentes partes del cuerpo, a veces es un peso en el pecho "siento como una pata de elefante en el pecho" (SIC), otras está localizada en la garganta "siento una angustia que me cierra la garganta y no me deja hablar" (SIC). El cuerpo, sede de la angustia, va encontrando localización. La angustia comienza a estar enmarcada. Una intervención que tuvo efectos a nivel espacial, temporal y al nivel de la trama fue el separar los espacios de tratamiento por disciplina. Esto permitió que lo que se presentaba como uno, sosteniendo el despliegue de manifestaciones clínicas que S. presentaba, se comenzara a dividir en temáticas específicas para abordarse con cada profesional, psiquiatra, trabajadora social y psicóloga respectivamente. De este modo el material se ordena, y lo desregulado del cuerpo de la paciente también, a la vez que se habilita el ir tejiendo una trama.

En cuanto a la construcción de un adentro y un afuera, ubicamos dificultades presentes en poner un límite, al avance del otro sobre sí, por ejemplo en la amistades. En una ocasión denuncia acoso por parte de uno de sus compañeros “me quiso besar, me quiere apoyar” (SIC), luego del relato de este episodio continua: “Tengo miedo que confundan mi amabilidad con coqueteo. No puedo evitar ser simpática”. (SIC).

La voluntad de goce, en ocasiones, no solo está del lado de quién ejecuta el abuso, a veces, la voluntad de goce puede manifestarse en el usufructo que una madre pueda hacer del sujeto (Saubidet, 2021). ¿Cuáles son las implicancias clínicas que esto tiene? En el presente vínculo madre e hija pareciera haber un continuo entre ellas, no hay borde, no hay límite, no hay lugar para lo íntimo. Se evidencia una indiferenciación madre-hija, en espacios y lugares. Es su madre que en muchas ocasiones se apropia de la voz de su hija, de lo que ella tiene para decir o tal vez denunciar, como también se ha apropiado de su nombre, algo tan propio de cada sujeto, hace uso de él, para beneficiarse económicamente. Este último fue el motivo que precipitó la primera consulta al Hospital, con el grado de devastación arriba señalado, con las intervenciones que se pensaron en la urgencia y la necesidad de cuidado pautadas.

Tras el paso del tiempo y mediante el análisis, comienza a emerger una nueva manifestación sintomática: “Voces” que reflejan dichos que ponen a distancia a su madre, la contradicen e incluso la insultan, pareciera que la esencia real no es lo que prima en estas voces sino que son un modo de recuperar su voz, la propia, tal vez desde el superyó que ha logrado constituirse. Con el horizonte de diferenciar espacios, hemos instalado un espacio terapéutico para la madre, esto redujo las invasiones de la madre hacia el espacio de su hija; en el mismo orden de intervención hace poco tiempo se pensó y llevó a cabo una internación, no desde la urgencia inicial sino a modo de cuidado, de generar una separación real entre madre e hija, para que el goce materno no avasalle a S.

A modo de conclusión

El incesto anula o desbarata el proceso de subjetivación. El cuerpo y la relación con el mundo se ve trastocada, como dimos cuenta con el caso clínico. Sostenemos nuestra posición de analistas dando un lugar privilegiado a la escucha y valor de la palabra en el trabajo con aquellos sujetos marcados por la violencia y la devastación, que propicie la instalación de un decir. Estamos advertidos a no intentar silenciar el padecer y el sufrimiento de estos sujetos, ni enmarcar su sufrimiento en una determinada estructura. Que la cercanía a lo siniestro de sus experiencias no nos permita caer en la trampa del silencio o peor aún, de la obturación de la escucha. Es una apuesta política, sostener una escucha y como consecuencia indefectible: propiciar un decir. (De Batista, J. 2021.)

Bibliografía

- Bleichmar, S. (2008). *Violencia social, violencia escolar: de la puesta de límites a la construcción de legalidades*. Buenos Aires: Noveduc.
- luale, L., Minaudo, J., Saubidet B., A. (2021). *Alzar la voz. Incidencias clínicas del incesto*. Ed: La docta ignorancia.
- Lacan, J. (1978). "La institución familiar". En: *La Familia*. Barcelona/ Buenos Aires: Argonauta, pp. 13-21.
- Lacan, J (1953). "Función y campo de la palabra y el lenguaje". En *Escritos I: Siglo Veintiuno*, pp. 231-309.
- San Miguel, T. (20 de agosto de 2021). "El valor-amoroso-del NO [Discurso Principal]". Conferencia de Psicoanálisis y Salud Colectiva, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Protocolo Provincial de Prevención, Detección y Abordaje del Abuso Sexual hacia Niños, Niñas o Adolescentes, 2019.

PRÁCTICAS DE CRUELDAD, VIVENCIAS DE DESAMPARO. CONSECUENCIAS EN LA INFANCIA

María Florencia Burghardt

Desarrollo conceptual

Lo principal del escrito es detallar el concepto de “ternura” como fundamento de los derechos humanos⁹ destacado por F. Ulloa en su trabajo *Novela Clínica Psicoanalítica*; quien, de manera sutil, amorosa, asocia la ternura a manos que acarician con suavidad al infante, como “abrigo frente a los rigores de la intemperie, alimentos frente a los del hambre y específicamente al buen trato como escudo protector ante las situaciones de violencia”¹⁰, disruptivas, por momentos silenciosas, invisibles y escurridizas. Es decir, revestimiento simbólico para el niño en crecimiento, motor de la cultura en sus gestos y suministros a través de la mirada empática, afectuosa de los otros adultos, cuidadores del desvalimiento inicial del infante a modo de primer amparo.

La ternura es el primer elemento que hace del sujeto, sujeto social. Sin la mediación de la misma, los sujetos se encuentran expuestos a situaciones de sufrimiento, injusticia y violencia que llevan a la desesperanza y a la desesperación. Ubicar, entonces, el desamparo como fracaso del 1º amparo, fracaso de la ternura. Desamparo como falla del lazo social.

9 Ulloa, F. (1995). *Novela Clínica Psicoanalítica: Historia de una Práctica*. Parte I: La ternura como fundamentos de los derechos humanos. Buenos Aires: Ed. Paidós.

10 Idem.

En cuanto al trabajo con grupos en instituciones¹¹, señala la crueldad como el modo en que la tragedia está siempre presente, larvada o explícita, bajo la forma de encerrona trágica. Tragedia instalada en instituciones o la que acompaña a la civilización como tal; es decir “infiltrada”, imposible de erradicar en los diversos contextos y de simbolizar. Resume en su trabajo a la crueldad como socio patológica y describe “la vera crueldad”¹², en el cual se reporta a un padre de familia arrasador. El mismo pretende saber toda la verdad sobre la verdad y discrimina lo diferente, todo otro saber que no coincida con el suyo. Discriminación excluyente, en ocasiones “elimina”; eliminación que reconoce diferentes matices, matar con la indiferencia, desecharlo como semejante a un sujeto, hasta negarle la condición humana, deshumanizarlo.

Coincidente en el desarrollo conceptual, Recalcati afirma “vida es hambre de vida, impulso de supervivencia”¹³; asimismo, se pregunta: ¿Qué ha de ocurrir para que la vida se humanice?, en el ámbito humano “será la exigencia de la vida mediante el grito como llamado, dirigido al Otro”¹⁴. Entonces, el acontecimiento principal en que la vida se humaniza: cuando el grito se traduce en forma de petición, de amor, señal de deseo del Otro. Por tanto, sin la presencia del otro la vida humana muere, perdiendo el propio sentimiento de la misma.

La ley de la palabra es la ley del reconocimiento del otro. ¿Cómo se transmite la ley de la palabra? El padre es el símbolo de esta ley. Si la vida se humaniza únicamente al encuentro con la prohibición del incesto, un padre puede realizar dicha inscripción, sólo si asume sobre sí mismo el límite, sometido a la ley de la palabra. Concluyendo, el autor reafirma “el padre es el símbolo de la ley, pero lo es como posibilidad de representar la ley sin gozar de la misma. Su palabra es el símbolo de una ley que humaniza la vida separándola de la vida animal”¹⁵.

11 Ulloa, F. (1995). *Novela Clínica Psicoanalítica: Historia de una Práctica*. Capítulo III, “La tragedia y las Instituciones”. Buenos Aires: Ed. Paidós.

12 Idem.

13 M. Recalcati. (2014). *El complejo de Telémaco. Padres e hijos tras el ocaso del progenitor*. Capítulo 1, “La ley de la palabra y el nuevo infierno”. Barcelona: Editorial Anagrama.

14 Idem.

15 Idem.

Recorte clínico - “Se prendieron fuegos los chicos”

Conozco a dos niñxs “Clara y Pedro”, hermanxs que se encuentran internadx en la sala de quemados del hospital; dicho incidente ocurrió estando cuatro niñxs al cuidado del abuelo paterno. El hermano mayor, “Tiziano”, prendió fuego su mano con alcohol intentando imitar un juego del padre, “hacer magia con fuego”, y al asustarse tiró el fuego.

Se mantienen entrevistas individuales con el padre. En relación al incidente, dice “yo no me siento culpable, fue el destino” (sic); refiriéndose a Tiziano dice, “se piensa que es chiste, no está arrepentido de lo que hizo el hombre”, “quiere matar a sus hermanos”. “Yo era un diablo de niño, como mi hijo” (sic); enojado agrega, “quiero creer que fue intencional, sino me echan la culpa a mí”. ¿Quién es el acusado, el culpable?; “me van a volver loco, voy a terminar internado” (sic).

Lxs niñxs son atendidos en el hospital de la zona, y dos de sus hermanxs derivados al hospital de mayor complejidad para continuar con la atención y cuidados necesarios. Se realizan entrevistas a ambos padres y hermanxs. De las mismas, se desprenden antecedentes de violencia de género del padre hacia la madre de lxs hijxs, antecedentes de consumo problemático de sustancias por parte del padre, vulneración de derechos de lxs niñxs asociados a situaciones de negligencia y “maltrato infantil”¹⁶.

Se convoca a Tiziano en el hospital, lo acompaña su abuela materna. Tiziano ante la pregunta de cómo está, cómo se siente luego del incidente, si sabe cómo están sus hermanos, se tapa la cara, llora, resalta que no quiso hacer el fuego, que tuvo mucho miedo; por las noches el fuego aparece en las pesadillas, lo quema. Se asustó y tiró el encendedor, se le vino encima la llama del fuego y la soltó. En relación al padre mago, dice que él les mostraba cómo hacer magia con fuego, también presenciaba escenas de violencia donde el padre golpeaba con un palo a un vecino por algún conflicto que no podía describir.

16 Definición de la OMS. Maltrato Infantil: “Al daño físico o psíquico, al abuso sexual, al desamparo, al trato negligente, comercial que resulte en un daño actual o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad ocasionado en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza y poder”

Al entrevistar a lxs ninxs, se desprende que presentan trastorno en el lenguaje y retraso en el aprendizaje; asimismo dificultades para escribir sus nombres. Al conocerla a Clara en la internación, ella no quiere hablar, impresiona asustada, con miedo al andar por los pasillos de la sala, sólo camina despacio, agarrada de la mano de su madre, por las quemaduras en el cuerpo.

Trabajo de Articulación

En las entrevistas con ambos padres, relatan que lxs hermanxs –Pedro, Clara y Tiziano– se pegan, pelean, revolean y rompen juguetes; “se prendieron fuego”; ausencia del juego en la infancia, fracaso en lo simbólico. En la guerra con armas de juguete y fuego no hay juego posible, entonces ¿juguetes perdidos en la infancia?, ¿infancia arrasada por el fuego que lo quema todo? ¿Cómo introducir el juego?, aquella “ocupación preferida y más intensa del niño”, afirmación de S. Freud en su escrito “El poeta y la Fantasía” (1908, p. 127)¹⁷.

Pedro se reinterna junto a su mamá para realizar una intervención quirúrgica por dificultades en la recuperación de su piel. La madre en dicha internación recibe reiterados llamados del padre de su hijx, siendo acosada por parte de este. La cela con médicos del hospital ante lo cual lx niñx presenta episodios de irritabilidad, le pega a la madre, rechaza y grita al equipo médico, se come los crayones que le alcanzó para dibujar, se ríe y dice que estaban ricos. En relación a ello, converso con enfermería de la sala y cuentan que por momentos puede “jugar al como si”, ser ayudante de la enfermera, “un auxiliar de enfermería”, reparte la medicación a lxs otrxs niñxs; en otros momentos pudo dibujar animales, “un perro”, incluirme en los dibujos, armamos autos con bloques, jugamos al como si camiones llevan, verduras, frutas, ladrillos para construir casas. Será a partir del reconocimiento del deseo del otro del que se alimenta la vida humana, demanda de ser ayudante, enfermerx, niñx, dibujante, constructorx de casas, “ser algo para el otro”; potencia necesaria, “levadura del Deseo” para ser reconocido.

17 Freud, S. *Obras completas*. Volumen IX (1906-1908). “El creador Literario y el Fantaseo”. Buenos Aires - Madrid: Edición Amorrortu.

Jugar sin consecuencias en la realidad permitirá elaborar activamente lo que padece pasivamente, juegos no peligrosos sino necesarios; conforme a lo descrito por Silvia Gamsie en *Jugadora de niños. Avatares de la clínica* (2017)¹⁸.

En el caso presentado, se evidencia un contexto de violencia donde lxs niñxs quedan a merced de un padre aterrador, sin mediadores posibles para escapar, será a modo de mago, ayudante, auxiliar, a modo de impulso de supervivencia, “grito que busca en la soledad de la noche una respuesta del otro”¹⁹.

“Tragedia siempre presente que circula en estos grupos familiares de un modo muy particular: el asesinato por venir. Todos están en riesgo, nunca se sabe con quién se va a ensañar ese que es maligno y que, a fuerza de impunidad, ejerce un poder despótico” (Ana M. Fernández - Año 2004)²⁰.

Conclusión

En el transcurso de la internación, la madre de lxs niñxs realiza la denuncia por violencia, solicita restricción de acercamiento y al alta hospitalaria, con intervención del servicio zonal -organismo de protección de derechos²¹ conviven con tía materna. Se realiza el seguimiento de los pacientes por consultorios externos, lxs hermanxs en principio se disputan los juguetes y luego pueden compartir el juego; la madre refiere que no tienen contacto con el papá por la restricción de acercamiento hacia ella, sólo hablan por teléfono.

En relación al trabajo con Pedro y sus hermanxs, ¿cómo trabajamos frente al fracaso de la ternura? Como terapeuta, suponer unx niñx allí, creando escenarios donde el poder ficcional permita ser mago por

18 Gamsie, S. (2017). *Jugadora de Niños. Avatares en la clínica*; capítulo 3. Buenos Aires: Editorial Filigrana.

19 Recalcati, M. (2014). *El complejo de Telémaco. Padres e hijos tras el ocaso del progenitor*; Capítulo 1, “La ley de la palabra y el nuevo infierno”; pág. 41. Barcelona: Edición Anagrama.

20 Fernández, A.M. Nota “La crueldad es familiar”; Diario *Página 12*, 21/10/2004.

21 Ley Nacional N° 26.061. Ley de Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

momentos, técnico de camiones para llevar ladrillos y construir casas, auxiliar de enfermería para que los pacientes reciban los medicamentos que los curan. El juego, mediatizado por la escucha cómo única herramienta psicoterapéutica, auxiliar de una acción específica frente al desvalimiento infantil.

Entonces, ¿qué ha de ocurrir para que la vida del *infans* se humanice?, ¿será un trabajo simbólico de recuperación, construcción de escenas de aquel sabor de infancia?

Para finalizar, ¿la ternura: sabor de Infancia? A modo de respuesta (...)

*Canción, Plegaria para un niño dormido
Plegaria para el sueño del niño Donde el mundo es un chocolate
Que nadie, nadie despierte al niño Déjenlo que siga soñando felicidad
Destruyendo trapos de lustrar Alejándose de la maldad
Se ríe el niño dormido Quizás se sienta gorrión esta vez Juguetearlo in-
quieto en los jardines de un lugar Que jamás despierto encontrará
-Luis Alberto Spinetta (Álbum Almendra, año 1992)*

Bibliografía

- Fernández, A.M. "La crueldad es familiar"; sección Psicología. Diario *Página 12*, 21/10/2004.
- Freud, S. (1908). *Obras completas*. Volumen IX. "El creador Literario y el Fantaseo". Edición Amorrortu; Bs As.
- Gamsie, S. (2017). *Jugadora de Niños. Avatares en la clínica*; Buenos Aires: Editorial Filigrana.
- Ley Nacional 26.061. Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.
- Recalcati, M. (2014). *El complejo de Telémaco. Padres e hijos tras el ocaso del progenitor*. Barcelona: Ed. Anagrama.
- Organización Mundial de la Salud. World Health Organization. Maltrato Infantil.
- Ulloa, F. (1995). *Novela Clínica Psicoanalítica. Historia de una Práctica*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

SALUD MENTAL, GÉNERO E HISTORIA. KRYGGI: UN RELATO DE VIOLENCIA EN EL PASADO Y ECOS EN EL PRESENTE²²

Milagros Luján Oberti

Introducción

Mujer, niña, india, esclava, sirvienta, salvaje, loca, objeto. La historia de Kryggi se remonta al siglo XIX y permea los inicios del siglo XXI; al que hay que reclamar que no olvide. Su breve historia condensa y recorre los cabos y nudos de la antropología como ciencia desde sus inicios, entre el delito y la degeneración, los mitos de salvajes prehistóricos y su dominación, el control de la mente y la sexualidad, la psiquiatría y la infancia, la locura y la mujer.

Kryggi, bautizada como Damiana, fue convertida en el supuesto ejemplar de una cultura “salvaje” de la cual procedía (Vallejos, 2019). El avance de la civilización ilustrada y el progreso positivista la convirtieron en objeto de la ciencia: su condición femenina combinada con su creída inferioridad racial escondida en alguna parte del cerebro, debería explicar su sexualidad y salvajismo.

22 Esta ponencia presenta una versión ampliada de un escrito de divulgación, publicado el 16 de noviembre de 2020 en el blog *Lokapedia. Cultura loca y feminismo*. En esta versión se amplía la información histórica, así como reflexiones abordadas desde autorxs y teóricxs. Disponible en: <https://lalokapedia.blogspot.com/2020/11/kryggi-una-reparacion-pendiente-ante-el.html>

A 125 años de su apropiación, y a solo once años de la restitución de los restos a su comunidad de origen, la historia de Kryygi nos remite a viejos debates que parecerían saldados, y sin embargo se reactualizan bajo nuevas formas y modalidades del poder, de la dominación y de la violencia. Esta ponencia tipo ensayo y narración en clave histórica, pero bajo una lupa de análisis contemporánea, invita a reflexionar, resignificar y desnaturalizar sentidos de hoy.

Desarrollo

1896 – Primera apropiación. De Kryygi a Damiana, en Sandoa, Paraguay. El 25 de septiembre de 1896, un colono de la zona de Sandoa encontró muerto a su caballo y decide vengarse. Salen a la caza del pueblo que vive en dicha zona, la comunidad *Aché* (los que hablan, las personas), o mal llamados, *guayaquíes* (ratones de monte o ratas de campo). El resultado es “tres muertos, entre ellos una mujer. Los demás huyeron espantados. En el lugar había quedado una niña guayaquí que tenía un año ‘más o menos’, a la que se llevan los asesinos” (Bayer, 2010).

Luego del suceso, los colonos se apropian de la niña, dando inicio a su cautiverio: será bautizada como Damiana, por el día de San Damián y conducida al destino de tantos niñxs Aché en 1896 y en la reciente actualidad: los niños aché eran sirvientes muy leales, así que era muy común que se los capturara (Fernández Mouján, 2017). De esta forma, se producen dos primeros arrebatos, dos apropiaciones: un bautismo de nombre blanco, europeo y católico; y una separación de su comunidad a la que no regresará hasta que pasen más de cien años.

En la ciudad de La Plata, a más de mil kilómetros de Sandoa, se erigían en nombre de la ciencia, el progreso, la sed del descubrimiento de un mundo supuestamente prehistórico y la supremacía racial, una ciudad de horizonte positivista, instituida en la Universidad de La Plata y el Museo de Ciencias Naturales, además de un incipiente Hospital Melchor Romero. Desde aquí, dos antropólogos europeos, el francés Charles De la Hitte y el holandés Herman Ten Kate, emprenderán un viaje a la selva paraguaya, atraídos por el misterio que la comunidad Aché despertaba en

los imaginarios científicistas y blancos. No solo se tenían pocas pruebas efectivas de la existencia de tal pueblo (una mera descripción del siglo XVI), sino que fabulaban que aún vivían en la edad de piedra y habían caminado junto a los grandes mamíferos del cuaternario. Dos particularidades físicas despertaban el imaginario de los científicos del siglo XIX: la piel blanca y el pelo del rostro. Hipotetizaban que en algún momento los vikingos habían arribado a esta zona del mundo, procrearon y dejaron su huella genética en este pueblo primitivo.

Tres meses después de la matanza, ambos científicos llegan a Sandoa y conocen a la niña, quien fue descrita como una niña que parecía un poco triste y enfermiza. También son llevados por los colonos al lugar de la matanza para recoger los restos de la mujer para llevarlos al museo. No solo vuelven a La Plata con pruebas y huesos, sino que la niña les fue dada para que continuaran sus estudios y trabajo de campo basado en fotografías, mediciones y pruebas. Kryygi encarnaba la oportunidad viva de obtener observaciones sobre la tribu conocida hasta aquella época sólo por el nombre. El antropólogo holandés Herman Ten Kate plasmó las medidas pertinentes y perpetuó la imagen de la niña de aproximadamente dos años en una placa fotográfica. También fueron anotadas tres palabras pronunciadas por la niña: “Caibú, aputiné, apallú” y se estimó que se trataban de voces para llamar a sus xadres.

1898 – Segunda apropiación. Sirvienta y muestra viva. Buenos Aires. Se sabe que tiempo después Kryygi es enviada a una estancia en San Vicente (La Plata, Buenos Aires) y a mil kilómetros alejada de su tierra natal. “La casa de Carlos Korn, donde nació su hijo, Alejandro, fue el destino de Damiana, quién allí creció siendo preparada para las tareas de mucama y sirvienta que luego pasó a cumplir” (Vallejos, 2019). Alejandro Korn es quien luego será el director del Hospital de Melchor Romero, que con el paso del tiempo será el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro Korn “Melchor Romero”. En esta encrucijada de hombres, nombres e instituciones, se encuentra Kryygi: mucama de la aristocracia y campo de la antropología.

El antropólogo alemán Robert Lehmann-Nitsche toma el lugar de Ten Kate en el museo y rápidamente interviene en el caso -y la vida- de Damiana, gestionando para ella un destino científicamente controlado. Confinada a

la casa de los Korn, también es el sustento “vivo” del auge del Museo de Antropología de La Plata, fundado por Perito Moreno.

Este entrecruzamiento espacio-temporal y científico, confirma su destino de esclavitud y servidumbre: la Señora Korn utilizará a la niña con fines de sirvienta, allí es esclavizada hasta su pubertad, cuando la familia decide confinarla al hospicio que dirigía Korn al cuidado de las enfermeras. Por su parte, el antropólogo Robert Lehmann-Nitsche hará pruebas y mediciones. Aunque su estatura no será la de una niña alemana, ante todo pronóstico racista, los antropólogos quedan atónitos porque Kryggi cumplía con los estándares: hablaba excelente alemán y español.

1907 – Tercera apropiación. La patologización de la sexualidad, el argumento salvaje. Al llegar su pubertad, es obligada a estar confinada en el Hospital de Melchor Romero; “por su despertar sexual, por desaparecer durante días enteros, por no encontrar enseñanza moral ni castigo por parte de la familia que la cure, por su ingenuidad entregada al placer, por su salvajismo erótico: por vivir su sexualidad.”²³ Según los registros del científico del alemán, su traslado se debía a su libido alarmante y a la ineficaz educación por parte de la familia. “La libido sexual se manifestó en ella de una manera tan alarmante que toda educación y todo castigo de parte de la familia fueron inútiles” (Lehmann-Nitsche, 1908).

En el hospital, encerrada y confinada, no deja de ser objeto de la ciencia: a sus 14 años de edad, el investigador alemán Lehmann-Nietzsche -que siguió su vida de cerca- la fotografía desnuda, registrando un archivo visual que será mostrado durante años en el Museo de La Plata. Este registro denuncia a gritos que fue víctima de los deseos científicos, del frío invierno de la ciudad y de la cosificación luego de su muerte: las mediciones externas de un cuerpo ya sin vida, siguen sin dar pruebas certeras de la inferioridad racial y de su ninfomanía. Hubo que hurgar internamente, hasta encontrar supuestas pruebas en su cerebro (Vallejos, 2019).

1908 – Cuarta apropiación: valer más muerta que viva. El cuerpo de Kryggi es apropiado por cuarta vez, pero en esta oportunidad por el Museo de La Plata y por la Sociedad Antropológica de Berlín. En Argentina

23 Las itálicas expresan las expresiones de la época, retomadas principalmente del siguiente documento: Lehmann-Nitsche, R (1908) “Relevamiento Antropológico de una india Guayaquí”. Revista del Museo de la Plata. Tomo XV, segunda serie, Tomo II. Buenos Aires

quedarán sus huesos pertenecientes a un cuerpo que nunca cedió a las pruebas de barbarie; en Alemania el investigador Johann Virchow recibirá la cabeza para encontrar los indicios tan buscados, las señales de una raza inferior y primitiva en el cerebro, y estudiar la musculatura facial. Finalmente, su cráneo será expuesto en vitrinas alemanas, y sus huesos olvidados en los cajones del museo platense.

2007 – *La restitución*. El pueblo aché aún sigue vigente: reclamando sus tierras y su identidad. Cuando dejaron de ser *un pueblo de la edad de piedra* que despertaba interés y fascinación, blanco de los intentos de comprensión y llave de la humanidad; se convirtieron en los seres destinados a ser cazados y acorralados como animales por los gobiernos y las dictaduras, olvidados por la sociedad.

En 2007, Paraguay reclama y exige a Argentina los restos del pueblo Aché que está en los museos, los depósitos, las universidades, los laboratorios. Se reclama la restitución de todos los restos mortales, así como la devolución de las piezas de colecciones etnográficas obtenidas de forma ilegal o violenta.

La reconstrucción de la historia de Damiana significó el ensamble de un cuerpo, pero también de una biografía signada por la apropiación, la esclavitud, la prisión científica y el encierro. No es una historia individual, es la historia de un pueblo, de una tierra: en el Museo del Perito Moreno fueron exhibidos por años al público -como fieras de zoológico- los principales representantes de los pueblos arrasados por las conquistas, en nombre del estado y la civilización.

Para junio del 2010, los restos de Kryygi descansan en su tierra guaraní. Pero su pueblo aché aún no tiene descanso, lugar, ni restitución. Obligados a abandonar sus prácticas y tradiciones, siendo arrastrados a su final extinción.

Palabras finales y algunas reflexiones

Recuperar la historia de Kryygi nos invita a reflexionar en torno al empeño de la ciencia por delimitar, delinear y demarcar las vidas y experiencias de formas binarias: normal/anormal, sano/patológico, hombre/

mujer (Caponi, 2019), salvaje/civilizado, prehistórico/progreso europeo, negro/blanco. Esto nos debe interpelar para pensar en los actuales modos de demarcación dominantes, en ascenso, que se van reconfigurando en formas novedosas, como otras modalidades de sistema patriarcal, capitalista, racista, capacitista.

Un segundo punto que requiere reflexión y actualización, inspirado en la historia de Kryygi, son los nuevos cruces entre política y ciencia, y los marcos epistemológicos que se conforman con el fin de configurar nuevos sentidos comunes ante, por ejemplo, la emergencia de las divergencias. Prejuicios, moralidades y otros nuevos estereotipos surgen de modos supuestamente aislados y nos debemos dar cuenta de los cruces, en tanto no son discursos y prácticas solitarias, sino hechos políticos que perpetúan la violencia, sufrimientos, naturalizaciones.

Por otro lado, la historia reclama movimientos epistemológicos de resignificación, dado que antiguos regímenes de verdad, en términos foucaulteanos, surgen con nuevos ropajes, pero al historizar, damos cuenta de una línea argumentativa; como los discursos eugenésicos, la patologización de la mujer y la diversidad, las representaciones del estado y el progreso, y quienes forman parte del mismo, etc. La historia de Kryygi se entrama con los procesos de fundación de un estado nación, y con ello, la elección de elementos simbólicos y físicos, así como de cuerpos. Nos debemos pensar qué cuerpos, que símbolos y qué elementos entran en nuestros enunciados, prácticas y afectos, desde lo privado hasta lo público.

Finalmente, las resistencias y los modos de creación de otros mundos posibles, donde quepan otros mundos. El traer y recuperar bibliografías permiten una historia a contrapelo que repara y vuelve demanda: el mostrar y el contar son montajes políticos que reafirman reacciones colectivas. Ahora bien, las imágenes no son solo imágenes, también se vuelven registros donde se “insertan” las narrativas a contar. En el caso de Kryygi, se trataron de pruebas violentas de su supuesta y buscada inferioridad. Estas narrativas y representaciones, insertas en las imágenes y las fotos, son las que hoy entendemos como violencia, la pregunta se entrama en cómo no volver a reproducirla; qué política de la imagen y del mostrar nos y les debemos. Si estas fotos, registros y restos humanos servían como prueba de las filiaciones raciales concretas, son los

que muestran lo variable y diferente, el punto de partida para legitimar la sumisión social y política de los pueblos, las comunidades, de la “otredad”, de la diferencia; es inminente que, sin dejar de decir, hay que develar otros modos de contar.²⁴

Bibliografía

- Bayer, O. “Damiana”. Contratapa *Página/12*, 19 de junio 2010.
- Caponi, S. (2019). “Scientia Sexualis. El lugar de la mujer en la historia de la psiquiatría”. En: *Miranda, Marisa, Las locas. Miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental*. La Plata: EdULP. Pp. 19-48.
- Lehmann-Nitsche, R. (1908). “Relevamiento Antropológico de una india Guayaquí”. *Revista del Museo de la Plata*. Tomo XV, segunda serie, Tomo II. Buenos Aires.
- Mouján Fernández, A. (2017). Documental: Damiana Kryygi. Disponible en CINE.AR.
- Vallejo, G. (2019). Damiana en la Ciudad de Atenea. (pp. 49-84). En *Miranda, Marisa (comp.) 2019. Las locas: miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental*. La Plata: EDULP.

24 El escrito será acompañado de una presentación que bregue por esta política de la imagen.

PRÁCTICAS PARA CUIDAR

Selva Bianchetti

Introducción-contexto

En el presente contexto Pandémico, las instituciones de Salud se encuentran en tensión con estrés en aumento, revisando el esquema de intervenciones de emergencia. El Hospital General está asociado a prácticas de alta velocidad en una situación epidemiológica inédita. La Ley de Salud Mental N° 26657 ordena las incumbencias del derecho al acceso a la salud de quienes, padeciendo un sufrimiento mental, requieren un alojamiento corporal voluntario, un lugar para iniciar una conversación acerca del malestar mental. Un momento de cuidado acotado durante una internación, un tránsito breve ante el aturdimiento significativo y la mudez del deseo. Los conceptos de referencia y contrareferencia del discurso médico son nuestro punto de partida en la intervención entre niveles de atención durante la pandemia. Nos descubrimos en la burocratización... “ese paciente no es para este servicio”.

Este trabajo surge en un momento *extraordinario*, clínicamente es imposible no escuchar el desborde, un impacto en el funcionamiento sanitario..., estar en la clínica del *no saber*. El principal dilema es la responsabilidad que supone ajustar los *derechos del paciente* con las prácticas asistenciales en contexto. Esta adaptación incorpora la telemedicina como esencial en el acompañamiento terapéutico y cuidado de los usuarios con problemáticas de salud mental, uso de sustancias

y comorbilidades clínicas asociados al factor social detonante del *aislamiento*. Nadie está a salvo de sufrir.

Cuidar la trayectoria

Los efectores conformamos una red por la cual transitan los usuarios que logran alguna autonomía deseante. Así, según las necesidades, es posible desarrollar un modelo de cuidados en prácticas no manicomial, cuyo *tránsito* (recepción y recorrido) merecen ser dialogadas.

Hipótesis:

Redefinir la representación de *referencia y contrarreferencia* como enfoque administrativo - biomédico, en un *sistema de recepción cuidada* desde la *salud integral*.

Objetivo específico:

- Resignificar los cuidados en la trayectoria referenciada del sistema integral.
- Construir un circuito dialogado entre niveles de atención sanitario.
- Evaluar interdisciplinariamente (hacer entre), criterios para intervenciones ambulatorias y/o residenciales según la singularidad contextual de padeciente.

Objetivos secundarios:

- Reducir o eliminar listas de espera.
- Crear dispositivos intermedios de pronta atención.

Respuesta contextualizada:

Es vital posibilitar la transformación en un circuito de *comunicación dinámico* administrativo - asistencial, que pensado en la singularidad de un padecimiento, defina un dispositivo de atención oportuna para el sufriente.

Es cuidar, *dar sentido a toda articulación sanitaria necesaria para la atención psicosocial en un momento de emergencia sanitaria*.

Pensar la “referencia” como solicitud de intervención terapéutica a otro efector de salud que facilite la recepción cuidadosa y de cercanía familiar de quien padece una problemática de salud mental, consumos problemáticos o violencias asociadas a un malestar biológico, cuya modalidad asistencial se desarrolle en otro espacio de cuidado que considere la internación breve, agotando instancias ambulatorias.

Dialogar, entre los equipos de salud intervinientes, la propuesta en la trayectoria de recepción cuidada y su acompañamiento hasta otro momento subjetivo de intervención, evitando prácticas expulsivas, donde el usuario se encuentra a la deriva o en soledad, reforzando el aislamiento.

Para la buena práctica de este proceso, la articulación devenida en atención efectiva incorpora las herramientas del marco legal regulatorio de las prácticas, los derechos del paciente y la creación del mapa de redes local consensuado con los otros niveles de intervención sanitario según sus incumbencias.

Redes:

Se plantea así el proceso de recepción del usuario en una red de cuidados entre niveles de atención provincial: se informa al usuario respecto de la oportuna propuesta terapéutica interdisciplinaria considerando el padecimiento singular, y se inicia el proceso de consentimiento informado. Este proceso consensuado y de diálogo acompaña todo el enlace al dispositivo receptor, informando la trayectoria del sujeto por el sistema sanitario, factores que determinan en consenso la nueva propuesta de intervención.

Así el sistema de recepción- derivación se propuso como una herramienta disponible a los efectores de salud con criterios que permitan canalizar la demanda en una red de servicios en base comunitaria de cercanía. Posibilitar una organización de consultas en red, acompañando al usuario hasta su adecuada atención con turnos programados y con referencias del servicio interviniente. Esto favorece la adherencia a los tratamientos según la dinámica del padecimiento, accesibilidad al sistema de salud en tiempos de pandemia, estar ahí, orientar y responder a la demanda de asistencia en lo real. Estar en disponibilidad.

Invertir la demanda, ofrecer los dispositivos acordes a su padecimiento para que el sufriente sepa que deseamos estar próximos. Restituir la

transferencia en un enlace distinto, saber estar ante el desamparo, ofrecer la escucha, vincular al sujeto a través de una atención adecuada.

Sujeto del proceso

Urge la derivación entendida como proceso *administrativo*, excluyendo al protagonista de la demanda espontánea, a quien pide de alguna forma ser cuidado para acotar el sufrimiento. El usuario transita su experiencia de atención sin ser informado adecuadamente, tampoco los familiares quienes en un proceso agudo o de vulnerabilidad se encuentran aturridos o confusos y también padecen psicológicamente la crisis. Por esto la adecuada información es parte de una cuidadosa orientación y existe un sistema de normas vigentes. Quien acompañe el proceso de cuidados, garante de derechos, puede dar información de la dirección del tratamiento para constituir, según lo evaluado, el proceso del consentimiento informado.

Reflexiones. El contexto pandémico es una oportunidad para revisar nuestras prácticas en el circuito de cuidados

- Desconocimiento del marco legal vigente.
- Visión fragmentaria del sistema sanitario.
- Falta de comunicación entre profesionales de distintos niveles.
- Distanciamiento geográfico del domicilio al centro de salud.
- Escasa información adecuada al sujeto del tratamiento propuesto
- Ausencia de protocolos y consensos en los mecanismos de recepción de pacientes ambulatorios.
- Ausencia de protocolos ante la internación breve en hospital general cuando la derivación se invierte.
- Discrecionalidad en la utilización de la historia clínica como documento público.
- Judicialización sin criterio sanitario.

Nos debemos una reflexión respecto al diálogo entre niveles de atención. Acordar como premisa ética no repetir el abandono del sujeto de derechos como factor de violencia en prácticas burocráticas y

fragmentarias de atención. Generar acuerdos integrales respecto a las incumbencias y la pertinencia clínica del sistema de cuidados local. Una práctica de cuidado es incompleta si no se realiza al mismo tiempo una tarea de enlace. Fortalecer las propuestas terapéuticas para quien presenta un padecimiento mental es un posicionamiento ético. Resignificar la red de cuidados acota la angustia del no saber de los equipos intervinientes en la red sanitaria y favorece el acompañamiento de quien padece un proceso singular en el acceso a la salud.

Para salir del sistema fragmentario hacia un sistema sanitario de calidad y calidez se necesita el compromiso profesional para ser garante de derechos, la actitud de socializar conocimientos, de incorporar nuevas competencias en cuanto a la formación profesional diversa y considerar la opinión de usuarios y familiares, acompañantes en el proceso. Así democratizar el conocimiento. Ser conscientes que la atención en salud es un proceso relacional, entre personas y que con la complejidad del sufrir no hay servicios autosuficientes, lo cual nos interpela a construir dispositivos de enlace, en diálogo continuo. Hoy en un contexto aún de tensión pandémica, es imperativo generar encuentros, espacios de capacitación y diálogos en salud intersectoriales atravesados por el devenir de lo incierto y propiciar la ineludible gestión en red como lógica de dimensión transversal que se construye en base a distintas experiencias creadas por los servicios locales existentes. Así en el espacio de conocimiento compartido, es donde el enlace social se traduce en creación de espacios participativos con abordajes novedosos, receptivos y flexibles considerando al protagonista de los cuidados: el sujeto de derechos en la construcción de su autonomía.

El sistema de recepción en los diversos servicios de salud, en los distintos niveles del sistema son *prácticas para cuidar* al sujeto que padece, son prácticas que deben ser habladas y consensuadas entre los equipos de salud intervinientes, e informadas con un lenguaje claro, comprensible al sujeto angustiado o a sus familiares, para darle sentido y significación a este proceso. Es continuar la creación de dispositivos intermedios novedosos de pronta atención, que progresivamente favorezcan la sustitución de las internaciones de estilo reclusivo. Considerar al sujeto del padecimiento como protagonista de los cuidados con un trato cordial..., sin esperas..., sin pasillos..., sin violencias.

Ley 26657/10, reg 603/13 (CAP.IV-ART7) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado *un estado inmodificable*.

Bibliografía

- Baldasarre, D, Bianchetti, S. (2021). "La salud mental en tiempos de pandemia-Efectos traumáticos en el sujeto de derechos". XIII Jornada de la red-Documento de trabajo Colegio de Psicólogos Distrito XII Ed. Letra Viva.
- Gentile, A. (2013). "La gestión de referencia y contrarreferencia, las normas de calidad en la Atención Ambulatoria". Publicación ONLINE (pdf). Recuperado de: https://www.sap.org.ar/docs/congresos/2010/ambulatoria/gentile_calidad.pdf
- Ministerio de salud de Chile, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Departamento Coquimbo," Manual de Protocolo SCR", Coquimbo, Chile pdf. Pág. 5 -10/20-27, Feb 2019.
- Ministerio de salud, Argentina Lineamientos para la atención de la Urgencia en Salud Mental (pdf) 2013. Recuperado de: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/2020-atencion-de-las-urgencias-en-la-salud-mental_0.pdf
- Pavlovsky, F (2019). "Tratamiento ambulatorio intensivo "Elementos para el abordaje grupal de personas con consumo problemático". *El dilema ético del tratamiento*. "Colección Conjunciones" Ed. Noveduc. Pág.79-84.
- Sanso, F., Revista cubana de Medicina General Integral –ON LINE ISSN-1561-3038 Habana, Mayo-Junio 2002. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000300015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Rovere, M. (2019). "Redes en salud: los grupos, las instituciones, la comunidad ", Cap. 13 Redes para analizar, para comprender, para organizar...más redes." Pág. 235-237-245-267.
- Resolución 2019.75-APN-SGS Pautas para la organización y funcionamiento de Dispositivos en Salud Mental.

Trimboli, A. (2017). "Consumo problemático de drogas. Bases para una clínica ambulatoria de inclusión socio sanitaria". Cap. Vi. Abordajes asistenciales -Cap. VII Hospital de día. Ciudad autónoma de Bs As: Ed, Noveduc.

Leyes consultadas:

Ley N° 26657/10. Ley Nacional de Salud Mental, promulgada el 3 de diciembre de 2010,-reg 603/13.

Ley N° 26.529. Ley de Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud. Sancionada el 21 de octubre de 2009 y promulgada el 19 de noviembre de 2009.

EJE II

LAS VIOLENCIAS POR MOTIVOS DE GÉNERO: UNA MIRADA ACTUAL

Si partimos de la premisa de que las presentaciones actuales revisiten un carácter complejo, resulta imprescindible incorporar la categoría de *género* como factor a considerar a la hora de pensar las intervenciones. Las violencias por motivos de género hoy tienen un lugar preponderante frente a su larga historia de naturalización. En las comunicaciones aquí reunidas se encuentran compiladas diferentes conceptualizaciones y experiencias que invitan a la reflexión.

DISPOSITIVO DE ATENCIÓN SOCIOCOMUNITARIA: ENTRE LA CLÍNICA Y EL TERRITORIO

*Priscila Becerra, Gabriel Fernández Martínez, María Agustina Muchiutti
y Juliana Revelles*

Introducción

En el presente escrito proponemos, mediante una viñeta clínica, presentar el trabajo de un dispositivo territorial y sus entrecruzamientos con la complejidad de las situaciones de violencia en el campo de la salud mental.

El Dispositivo de Atención Socio-Comunitaria, formalizado en el mes de octubre del 2020, pero pensado y en construcción desde al menos los inicios de la emergencia sanitaria por Covid-19, se constituye como alternativa a los servicios tradicionales de atención del HESM¹ para responder a la necesidad de adecuación en la atención en salud mental propuesta por la Ley N° 26.657.

Se trata de un dispositivo conformado por profesionales de diversas disciplinas (residentes y trabajadores del Hospital) cuyo objetivo principal consiste en la construcción de estrategias para el abordaje de la salud en el territorio. Está dirigido a personas con padecimiento subjetivo severo² que por diversos motivos (particularidades del cuadro psicopa-

1 Hospital Escuela de Salud Mental, Paraná Entre Ríos.

2 Usuarios con sintomatologías y necesidades que por su severidad excedan las capacidades de respuestas ofrecidas tradicionalmente y que presentan marcada dificultad para establecer y sostener lazos interpersonales e institucionales, lo cual deviene en internaciones recurrentes.

tológico, dificultades económicas y geográficas, ausencia de referentes afectivos o institucionales) no han podido acceder o sostener un tratamiento de salud mental, dando lugar a reiteradas internaciones en la Institución, lo que conocemos como “fenómeno de puerta giratoria”.

A partir del trabajo en el territorio, es que diversas aristas propias de la salud de dichas personas comienzan a visibilizarse y a cuestionar prácticas instituidas de atención. La violencia, en tanto fenómeno social, histórico y cultural, atraviesa de sobremanera los procesos de salud/enfermedad de los usuarios, lo que nos impulsa como trabajadores de salud a pensar estrategias de cuidados y atención atentas a lo ubicuo y complejo de esta problemática y sus tensiones con la clínica.

Sobre una mujer soltera de 40 años

Ana, una mujer soltera de 40 años sin hijos. Delgada. Con pelo corto y facciones de preocupación. Bronceado propio de caminar hasta el hartazgo. Mueve sus manos intentando peinarse, intentando ordenar algo de sus ideas. Nuestro primer encuentro en la sala de internación de mujeres, allí en donde hay muchas otras agenciando de espejo, ampolla de haloperidol mediante. Ana no entiende. ¿Qué hace una mujer soltera de 40 años sin hijos en el hospital? ¿Será por su “*dolor de cuerpo*”? ¿O porque sus hermanas casadas y con hijos la trajeron? ¿Cómo no tirarles piedras a las vecinas que también tienen marido?” “¿Qué sabe la policía mujer sobre ser mujer soltera de 40 años?, seguro ella sí tiene hijos.”

Ana, diagnosticada con esquizofrenia desde hace aproximadamente 15 años, conocida en la institución por ser reticente al tratamiento, ha transitado por múltiples internaciones y realizado tratamiento ambulatorio en reiteradas oportunidades. Ana “no adhiere”, e insiste preguntando. Es durante su última internación, de la que ella una vez más decide irse “sin autorización de equipo tratante”, que comenzamos a pensar en articulación con CAPS del área programática respecto de otras estrategias posibles de abordaje que permitan alojar esas tantas preguntas a través de un lazo en su comunidad. Ana, *sorpresivamente*, “adhiere”, anuda, hilvana con otros.

Es en el marco de este nuevo momento del tratamiento en el que es

incluida en el DAS, comienza a hacernos partícipes de su cotidiano: un cotidiano signado por escenas de violencia, en el que ella intenta esconder/mostrar los golpes realizados por su pareja, en el que “ya no sabe qué hacer para que él esté tranquilo” y en el que se pregunta si “la relación sexual es siempre que el otro quiere”, un cotidiano en el que aparece la pregunta por un posible embarazo no deseado.

El cuerpo en tanto propio, en tanto límite respecto de los otros, no se trata del organismo con el cual nacemos, sino que se encuentra sujeto a la construcción de la estructura psíquica y a ese primer encuentro (o desencuentro) con la estructura del lenguaje. Dicha construcción en la psicosis se realiza de un modo particular, en tanto el mecanismo que se alza frente a dicho encuentro con el límite, con lo insostenible, se trata de la forclusión (Lacan, 1955), impidiendo esto el anudamiento de la imagen del cuerpo con la matriz simbólica que ordena, regula, tranquiliza. El cuerpo aparece como fragmentado y ajeno, y el mecanismo de exclusión (yo/no yo) que inscribe el significante primordial se ve dificultado. ¿Cómo trabajar entonces respecto de posibles límites en relación al otro teniendo en cuenta lo particular de la estructura de Ana y su modo singular de saber hacer con ella?

Ahora bien, dicha dificultad de enunciar un “no” respecto de ese otro avasallante, ¿se trata meramente de un impedimento propio de su cuadro clínico?

Fridman (2019) nos alerta respecto de lo sesgado que resulta el análisis de la problemática de las violencias desde una sola perspectiva en tanto abona al silenciamiento o patologización de las experiencias femeninas y su relación con el orden jerárquico de dominación y subordinación que impone el patriarcado. “Los desarrollos que han tenido que ver con las problemáticas clínicas relacionadas con la violencia y el abuso han sido tomados solamente desde la perspectiva intrapsíquica, lo que obtura una lectura más compleja que tenga en cuenta los condicionamientos sociales” (p. 17).

Pensar el cuerpo femenino implicará de este modo recuperar el cuerpo teórico feminista que ha develado los costos que ha tenido para las mujeres el asumir una posición sexuada femenina dentro de esta cultura, y dentro de los entramados y discursos de poder. Ya en 1950 Simone de Beauvoir en “El segundo sexo” afirma que la femineidad radica en una construcción cultural que define a las mujeres en una posición subordinada.

Ocupar un lugar histórico de subordinación dentro del orden simbólico no es sin padecimiento y resulta necesario que los abordajes en salud no pierdan de vista las condiciones de subjetivación de las mujeres.

La posibilidad de retomar entonces la propuesta foucaultiana en relación a que los cuerpos se construyen a partir de marcas y atravesamientos culturales, nos permitirá desmentir la noción de cuerpo natural, maternal, sagrado y virginal (Segato, 2010) con el que se ha reconocido el cuerpo femenino históricamente. A Ana le duele el cuerpo de mujer soltera, y decir “no” no se encuentra en el marco de las posibilidades que habilita en principio su escenario performativo, en el que el género no es pensado como un sustantivo, ni un conjunto de atributos vagos, sino en tanto hacer: actuar la identidad que se supone que es, a partir de las prácticas reguladoras de la coherencia de género (Butler, 1990).

A medida que nos anoticiábamos de la trama en la que Ana se encontraba inmersa, en una situación de vulnerabilidad³ y sometimiento, en la que el “ser mujer” estaba atravesado además por su padecimiento en salud mental, sobrevenían preguntas y cuestionamientos respecto de nuestro lugar en tanto equipo de salud: ¿hasta dónde acompañar/intervenir en/sobre sus decisiones respecto de sus vínculos? ¿Denuncia sí o no? ¿Cómo introducir la posibilidad de realizar una ILE/IVE en esta situación? ¿Abstinencia y/o indiferencia?

Si bien teníamos en claro la importancia de que el abordaje de esta situación esté atravesado por una lectura en clave de género, no perdíamos de vista la particularidad clínica de la misma y las dificultades propias del cuadro psicopatológico. Frente a intervenciones que intentaban inscribir ciertas pautas de alarma o de cuidado, o que intentaban interpelar el vínculo en el que Ana se encontraba inmersa, emergía una marcada resistencia y malestar, dificultando a su vez el sostenimiento de la transferencia y poniendo en riesgo el tratamiento. De este modo, se realizaron reuniones entre tres instituciones vinculadas a la situación: la Subsecretaría de la Mujer municipal, HESM y CAPS de referencia, donde se historizó sobre abordajes anteriores y actuales,

3 Consideramos a la “vulnerabilidad” no como un estado subjetivo, sino en situación: somos vulnerables a una persona, a una estructura social, a un momento histórico. La vulnerabilidad se inscribe en la trama de relaciones de interdependencia (Butler, 2020)

delineando estrategias en conjunto para intervenir sobre la complejidad de la situación. Si bien este abordaje al principio parecía no realizar una inscripción de la situación de violencia en tanto tal, pudimos notar algunos movimientos subjetivos en la usuaria a partir de que ella misma pudo alojar en su casa a una mujer víctima de violencia en una situación de riesgo en un momento en que la pareja de Ana no estaba viviendo allí. Pudimos realizar dicha evaluación gracias a la itinerancia del equipo, y gracias a que los encuentros con Ana se producían en su centro de vida, a veces incluso en presencia de sus vínculos afectivos.

Alicia Stolkiner (2014) nos propone pensar la idea de subjetividad ligada a la renuncia de la noción de individuo, pero no por ello a la de singularidad. Y que por eso se deja de lado la separación entre mente-cuerpo, individuo-sociedad, para comprender que lo singular no se reduce a la idea genérica de individuo, sino que lo particulariza, lo concreta, y que el cuerpo aparece necesariamente como social y subjetivo aún en su dimensión biológica. Dichos aportes nos permiten comprender la construcción social de las subjetividades, y cómo estas en su necesaria vinculación con esas otras singularidades van haciendo colectivos los modos en que las personas inscriben algunos acontecimientos vitales como parte de su proceso de padecimiento. La posibilidad de pensar a Ana en su singularidad y a su vez como parte de la trama colectiva es a partir de pensar al territorio como dispositivo en sí mismo: las intervenciones se construyen con el sujeto y en el territorio. Es de este modo que, a partir de la acción de Ana de alojar a esa otra semejante en situación de riesgo en su domicilio y de la invitación al equipo de participar de la escena y de su decisión, fue posible trabajar las significaciones de la usuaria respecto de la violencia, del cuerpo, de los límites en relación a los otros a veces avasallantes.

Consideramos que una posición comunitaria (Corea y otros, 1998) tiene en cuenta al menos dos vertientes. En principio, generar las condiciones propicias para que quienes históricamente han sido objetos de intervenciones puedan constituirse en sujetos de las mismas, que toman decisiones respecto de sus modos de ser y estar, y de sus tratamientos. Y por otro lado, potenciar aquellas acciones que, como la de Ana con la "otra mujer", construyen lazos de empatía, hospitalidad, refugio y alojamiento de la vida.

Si bien, como toda intervención (y como todo acto) se realiza sin garantías respecto de sus efectos, es necesario resaltar que este modo de construir un dispositivo flexible y singular para cada territorio y para cada sujeto, ha propiciado, al menos en Ana, la accesibilidad a la salud en tanto derecho, evitando internaciones desde hace ya dos años.

Conclusiones

“Para la reconstrucción y resignificación del cotidiano de las personas que viven la experiencia de sufrimiento psíquico, el territorio es un espacio esencial como perspectiva de actuación para todos los trabajadores en salud mental.”
(Matskura T. S. y Salles M. M., 2016.)

Como equipo consideramos que, si bien es poco el tiempo evaluado, al momento actual se han podido concretar y llevar adelante diversas intervenciones tendientes a construir alternativas a las prácticas tradicionales del hospital monovalente, acordes a los objetivos de la Ley N° 26.657. En este sentido, cabe destacar que no nos pensamos como un dispositivo aislado, ni escindido, sino que, por el contrario, realizamos cotidianamente esfuerzos por contribuir al trabajo de otros servicios, dispositivos e instituciones. Dicha articulación no solo potencia los equipos de trabajo, sino y principalmente construye tramas de cuidado para quienes se encuentran transitando un proceso de salud-enfermedad.

Ubicamos que las intervenciones interinstitucionales e intersectoriales, como así también el trabajo con referentes barriales y/o familiares, han generado grandes avances en algunas situaciones, siendo entonces una potencia la posibilidad de trabajar en conjunto creando redes de sostén y apoyo. Al igual que diversas problemáticas en salud mental, el padecimiento de las mujeres víctimas de violencia de género no es posible de ser abordado de otro modo que no sea propiciando dichas redes (aquellas que efectivamente alojen la singularidad de cada quien), escuchando de qué sufre quien acompañamos, construyendo estrategias posibles en conjunto con el sujeto de intervención, y atendiendo las condiciones que hacen a ese sufrimiento. De modo singular, podemos decir que la

intervención con Ana nos ha servido para identificar aquello que por momentos aparece escindido de las prácticas en salud pero que al darle entidad se encuentran diversas formas de vinculación entre la problemática de las violencias y el campo de la salud mental.

Bibliografía

- Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Butler, J. (1990). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Fridman, I. (2019). *Psicoanálisis y violencias de género*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Lacan, J. (1955). *Seminario III. Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Corea, C., de la Aldea, E. & Lewkowicz, I. (1998). La comunidad entre lo público y lo privado. En: Lewkowicz I, *Escritos varios sobre comunidad, lo común y la subjetividad*. Universidad Nacional de La Plata. Recuperado de: https://eva.central.udelar.edu.uy/plugin-file.php/2056/mod_folder/content/0/Aproximaci%C3%B3n%20a%20la%20comunidad/La%20Comunidad%20%20entre%20lo%20Publico%20%20y%20Privado%20lwz.pdf?forcedownload=1
- Matskura T. S. & Salles M. M. (2016). *Cotidiano, actividad humana y ocupación. Perspectivas de terapia ocupacional en el campo de la salud mental*. Sao Carlos: Edufscar.
- Segato, R. (2010). *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Buenos Aires: Prometeo.
- Segato, R. (2018). *Contra-pedagogías de la crueldad*. Buenos Aires: Editorial Prometeo.
- Stolkiner, A. (2014). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. En: Lerner, H. (comp.) *Los sufrimientos. 10 Psicoanalistas. 10 Enfoques*. Buenos Aires: Ed. Psicolibro. Recuperado de: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/stolkiner_2013_medicalizacin_de_la_vida__sufrimiento_subjetiv_2014.pdf

EL DOBLE PADECIMIENTO DE LAS USUARIAS DE SALUD MENTAL

Cintia Gisela Torres

Breve introducción a la temática

En la presente me gustaría abordar dos temáticas que están en el ojo público en la actualidad, por un lado la violencia de género y por el otro la salud mental. Cuando se entrecruzan salud mental y violencia de género se suelen abordar los padecimientos psicológicos resultantes de la exposición de las mujeres a la violencia de género. Así, encontramos infinidad de artículos que abordan desde diferentes ópticas las “marcas psicológicas” que quedan en las mujeres que padecieron este tipo de violencia (se habla de depresión, sintomatología, abordaje psicológico, psiquiátrico, etc.), pero poco se dice sobre las mujeres que tienen un padecimiento de salud mental y que además sufren violencia de género y/o intrafamiliar; es por ello que este escrito propone un primer acercamiento a la temática.

La ONU reconoce a la violencia de género como una “violación a los derechos humanos y un grave problema de salud pública”, mientras que nuestra Ley N° 26.485 especifica que se entiende por Violencia de Género “toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal”. Esta ley desmitifica que la violencia es del ámbito privado, la pone en el ojo público y nos exige abordarla.

Cuando hago referencia a estas mujeres con padecimiento mental, pienso en mujeres que han transitado internaciones de larga estadía donde perdieron parte o la totalidad de sus vínculos afectivos y en su lugar generaron recorridos institucionales, vinculándose con profesionales y otrxs usuarixs. Pienso en mujeres que muchas veces dependen de sus vínculos para afrontar la vida cotidiana, pero que no pueden decidir sobre su dinero, sexualidad, hijxs, y sufren maltrato verbal y físico de parte de estos⁴; mujeres a las cuales las instituciones han albergado pero también maltratado, sobremedicado, patologizado, decidido sobre su libertad reproductiva y no reproductiva y sus capacidades.

En esta línea, diversas revisiones científicas sobre la temática muestran que entre un 40% y un 80% de mujeres con padecimiento mental han sufrido violencia física, sexual y psicológica por parte de sus parejas y familias. A lo que se debe agregar otros tipos de violencias invisibilizadas que padecen estas mujeres tales como violencia económica e institucional. Rita de Guadalupe Martínez-Rocha (2019), explicita que el riesgo que tienen las mujeres con padecimiento mental de sufrir violencia se multiplica entre dos y cuatro veces respecto a las mujeres en general y que factores como carencia de autonomía, alto nivel de dependencia, baja o nula participación social y el estigma que rodea la enfermedad mental contribuyen a esta doble vulnerabilidad. Además, agrega, que las mujeres con padecimiento mental ven cuestionada sistemáticamente su condición de víctimas bajo argumentos tales como que su relato no es veraz, debido a la descompensación psicopatológica, o que sus conductas provocan el maltrato.

Así, se invisibiliza y naturaliza la violencia de género que padecen las usuarias de salud mental, convirtiéndose en lo que Ana María Fernández (2009) define como “invisibles sociales”. Este invisible social no es algo oculto o escondido, sino que se conforma de hechos, acontecimientos, procesos y dispositivos reproducidos en toda la extensión de la superficie

4 En este punto es necesario tener en cuenta los atravesamientos que se producen entre la violencia de género y las condiciones materiales de vida de tanto de las usuarias, como de sus familias y parejas; ya que la pobreza, imposibilidad de conseguir un empleo estable, el escaso acceso a recursos materiales, hacinamiento, viviendas precarias, entre otros, incrementa la vulnerabilidad y dificulta la posibilidad de salir de estas situaciones de violencia.

social y subjetiva. Esta violencia implícita no se identifica fácilmente, porque está legitimada por los discursos científicos, filosóficos, políticos e incluso religiosos. Está ahí, pero no se ve o se lo considera natural, siendo así la violencia visible e invisible un par indisoluble.

El invisible se hace presente en la cotidianeidad....

Particularmente, como residente de Trabajo Social en un Hospital General de Agudos de la Provincia de Buenos Aires, y durante una rotación por el Servicio de Salud Mental del mismo; empecé a tomar conocimiento sobre estas situaciones a partir de los relatos de las usuarias y del impacto que generaba en su salud física y mental. A partir de la escucha continua y activa encontré en sus relatos situaciones de violencia psicológica, económica, sexual y física a las que estaban expuestas por parte sus parejas (ex parejas) e incluso familia; en algunos casos se reconocían como violentadas, pero en otros no. Situaciones de violencia que se vieron incrementadas como consecuencia de la pandemia actual, donde se suspendieron los talleres de los dispositivos territoriales, Hospital de Día, y las actividades ambulatorias, y debido al confinamiento con los vínculos agresores.

Respecto del equipo de salud y en consonancia con lo planteado por Ana María Fernández (2009), estas violencias se encontraban naturalizadas e invisibilizadas por ser usuarias consideradas “históricas” ya que cursaron repetidas internaciones a lo largo de los años en la sala de salud mental. De esta manera pasó a ser naturalizado que una familia use como excusa la determinación de capacidad para no entregar dinero a la usuaria o permitirle comprarse algo para sí, decidan sobre su cuerpo, o incluso soliciten una internación innecesaria. Esta naturalización genera que las intervenciones realizadas sobre esta problemática sean en soledad y se sienta la ausencia de herramientas conceptuales para poder realizar los abordajes.

Luego, al insertarme en un dispositivo de abordaje territorial de violencia de género dentro de la misma ciudad, me reencontré con las mismas usuarias que transitan por el servicio de salud mental del Hospital,

lo que me llevó a profundizar sobre sus situaciones particulares, cómo las afectó la pandemia (el encierro con sus agresores y la suspensión de actividades como el Hospital de día) y también, la cantidad de denuncias radicadas por ellas y por otras usuarias.

Y a partir de allí, tomé conciencia de la fragmentación que estaban padeciendo estas mujeres, ya que debían separar su atención de salud mental por un lado y todo lo relacionado con su otro padecimiento en este dispositivo (desde salud mental no se aborda la violencia, y desde el dispositivo territorial no se aborda padecimientos de salud mental). Se produce una fragmentación en términos de abordajes, que hace que una misma persona deba realizar recorridos por diferentes instituciones, re-victimizándose y quedando sola en muchas instancias donde se producen “vacíos” de acompañamiento⁵. O bien se produce una superposición de intervenciones, debido a que los equipos de trabajo no están capacitados para realizar abordajes de esta complejidad o no hay líneas de trabajo interdisciplinarias e intersectoriales.

A todo lo anterior se agrega que existe una diferencia cuando estas mujeres tienen hijxs, ya que en estas situaciones hay otras instituciones intervinientes y se activan otros mecanismos de protección; aunque no siempre para con ellas sino que la respuesta termina siendo que estxs niñxs estén al cuidado de otra persona, además de “derivar” a la mujer a un dispositivo para que la acompañe (continuando así, con la fragmentación de vínculos y de abordajes).

Pequeñas reflexiones sobre una gran problemática

La violencia padecida por estas usuarias es una clara expresión de las relaciones desiguales de poder, que se basan en una configuración histórica y social del orden patriarcal, en el que el hombre tiene privilegios y se cree con la potestad de mandar sobre la mujer quien tendría como

5 Con esto me refiero a instancias donde lxs profesionales intervinientes acompañan desde determinada institución o campo de conocimiento y supone que otrx va a complementar su intervención, pero no es así. Entonces la persona queda en soledad a la hora de realizar ciertos “trámites”, por ejemplo, judiciales.

mandato social obedecer por ser considerada inferior. Siendo la violencia de género hacia las mujeres, la que nos cataloga como locas por naturaleza, así el paradigma patriarcal pone en la histeria la primera piedra en este sentido y se convierte en una creencia plenamente vigente en el siglo XXI.

Por todo ello es que resulta necesario que, dentro de los equipos de salud, empecemos a preguntarnos y a hacer visible esta violencia invisible que padecen las usuarias; que empecemos a sacarla del orden de lo privado y a pensar en estrategias específicas de abordaje. Tal como refiere Ana María Fernández (2009) abordar un invisible, en este caso la violencia de género, significa abrir la interrogación, problematizar críticamente los procesos de naturalización por los que se produce esa invisibilidad, implica repensar nuestras prácticas y agudizar la escucha.

Poder visibilizar la violencia de género implica, también, un trabajo con las usuarias, en el que se le brinden las herramientas para reconocer estos vínculos violentos (ya sea a través de dispositivos grupales o espacios individuales); se generen en conjunto estrategias que las ayuden a salir de la misma, y se las acompañe dentro de sus tiempos y posibilidades en un proceso de denuncia (si lo desean) y en todo lo que ello conlleva luego.

En este punto y para ello, resulta fundamental en primera instancia la formación en violencia de género de los equipos de salud mental (capacitación de Ley Micaela) a fin de evitar la fragmentación y revictimización de las usuarias. El poder interiorizarnos dentro de esta problemática, reconocer su impacto dentro del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado y adquirir las herramientas necesarias para poder intervenir es tarea de los equipos de salud.

A esto hay que agregarle la interiorización de los recursos y políticas públicas con los que contamos a nivel estatal y territorial, porque son los que nos van a otorgar la posibilidad de sacar a esa mujer de su hogar o darle mientras un ingreso; aprender a realizar evaluaciones de riesgo para poder definir la gravedad de su situación. Y realizar articulaciones en clave territorial, intersectorial e interinstitucional, evitando caer en derivaciones y des-responsabilidades.

Otro punto primordial es el registro en la historia clínica, tanto de lo explicitado por la usuaria como de lo actuado en función de ello; este

registro claro, cronológico y completo de lo actuado nos permite recapitular sobre lo realizado y empezar a pensar nuevas estrategias de abordaje que contemplen otros actores sociales, etc.

Y finalmente pero no menos importante es la comprensión de que las violencias no se abordan en soledad, debido a los impactos que tiene su abordaje dentro de los equipos de trabajo (como personas y profesionales). En este sentido, el encuentro con otros, la planificación y evaluación de estrategias de abordaje conjuntas, y las supervisiones son un insumo importantísimo para el trabajo en una problemática que nos exige ser abordada de forma interdisciplinaria, nos llevan a recordar que no existe la salud en una vida atravesada por la violencia.

Bibliografía

- Almendros Simón, A.; Munilla Rebollo R. V.; Ernabeu Domínguez A. "Violencia intrafamiliar en personas con diagnóstico de enfermedad mental grave y duradera". *Documentos de Trabajo Social* nº 55. Madrid.
- Fernández, A (2009). *Las lógicas sexuales, amor, política y violencias*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- Ley N° 26485. Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Y su modificatoria Ley N° 27533. Ley de Protección Integral de las Mujeres.
- Martínez-Rocha RG, Segura-Sifuentes T, Martínez- Saldaña CG, Cruz-Ortiz M, Moreno-Tapia JA. (2019) "Abordaje de la violencia de género por profesionales de la salud mental". *Revista CONAMED*; 24(supl. 1): s8-s16.
- Organización Naciones Unidas (ONU). Hechos y cifras: Poner fin a la violencia contra las mujeres. Recuperado de: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>
- Saletti-Cuesta (2020). "El abordaje de la violencia de género desde la perspectiva de las comunidades del norte cordobés, Argentina". *Cuadernos de Salud Pública* nº36. Recuperado de: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n1/1678-4464-csp-36-01-e00184418.pdf>

EL ABORDAJE DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO EN PERSONAS GESTANTES Y PUÉRPERAS DESDE UNA PERSPECTIVA DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y DIVERSIDAD

Daniela Marin, Carolina Romeu y Lucía Vasallo del Giorgio

Introducción

Los procesos psíquicos propios del embarazo, el nacimiento y la crianza entendidos como prácticas de cuidado que impactan de manera directa en las trayectorias vitales de quienes asumen las tareas y sus entornos han sido poco estudiadas. La atención a las mujeres, personas gestantes, madres y bebés durante el embarazo, parto y posparto se ha centrado casi exclusivamente en los aspectos físicos y médicos de la maternidad, prestando poca atención a los aspectos de la salud mental como podrían ser las consecuencias psicológicas de las vivencias de esa etapa, tales como en algunos casos, los trastornos del estado de ánimo, depresión puerperal, psicosis posparto, duelo perinatal. El consumo problemático es una de las experiencias que pueden atravesar personas gestantes y puérperas; muchas veces no es detectado oportunamente y no es acompañado con estrategias específicas, lo que lleva usualmente a graves consecuencias.

En este sentido, la perspectiva de género puede ser una categoría analítica que sirva para entender el acompañamiento desde los equipos de salud en estos escenarios. Las relaciones de poder basadas en el género responden a construcciones sociales e históricas, que atraviesan a

todas las personas. También a las personas que conformamos el equipo de salud. Reconocer las relaciones de desigualdad que se producen entre los géneros a la hora de pensar nuestras intervenciones y particularmente de las personas marcadas como mujeres en el sistema de salud, resulta fundamental para evidenciar que atraviesan todo el entramado social y se articulan con otras relaciones sociales como la clase, el color de la piel, la edad, la identidad de género y la etnia, entre otras.

Objetivos

Construir interrogantes con respecto a la necesidad del acompañamiento, contención y cuidado de las personas gestantes y puérperas afectadas por el consumo problemático desde una perspectiva de género.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657

El material de investigación sobre el consumo problemático en personas gestantes no es suficiente. Si bien han sido escasos los estudios que cruzan el consumo problemático de sustancias con la perspectiva de género, sí es posible encontrar en los antecedentes trabajos académicos dedicados a manifestar los efectos de las drogas en el proceso de embarazo y nacimiento en personas marcadas como mujeres (Opcion, 2004).

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 que guía nuestras prácticas, reconoce las situaciones de consumo problemático como “parte integrante de las políticas de salud mental” y aclara que “las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud” (Art 4), incluye en su definición que “en ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive

la persona; c) Elección o identidad sexual; d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización” (Art.3). Asimismo, afirma que “se debe partir de la presunción de capacidad” (Art. 5) y “asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos.” (Art. 3. Ley N° 26.657.)⁶

Otra posición categórica es que el Estado reconoce el “derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable” (Art. 7). Enunciado que debe interpelar prejuicios y teorías que sin probada evidencia científica sostienen la idea de una patología progresiva e irreversible, y la imagen de una “*carrera de consumo*” lineal y siempre ascendente hacia consumos de mayor riesgo, como un “*viaje de ida*”. Como indica Pawlowicz “dicha afirmación no se condice con las trayectorias de usos de sustancias que suelen ser variadas, complejas y fluctuantes.”⁷

El estigma hacia las mujeres que consumen

Respecto de las representaciones sociales vinculadas a los consumos de las mujeres en general, se asocian a una serie de justificaciones vinculadas a la condición de género. Principalmente, desde el estereotipo tradicional se tiende a considerar la práctica de consumo como una desviación de lo que las mujeres “*deberían ser*” o de lo que se espera de ellas. Como si estuvieran menoscabadas o desvalorizando “su feminidad”. En la sociedad patriarcal en la que vivimos, las mujeres que consumen sustancias se alejan de las expectativas de sus roles de género y, por lo tanto, también se alejan del imaginario de mujeres-madres, protectoras, que viven por y para los demás, pues según esa lógica ellas son quienes deberían ser las únicas responsables de la crianza de sus hijos.

Por ejemplo, una mujer madre que consume, automáticamente será juzgada como mala madre, y si está cursando un embarazo o amamantando, la mirada recaerá exclusivamente sobre el bebé. Con lo cual, como

6 Ley N° 26.657 recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/175000-179999/175977/norma.htm>

7 Pawlowicz recuperado de: <https://www.vocesenelfenix.com/content/ley-de-salud-mental-apuesta-un-cambio-de-paradigma-y-oportunidades-para-una-reforma-en-las-p>

mencionamos anteriormente, una mujer que consume sustancias es doblemente estigmatizada por “adicta” y por “mala madre”. Es decir, por romper con el modelo construido e idealizado que le fue asignado socialmente y también por ser consumidoras de drogas (Diez, Pawlowicz y otros, 2020). Incluso, en el escenario en el que “las mujeres utilicen sustancias ilegales, el rechazo es mayor por su acercamiento a la ilegalidad, y se vuelven objeto de una penalización moral y social por esa trasgresión”.

El mismo estudio sostiene que recaen sobre ellas castigos sociales como estrategias que señalan y buscan regular las conductas “desviadas” de las mujeres, que ejercen control sobre sus cuerpos, deseos y prácticas. Un ejemplo de esto, es la hiper visibilización de las personas que consumen drogas cuando están cursando un embarazo y la consecuente estigmatización de sus prácticas en función de criterios morales de “buena” o “mala” madre. Todo eso nos lleva a pensar entonces en los estereotipos de género, los consumos problemáticos de sustancias y los roles de las mujeres-madres-cuidadoras que se reproducen al interior de las familias y los entornos de cuidado.

Estrategias de acompañamiento a personas puérperas con consumo problemático

Para ilustrar, consideramos oportuno comentar el caso de M., madre de un bebé que se encontraba internado en la terapia intensiva neonatal del hospital Garrahan por prematuridad (nacido con 29 semanas) y enterocolitis necrosante (NEC) perforada.

Durante la entrevista con Salud Mental se observaba a M. francamente angustiada por el estado de salud de su hijo, quien se encontraba enfermo de gravedad. Presentaba sentimientos de culpa y autorreproches por el estado clínico del niño, el cual relacionaba con su consumo de cocaína durante el embarazo.

A lo largo de la internación en el servicio de neonatología, se mantuvieron entrevistas diarias con M., a quien se observaba ligada afectivamente con su hijo, permaneciendo a su cuidado durante la internación. M. presentaba dificultades para conciliar el sueño, sentimiento de angustia

e irritabilidad, especialmente con otras madres que se encontraban en la sala de padres, donde se daban conflictos frecuentes.

Por este motivo se acuerda con M., que realice una consulta en la guardia del Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte", para valoración por psiquiatría y psicología. M. comienza allí tratamiento psicofarmacológico y terapia grupal. Paralelamente continuó con el seguimiento diario con el servicio de salud mental del Garrahan.

En un principio, M. se mostraba reticente a brindar su contacto, pero luego accedió a que el equipo se comunicará con su madre, la abuela del recién nacido, a quien M. mencionaba como referente afectivo. La mamá de M. concurrió a entrevistas con salud mental y servicio social, en las cuales se mostraba consciente de la problemática de M. y dispuesta a colaborar con su hija, acompañándola en la crianza de su nieto.

Debido a lo prolongado de la internación (6 meses) y el agotamiento de M., sumado a la dificultad para contactarla y sostener un tratamiento, se acuerda con ella y su madre, que los fines de semana será la abuela del niño quien se encargue de los cuidados y M. irá a descansar a su casa. Para el momento del alta, la figura de la abuela materna también fue fundamental, ya que fue quien recibió tanto a M. como a su hijo en su casa, junto al abuelo materno, y se comprometió en el acompañamiento de ambos.

Tanto para la internación como para el momento del alta, fue fundamental contar con redes de apoyo tanto familiares como institucionales (Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte", Hospital Garrahan, CESAC de su zona de residencia).

Aproximadamente 8 meses después, M. concurre a este hospital ya que su hijo presentaba fiebre de 24 horas de evolución, se internan para descartar la presencia de virus Covid-19. Durante la internación se observa a la madre con inquietud y muy ansiosa. Se le informa que debe permanecer en la habitación aislada hasta el resultado del hisopado, pero en reiteradas ocasiones deambula por el hospital, solicitando medicación psiquiátrica a diversos profesionales.

En este sentido, desde el equipo se observan dificultades para garantizar el cuidado del niño en ese momento, y se contempla la posibilidad de que M. se encuentre bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva,

por lo que se decide comunicarse con familia ampliada. De esta manera nos enteramos que hacía poco tiempo que su madre había fallecido de manera repentina.

Rápidamente su cuñada (pareja del hermano) concurre al hospital para tener una entrevista con el equipo interdisciplinario y así organizar el cuidado del niño. Al mismo tiempo, el hermano de M. la lleva a su casa donde acuerdan con ella y la familia una internación para tratamiento por consumo problemático, quedando el hermano y la cuñada de M. al cuidado del niño hasta que su madre esté nuevamente en condiciones de garantizar los cuidados que el niño requería.

Las estrategias que se construyeron debieron ir acomodándose a los distintos momentos y situaciones, ya sea la internación, el alta e incluso el fallecimiento de la abuela materna quien representaba un gran sostén para M, resultando fundamental el armado de nuevas redes de sostén que construyan entornos de cuidado para el proceso que atravesaba M. y su hijo.

La violencia por motivos de género y el abordaje estigmatizante de la salud

Retomando la construcción de estrategias en el abordaje descrito, proponemos reflexionar acerca de la necesidad de que el equipo de salud pueda tener herramientas para evitar la estigmatización de las mujeres que consumen. Esto resulta imprescindible para poder acompañarlas en algún proceso de acceso o asistencia en salud, en un momento particular de su trayectoria vital como es la instancia del embarazo y puerperio. Nos referimos al proceso de acceso o asistencia ya que consideramos que esto es fluctuante, debido a que las necesidades de atención y acompañamiento van modificándose a lo largo del tiempo y en los distintos ciclos vitales de cada persona.

La necesidad de la construcción de dispositivos e intervenciones que eviten esta estigmatización, que puedan repensarse en los prejuicios y representaciones que existen dentro del equipo de salud previo al abordaje de las situaciones es el desafío para evitar el ejercicio de las violencias en el ámbito de la salud.

En este sentido, proponemos retomar el recorrido normativo de las leyes que acompañan la regulación de las buenas prácticas en el acompañamiento del trabajo de parto y puerperio de personas gestantes. La Ley Nacional N° 25.929, conocida como Ley de Parto Respetado⁸ fue sancionada en 2004 y reglamentada en 2015. Desde esta perspectiva podemos hablar de un nuevo paradigma que comienza a saldar el vacío jurídico que existía en torno a los derechos de las personas gestantes y recién nacidas. Esta ley incluye entre sus previsiones la protección integral de las mujeres en lo que respecta a la erradicación de la violencia obstétrica, mencionada como una de las modalidades de violencia de género dentro de la Ley N° 26.485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres⁹.

De esta manera entendemos que un abordaje estigmatizante de las personas puérperas podría contemplarse desde la Ley N° 26.485 como violencia obstétrica, definida en el artículo N° 4 como “toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual o económica. Se incluyen las perpetradas desde el Estado o por sus agentes”.

Asimismo, en el artículo N° 6 de la misma ley se establece distintas modalidades de violencia entre las cuales se encuentra la violencia obstétrica: “Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización”.

Resulta fundamental identificar los puntos centrales del marco normativo vigente que se vincula específicamente con la temática, ya que consideramos sumamente valiosa la sensibilización y formación constante en temáticas de género de todas las personas que componen los equipos, como así también el conocimiento e implementación del marco normativo y los modos en que funcionan como herramientas concretas para la práctica en nuestra tarea cotidiana.

8 Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>

9 Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

La necesidad de identificar las barreras y obstáculos para acceder a estos espacios y las complejidades que se ponen en juego a la hora de sostener un proceso de acompañamiento por parte de las personas puérperas en situación de consumo es tan importante como reconocernos en el ejercicio de la violencia en situaciones en las que proponemos abordajes estigmatizantes.

Consideraciones finales

Esta serie de reflexiones intentan identificar situaciones que suelen transitar personas en situación de embarazo y puerperio al momento de acceder a espacios de atención en salud, para repensar nuestras prácticas como equipos de salud en los procesos de acompañamiento a personas que atraviesan situaciones de consumos problemáticos.

En definitiva, creemos que reflexionar acerca de los abordajes y nuestras intervenciones, nos va a brindar herramientas para empezar a comprender situaciones que han estado mayormente invisibilizadas en el campo de los consumos problemáticos. Al momento del nacimiento, las mujeres madres se exponen a lugares de alta visibilización, por lo que el equipo de salud no solo las mira, sino que también las evalúa en lo que ellos consideran cuáles son las condiciones necesarias para ser “buena madre”. Atravesar situaciones de consumo problemático de sustancias en estas circunstancias está por fuera de los modelos de feminidad impuestos, por lo que entendemos que el equipo de salud se ve atravesado por múltiples aristas de la situación.

Entendemos que introducir la perspectiva de género en la práctica y en los dispositivos no es tarea sencilla, sino un proceso complejo con cambios y desafíos constantes que no se da de una vez para siempre, ni de la misma manera en cada una de sus integrantes. La deconstrucción implica desaprender lo aprendido, y pensar de nuevo a partir de esta perspectiva y los problemas que se van presentando cada vez. No hay recetas para transitarlo. Consideramos que se trata no solo de formarse, sino también de incomodarse, de cuestionarse a una misma, para que de esta manera algo se mueva y dé lugar a nuevas reflexiones.

Bibliografía

- Butler, J. (2008). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Buenos Aires: Paidós.
- Ministerio de Salud de la Nación (2017). *Salud y adolescencias LGBT: herramientas de abordaje integral para equipos de salud*. 1a ed. Buenos Aires.
- Rubin, G. (1998). "El tráfico de mujeres: Notas sobre la 'economía política del sexo'". En: Navarro, Marysa y Stimpson, Catherine (comps.) *¿Qué son los estudios de mujeres?* México: Fondo de Cultura Económica.
- Tajer, D. (2012). "Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud". En D. Tajer (Comp.). *Género y salud: las políticas en acción* (p.17-36). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Wittig, Monique. (2015). !La categoría del sexo y El pensamiento heterosexual!. En: *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Libros de la Mala Semilla. Buenos Aires.
- Desvelando velos... sobre Género y Drogas Aspectos Teórico- Metodológicos y Buenas Prácticas de Abordaje del Uso Problemático de Drogas desde distintas Perspectivas de Género*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/desvelando-velos-sobre-genero-drogas>

LA CIBERNÉTICA COMO TRANSPARENCIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN CONTEXTO DE PANDEMIA

Yanina Soledad Cornejo, Lucila Sánchez y Marcela Claudina Volpi

Introducción

A principios del mes de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud reconoce la pandemia por coronavirus 2019 (Covid-19) a nivel global.

En el marco de esta declaración y acorde a la velocidad de propagación de la enfermedad, el Gobierno Argentino, a fin de proteger la Salud Pública decreta el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio a partir del 20 de marzo del mismo año por el tiempo que se considere necesario dependiendo de la situación epidemiológica y posteriormente se decreta el Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DISPO).

Ante el contexto planteado, se pudo observar el incremento de los procesos de digitalización y transformación tecnológica, exponiendo una nueva era que visualiza al mundo digital como reflejo de las realidades offline, y como expresión de las relaciones e interacciones por fuera de este contexto digitalizado.

El uso masificado de los medios de comunicación puso de manifiesto nuevas modalidades de expresión, exacerbando algunos conceptos y conductas en proceso de deconstrucción en nuestro país, referidos a misoginia, xenofobia y violencia de género entre otros.

Partiendo de la definición de cibernética como ciencia por la cual se lleva a cabo un desarrollo de imitación, control y comunicación, y

considerando el impacto del entorno virtual durante el proceso pandémico, resulta imperiosa la revisión de temáticas orientadas a las conductas agresivas, a fin de identificar comportamientos violentos y situaciones enmascaradas de violencia de género para diseñar estrategias de intervención acordes al contexto, que permitan prevenir cualquier conducta de violencia de género.

Capítulo I

Ciberviolencia “On-off”

La tecnología evoluciona constantemente y a un ritmo acelerado, sin embargo, fue el contexto sanitario el que expuso a gran parte de la población al uso masivo de estas, creando una cibercultura que promueve nuevos estilos de vida, formas de pensar, actuar, trabajar, educar y relacionarse.

El escenario pre-pandémico proponía a los jóvenes como principales consumidores de la vía digital utilizando esta como medio de vinculación social. A razón de ello los primeros estudios de ciberviolencia se basaron en esta población.

El nivel de exposición en los medios cibernéticos transparentó sistemas arraigados de violencia de género tales como insultos sexistas, descalificaciones, violencia psicológica y acoso, favorecidos todos ellos por el anonimato y la falta de organismos reguladores.

Sin embargo, la disparidad en los alcances de conectividad entre mujeres y hombres también trajo aparejado situaciones de vulnerabilidad de género.

La pandemia del Covid-19 evidenció las consecuencias que puede tener para las personas, específicamente mujeres y niñas, “el contar con un inadecuado o inexistente acceso a la red, quienes sin ello quedan más sensibles al virus, desconectadas de sus seres queridos y segregadas de las estrategias gubernamentales para contrarrestar la crisis”. (Brown, Pytlak; OEA, 2020, p. 11.)

Asimismo, la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT), informó que de 4 billones de personas que se encontraban en línea en 2019,

“sólo 48% de las mujeres tenían acceso a internet en comparación con 55% de los hombres, lo cual en términos relativos significa que la brecha mundial de género es de 17%”. (OEA, 2020, p.11.)

Covid-19 y violencia de género

En referencia al impacto de la pandemia Covid-19 y el aislamiento social, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala un aumento a nivel global de los casos de violencia de género, señalando factores agravantes en esta situación peculiar tales como el estrés, la perturbación de las redes sociales, el aislamiento en sus hogares, el acceso a los servicios básicos de salud, así como el acceso a otros servicios de asistencia a la víctima de violencia de género.¹⁰

La OPS agrega que de las personas que sufrían abuso en línea previo a la pandemia, 29% refirió que el abuso se había vuelto más arduo, aumentando a 38% en el caso de mujeres negras o personas no binarias.

En nuestro país el Observatorio de femicidios de la Defensoría de la Nación, dio a conocer el aumento de los casos de femicidios ocurridos en el periodo 2020 (295 casos), comparativamente con los registrados durante el mismo periodo del año anterior (280 casos), mencionando al aislamiento social como agravante y factor que contribuyó en el aumento de casos de violencia hacia mujeres, niñas y de femicidios.

Por su parte durante el año 2020 los equipos interdisciplinarios de la Oficina de Violencia de Género atendieron 7.422 casos, lo que representa una variación de -50% respecto del año anterior. El 44% de los casos atendidos fue derivado a la OVD por fuerzas de seguridad (Policía de la Ciudad de Buenos Aires, Prefectura, Gendarmería y Comisarías de la Mujer); 15% concurren de forma directa o por registrar consultas o denuncias previas en la OVD; 10% fue derivado por profesionales de la abogacía; 7% por referencias de otras personas; 5% por la Línea 144; 4%, por el sistema de Justicia y 4% por el programa Víctimas contra las violencias.

10 Women's Rights Online Translating Access into Empowerment (2015). (En línea). Women's Rights Online. Translating Access into Empowerment. Recuperado el 17 de julio de 2021 de <http://webfoundation.org/docs/2015/10/womens-rights-online21102015.pdf>

Capítulo II

Marco legislativo: delitos cibernéticos y accesibilidad a los medios de comunicación en Argentina

En primer lugar, es importante destacar conceptos tradicionales relacionados al uso de los medios cibernéticos que representan implicancias legales en Argentina.

Ciberacoso: el ciberacoso o *grooming* es el acoso sexual que realiza un adulto a un niño, niña o adolescente por medio de internet o un teléfono. Corresponde a un delito penal (artículo 131 C.P). Ante el aumento del tiempo en línea se ha reportado un incremento paralelo en la vigilancia, asedio, contacto sin consentimiento y la imposición de conductas de carácter sexual indeseadas en contra de menores de edad.

Nota: el ciberacoso puede adoptar diferentes modalidades y constituirse entre adultos, estableciéndose en cada caso el delito correspondiente.

Sexting: acción de filmarse o sacarse una foto con contenido sexual, erótico o pornográfico y enviar esas imágenes o videos a una persona de confianza por medio del teléfono celular u otro dispositivo electrónico. Si la viralización de este material hubiera resultado sin el consentimiento del adulto o en caso de menores de edad requiere denuncia ya que corresponde a un delito. Se ha comprobado que este ataque, cuyos índices han aumentado de forma significativa durante la pandemia, tiene un importante componente de género enfocándose en mujeres, jóvenes y niñas, dado que la difusión pública de imágenes íntimas tiene mayores consecuencias para ellas ante las normas y estereotipos de género en torno al control de la sexualidad femenina.

Ante el avance de los ciberdelitos, el marco legislativo argentino debió incluir nuevas normas, leyes y modificaciones de estas en los diferentes códigos, con la intención de garantizar los derechos a la propiedad privada, y la accesibilidad (reconocida como "derecho humano") a los medios de comunicación.

- Ley N° 25.326, Disposiciones Generales. Principios generales relativos a la protección de datos. Derechos de los titulares de datos. Usuarios y responsables de archivos, registros y bancos de

- datos. Control. Sanciones. Acción de protección de los datos personales.
- Ley N° 26.388, Código Penal. Introduce los delitos informáticos en el Código Penal, abarcando los ejes temáticos: delitos informáticos, delitos contra la integridad sexual, pornografía infantil, violación de secretos y de la privacidad, acceso a sistema informático, acceso a banco de datos, publicación de una comunicación electrónica, fraude informático, daño informático.
 - Resolución conjunta 866/2011 y 1500/2011 en su Artículo 1° – “Crease la Comisión Técnica Asesora en materia de Cibercrimen con el fin de desarrollar y formular una propuesta en relación con aquellas cuestiones procesales que se requieran para hacer efectiva la lucha contra el cibercrimen y el tratamiento de la evidencia digital, así como otras herramientas, normas y medios necesarios para el logro de ese objetivo”.
 - Ley N° 26994, CC y CN. En su art. 53. Establece- “Derecho a la imagen. Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo, que se haga, es necesario su consentimiento”.
 - Ley N° 27.078. Establece en su artículo 2° la “finalidad garantizar el derecho humano a las comunicaciones y a las telecomunicaciones..., promover el rol del Estado como planificador, incentivando la función social que dichas tecnologías poseen..., procurando la accesibilidad y asequibilidad de las tecnologías de la información y las comunicaciones para el pueblo.”

Por su parte las redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram, TikTok, por citar a modo de ejemplos) al ser grandes plataformas de contenidos propios y de terceros intentan (aunque infructuosamente) garantizar a sus usuarios un mínimo de seguridad informática, estableciendo normas y cláusulas de aceptación, prohibiciones, sistemas de bloqueos automáticos de contenido no apto, de acuerdo con disposiciones generales en relación con las sedes centrales. Así mismo, la resolución de conflictos en relación con estas plataformas se “suelen comprender disposiciones típicas que limitan las responsabilidades de los proveedores y que fijan la legislación y competencia donde el proveedor tiene su sede central

(ej. Facebook... en los tribunales estatales o federales de California)”. (Grover,2016, SAJJ.)

Conclusión

La violencia de género resultante de un contexto sociohistórico y cultural hoy nos trasluce otra modalidad, aunque no privativa del contexto de aislamiento social por Covid-19, a ser atendida con mayor rigurosidad. Resulta que el aislamiento en todas sus formas conlleva inexorablemente a las víctimas a un mayor padecimiento, sea este por sobreexposición a los medios cibernéticos, que presentan graves fallas de regulación las cuales vehiculizan sistemas y modos de denigración sexistas preexistentes y nuevas modalidades de violencia, así como la carencia de recursos de comunicación digital accesibles a toda la comunidad que permitan resultar en un medio de garantía a la hora de solicitar asistencia o denuncia de un acto violento.

Dado que la ley ha demostrado que históricamente va por detrás de la tecnología, resultaría relevante que amén de las situaciones emergentes se adoptaran medidas, en especial educativas y preventivas que garanticen un derecho tan fundamental como la protección de las personas en los medios cibernéticos.

Identificar los riesgos que están enfrentando las mujeres en la nueva normalidad digital es el primer paso en la construcción de una cultura de ciberseguridad atenta al género. Dado que aún la información de calidad sobre las características de estos nuevos escenarios es escasa, es imprescindible develar y precisar estos riesgos digitales a fin de generar un esquema de autocuidado para las mujeres.

Como profesionales del sistema de salud mental vislumbramos la necesidad de establecer la cibernética como campo de estudio y de acción. Resulta que la cibernética en tiempos actuales representa mucho más que un modo de interrelación con la otredad, representando una fuente de conocimiento que en términos sanitarios podría resultar en una gran herramienta a la hora de la accesibilidad de recursos, prevención y acción en referencia a violencia de género. Por último, citaremos a Castells

quien con justa razón ha señalado “Todas las tecnologías pueden utilizarse tanto para la opresión como para la libertad”. (Castells, 2009: p. 452.)

Bibliografía

- Castells, M. (2009). *Comunicación y poder*. Madrid: Alianza Editorial.
- Derecho a la intimidad y protección de datos personales en las condiciones de uso y políticas de privacidad de las redes sociales. (2016) (En línea) Página oficial SAIJ. Recuperado del 17 de julio de 2021 de <http://www.saij.gob.ar/john-grover-dorado-derecho-intimidad-proteccion-datos-personales-condiciones-uso-politicas-privacidad-redes-sociales>
- Femicidios, informe anual 2020*. (2020). (En línea). Página oficial del Observatorio de Femicidios de la Defensoría del Pueblo de la Nación. Recuperado el 11 de julio de 2021 de http://www.dpn.gob.ar/documentos/Observatorio_Femicidios_-_Informe_Final_2020.pdf
- Informe Estadístico Año 2020. (2021). Oficina de Violencia Doméstica. (En línea). Página oficial Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina. Recuperado el 11 de julio de 2021 de <http://www.ovd.gov.ar/ovd/verMultimedia?data=4739>
- La inseguridad de las mujeres durante la pandemia del Covid-19: Experiencias, riesgos y estrategias de autocuidado en la nueva normalidad digital. (2020) (En línea) Página oficial OAS. Recuperado el 17 de julio de 2021 de <https://www.oas.org/es/sms/cicte/docs/Ciberseguridad-de-las-mujeres-durante-COVID-19.pdf>
- Ley Nacional N° 25.326. Ley de protección de los datos personales. *Boletín oficial* de la Nación Argentina. Ciudad de Buenos Aires. 7 de octubre de 2014. 30 de octubre de 2000.
- Ley Nacional N° 26.388. Código Penal. *Boletín oficial* de la Nación Argentina, Ciudad de Buenos Aires. 24 de junio de 2014.
- Ley N° Nacional 26.994. Código Civil y Comercial de la Nación. *Boletín oficial* de la Nación Argentina. Ciudad de Buenos Aires. 7 de octubre de 2014.

- Ley N° Nacional 27.078. Tecnologías de la información y las Comunicaciones. *Boletín oficial* de la Nación Argentina. Ciudad de Buenos Aires. 18 de diciembre de 2014.
- Resolución Conjunta 866/2011 y 1500/2011. Créase la Comisión Técnica Asesora de Cibercrimen. *Boletín oficial* de la Nación Argentina. Ciudad de Buenos Aires. 5 de octubre de 2011.
- Women's Rights Online Translating Access into Empowerment (2015). (En línea). Women's Rights Online. Translating Access into Empowerment. Recuperado el 17 de julio de 2021 de <http://web-foundation.org/docs/2015/10/womens-rights-online21102015.pdf>

ABORDAJES INSTITUCIONALES EN SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO. ¿SUJETXS DE DERECHO U OBJETOS DE INTERVENCIÓN?

Laura Di Paola Maciel y Ana Melisa Martínez

Introducción

Desempeñamos nuestra labor como psicóloga y trabajadora social en el HIETySM de La Plata. Desde el año 2019 conformamos un equipo interdisciplinario de Género y Diversidad Sexual donde nos abocamos principalmente a presentaciones de violencia por motivos de género y a consultas de las diversidades/disidencias. En esta ocasión, queremos reflexionar sobre ciertas dificultades que nos encontramos en el marco del acompañamiento a una mujer en situación de violencia. A través de la misma, queremos problematizar la distancia entre los nuevos paradigmas -expresados formalmente en la legislación de nuestro país y en el diseño de políticas públicas con perspectiva de género y derechos- y las prácticas institucionales concretas que se despliegan en el abordaje de las violencias. Para ello, intentaremos acercarnos a la complejidad de esta problemática recuperando la perspectiva de quien atraviesa esta situación.

Este trabajo, constituye un intento de escritura que no pretende ser una denuncia hacia organismos o querrela acerca de lo erróneo del accionar, sino que trata de ser una reflexión acerca del lugar que ocupamos como trabajadoras de la salud mental en un hospital público de la provincia de Buenos Aires, pensándonos como parte de una red compleja.

Desarrollo

Carla solicita un tratamiento en el hospital en marzo de este año, estando en ese momento alojada en un Hogar de Protección por una medida de seguridad dispuesta tanto para ella como para su hijo de 8 años frente a una situación de peligro. Se produjeron dos episodios de violencia grave con su pareja, luego de algunos meses de relación en la que compran juntos una precaria propiedad a partir de ahorros de ella, en un barrio de asentamientos. En una oportunidad, él la golpea luego de una discusión y durante el último episodio de violencia, Carla siente peligrar sus vidas y decide huir con su hijo sin posibilidad de llevar nada consigo. Realiza la denuncia en una Comisaría de la Mujer y solicita protección ya que no cuenta con una red afectiva de contención. Es alojada en el Hogar municipal para mujeres en situación de violencia.

Los hogares refugio surgen en la década del 70 como parte de las iniciativas de un grupo de mujeres que buscaba, además de ayudar a mujeres, abrir un debate social sobre las desigualdades de género y sacar la violencia doméstica del ámbito privado. Fueron pensados como espacios para articular las funciones de apoyo y amparo a mujeres y niños frente a una situación crítica de violencia, pero con objetivos que van más allá de la protección. Un lugar en el que se trabaja sobre el problema y se favorece un proceso de cambio, con el protagonismo de la mujer (Ruffa, 1997). Ello supone que articula funciones asistenciales y preventivas, que van más allá de dar respuesta a la urgencia o peligro.

En las entrevistas con Carla, ella fluctúa entre la angustia frente a la dificultad de simbolizar lo padecido, el temor a las represalias del agresor, la desesperación por las pérdidas materiales y la incertidumbre respecto al futuro. El enojo, sentimiento que la acompaña desde hace tiempo, adoptará diversas formas a lo largo del trayecto terapéutico, también alcanza al equipo del Hogar, el cual es ubicado como parte del problema y no de la solución.

Es a partir de reacciones de ira de Carla en el Hogar y tras un mes de pedido de realizar un tratamiento psicológico, que desde ese organismo la acompañan al hospital. En el espacio de entrevistas, Carla asegura que no tolera el encierro y la ineptitud de directivos y operadoras. Todas sus acciones son mediadas por representantes de la institución.

Al respecto Carla nos comenta: “Tratan a las mujeres como idiotas o ignorantes, pretenden crear hábitos en la crianza de los hijos cuando la urgencia es otra”. Carla anticipa lo que efectivamente ocurriría con la demora de la intervención: la fuga del agresor, luego de destrozos e incendio de su vivienda y posteriormente, la ocupación del terreno.

De víctima a lo autogestivo de su red

Ella advierte las posibles represalias de su ex pareja por la denuncia realizada, a sabiendas de que este poseía antecedentes penales y aun así se niega a volver al Hogar, manifestando ser infantilizada y revictimizada por quienes prometían protegerla y respaldarla. Consigue por sus propios medios un alquiler con sus últimos ahorros, pero su enojo va en aumento, ahora ante las intervenciones de quienes van conociendo su situación y prometiendo celeridad en el otorgamiento de medidas de protección -como el botón antipánico-, la solicitud de subsidios, colaboración con el pago del alquiler y alimentos, entrega de mobiliario, etc. pero todo esto no se efectiviza.

La Ruta Crítica, nos dice López Gallardo, “empieza con la decisión y determinación de las mujeres de apropiarse de sus vidas y la de sus hijos. Siguiendo esta ruta, conocemos los factores que impulsan a las mujeres a buscar ayuda, las dificultades encontradas para llevar adelante tal decisión, sus percepciones sobre las respuestas institucionales y las representaciones sociales y significados sobre la violencia intrafamiliar que existen entre el personal de las instituciones que deben ofrecer respuestas a este serio problema de salud pública. Al fin, aprendemos sobre sus frustraciones y resignaciones que, en muchos casos, las llevan otra vez a la situación de violencia” (Sagot, 2000, P8).

Carla se posiciona como sujeta de derechos, lucha por mantenerse activa frente a la situación que atraviesa y se siente despojada; puede identificar prácticas paternalistas, culpabilizadoras y revictimizantes hacia ella y su hijo, e intervenciones tardías o inexistentes respecto del agresor, por parte de la policía y la justicia que perpetúan su sensación de peligro e indefensión.

En lo dicho, encontramos cierto correlato entre los abordajes realizados desde las instituciones y la concepción de sujetx desde dónde se anclan, que la circunscribe a una condición de víctima. Esto nos llevó a la necesidad de problematizar esta categoría, dada la tendencia a colocar a las mujeres en una posición pasiva, de objeto, con actitudes tutelares que no contemplan su propio proceso ni su deseo. Por un lado, en esta noción de víctima, el sujeto de la acción es el agresor, invisibilizando el proceso activo que ha implicado en la mujer alejarse del peligro psíquico que supone la violencia, existiendo siempre, como señala Susana Velázquez, una interacción entre padecimiento y resistencia en las personas que atraviesan estas situaciones de violencia doméstica (Velázquez, 2003, p. 38).

De acuerdo a la Ley Nacional N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollan sus relaciones interpersonales, elegimos pensar en mujeres que sufren o padecen violencia y no víctimas, por el riesgo de cristalizar a la mujer en esa condición. Este término proviene del ámbito jurídico y está generalizado su uso en el sentido común y es notable cómo imprime ciertas lógicas institucionales de las cuales Carla da cuenta claramente en su relato. Pareciera, que las instituciones continúan esperando determinado sujetx y organizan su trabajo desde tales presupuestos.

Encontrarse en una situación de marginalidad la desespera, Carla se fue empobreciendo y se fue agravando su situación emocional. Su enojo va en aumento y es difícil no quedar ubicada como una institución más de las tantas que ha generado desamparo o ha demostrado ineficacia a la hora de intervenir. Cuantitativamente podemos considerar una amplia participación de instituciones: Comisaría de la Mujer y la Familia, Hogar Refugio, Dirección de Género municipal, Área de Procesos Urgentes, Hospital, escuela, Ministerio de las Mujeres y la Diversidad, Desarrollo Social, Centro de Asistencia a la Víctima, Fiscalías y Juzgados, ANSES, ONGs para mujeres en situación de violencia. Cualitativamente, la sumatoria de instituciones y organismos involucrados en el acompañamiento de Carla, no se ha visto reflejado en el “éxito” de las intervenciones, en términos de restitución de derechos y de justicia.

¿Cómo no quedar englobadas en la ineptitud y revictimización de los organismos estatales? ¿Cómo acompañar situaciones de violencia generando procesos de fortalecimiento subjetivo en contextos de sobreintervención y fragmentación institucional? ¿De qué manera conciliar intervenciones de protección para evitar el riesgo que no limiten la autonomía de la persona?

En todo este proceso, Carla ha puesto en juego sus propios recursos, culturales y simbólicos, y se ha apropiado de aquellos que han sido significativos en su experiencia, construyendo su propia red de apoyo. Inició un curso virtual sobre promotoras en prevención de las violencias, se sumó a un taller de género que se desarrolla en nuestro hospital, para junto con otras mujeres y lecturas ampliar su comprensión sobre la problemática; proyecta estudiar bibliotecología, se puso en contacto con una organización de mujeres que le permitió difundir su situación en medios locales y obtener recursos que los organismos oficiales no ofrecen, tanto como colectivizar su propia lucha.

¿En qué medida un abordaje desde un hospital de salud mental puede favorecer la elaboración y el trabajo de fortalecimiento para limitar los sentimientos de impotencia cuando en el mismo proceso de “salida de las violencias” se vulneran derechos y no se da respuesta a necesidades primarias como el alimento y el techo? ¿Cómo favorecer abordajes integrales, intersectoriales con actores que la propia sujeta de la intervención identifica como obstaculizadores? ¿Qué márgenes de acción podemos darnos en el armado de una red de cuidado? ¿Cómo maniobrar con el sentimiento de impunidad que genera que las políticas e intervenciones no alcancen al agresor?

Se trabaja en el espacio en vías de deslindar aquellas instituciones que le han permitido un anclaje, espacios de contención y acompañamiento además de simple asistencia (el hospital, la escuela de su hijo), de otras en las que se ha sentido abrumada, violentada, subestimada, defraudada. Asimismo, se interviene a partir de ejemplos de su historia de vida, en cómo sus reacciones de ira deslegitiman lo válido de sus argumentos. Ella no puede evitarlo y siempre se encuentra envuelta en situaciones de desborde y de enojo. Se trabaja sobre otras vías de resolución de los conflictos. Continuamos acompañándola desde una

atención integral en salud mental: psicología, psiquiatría y trabajo social desde consultorios externos, taller de mujeres y provisión de alimentos en Hospital de Día.

Reflexiones finales

Retomando nuestro planteo inicial de problematizar el abordaje de situaciones de violencia de género a través de una experiencia de nuestra práctica, podemos poner en tensión los discursos progresistas que circulan socialmente y en los organismos y políticas públicas, en paralelo a una gran desconexión entre instituciones intervinientes, no sólo de las creadas específicamente para dar respuesta en la materia, sino también por parte del sistema judicial y sanitario. A esto podemos agregar, la falta de recursos materiales más allá del voluntarismo y las buenas intenciones, que nos recuerdan la necesidad de tener perspectivas que contemplen la interseccionalidad en la construcción del problema.

Nos preguntamos de qué manera podemos orientarnos a prácticas de calidad y calidez que permitan mejores resultados, que generen condiciones de posibilidad para abrir procesos de fortalecimiento subjetivo, de recuperación de la autoestima, que enfatizan la potencia, la posibilidad de cambio, la participación activa de la persona en situación de violencia en las decisiones que afectan la propia vida.

La situación de Carla ilustra claramente cómo la red de protección y cuidado fue construida por ella misma, sosteniendo las referencias con las instituciones donde se sintió acompañada y forjando por fuera nuevos lazos. Celebramos este logro en vías de potenciar las capacidades de lxs usuarixs y su autonomía, pero sin dejar de observar el cómo de las intervenciones, cuestión clave que puede impactar negativamente en la subjetividad de las mujeres, replicando las violencias.

Desde nuestro lugar, como parte del equipo de salud y desde el intento cotidiano de no quedar atrapadas o incluidas en las lógicas institucionales descritas, tratamos de no perder de vista aquello que señala Sabrina Balaña como lo importante, lo que está a nuestro alcance, qué es lo propio que sucede en el espacio de la consulta en salud mental: la

escucha, el trabajo con los vínculos y el cuidado, con el deseo, es decir, el acto mismo de salud que se da en el encuentro con ese otrx.

Bibliografía

- Balaña, S. (2020). Rondera en Seminario 1 “Salud Trans Feminista”. Diplomatura en Equidad en Salud, Ministerio de Salud de la pcia. de Bs. As.
- Ley Provincial N° 14.509 de Violencia Familiar; modificatoria Ley N.º 12.569 -año 2001-. Cámara de Diputados y de Senadores de la Provincia de Buenos Aires, 16 de abril de 2013. Recuperada en: https://intranet.hcdiputados-ba.gov.ar/includes/ley_completa.php?vnrole=14509
- Ley Nacional N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus Relaciones Interpersonales. República Argentina, Buenos Aires, 11 de marzo de 2009. Recuperada de <https://servicios.infoleg.gob.ar › infolegInternet › anexos › norma>
- Ley Nacional N°26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. República Argentina, Buenos Aires, 21 de octubre de 2009. Recuperada de <https://servicios.infoleg.gob.ar › infolegInternet › anexos › norma>
- Ruffa, B. (1997). *Casas refugio para mujeres maltratadas. Más allá de la protección*. Boletín Red contra la violencia N.º 16, Red feminista Latinoamericana y del Caribe contra la Violencia Doméstica y Sexual, Ed. Isis Internacional.
- Sagot, M. (2000). *Ruta Crítica de las Mujeres afectadas por la Violencia Intrafamiliar en América Latina (estudios de caso de diez países)*, Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, Costa Rica.
- Velázquez, S. (2003). *Violencias cotidianas. Violencia de género: Escuchar, comprender, ayudar*. Argentina: Ed. Paidós.

ATENCIÓN INTEGRAL LGTBIQ+: DISPOSITIVOS ESPECÍFICOS VERSUS TRANSVERSALIZACIÓN DE UNA PRÁCTICA

Grisel Lenci, Clara Noceti, Lorena Sánchez y Noelia Tuliano

Introducción

Las perspectivas de análisis surgidas a partir de la posmodernidad incorporan lo histórico, la pluralidad internacional y la idea de globalización, tomando en cuenta las modificaciones producidas en las diferentes sociedades e instituciones. Aparecen autorxs de diferentes corrientes de pensamiento que cuestionan los modos de relacionarse que existían en la modernidad, tales como el pensamiento universal, el patriarcado y la norma heterosexual, entre otros (La Tessa, 2008). Asimismo, colectivos y activistas LGTBIQ+ emergen como principales actores de la agenda política y social, generando y garantizando derechos históricamente vulnerados e invisibilizados para dichas personas.

En el presente trabajo a partir del análisis del dispositivo de atención integral LGTBIQ+ que funciona en el Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” desde el año 2020, nos proponemos problematizar el rol que cumple en el entramado sanitario. La locación del dispositivo, cita en un hospital monovalente en salud mental, nos permite interrogarnos sobre el lugar que la salud mental les ha dado a las personas LGTBIQ+ a lo largo de los años. Dicho lugar está caracterizado por la negación de sus padecimientos e interpretación de estos según la hegemonía médica, dando como resultado la imposibilidad de acceso y la exclusión de aquellxs que logran llegar.

Parece oportuno comenzar dando cuenta del proceso de medicalización-biomedicalización en el que nos encontramos inmersxs. Entendemos a la medicalización como un proceso que tiene una dimensión histórica (Barcala, A; Bianchi, E; Poverene, L, 2017) y que se encuentra determinada por el proceso de mercantilización de la salud.¹¹ Asimismo, se destaca que la medicalización conlleva una reducción de los cuerpos sociales, priorizando únicamente su carácter biológico. Del mismo modo que tiene un impacto en la formación del yo y en la constitución del sujeto (Barcala, A; Bianchi, E; Poverene, L, 2017).

Podemos decir que una de sus principales consecuencias es que profesionaliza los problemas humanos/sociales y los delega en “expertxs” médicxs, haciendo una jerarquización de las definiciones médicas para problemas sociales (Barcala, A; Bianchi, E; Poverene, L, 2017). Es así que buscando aparentar objetividad, los diagnósticos y las diversas prácticas en salud se ven sesgados e influidos por el color de la época y una sociedad particular -capitalista, neocolonial, patriarcal, cisheterosexual-, en la que se ignora el contexto y los determinantes sociales que influyen en las diversas problemáticas, estableciendo así estrategias y técnicas de normalización de los cuerpos, ya sea corrección, tratamiento o psicologización.

Creemos que diagnosticar de esta forma, responde a una visión completamente sesgada, que patologiza la diversidad y que clasifica la identidad de una persona según una serie de signos y síntomas, características que se tienen o no. De esta manera se configuran matrices patologizantes que obligan a la generación de espacios denominados “amigables” en pos de reducir los daños producidos por la exclusión.

Historia de los consultorios amigables

En el año 2009, diversas organizaciones nacionales e internacionales que desarrollan políticas públicas vinculadas a las infecciones de transmisión genital establecieron la necesidad de generar políticas específicas con relación a los procesos de atención en salud pública de personas

11 Menéndez entiende la mercantilización de la salud como aquella en la cual la vida se considera un objeto mercantil (Menéndez, 2003).

LGTBIQ+ (Programas de las Naciones Unidas para el desarrollo, 2013). Como primer paso de este trabajo se desarrolló una investigación donde se identificaron tres puntos claves para pensar el vínculo entre usuarixs y s(cis)istema y las dificultades de accesibilidad.¹²

En dicho documento se caracterizaron estos puntos clave como circunstancias que “afectaban negativamente la relación de la diversidad sexual con los servicios de salud”. A partir de estos resultados se llevó a cabo una política de generación de “consultorios amigables para la diversidad sexual” que en un principio se inauguraron en siete localidades del país.

La estrategia central preventiva/asistencial consistió en: “Conformar un equipo mixto de trabajo entre las Organizaciones de la sociedad civil (OSC) con trabajo en VIH-sida y/o derechos sexuales y un equipo de salud inserto en un Hospital Público. Las funciones específicas de la OSC será la promoción del Consultorio en los escenarios donde se mueven los grupos de la diversidad, ya sea lugares de esparcimiento, lugares de encuentro y/o lugares de trabajo sexual. Serán también los encargados de acompañar y/o recibir a esta población cuando acceda al consultorio. El equipo de salud asume el compromiso de capacitarse en temas novedosos y brindar en horario aceptable (de preferencia vespertino o nocturno) y por demanda espontánea una canasta de prestaciones tales como atención clínica, asesoramiento y diagnóstico en VIH y otras ITS, apoyo psicosocial y hormonización para el caso de las personas trans que lo demanden” (Programas de las Naciones Unidas para el desarrollo, 2013). Habiendo comenzado en sólo siete distritos, llegó a extenderse como política pública a lo largo de toda la Argentina, persistiendo en la actualidad con lineamientos similares en gran parte de los efectores.

En lo que respecta al desarrollo del dispositivo específico en el Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”, algunos de estos lineamientos resurgieron a modo de preguntas de acuerdo a los cambios contextuales vinculados al acceso de las personas LGTBIQ+ al sistema de

12 “...el temor a revelar la orientación sexual o las prácticas sexuales obstaculizaba el acceso y enturbiaba la relación equipo de salud-paciente; las personas trans temían ser objeto de burlas y malos tratos; las instituciones y los equipos de salud no estaban (ni se sentían) en general suficientemente capacitados para trabajar de modo más específico con esta población” (Programas de las Naciones Unidas para el desarrollo, 2013)..

salud, cuyas trayectorias cotidianas hoy no son las mismas que en los comienzos de la gestión de los consultorios amigables.

Ciertas discusiones comenzaron con el surgimiento del dispositivo cuando los lineamientos que figuraban en la guía de implementación describían prácticas cissexistas¹³ considerando “al colectivo de la diversidad” como una grupalidad homogénea, leída como minoría y por fuera de las lógicas de enunciación dominantes. Además, se consideró la relevancia de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (en adelante PSEAC) desde una perspectiva compleja de todxs lxs usuarixs y no solamente la lectura de las personas LGTBIQ+ como portadoras de VIH o demandantes de procesos de modificación corporal.

También se problematizaron las miradas uniformes de “los lugares donde se mueven las personas de la diversidad”, considerando a la matriz cisheterosexual como una estructura a ser agrietada, en todos los espacios intra y extrainstitucionales donde se desarrollan los procesos de atención de usuarixs. Persistieron entonces los interrogantes acerca del requisito de enunciación de dispositivos específicos en atención integral LGTBIQ+, a partir de las experiencias exitosas de los consultorios denominados amigables pero con la perspectiva de que un abordaje superior a esta lógica de nicho era menester.

Proyecto institucional del hospital

A partir de dichas discusiones y lineamientos, teniendo como premisa el plan estratégico 2020-2023 de la institución, se piensa en un espacio de atención en referencia a lxs usuarixs LGTBIQ+, con el fin de promover, garantizar y acompañar desde una perspectiva integral el derecho a la salud.

De acuerdo con dicho plan y en consonancia con los marcos normativos vigentes (Ley Nacional de identidad de Género, 2015) y (Dirección

¹³ Es Julia Serrano quien acuña el término, definiendo al cissexismo como la creencia o suposición de que las identidades, expresiones y encarnaciones de géneros de las personas cis, son más naturales y legítimas que aquellas de las personas trans. An Millet agrega a esta definición que son las vidas de las personas trans las que valen menos que las de las personas cis y a partir de esta idea arbitra una distribución desigual de violencias y privilegios. (Millet, 2020.)

Nacional de Géneros y Diversidad, 2020) “se llevará a cabo el cumplimiento efectivo del derecho a la salud de todas las personas, con independencia de sus expresiones e identidades de género, de sus corporalidades, de sus prácticas y orientaciones sexuales. Dentro de este modelo de atención se vuelve central el reconocimiento de las personas trans como sujetos activos de derecho, con capacidad para decidir por y sobre sí mismas, desde un enfoque despatologizador. Se trabajará con las prácticas de cuidado de la salud y de prevención de enfermedades específicas de esta población y la atención de la salud en relación con procesos de modificación corporal, bajo el marco de la Ley de Identidad de Género N° 26.743” (Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”, 2020).

En ese sentido, consideramos un desafío sin precedentes la gestión inicial de un dispositivo con un anclaje despatologizador en una institución especializada en salud mental y a su vez, creemos necesario discutir con aquello establecido por ciertos marcos epistémicos que a través de manuales diagnósticos y de ciertas prácticas, instalan discursos que violentan los cuerpos y las subjetividades reproduciendo modos de hacer ligados a la norma.

Descripción de nuestro dispositivo

Este proyecto tiene como objetivo el desarrollo de un dispositivo que garantice el pleno acceso a la atención integral de la salud de las personas desde una perspectiva feminista, de género, diversidad sexual y derechos humanos, brindando prácticas de calidad y con la finalidad de romper con los mecanismos del sistema que producen estigmatización, discriminación, violencia y desigualdad social. El emergente político de las identidades disidentes, interpela a dicho sistema, lo interroga y lo cuestiona.

Nos parece fundamental señalar que la reivindicación identitaria no es en sí misma fuente de sufrimiento, si no que éste es resultado de habitar un sistema que margina, que habilita el odio, que acciona contra los cuerpos que no resignan su existencia a lo ofrecido al mandato obligatorio, si no que pulsan por transitar su existencia desde la autopercepción y el propio deseo.

Alfredo Grande manifiesta, reflexionando sobre la situación de Luana, primera niña trans en Argentina en obtener el DNI con la identidad autopercibida, "La nena trans nos habilita a una formidable batalla cultural entre una ciencia de la liberación y un cientificismo de la opresión (...). La pequeña Luana encuentra en la Comunidad Homosexual Argentina primero y en la Cooperativa Atico después, y en pocos pero importantes profesionales de otras instituciones, la trama institucional que le permitió pasar de la condena a nuevas oportunidades para que el ser no se rinda ante la existencia". (Paván, 2016.)

Para llevar a cabo estas estrategias se conforman dos instancias asistenciales: una de ellas consiste en la generación de un espacio grupal que permita intercambios tanto de saberes como de trayectorias vitales en pos del fortalecimiento de lazos vinculares en un contexto social de arrasamiento subjetivo. Evaluamos importante la creación de este espacio colectivo de acompañamiento y contención, debido a que el encuentro intersubjetivo, al compartir e intercambiar experiencias propias, genera un efecto potenciador y de fortalecimiento individual. La otra implica la producción de un dispositivo de consulta individual interdisciplinario para acompañar los procesos de cuidado de la salud.

Para desarrollar un abordaje integral en materia de salud, nuestro equipo se encuentra conformado por diferentes disciplinas (psicología, trabajo social, operación socioterapéutica, medicina general), garantizando de esta forma la mirada interdisciplinaria y entendiendo a ésta de acuerdo a lo expuesto por Carballada¹⁴, tanto en la instancia grupal como individual y aumentando el acceso a las consultas, contemplando al sujeto y su contexto desde el paradigma de la complejidad.

Reflexiones finales

Como hemos visto, los procesos en salud de las personas LGTBIQ+ se encuentran atravesados por múltiples violencias, todavía sistemáticas. Las buenas prácticas en salud LGTBIQ+ son aún hoy un horizonte

14 Carballada entiende a la interdisciplina como la confrontación en el diálogo de distintas visiones de un mundo, traducidas en conocimiento. (Carballada, 2001.)

lejano en el contexto asistencial. Es por ello que consideramos a los dispositivos específicos como una apuesta estratégica y necesaria en lo que respecta a la garantía de derechos de dicha población.

Sin embargo, el sistema de salud, al tender a la fragmentación de aparatos y especializaciones, transforma una perspectiva específica en un nicho de asistencia, dando por resultado que se recurra a ciertos profesionales cuya capacitación garantizaría un abordaje no violento.

A pesar de acordar con la persistente necesidad de enunciar un espacio de atención integral LGTBIQ+ cómo tal, este dispositivo no queda exento de algunas de estas problematizaciones. Nombrar sigue siendo reconocer y las instituciones continúan borrando identidades. Pugnamos por deconstruir el cristal de lo “amigable” y trabajar hacia la transversalización de un acompañamiento integral a lo largo de todo el tejido institucional. Creemos importante seguir cuestionando la generación de espacios específicos de atención y al problematizar su existencia continuar pensándolos, hasta lograr su completa integración en todos los sectores del sistema de salud, volviéndolo más transitable.

Cabe destacar que consideramos al abordaje de las violencias de las personas LGTBIQ+ -así como en todos los sujetos- como una producción intersubjetiva en acto. En palabras de Mehry, “el lugar más abierto para actuar en una producción no capturada totalmente, que denuncia todo el tiempo el límite de los modos instituidos de producir actos de salud, es donde actúa el maletín de las relaciones, lleno de tecnologías leves y en acto, enteramente cubierto de porosidades y, por lo tanto, se abre en acto a todas las posibilidades instituyentes en el campo de la salud”. (Emerson E. Mehry y Tulio B. Franco, 2013). Así son en acto, blandos y performativos los procesos asistenciales deseados y buscados en este equipo de trabajo.

Es urgente, entonces, el reconocimiento de las diversas identidades y expresiones LGTBIQ+ que interpelan al sistema de salud y a la sociedad en su conjunto a revisar éticamente la praxis y realizar el ejercicio de no leerlas como patológicas o problemáticas, sino como vivencias personales y heterogéneas que forman parte de los derechos humanos fundamentales.

Bibliografía

- American Psychiatric Association, A. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*.
- Barcala, A; Bianchi, E; Poverene, L. (2017). Medicalización de la infancia: sus efectos en la salud mental. *Derechos de Familia, Revista interdisciplinaria de doctrina y jurisprudencia*, 99-114.
- Carballeda, A. J. (2001). La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud. *Revista de trabajo social y ciencias sociales*.
- Di Segni, S. (2013). *Sexualidades. Tensiones entre la psiquiatría y los colectivos militantes*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
- Dirección Nacional de Géneros y Diversidad. (2020). *Atención integral de la salud de personas trans , travestis y no binarias*. Buenos Aires: Ministerio de salud de la Nación.
- Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte". (2020). *Plan estratégico 2020-2023*. (pp. 54-55). Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación Argentina.
- La Tessa, M. (2008). Interrogaciones y perspectivas sexualidad/sexualidades. *Revista de la Asociación Argentina de psicología y psicoterapia de grupo*.
- Ley Nacional de identidad de Género. (2015). Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.html>.
- Ley Nacional de los derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, 2. (2009).
- Menéndez, E. (2003). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. *Ciencia & Saude Colectiva*, 185-207.
- Mehry, E. E. y Franco, T. B. (2013). *Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud*. San Pablo: Huicitec Editora.
- Millet, A. (2020). *Cissexismo y salud. Algunas ideas desde otro lado*. Buenos Aires: Puntos suspensivos.
- Paván, V. (2016). *Niñez trans. Experiencia de reconocimiento y derecho a la identidad*. Buenos Aires: Ediciones UNGS.
- Programas de las Naciones Unidas para el desarrollo, P. (2013). *Guía de implementación: Consultorios amigables para la diversidad sexual*. Buenos Aires: PNUD.

LAS VIOLENCIAS EN LAS PRÁCTICAS INSTITUCIONALES EN LA ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO. HACIA POSIBLES NUEVAS INTERVENCIONES

Julieta Chevalier, Gabriela Galland y Sofía Marino

Introducción

En el presente trabajo se realiza un análisis de los modos en que las violencias se reproducen y se naturalizan en nuestra práctica cotidiana. Para tal fin, se llevará a cabo una revisión crítica a las prácticas desarrolladas en aquellas instituciones destinadas a la atención de víctimas de violencia de género.

Las violencias contra las mujeres y disidencias, son la manifestación más extrema de la desigualdad y el sometimiento en el que viven estos colectivos. El sistema capitalista hetero-patriarcal en el que vivimos está sostenido en relaciones de poder que estructuran las relaciones de género basadas en el ejercicio de distintas violencias y dominación que impactan principalmente en mujeres y disidencias. Las instituciones se presentan como puntos de anclaje que alojan tanto como expulsan a usuaries vulnerades por su condición y por el lugar que ocupan en las relaciones de poder. Por este motivo, nos proponemos repensar y revisar aquellas intervenciones en el marco de la acción clínica que, en muchas oportunidades, lejos de alojar y ofrecer una atención adecuada, cristalizan el lugar privilegiado de lo instituido. Tomamos el dispositivo grupal

de mujeres y disidencias del Hospital en Red “Lic. Laura Bonaparte”, que adopta una perspectiva de género, anticolonialista, antihegemónica con el fin de pensar desde qué lugar se ejerce uso y abuso de la disposición del poder. Reflexionamos en torno al rol que ocupamos desde los dispositivos de intervención, frente a subjetividades en estados de vulnerabilidad que demandan tratamiento o asistencia, como así también los obstáculos que se presentan desde las instituciones que recrudescen el estado con el que las usuarias¹⁵ se acercan a consultar.

Trayectorias institucionales que recorren mujeres y disidencias

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 mujeres y personas disidentes.

Las principales instituciones responsables de brindar atención y medidas de protección para las mujeres y disidencias en situación de violencia de género son: Línea 144, línea 137, defensorías especializadas en género, comisarías de la mujer, Juzgados de Familia, Oficina de Violencia Doméstica y organismos locales de las diferentes localidades de la provincia. 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 disidencias, refieren que a pesar de las denuncias realizadas, consignas policiales, restricciones perimetrales, exclusión del hogar, botón antipánico y otras medidas de protección brindadas, se repiten las situaciones de violencia y revictimización al interior de las instituciones. Las medidas desplegadas resultan insuficientes, reflejando que es necesario un abordaje

¹⁵ Si bien es dispositivo es abierto a mujeres y disidencias, las usuarias son mujeres, razón por la cual las autoras del artículo han decidido emplear el género femenino en el presente trabajo.

y acompañamiento complejo y con perspectiva de género, que excede las medidas de protección.

Analizamos algunas instancias en la trayectoria que recorren mujeres y disidencias al intentar salir de situaciones de violencia y opresión, teniendo en cuenta la complejización de la respuesta institucional al intentar intervenir desde dispositivos de salud mental. Las usuarias, desde el momento en que se presentan en las instituciones a realizar una demanda, se encuentran en una posición subordinada, sometidas a prejuicios y preconceptos. En muchas ocasiones, las situaciones de violencias padecidas se agravan a partir de la falta de respuestas de estas instituciones o de la implementación por parte de las mismas de procesos inadecuados para alojar y acompañar estos malestares.

Las usuarias se acercan a los organismos gubernamentales y/o instituciones buscando una respuesta que les permita salir de situaciones de violencia, en general luego de un largo proceso que produjo cierta conciencia y muchas veces ante un riesgo real a su integridad física. Acuden en un momento de gran vulnerabilidad y urgencia, presentando la necesidad de resolver la problemática en diferentes niveles. En primer lugar, realizan la denuncia correspondiente, ya sea en la OVD (Oficina de Violencia Doméstica) o en comisarías de la mujer, buscando armar una red, en la medida de lo posible, desde su núcleo cercano. En primera instancia las pacientes refieren que en algunas comisarías comunes no les toman la denuncia: teniendo intervenciones discriminatorias y minimizando la situación. La protección policial es deficiente y el personal policial en su mayoría subestima el riesgo y violenta a las usuarias desde el descreimiento y la desvalorización de su testimonio. Algunas usuarias relatan las siguientes respuestas por parte del personal policial y judicial: la consigna policial es intermitente y no cumple la función asignada, desestima las llamadas realizadas por las usuarias ante la presencia del agresor, aludiendo que es una discusión de pareja.

Por otro lado, en la OVD el proceso de denuncia lleva muchas horas y las usuarias necesitan en muchos casos ser más acompañadas afectivamente. En un segundo momento se deriva a la atención psicológica para poner escucha a esa subjetividad violentada y desarmar las representaciones sociales y las circunstancias personales que la llevaron a sostener ese vínculo.

Si no tenemos una escucha con perspectiva de género, solo contemplamos la violencia desde lo individual, y derivada de una biografía propia que lleva la impronta del sometimiento patriarcal juzgando a las usuarias sólo desde su responsabilidad en continuar en un vínculo, no incluyendo en el análisis los condicionamientos sociales, económicos y políticos que hacen que una mujer no pueda salir de una relación violenta: la complicidad social -que exige a la mujer sostener los mandatos- provenientes de la heteronorma a costa de sus deseos y anhelos personales que son silenciados para poder corresponder con los estereotipos de género. Los celos como un acto de amor, el control del otro sobre la propia vida, la desvalorización, son solo algunos de los mecanismos que hacen a los machismos y micromachismos, que son promovidos por el patriarcado como maniobras a partir de las cuales los hombres, desde su subjetividad hegemónica en las relaciones de poder, reafirma o mantiene el dominio sobre las mujeres, resistiendo a cualquier intento de búsqueda de autonomía por parte de ella.

Las instituciones familiares tradicionales tal y como las conocemos en la actualidad, forman parte de un engranaje que responde a imagen y semejanza del sistema social imperante. Es por eso, que les profesionales que nos desempeñamos en el ámbito de la salud mental debemos emprender la búsqueda constante hacia la ampliación de la práctica desde una mirada que contemple las violencias, tomando el género como herramienta de intervención y desnaturalización de los lugares comunes. Esto incluye repensar los estereotipos de género y entender que aquello que hace que las mujeres sostengan una relación violenta es que -más allá de las particularidades clínicas-, el entramado social opera por detrás sancionando y promoviendo a partir de imperativos que la llevan a tener que renunciar a su autonomía en pos del cuidado de les otros, culpabilizándola en caso de no corresponder con el proyecto heteronormativo y su propia posibilidad de tener un rol social activo.

Existen modos diferenciales de percibir el rol del hombre o las masculinidades, y el de la mujer o identidades feminizadas, y cómo se conforman los contratos sociales en pos de garantizar la reproducción de un orden sin fisuras.

Las feminidades son orientadas hacia las tareas de cuidado, las cuales descienden del ideal de maternidad, aunque paradójicamente son

desvalorizadas socialmente. Ya que cuidar y criar no es una tarea que genere ingresos económicos, y a su vez las deja imposibilitadas para realizar actividades por fuera del ámbito doméstico. Las licencias por maternidad, por ejemplo, tienen una duración de tres meses en el mejor de los casos (sí la persona gestante cuenta con empleo formal). Esto las reduce a un trabajo arduo, desvalorizado e invisibilizado que requiere a su vez de un monto de renuncia invaluable por parte de quien la ejerce. La maternidad y la crianza se viven en la soledad del hogar y con altas expectativas que producen mucho malestar y padecimientos en las que se presentan como usuarias luego de haber recorrido todo tipo de organismos buscando ayuda. En algunos casos reciben escucha, posibilidad de denunciar, acompañamiento, nueva residencia y, en otros casos, intervenciones que las culpabilizan, que les exigen cumplir requisitos demasiado altos, que no incluyen una mirada multidisciplinaria y compleja, que dan como resultado la pérdida de confianza en las instituciones y les profesionales aún en situaciones de riesgo de vida.

Las masculinidades hegemónicas, por otra parte, encarnan una posición de dominio y gozan de mayores privilegios en el ámbito laboral y público. No se espera de ellos el mismo compromiso respecto a las tareas domésticas y de cuidado, motivo por el cual se justifican muchas de sus conductas respecto a la nula implicación que presentan en la paternidad, como así también el compromiso afectivo.

El movimiento feminista y la perspectiva de género

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 N° 26.485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia hacia las mujeres en el año 2009, Ley Nacional N° 26.618 de Matrimonio igualitario en el año 2010, Ley Nacional N° 26.743 de 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.

Entendemos el feminismo como movimiento popular y constructor teórico que produce un riguroso cambio epistémico en la búsqueda emancipatoria de los cuerpos sexuados. Estos se conforman como dispositivos de lucha y manifestación activa, visible, cuerpos hablantes que resisten a la opresión del sistema hetero-patriarcal. Lo íntimo se vuelve colectivo, produciendo grupalidades, múltiples singularidades que superan la suma de las partes al grito de consignas que nos interpelan, trascendiendo lo individual, produciendo un global diferente al del mercado. El movimiento feminista, se ubica de esta manera como un lugar de tensión y crítica frente a los universales a partir de los que se construye sentido. El género surge como instrumento conceptual que permite visibilizar las desigualdades entre hombres, mujeres y disidencias, que se presentan como producto de complejas tramas de poder que se imprimen en los cuerpos sexuados.

Grupalidades

El dispositivo interdisciplinario de mujeres y disidencias surge como una posible respuesta desde lo institucional para poder dar luz a las tensiones que se afirman desde lo insurgente. A diferencia de los espacios de tratamiento individual, el dispositivo grupal responde a la necesidad de dar voz desde un abordaje comunitario a aquello que aparece desde el padecimiento colectivo como resistencia a los imperativos categóricos del Sistema capitalista heteropatriarcal que reduce a las mujeres a las conductas de obediencia y de subordinación, configuradas por los estereotipos y los mandatos de género.

La subjetivación patriarcal produce efectos ampliando la brecha de todo tipo de desigualdades, produciendo padecimiento y sujetos aislados. Es por eso que consideramos necesario sostener el trabajo desde una mirada crítica, postcolonial e interseccional, a partir de la singularidad de la escucha de un dispositivo grupal conformado por sujetos

individuales que comparten una misma problemática. En lo grupal, poder historizar y narrar lo acontecido, encauza desde el lazo afectivo con otras, que resguardan desde la escucha y el consuelo por medio de la identificación, restituyendo vínculos materiales y simbólicos para así poder producir otro sentido. Todo aquello que es arrasado desde las lógicas neoliberales y patriarcales, se restablece a partir de la reconstrucción de los lazos, hermanando relatos, vivencias, traumas.

Frecuentemente se escucha por parte de mujeres y disidencias que participan en el dispositivo grupal, que describen su situación como una "injusticia". Muchas veces el relato de los hechos, que les acontecen en los ámbitos en los que se desarrolla su vida cotidiana o en las instituciones por las que transitan, es seguido por la reflexión de que eso "es injusto", como modo de resumir las múltiples violencias que reciben, el nivel de estrés al que se ven sometidas y la falta de comprensión y empatía que encuentran al buscar ayuda. El trabajo en el dispositivo 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 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 hijos. El dispositivo grupal apunta al fortalecimiento de la mujer como sujeto social y en pleno ejercicio de sus derechos.

Reflexiones finales

De esta manera las distintas violencias se suceden y superponen en todo el recorrido de una mujer, en su demanda de justicia o asistencia. Paradójicamente aún de aquellas instituciones que trabajan para protegerla, aplastan su escucha revictimizándola, culpándola, y logrando una verdadera desconfianza hacia las instituciones en general. El desafío es a partir del análisis de las causas de esas dinámicas, poder trabajar para revertirlas.

En las instituciones involucradas en el trabajo con la problemática necesitamos profundizar en nuestras prácticas, la perspectiva de género para poder realizar abordajes más contenedores y empáticos, y acortar los tiempos de respuesta para ofrecer verdadera protección.

El dispositivo grupal de mujeres y disidencias, surge como alternativa a lo normativo de los roles impuestos y se propone la construcción una red pensada con perspectiva de género, anticolonialista, antihegemónica, que pone en tensión las relaciones de poder para visibilizar y concientizar acerca de estas y otras violencias, construyendo conjuntamente con las usuarias una mirada crítica, fomentando las relaciones horizontales intragrupales, desarrollando estrategias de sostén y acompañamiento para poder construir otros modos de vida posibles.

Bibliografía

- Ahmed, S. (2021). *Vivir una vida feminista*. Buenos Aires: Ed. Caja Negra.
- Guattari, F., Rolnik, S. (2005). *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Brasil: Ed. Traficantes de Sueños.
- “AHORA QUE SI NOS VEN - Observatorio de las violencias de género”. <https://ahoraquesinosven.com.ar/about> . Buenos Aires, 2020.
- Ley N° 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° 26618/10: Reconoce la unión conyugal de dos personas más allá del género y/o sexo de éstos.

Ley N° 26657/10, Ley Nacional de Salud Mental: Prohíbe el diagnóstico en base a elección o identidad sexual (art. 3 inc. c.).

Ley N° 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.

VIOLENCIAS INSTITUCIONALES Y LAS REDES LGBT

Sofía B. González, Erik G. Navarro Cnobel y Juan M. Silva

Introducción

Según la OPS (2018), los padecimientos mentales, los trastornos neurológicos específicos y las afectaciones psíquicas vinculadas al consumo de sustancias, así como la problemática del suicidio constituyen un subgrupo de afecciones psicoambientales que son una causa importante de discapacidad, incapacidad y mortalidad. La noción “psicoambiental” introduce las variables del contexto primario en el que estamos insertxs y a través de las cuales somos afectados: contención familiar, comunidad, grupo de pares.

Al comprender a la Salud Mental como campo, resulta necesario analizar aquellas representaciones naturalizadas del colectivo social pues suministran un conjunto de significaciones que delimitan las posiciones que pueden adoptar en el campo como actores y enmarcan la dinámica entre diversos intereses y posiciones que reproducen o cuestionan los sentidos y políticas sobre la locura o el consumo problemático.

A su vez, hay que tener en cuenta los posicionamientos ético-políticos que asumen lxs diferentes profesionales, como lxs diferentes actores del campo de la salud, a la hora del trabajo con personas de la diversidad sexo-afectiva. Esto, se considera, repercutirá directamente en la asistencia y/o permanencia de las personas del colectivo LGBTIQ+ a dispositivos de salud, y en particular, de abordaje de problemáticas de consumos. Es por

esto, que en el siguiente trabajo se tratará de tensionar diferentes perspectivas para poder llegar a la presentación de un espacio de y para el movimiento LGBTIQ+.

La comunidad LGBTINBQ+

Ante un histórico intento de abordar la sexualidad humana sólo desde las ciencias biológicas, el campo de las Ciencias Sociales ofrece evidencia y desarrollos significativos. Foucault (1980) sostenía que el dispositivo de la sexualidad tiene como objetivo producir un determinado tipo de subjetividad al servicio del *status quo*, la economía es el método y el plus de goce humano su objetivo. A través de métodos coercitivos y disciplinarios la sexualidad es una institución que “normativiza”, a través de dinámicas de poder, lugares sociales y prácticas eróticas reguladas.

Es importante hacer mención a la histórica patologización de la diversidad sexual como estrategia del orden heterocissexista. Con movimientos que transitan desde la patologización a la criminalización y viceversa, la diversidad sexo-afectiva y los diversos géneros han padecido un lugar específico de estigma, explotación y tortura. Recién en 1973, la Asociación Norteamericana de Psiquiatría retiró la categoría/opción “homosexualidad” de la serie de Trastornos Específicos de la sección *Desviaciones Sexuales* del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM II). Por otra parte, dieciséis años después, la Organización Mundial de la Salud retiró a la “homosexualidad” de la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud*. Sin embargo, todavía está en discusión tanto en los ámbitos activistas LGBTQINB+ como en los ámbitos académicos, la apropiación y uso de las categorías “gay” versus “homosexual”. En el año 2021, la OMS retiró el conjunto de identidades “trans” del Capítulo dedicado a “Trastornos mentales y del comportamiento” del CIE10. Esta dimensión de la sexualidad queda estipulada como una incongruencia entre el género experimentado de una persona y el sexo asignado, pasando a incluir dicha vivencia en el capítulo 17 de Salud Sexual del CIE 11. Estos sucesos convocan al debate urgente para pensar el abordaje de la

salud física y mental de la comunidad LGBTNBIQ+, discusión que debiera ser interdisciplinaria e intersectorial.

Con el avance en el reconocimiento de derechos civiles para la comunidad LGBTIQ+ en diferentes momentos históricos, se han logrado movimientos significativos que promueven interpelar no sólo la percepción social de quienes no pertenecen a dicha comunidad, sino también a quienes las integramos, otorgando derechos, al menos en relación al Derecho mismo. Esto posibilita mayor autonomía para las vidas que comienzan a merecer ser vividas para el estado. Como ejemplos de estas leyes se encuentran la ley de Matrimonio Igualitario (Ley N° 26.618), la ley de Identidad de Género (Ley N° 26.743), la Ley conocida como “ley de cupo laboral trans” (Ley N° 27.636) y el reciente Decreto presidencial N°476/21, conocido como “DNI no binario”. Señalando la importancia, la celebración, y lo avanzado de estas leyes en el plano internacional, cabe destacar las dificultades que se continúan teniendo para el pleno ejercicio de estos derechos.

Desde nuestro campo de interés, la Ley de Salud Mental N° 26.657 también promueve la despatologización de la orientación e identidad sexual puesto que prohíbe realizar un diagnóstico sobre la identidad sexual. En este marco, la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones es una estrategia de transformación desmanicomializadora que cuestiona las acciones y los alcances de las políticas públicas, los intereses de las disciplinas e instituciones, los perfiles de la formación profesional y recupera los reclamos de movimientos sociales comunitarios.

Aún así, estos marcos legales “no aplican” o no se materializan en las prácticas sociales, las representaciones sociales binarias y heterocissexistas aún deben ser interpeladas por los estudios de género.

Violencias Institucionales a violencias humanas: nuevos espacios

¿Qué relación hay entre lo que entendemos por “violencia institucional” y las prácticas cotidianas de contacto social?

Bleger (1996), interesado en conceptualizar el objetivo de la psicohigiene como horizonte para los actores de la salud, señala que los

espacios institucionales son fuente de contención emocional o alienación. En el vínculo entre las personas y las instituciones y/o organizaciones se dirime si estas últimas funcionan conteniendo a la población o maltratando (hasta el punto de alienar las subjetividades). En relación a la accesibilidad en salud de las diversidades sexuales, se observan tensiones entre los nuevos marcos jurídicos tendientes a una perspectiva de derechos humanos y las burocracias y lógicas patologizantes en la atención sanitaria. Entre los aspectos que obstaculizan el acceso a la atención en salud de las disidencias sexuales, se destacan la presencia de prejuicios y discriminaciones de lxs efectores de salud. Por otro lado, y en relación con esto, los límites de las formaciones profesionales actuales. Se plantea así, la necesidad de repensar los procesos de formación tanto académicos y de grado que reproducen lógicas de segregación en las prácticas en salud.

Cabe mencionar uno de los puntos principales de este escrito: la dificultad de las personas del colectivo LGBTIQ+ para el acceso a los dispositivos de salud, principalmente de las personas trans. Siguiendo el estudio "Ley de identidad de género y el acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina", realizado por Fundación Huésped y ATTTA, 7 de cada 10 personas trans (entrevistadas) se atiende en el sistema público de salud, obligando a este subsistema a cumplir con la demanda. No obstante, en relación al abordaje de consumos problemáticos de sustancias, las personas del colectivo mencionado, no encuentran espacios, ya sea comunitarios como de internación. En relación a esto, ubicamos una doble limitación: por un lado, las diferentes razones por las que no pueden acceder, ya sea lejanía territorial de los dispositivos, o dispositivos no profesionalizados que no están integrados a instituciones formales; por otro lado, que cuando logran acceder, lxs profesionales no se encuentran preparadxs para la atención primaria con perspectiva de género (reproducción de binarismos sexo-genéricos, desconocimiento de leyes y derechos, estigmatización, maltrato, etc).

En relación a lo dicho, cabe señalar una tensión que ubicamos como inherente a todo esto: ¿es necesaria la creación de dispositivos exclusivos para personas del colectivo LGBTIQ+ o se deberían modificar/adequar los dispositivos ya existentes para que las personas del colectivo

puedan acceder? Si tenemos en cuenta la primera parte de la pregunta que se nos genera, esto conllevaría, como forma secundaria y subterránea (la otra cara de la moneda) en continuar la generación de “guetos” propios en los que las diferencias por motivos sexo-genéricos continuarían reproduciéndose. Por otro lado, si pensamos en la adecuación/modificación de dispositivos ya existentes, esto no puede realizarse prontamente, lo que colaboraría en la perpetuación de estigmas y exclusiones ya existentes para personas LGBTIQ+, y continuaría alejando a esta población de dispositivos asistenciales comunitarios.

Es a raíz de este panorama que diversas organizaciones civiles han creado dispositivos del colectivo para el colectivo. En este caso, se presenta la Secretaría de Abordaje de Consumos Problemáticos de la Federación Argentina LGBT, que sin ningún tipo de subsidio ni remuneración económica lleva a cabo diversas actividades para poner en discusión que las personas LGBTIQ+ también son portadorxs de determinados saberes que pueden beneficiar a la salud toda. Vale aclarar que no tomamos en este trabajo a la salud como falta de enfermedad, sino como lo define la Ley N° 26.657 en tanto “proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. Siguiendo a Butler (2018) es necesaria una “capacidad, invariablemente colectiva, de articular una alternativa, una versión minoritaria de normas o ideales” (p. 16) que permitirían actuar y sostener procesos vitales. Sobre estos preceptos es que se funda en 2020 la Secretaría, compuesta por activistas, estudiantes, profesionales de grado de carreras afines a la temática, personas del ámbito psicosocial, voluntarixs y más.

Dicho espacio tiene como finalidad apostar al cambio de los paradigmas en el abordaje integral de los Consumos Problemáticos y erradicar las discriminaciones en los tratamientos hacia nuestra población de la diversidad sexo-afectiva y comunidad travesti trans y no binaria. Para esto, se tomaron en cuenta tres ejes principales: la capacitación, la prevención y la asistencia. Desde el área académica se busca brindar capacitaciones en todo ámbito a quienes se desempeñen en la prevención y sobre todo

en asistencia para que tengan un trato digno hacia nuestras poblaciones LGBTIQ+, en el marco del respeto y sobre todo de lo que las leyes indican. Y del mismo modo dar capacitaciones a población del colectivo LGBTIQ+ sobre cómo ser agentes de prevención en problemáticas de consumos. En el año 2020 se capacitaron a más de 30.000 asistentes, y en lo que va de 2021 han sido superados los 32.000 entre cursos y la Diplomatura.

Desde el área de Asistencia se llevan a cabo más de 10 dispositivos, algunos presenciales y otros virtuales, en los cuales ya llevan más de 100 personas con acompañamiento de equipos interdisciplinarios. Estos dispositivos permiten, como primera medida urgente, que la población trans travesti disponga de un espacio de atención psico-terapéutico, en un ámbito de privacidad y de primer escucha. Ya sea en forma individual o en el formato de terapia grupal, se configura un lazo que busca subsanar las ausencias o negligencias de los dispositivos institucionales aún deficitarios en una escucha despatologizadora.

Y desde las coordinaciones de Abordaje PsicoSocial y de Jurídicos no sólo se brindan capacitaciones en otros ámbitos y asisten a las demás coordinaciones, sino que abordan distintas estrategias de prevención. A su vez, se tiene como meta futura la creación de una Red Federal de Abordaje Integral de los Consumos con perspectiva LGBTIQ+ y el Observatorio de Consumos Problemáticos LGBT+ que acompañe a las organizaciones civiles en el abordaje de la temática.

Conclusiones finales

Como se ha mencionado anteriormente, el campo de la Salud Mental es sumamente complejo y un desafío para quienes nos encontramos insertxs directamente en él. No obstante, según creemos, esta complejidad no debe operar como un límite en relación a lo que unx hace, sino, por el contrario, posibilitar nuevos cruces teórico-prácticos para que todas las personas puedan ejercer sus derechos, sin sentirse prejuzgados por nada que la ley lxs ampare.

Creemos que la falta de formación en materia de género y diversidades sexo-afectivas o, mejor, de personas que no se adecuan a la

heterocisnorma, colabora en la perpetuación del estigma y violentación que tanto azota a la comunidad LGBTIQ+ día a día. El derecho a la Salud es un tema de todxs, como queda establecido en la declaración de Alma Ata (1978). Sin embargo, los gobiernos y lxs efectores tienen mayor responsabilidad, por creación o por omisión, en el pleno ejercicio de derechos o de su imposibilidad para ello. Esto no depende solo de formar a los equipos de profesionales, sino a todo el sistema de salud en general, así como generar las condiciones para que las personas no vinculadas directamente en el campo de la salud puedan ser partícipes.

La posibilidad de establecer justicia implica actuar imperativamente desde la ética de la salud con una perspectiva integral. En ese sentido, se hace necesaria la incorporación de prácticas en las que lxs usuarixs del sistema de Salud Mental puedan apropiarse subjetiva y colectivamente de los procedimientos relativos a sus derechos y que les permita actuar desde un ejercicio de una *ciudadanía plena* que cuestione las *ciudadanías tuteladas*, con el único fin de favorecer su integración social.

Respetar las voces de aquellxs que venimos trabajando de forma subterránea desde y para el colectivo LGBTIQ+ se torna un imperativo ético no solo si se quiere respetar las leyes que nos regulan, sino también, si se quiere construir una sociedad con mayor grado de justicia social e igualdad.

Bibliografía

- Butler, J. (2018). *Deshacer el género*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós.
- Decreto presidencial N°476/21. DNI no binario. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 21 de julio de 2021.
- Fundación Huésped y ATTTA (2014) Ley de identidad de género y el acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina. Recuperado de: https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2018/03/Aristegui-Zalazar_2014_Ley-de-Identidad-de-Genero-y-acceso-a-la-salud-en-poblacion-trans.pdf

- Ley N° 26.618. Ley de Matrimonio Igualitario. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 22 de julio de 2010.
- Ley N° 26743. Ley de Identidad de Género. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 23 de mayo de 2012.
- Ley N° 27636. Ley de promoción del acceso al empleo formal para personas travestis, transexuales y transgénero “Diana Sacayán - Lohana Berkins”. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 08 de julio de 2021.
- Ley N° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Fundación Huésped y ATTTA (2014) *Ley de identidad de género y el acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina*. Recuperado de: https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2018/03/Aristegui-Zalazar_2014_Ley-de-Identidad-de-Genero-y-acceso-a-la-salud-en-poblacion-trans.pdf
- Organización Mundial de la Salud. *Declaración de Alma Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; 6-12 de junio 1978; Alma Ata, USSR. Ginebra: OMS; 1978.
- Bleger, J. (1996). *Psicohigiene y psicología institucional* (pp. 80-101) Buenos Aires: Paidós.
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad I*. La voluntad de saber. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

PORQUÉ INVESTIGAR VIOLENCIAS ENTRE VARONES ADOLESCENTES DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO. QUÉ LUGAR PARA LXS PSICÓLOGXS Y PARA LXS ADOLESCENTES

Rocío Fabbio y Débora Tajer

Resumen

Este artículo se propone reflexionar sobre las estadísticas actuales de morbimortalidad en varones adolescentes de Argentina y los relevamientos de investigaciones recientes en la temática para pensar, junto a los aportes de destacados autores, por qué debemos incorporar la perspectiva de género al momento de abordar la violencia entre varones adolescentes. A partir de ello, pensar qué conceptos, dispositivos y estrategias podrían implementarse desde la psicología para obtener una mejor comprensión de la problemática y cómo podemos fomentar la implicación de lxs adolescentes en dichos procesos.

Estadísticas actuales

En principio tomamos las estadísticas del Ministerio de Salud de Nación a nivel nacional, provincial y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2018).

Es pertinente aclarar que este relevamiento diferencia a las personas en varones y mujeres de acuerdo a la interpretación normada de los genitales y su posterior clasificación en dos grupos, marcando una diferencia que divide en varones y mujeres (MasCS, 2019).

En estas estadísticas se observa que la mortalidad adolescente en varones es mayor, casi el doble, que las mujeres, y esto se incrementa desde los 15 años. Entonces tenemos dos datos: que hay un aumento de mortalidad en la adolescencia y que ese aumento es más significativo en los denominados varones.

Asimismo, cabe mencionar que estas estadísticas nacionales nos brindan un diferencial de acuerdo con las provincias, señalando que en Catamarca, Salta, Formosa y Santiago del Estero hay mayor incidencia de mortalidad adolescente, tres veces mayor que en zonas como Tierra del Fuego, CABA y Santa Cruz. También hay que destacar que un tercio de las defunciones ocurre en adolescentes de la Provincia de Buenos Aires.

Ahora bien, de estas estadísticas de mortalidad de varones adolescentes, en la franja etaria de 15 a 19 años, el 69% son producidas por "causas externas" es decir, causas evitables.

Las causas externas evitables se distinguen entre accidentes 45,2%, del cual más de la mitad son de transporte, luego suicidios 24,6% y 10,9% muerte por agresiones (en el 19,3% no se pudo determinar la causa).

En el caso de las agresiones en varones, la tendencia se incrementa sustancialmente, 5 varones por cada mujer presentan esta causa en las estadísticas de morbi-mortalidad del Ministerio de Salud de Nación (2018).

Pensar adolescencia desde una perspectiva de género para la prevención y promoción de la salud integral

Las estadísticas relevadas dan cuenta de una diferenciación y un diferencial de género. Diferenciación en tanto las estadísticas toman dos posibles categorías: mujeres y varones. Diferencial porque entre estos dos grupos se observa un aumento considerable en la morbi-mortalidad y los procesos de salud/enfermedad/cuidados de los que se recortan como varones.

Pero es necesario reponer esta diferenciación en varones y mujeres, historizarla y discutirla. Como menciona Azpiazu Caraballo (2017):

“A pesar de que no me identifico con la idea de esencia masculina ni femenina - ni tan solo con la esencia (biológica) hombre y mujer -, me parece que pensar esta cuestión desde el punto de vista de la diferencia y la irreversibilidad nos ofrece un marco de análisis más rico que aceptar la hipótesis de que “no hay” ni hombres ni mujeres puesto que todo es una construcción social y lingüística. Esta última sería una asunción bastante irresponsable respecto a los efectos reales que una construcción social tiene en el mundo material y en la vida de las personas.” (p.30-31).

Algunas definiciones de qué es el género, qué lógicas operan en nuestra sociedad actual y qué potencias coexisten permitirá dilucidar qué atravesamiento de género tiene el varón adolescente al cual lx psicologx se propone acompañar.

Según Connell (1997), el género es una forma de ordenamiento de las prácticas sociales. Hay dos configuraciones de las prácticas de género que, en clave binaria, proponen modos de ser, estar, sentir y actuar en la sociedad: la masculinidad y la feminidad, adjudicadas al varón y a la mujer respectivamente y determinada por su genitalidad. Las mismas implican una posición de género y por tanto tienen efectos en sus experiencias corporales, sus personalidades, la cultura (Connell, 1997), en sus modos de relacionarse, de vivir, enfermar y morir (Tajer, 2020).

En este sentido, Marqués (1997) realiza una aclaración que resulta pertinente recuperar: la construcción y reducción de las personas a los modelos varón y mujer, a partir de la identificación con su sexo, no se logra completamente, no es un proceso acabado. Sin embargo, se los trata como si lo hubiesen conseguido y evita que unos y otros sean conscientes de sus similitudes, incomodidades y, al fin y al cabo, la emergencia de las diversidades.

En palabras de la socióloga Eleonor Faur (2004):

“El género no sería entonces una serie de características ni un rol social predefinido [...] El género es un modo de estar, de producir, de representar a

través de la interacción y, en tanto práctica cultural, inherentemente dinámico [...] El género es un proceso, antes que "una cosa" y esta definición será nodal para entenderlo como un dato que interviene en las relaciones sociales." (p.75).

Ahora bien, la masculinidad y feminidad operan en la construcción y subjetivación de las personas. Tajer (2009) denomina *modo tradicional de subjetivación de género masculino* a una conformación de la masculinidad centrada en su condición de proveedores y sostenedores económicos de la familia, y desarrollándose en el mundo público: trabajo, política, clubes. Mientras que tradicionalmente las mujeres se repliegan en el ámbito privado y se dedican a tareas de reproducción y cuidado, los varones se vuelcan a la producción de bienes materiales y simbólicos, la comunicación con la sociedad (como quiénes comunican y a quiénes le son comunicados los asuntos importantes), consolidación de estatus sociales, derechos y privilegios. De modo que esta subjetivación implica una división asimétrica de roles y poderes entre varones y mujeres.

Asimismo, siguiendo con el modo tradicional de subjetivación de género masculino que propone Tajer (2009), es legitimada la presencia y expresión de los sentimientos hostiles cuando no se cumplen las prerrogativas del rol masculino tradicional ligadas al dominio y la valoración del lugar social (Tajer, 2020).

De este modo, la violencia es un recurso legítimo frente a una situación de afrenta a su estatus o imagen social (Tajer, 2020), lo cual podría "amenazar" su masculinidad.

Sin embargo, como plantea Tajer (2020), no podemos hablar de un modo único de subjetivación de género, ya que las relaciones y expectativas sociales han cambiado a partir de la segunda mitad del siglo XX. Por ello introduce el concepto de *masculinidades transicionales e innovadoras* para pensar los efectos de estos cambios políticos y sociales en la construcción de la misma. En este sentido, si bien en la masculinidad transicional continúa legitimada la expresión de sentimientos hostiles, esto aparece en coexistencia con el dolor que puede infligir en el otro (Tajer, 2020) y el consecuente intento de reparar el daño.

La masculinidad tradicional de a poco va deslegitimándose, lo cual no significa que haya nuevas propuestas más complejas, menos visibles,

como bien describe Azpiazu Carballo (2017). En sus palabras, el modelo hegemónico de masculinidad oculta un bosque de masculinidades más respetadas pero no necesariamente menos opresivas (Azpiazu Carballo, 2017, p.36) y recupera la definición de este movimiento como “masculinidades híbridas” de Tristan Bridges y C. J. Pascoe.

Ahora bien, así como Tajer (2009) refiere a modalidades de subjetivación del género masculino que presentan modificaciones acordes a los cambios políticos y sociales de las sociedades, también podemos ubicar otro movimiento al interior: relaciones de subordinación y dominación de acuerdo con el sector social de pertenencia, orientación sexual, identidad de género, nacionalidad, etc. que hacen a las distintas masculinidades.

Aunque desde el exterior el modelo de masculinidad se ofrezca como una pieza *prêt-à-porter* y revista una condición innegable de privilegios en el ámbito público, hacia adentro, es decir en la relación entre pares y de sí mismos, podremos observar que el proceso de construcción de esta masculinidad es confuso, doloroso, riesgoso, pero sobre todo imposible y por tanto inacabado.

La adolescencia es un período del ciclo vital de las personas que da cuenta del desarrollo psicosocial y evolutivo que es simultáneo y asincrónico. Los cambios biológicos, corporales y hormonales, se encadenan con una actualización y resignificación de la imagen corporal, la relación con sus pares, el descubrimiento de la sexualidad y el comienzo de la consolidación de una identidad propia. En términos jurídicos acceden a nuevos derechos y responsabilidades, como el derecho electoral, la responsabilidad penal al ser mayores de 16 años, el derecho a ser empleadxs, entre otros.

El sociólogo Vincent Marqués (1997) desarrollará la importancia del grupo de pares, al que llamará “la pandilla” y tendrá mayor credibilidad que la familia y la escuela. El grupo de pares se encuentra en igual condición de inseguridad respecto a su “ser varón/adulto” de ahí, dirá Marqués (1997), que sus prácticas y discursos se centren en lo más espectacular, rudo y exagerado del comportamiento, por ejemplo: el desprecio a las mujeres, el culto a la fuerza o el gusto por la transgresión.

De este modo, los procesos que se despliegan durante la adolescencia dialogan con los imperativos del sistema sexo/género adjudicados

a cada persona, y en términos macro con la situación social y política. Podría pensarse, entonces, que la adolescencia es un período que pivotea entre la fragilidad que conlleva la asunción de estos cambios y la potencia en el agenciamiento de estos.

Interesa finalmente recuperar las palabras de los propios adolescentes al ser consultados por esta temática en el marco de la investigación UBACyT 2017/2019 “Barreras de género en la prevención y atención de la salud de los varones adolescentes: significados y prácticas de usuarios y de profesionales de la salud”.¹⁶ Al ser consultados por la exposición a situaciones de riesgo, los varones adolescentes, en su mayoría, identifican esta exposición física, “poner el cuerpo” como modo de legitimación o resguardo de su masculinidad (Tajer et al., 2020). Asimismo, identifican discursos que los incentivan a las acciones violentas y que proponen la violencia como un modo de resolución de conflictos que no compromete su masculinidad.

Pensar un acompañamiento psi en las masculinidades adolescentes

De lo trabajado hasta acá, se comprende que desde los 15 años las tasas de morbi-mortalidad por causas externas aumentan en varones de forma considerable y en comparación a las mujeres.

Atendiendo a que esta categorización es binaria y no refleja la multiplicidad y complejidad de las identidades de género actuales, sí es interesante responder que el binarismo es la propuesta del sistema sexo/género y que debemos evaluar sus efectos en las vidas reales. En ese sentido se propone una mirada desde esta perspectiva al momento de pensar el aumento de datos de morbi-mortalidad.

Comprendiendo que la adolescencia es una instancia particular en el curso de vida de las personas, atravesado por cambios biológicos,

¹⁶ Directora del proyecto: Dra. Débora Tajer. Coordinadora: Mg. Graciela Reid. Equipo: Lo Russo, A.; Gaba, M.; Jeifetz, V.; Cuadra, M. E.; Ceneri, E.; Solís, M.; Fernández Romeral, J.; Saavedra, L.; Lavarello, M.L.; Forni, V.; Arlandi, N.; Fabbio, R.; Alvarenga, G.; Cappadoro, F.; Gutman, J.; Garber, L.; y Borello Taiana, F.

psicosociales e incluso de ciudadanía y derechos, se entiende que es un momento que oscila entre la fragilidad y la potencia.

Entre los atravesamientos que transitan lxs adolescentes, los discursos de género en los cuales se encuentran socializados se complejizan en tanto la performatividad de la propuesta de género para varones debe ponerse en acto. El grupo de pares, la defensa de preceptos de la masculinidad como fuerza, virilidad, el modo de relacionarse con la persona que les atrae y las consecuencias que acarrearán si la atracción no es heterosexual, sumado a las consideraciones de sector social, nos dan la pauta de un complejo proceso de subjetivación.

En este sentido, como psicologxs debemos estar advertidxs de estas lógicas que propone el sistema sexo/género y que en sus etapas tempranas de socialización comienzan a hacer mella en los modos de subjetivación.

También es importante conocer y estar advertidxs que los estudios sobre masculinidades se encuentran en expansión y por ende ya no alcanza con pensar solamente en términos de masculinidad hegemónica, sino que debemos incorporar o bien discutir las conceptualizaciones sobre masculinidades normadas, masculinidades híbridas, masculinidades alternas, comprendiendo que la masculinidad hegemónica no significa la masculinidad mayoritaria, como bien establece Azpiazu Carballo (2017).

Sería significativo incorporar en las estrategias de prevención y promoción de la salud un abordaje *psí* para trabajar con adolescencias, comprendiendo que desde nuestra área de incumbencia profesional podemos acompañar procesos de (re)subjetivación que aboguen por otras masculinidades. En este sentido, nuestro trabajo debe ser de co-construcción con lxs adolescentes, ofreciendo instancias grupales e individuales en los espacios que transitan los mismos como escuelas, programas sociales, instituciones de salud, clubes barriales y organizaciones sociales.

Qué lugar para lxs adolescentes es una pregunta a la que ellxs deben responder, qué lugar para lxs psicólogxs es el de estudio, reflexión crítica y situada, y acompañamiento en la co-construcción de espacios seguros para desandar aquello del sistema sexo/género que violenta y construye modos de vincularse desde la violencia.

Bibliografía

- Azpiazu Carballo, J. (2017). *Masculinidades y feminismo*, Virus Editorial, España.
- Connell, R.W. (1997). La Organización Social de la Masculinidad. En Valdés T. y Olavarría, J. (eds), *Masculinidad/es. Poder y crisis*. Santiago de Chile: Ediciones de las mujeres.
- De Keijzer, B. (2013). *El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva*. Recuperado de: <http://www.sasia.org.ar/sites/www.sasia.org.ar/files/El%20varon%20como%20factor%20de%20riesgo.pdf>
- IMasCS. (2019). *Varones y masculinidad (es), herramientas pedagógicas para facilitar talleres con adolescentes y jóvenes*, Recuperado de: <https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Varones%20y%20Masculinidades.pdf>
- Marqués, J. V. (1997). Varón y patriarcado. En Valdés T. y Olavarría, J. (eds), *Masculinidad/es. Poder y crisis*. Santiago de Chile: Ediciones de las mujeres.
- Ministerio de Salud de la Nación, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (2016). *Situación de salud de las y los adolescentes en Argentina*. Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000872cnt-linea-base-adolescencia-2016.pdf>
- Segato, R. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Tajer, D. (2020). *Psicoanálisis para todxs. Por una clínica postpatriarcal, posheteronormativa y poscolonial*. Buenos Aires: Editorial Topía.
- Tajer, D. (2009). *Heridos Corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- Tajer, D., Reid, G., Lavarello, M.L., Cuadra, E., Saavedra, L., Fernandez Romeral, J., Fabbio, R. (2020). Masculinidades adolescentes y salud: un modelo para armar. En Tajer, D. (coord.) *Niñez, adolescencia y género: herramientas interdisciplinarias para equipos de salud y educación*, Buenos Aires: Editorial Noveduc.

TENGO QUE CUIDAR A MI K-SIMERITO: SOBRE UN DISPOSITIVO CONTEMPORÁNEO DE INSTALACIÓN DE ESTEREOTIPOS DE GÉNERO EN LAS INFANCIAS

Milva Pentito

Introducción

El K-simerito es un muñeco para infancias comercializado en la época actual por la empresa mexicana Distroller, en varios países hispanohablantes. Se trata, en apariencia, de un feto o bebé, cuyo cuerpo posee algunas características antropomórficas y otras atribuibles a criaturas no humanas, o incluso elementos celulares como el cigoto, para el cual se propone una dinámica de juego dirigida a la administración de cuidados y la satisfacción de necesidades básicas en un contexto medicalizado.

En el presente trabajo, se analizarán las características del K-simerito entendido como dispositivo de control y producción de esquemas de conducta, que se vale del uso de estereotipos de género para el cumplimiento de su objetivo. En el análisis, se particularizará en una serie de categorías comprendidas como subunidades funcionantes del dispositivo, y productoras de violencia, en la medida que limitan el pleno y autónomo desarrollo y funcionamiento de las personas alcanzadas: la medicalización, la feminización y romantización de las tareas de cuidado, y la espera en contexto de masividad, que se produce en la interacción de las infancias con el juguete.

Punto de partida: ¿qué es un dispositivo?

Agamben (2007) caracteriza al concepto en torno a la idea de “conjunto heterogéneo” (p.250) que engloba, y opera como lazo entre elementos discursivos, leyes, medidas, instituciones, presupuestos, y otros armados de tipo social-convencional, a los cuales se les atribuye la capacidad de capturar, dirigir, controlar y dar forma a conductas, gestos y opiniones de los seres vivos. Este “conjunto heterogéneo” posee siempre una función estratégica concreta, que se inscribe en una relación de poder basada en el saber.

Para Agamben, el dispositivo es un concepto intrínseco de la existencia humana, y determinante de su proceso de hominización, que reconoce un auge, y una posibilidad de mayor proliferación en el capitalismo contemporáneo, debido a su capacidad de oficiar como herramienta de control, provocando una fusión entre el conjunto heterogéneo que le es propio, y el conjunto preexistente en el sujeto al que alcanza. Pese a constituir un agente intrínseco de lo homínido, según las líneas de Agamben, al contacto con dispositivos del capitalismo contemporáneo tiene lugar un proceso inverso al de humanización, que reviste un alto potencial desubjetivante, y solo permite a los otrora sujetos ser, en la medida que conserven características controlables. Este proceso es descrito por Agamben como un “*giro hacia la nada*” que realizan quienes son controlados debido al diseño de quienes controlan.

Continuidad: el dispositivo K-simerito. Subunidades productoras de violencia

1. Función medicalizante

“...padres de familia y niños se detienen a observar a los K-simeritos (casi-meritos), unos muñecos de vistosos colores que emulan a un bebé recién nacido con grandes ojos y un cordón umbilical de plástico. En la misma

*sección de la tienda se pueden observar accesorios médicos de juguete para atenderlos, como incubadoras y monitores”.*¹⁷

La medicalización, concepto acuñado por múltiples autores, refiere en líneas generales al proceso por el cual el dispositivo médico se expande más allá de sus límites, e interviene en otras dimensiones de lo social que podrían funcionar por fuera de este. Al hacerlo, a menudo, tiñe sucesos vitales o manifestaciones subjetivas de un significado patologizante que sirve para el sostén de esa irrupción, y para que la misma cumpla adecuadamente su función de control.

La crianza y la gestación, así como la gestión del proyecto de familia, son dimensiones de lo social que llevan mucho tiempo medicalizadas. Sin embargo, en lo particular del dispositivo K-simeritos, se distinguen algunos elementos extremos, y probablemente inéditos, que colocan a las niñas a jugar con la circunstancia de un nacimiento pretérmino, colocando de tal manera, al vínculo entre ellas y el recién nacido en el ámbito de un centro asistencial de alta complejidad, y definiéndolo en los términos de las prácticas y representaciones que allí son habituales. Los K-simeritos reposan en incubadoras, se alimentan por sueros, se enferman de gripe y experimentan alteraciones de la temperatura corporal. En ocasiones, incluso, presentan vómitos y trastornos neuromotores que requieren de la interacción materna para remitir. Este imaginario es comunicado en las publicidades del juguete con formato de canción¹⁸.

En este armado, destaca la figura de la Enfermera Tania, un personaje siempre joven, alto y delgado, con vestimenta sexualizada y estereotípica. La Enfermera Tania aparece en los videos del canal de Youtube de la empresa Distroller, enseñando a las niñas a gestionar el cuidado de varios K-simeritos al mismo tiempo, a curar el ombligo hasta la caída del cordón umbilical y a administrar vacunas. Aparece, además, tratando “Neocasos”, casos clínicos de K-simeritos con diferentes dolencias. En los puntos de venta del muñeco, aparece encarnada por diferentes actrices,

17 Rodríguez, D. (6 de enero de 2018). K-simeritos, los populares muñecos criticados por promover estereotipos de género. Lo mejor de Verne en El país. Recuperado de: https://verne.elpais.com/verne/2018/01/05/mexico/1515175043_256309.html

18 Véase https://www.youtube.com/watch?v=Z6q_8oX6X24

y constituye un tercero fundamental para el desarrollo de la dinámica de juego. Las niñas, en una fase inicial, adquieren huevos de K-simerito junto a un kit de hidratación. Tras varios días de hidratar al huevo, una vez que el mismo alcanza determinado tamaño, deben retornar a la juguetería para que la Enfermera Tania se los canjee por el muñeco en su versión neonatal. En el transcurso del juego, permanece probable que las niñas vuelvan a interactuar con ella en varias ocasiones, tal como recopilan algunos testimonios periodísticos disponibles en la web. Se desencadena, así, un fenómeno que es observable en el contacto de las clases populares con los organismos efectores de derechos, la salud entre ellos: la situación de masividad y la espera.

2. Función de ensayo de la espera

“Lucía, de 7 años, es una de las afortunadas que ha recibido a su bebé -aunque ella por Papá Noel, este 25 de diciembre-. Ahora, junto a sus padres, espera una fila de una hora en una juguetería del madrileño municipio de Pozuelo de Alarcón para que la llamada enfermera Tania le dé las vacunas necesarias para que su bebé prematuro sobreviva. Lucía, una feliz niña con trenzas y lacitos con su muñequito rosa, no lo sabe pero su diversión no está exenta de polémica...”¹⁹

La espera, entendida como un modo particular de vivenciar el tiempo, establece un vínculo de sujeción (Auyero, 2009) entre las partes involucradas que, a menudo, opera como límite simbólico para la instalación de perspectivas de derechos y para el ejercicio concreto de los mismos. En el devenir de la espera, se exige a quien ha sido sujetado el tránsito por una serie arbitraria de experiencias de incertidumbre y confusión, en las cuales produce la entrega de sus principales recursos: su tiempo, dinero, posibilidad de expectativa, posibilidad de planificación, etcétera. Estos resultan una moneda de cambio para poder acceder a aquello que es requerido de parte de quien lo está sujetando. Auyero (2009) particulariza al respecto narrando las experiencias de espera de mujeres madres en

19 Alba, N. (4 de enero de 2020) Estos son los K-simeritos, los populares neonatos de juguete acusados de sexistas: los motivos. El español. Recuperado de: https://www.elespanol.com/reportajes/20200104/ksi-meritos-populares-neonatos-juguete-acusados-sexistas-motivos/455454693_0.html

la sede del Ministerio de Desarrollo Social de la Ciudad de Buenos Aires, durante la tramitación y el cobro de diversos programas de ayuda económica. Realiza un paralelismo entre estas experiencias y la experiencia de espera en el hospital público. Es de esta transacción desfavorable entre el efector de derechos, y las clases populares, que Auyero hace aparecer la figura concreta de “Pacientes del Estado” (p. 21).

La experiencia de juego con los K-simeritos incluye lo que, a las claras, es un ensayo de esa transacción. Lo que sucede durante la espera en la juguetería puede fácilmente asociarse con aquello que Auyero identificaba en la espera de las mujeres madres, atravesada por el hastío y la incertidumbre de la nada y la arbitrariedad, y el reconocimiento de estar transitando una actividad no deseada, pero de todos modos aceptada como inevitable.

*“La verdad, no se justifica el precio ni la espera para que atiendan al muñeco de mi hija, pero lo hago por ella’, opina a este medio un padre hastiado de esperar en la fila. Su mujer, asiente. Mientras tanto, la menor juega con otras niñas con sus recién nacidos en el suelo del centro comercial”.*²⁰

En lo observado por Auyero, las mujeres madres movilizaban un entramado vincular que les permitía dar sentido y tolerar la espera, convirtiéndose esta, a menudo, en sede de encuentros e interacciones con otros integrantes de sus familias o sus comunidades. Algo de aquello se advierte también en la cita precedente, donde la espera impresiona devenir una circunstancia en que el juego con los K-simeritos deja de tener una dinámica uno a uno, y el cuidado pasa a tener algo más cercano a lo comunitario.

3. Función feminizante y romantizadora de las tareas de cuidado

En el ensayo de provisión de cuidados, y de acercamiento al efector de derechos que propone el dispositivo K-simerito, se distingue otra línea de producción de violencia: la asociación de las tareas de cuidado a lo femenino,

20 Alba, N. (4 de enero de 2020.) Estos son los K-simeritos, los populares neonatos de juguete acusados de sexistas: los motivos. El español. Recuperado de: https://www.lespanol.com/reportajes/20200104/ksi-meritos-populares-neonatos-juguete-acusados-sexistas-motivos/455454693_0.html

y la presentación de las mismas teñida de un aparente disfrute y naturalización, despojado de todo atisbo de angustia. Las niñas interactúan con equipamientos médicos, y sub-dispositivos invasores de la corporalidad, tales como sondas, jeringas o respiradores, sin lugar para el rechazo, el temor o sentires relacionados, que pudieran eventualmente interferir con la provisión del cuidado, o forzar la redefinición del modo de administrarlo.

Al transitar por el canal de youtube destinado por Distroller a la publicación de contenido sobre los K-simeritos, resulta de gran complejidad encontrar interlocución con varones. Se alude a penas a los “padres” del K-simerito, sin caracterizarlos, ni demandarles la realización de ninguna tarea. A las niñas, por el contrario, se les dirige el mensaje de que “mamá preparada vale por mil”²¹, e incluso se las muestra con doblajes de voces adultas, vestimenta no atribuible a la edad que tienen ni a la época contemporánea, y desempeñando actividades de fuerte carga estereotípica como cocinar, comprar en el supermercado, ir a la peluquería o tomar sol. Estas actividades, además de estereotípicas, resultan de muy dificultosa, o incluso impracticable realización en la circunstancia real de encontrarse al cuidado de un neonato alojado en un centro asistencial. En esta circunstancia, las mujeres madres a menudo permanecen alojadas en el hospital por el tiempo que dure la internación, a entera disposición de la continuidad de la lactancia materna, y de otras tareas de sostén de la existencia biológica, en etapas del desarrollo previas al lenguaje, y de muy escasa autovalía.

Conclusiones generales

El K-simerito, en su función de dispositivo, condensa significados y constructos relacionados con una maternidad que no solamente es obligatoria, sino que es un continuo de producción, primero de individuos incompletos y/o averiados (de este modo puede entenderse quizás al resultado de la transición entre el huevo de K-simerito y el K-simerito propiamente dicho), y luego de individuos recuperados o conformados, como podría entenderse al eventual resultado de la cadena de cuidados aplicados sobre el muñeco. Las niñas, en tal cadena de cuidados y en tal

21 Véase <https://www.youtube.com/watch?v=6EZbtkrLti4&t=136s>

modelo de maternidad, confrontan con modelos de mujeres madres incansables, proveedoras y abnegadas que atraviesan la circunstancia de una hospitalización en el área de cuidados intensivos neonatales sin moverse. Estos modelos con los cuales confrontan ensayan un tránsito por el sistema de salud en el cual son objeto de varias formas de violencia y vulneración de derechos, sin que esté previsto que se conmuevan, pregunten o acusen recibo por ello.

En la época contemporánea, situando un contexto de avance de los feminismos, y reconociendo en ello el avance de nuevas perspectivas de derechos, los dispositivos como el descrito en el presente trabajo permanecen como bastión de esquemas patriarcales, funcionales a la continuidad del sistema capitalista en el cual se insertan. Simple y sencillo resultará para quien lee reconocer la siguiente ecuación: la feminización de las tareas de cuidado contribuye a los fines de mantener a las mujeres distanciadas de roles de poder, y de producción de realidades alternativas. La confrontación de las niñas-futuras mujeres con modelos de femineidad-maternidad basados en estereotipos asegura que ejerzan el cuidado dentro de los límites diseñados por el dispositivo e, incluso, que se acerquen a definirse ellas mismas en torno a estos.

Posible resultará, por otra parte, para quien lee, reconocer en estas líneas la existencia de una temática que es preciso continuar investigando y desarrollando, para construir posicionamientos al respecto, y abrir la puerta a dinámicas de juego, y realidades respetuosas de los procesos subjetivos de las niñas y las mujeres.

Bibliografía

- Agamben, G (2007). "¿Qué es un dispositivo?". Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v26n73/v26n73a10.pdf>
- Alba, N. (4 de enero de 2020). Estos son los K-simeritos, los populares neonatos de juguete acusados de sexistas: los motivos. El español. Recuperado de: https://www.lespanol.com/reportajes/20200104/ksi-meritos-populares-neonatos-juguete-acusados-sexistas-motivos/455454693_0.html

- Auyero, J (2009). "Pacientes del Estado". Un reporte etnográfico sobre la espera de la gente pobre. Recuperado de: <http://sites.google.com/site/javierauyero/javierauyero>
- Rodriguez, D. (6 de enero de 2018). K-simeritos, los populares muñecos criticados por promover estereotipos de género. Lo mejor de Verne en el país. Recuperado de: https://verne.elpais.com/verne/2018/01/05/mexico/1515175043_256309.html

EL GÉNERO COMO FACTOR DE RIESGO SOCIAL- ABORDAJES DESDE EL TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Alejandra Gabriela Inés Acchura Llanos

Introducción

El presente trabajo intenta dar cuenta de abordajes desarrollados en contexto de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio por pandemia de Covid-19, desde el trabajo social y el equipo de salud, en atención primaria de la salud en la ciudad de Palpalá, provincia de Jujuy.

El contexto de pandemia nos invita a reforzar estrategias de cuidado para preservar la vida humana, y del entorno en donde se transita la vida cotidiana, esto nos invita a reflexionar sobre las prácticas profesionales, donde teoría y práctica tuvieron que reconstruirse, para desplegar nuevas estrategias de intervención desde la especificidad del trabajo social familiar.

Es por ello que destacar estrategias, recursos comunitarios y redes de contención que fueron de gran importancia e imprescindibles en la intervención con mujeres en situación de violencia de género, es uno de los principales objetivos de este trabajo.

Considero que es importante tomarnos el tiempo para reflexionar sobre estrategias que se fueron desplegando en el contexto actual de pandemia mundial.

Desarrollo

Al dar inicio al Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio, en el país, miles de mujeres debieron permanecer en espacios físicos y familiares donde se encontraba en riesgo su integridad física y psicosocial, entendiéndolo al mismo como un riesgo de vida, pero entendido para el contexto mundial como una medida de protección al virus de Covid-19.

Como todos sabemos, la pandemia ha logrado potenciar y evidenciar aún más las problemáticas sociales que ya se venían trabajando por organismos estatales y organizaciones de la sociedad civil, como ser consumo problemático, personas con discapacidad, violencia de género, vulneraciones de derechos de infancias y adolescencias, entre otras.

Es de principal interés de ésta producción escrita reflexionar sobre abordajes desarrollados desde el trabajo social en relación a la violencia de género.

Una de las estrategias desarrolladas es la georreferenciación. Como equipo de salud, siguiendo los lineamientos del plan estratégico de salud, iniciamos el proceso de identificar a grupos de riesgo, pero no solo pensamos en las personas de mayor riesgo de enfermedad si no también incorporamos a aquellas mujeres de las que teníamos conocimiento que se encontraban atravesando una situación de violencia de género. Esto permitió identificar los sectores sanitarios donde habitan una mayor cantidad de mujeres en riesgo.

La georeferenciación no solo sirvió para identificar los sectores sanitarios, sino también para pensar en conjunto con el equipo de salud cómo acompañar a las mujeres en la situación de violencia por la cual se encontraban atravesando.

Para ello es que se coordinan acciones pertinentes, como ser comunicaciones telefónicas con las mujeres, sus vecinas y familiares, para acceder a información directa de cada una de ellas e indagar sobre su realidad, y cómo cada una de ellas la percibe, identificando la naturalización, o no, de la violencia.

Desde el trabajo social, se entiende que todo profesional de la salud debe realizar las orientaciones e intervenciones pertinentes a los fines de garantizar el acceso al derecho a la salud; es por ello que se promueve el

trabajo en red, interinstitucional e interdisciplinario para coordinar acciones en conjunto con los equipos territoriales de los dispositivos de atención y acompañamiento a la mujer en situación de violencia de género, y de corresponder al organismo de protección de derechos de infancias y adolescencias.

El trabajo social como profesión en contexto de pandemia representa un nuevo escenario de intervención ya que complejiza la posibilidad de dar respuesta a problemáticas sociales, que se construyen como demanda de intervención y al mismo tiempo se configuran en dificultades. Es por ello que la estrategia de abordaje en red se constituye un elemento fundamental al momento de pensar las intervenciones.

Si bien ésta estrategia se desarrollaba previo al inicio de la pandemia, en el contexto actual significó, en el servicio de trabajo social de salud, intervenir en el menor tiempo posible con mayor eficiencia y eficacia, sobre problemáticas sociales que antes formaban parte de la cotidianeidad de las personas y sus familias, como ser precariedad habitacional, dificultades para la reproducción de la vida cotidiana, ingresos económicos insuficientes para la subsistencia.

La utilización de la tecnología como mediadora para garantizar el acceso al sistema de salud, implicó un doble desafío ya que no todas las personas tenían acceso al dispositivo tecnológico y acceso a conectividad de red inalámbrica. Al mismo tiempo, como equipo de salud, en la mayoría de las situaciones, hubo que poner a disposición recursos propios para poder concretar las intervenciones.

Esto implicó un desafío constante de aprendizaje y co-construcción con los sujetos, ya que la particularidad del contexto de pandemia nos invitaba constantemente a inventar y reinventar estrategias para poder desempeñar las prácticas profesionales.

La incorporación de la tecnología (celulares) como herramienta de intervención no solo implica que se establece un vínculo diferente con los sujetos, habilitando espacios de comunicación diferenciados, que no se dan en un mismo espacio físico, y que al mismo tiempo implica y mejora la comunicación. Por otra parte, dificulta delimitar el horario de atención, debido a que, en muchas situaciones, se ponen a disposición números de teléfonos personales.

Pensar y entender la complejidad de la intervención del trabajador social en situaciones de violencia de género implica identificar e intervenir sobre las redes de contención con la que cada mujer cuenta, es importante poder identificarla, ya que son a estas personas a las que las mujeres acuden ante un episodio de violencia. Es por ello que en la ciudad de Palpalá, se crea una red de vecinas que coordinan acciones de cuidado, como encontrarse en los que ellas mismas denominan “puntos seguros”. Estos lugares fueron seleccionados por ellas mismas y acompañados por el equipo de salud. En paralelo también se crean grupos de WhatsApp en donde ellas van compartiendo información que consideraran relevante.

Conclusión

Para finalizar me gustaría reflexionar sobre la importancia de los abordajes en red, entendiendo que los sujetos con los que interviene cada organismo estatal son los mismos que transitan por los dispositivos disponibles en y para la comunidad. Desde la perspectiva de trabajo en red, en esta experiencia, se busca no superponer intervenciones, potenciando los recursos disponibles desde cada organismo, coordinando acciones que garanticen derechos humanos en pos de mejorar las calidades de vida desde una mirada integral.

Es función de los y las trabajadores sociales habilitar espacios de trabajo en red, pensar y diseñar estrategias de cuidado para con las personas con las que intervienen.

No quiero dejar de lado el rol fundamental del primer nivel de atención, en la identificación de diferentes problemáticas que atraviesan a la comunidad, y que se fueron potenciando y evidenciando durante el pico de la pandemia.

Por último, destacar la importancia de la capacitación a todos los profesionales de la salud y de organismos estatales en perspectiva de género.

Bibliografía

- Ley N° 26.061. Ley de protección integral de niños, niñas y adolescentes. Boletín Oficial, 28 de septiembre de 2005
- Ley N° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Lineamientos para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad. Resolución 542/1997 Ministerio de Salud de la Nación Argentina.
- Nucci N., Crosetto R., Bilavcik C.y Miani A. (2018). *La intervención del trabajo social en el campo de la salud pública.*

EJE III

DISPOSITIVOS E INTERVENCIONES PARA EL ABORDAJE DE LAS VIOLENCIAS

Las comunicaciones de la presente sección reúnen diferentes experiencias de dispositivos, así como posibles intervenciones para el abordaje de las violencias. Conceptualizar a partir de las prácticas: no se trata de la aplicación unidireccional de una teoría, sino todo lo contrario. Es el ejercicio indispensable del pensamiento vivo, que se constituye a partir de la praxis y se deja interpelar constantemente por ella.

ABORDAJE COMUNITARIO: LA RESPUESTA A LOS EFECTOS DE LA SEGREGACIÓN

Patricia Fridman, Laura Navarro, Celeste Silanes y Erica Tejera

En el presente trabajo nos proponemos reflexionar en torno a los abordajes de salud mental y consumos problemáticos que venimos desarrollando en el distrito de Quilmes; y compartir aquellas líneas de acción que nos van permitiendo dar un giro al tratamiento histórico del padecimiento.

Las problemáticas sociales actuales, vinculadas a los procesos de vulneraciones de derechos, analizadas a la luz de lecturas posibles sobre las características de las construcciones colectivas de la época y sus efectos singulares, así como también el impacto de los contextos actuales en las construcciones con otrxs, abren un abanico amplio e integral de intervenciones posibles al momento de proponer abordajes desde la perspectiva de derechos.

En este marco, resulta inevitable repensar paradigmas de abordajes que se han vuelto insostenibles en la actualidad y, por ende, en el cambio de posicionamiento necesario de quienes intervenimos o somos responsables, de alguna manera, de construir lecturas sobre alguna problemática social. Podríamos afirmar que la problemática del consumo se posiciona como un fenómeno paradigmático de la caracterización de la época.

Creemos interesante desarrollar un interjuego conceptual que convoque a construir abordajes concretos que al mismo tiempo sirvan para interrogar nuestras prácticas habituales, el trabajo interdisciplinario e intersectorial.

La interpelación a modelos de abordajes tradicionales está sujeta a reconocer los efectos criminalizantes, cronificantes del padecimiento y estigmatizantes que se sectoriza en las poblaciones más vulneradas y contribuyen a la segregación social de las mismas aumentando el padecimiento, propendiendo a la cristalización de destinos prefijados.

La violencia simbólica que conlleva este estado de las cosas y, por ende, reproducida en violencia institucional producto del encierro y la negación de las trayectorias singulares se han visualizado como un problema que expone a mayores riesgos a lxs usuarixs que la propia situación de consumo.

La Ley Nacional de Salud Mental rescata los componentes integrales y singulares de la misma y, en este sentido, ubica a los tratamientos tradicionales como prácticas que profundizan las vulneraciones de derechos humanos.

“Lo comunitario” nos lleva a reconocer a las construcciones colectivas, las comunidades o espacios comunes con otrxs como el resultado del pacto subjetivo que nos liga al semejante, que permite cierto lazo simbólico que nos inscribe en lo colectivo en la medida en la que aquella inscripción haya circulado por el campo significativo del Otro.

Mientras que la sociedad actual nos invita cínica y paradójicamente a conseguir la felicidad mediante el consumo - bajo el modo abusivo y siempre insatisfactorio-, “lo comunitario” emerge como respuesta que desmitifica y propone otras narraciones posibles- desde una ficción vivificante- para lograr la felicidad a partir del lazo con otrxs. Es lo colectivo entonces, lo que permite habitar un mundo en donde es posible desarrollarse -con otrxs- sin necesidad de intoxicarse y/o de consumir compulsivamente.

“Es en la relación con el otro, en la posibilidad de sentirse parte de un conjunto humano guiado por intereses compartidos y por leyes que rigen la vida de modo no arbitrario, que encontramos seguridad y estabilidad psíquica.” (Bleichmar, 2009, p.205.)

Nos preguntamos cómo generar circuitos de reconstrucción del anclaje social para quienes se encuentran en situaciones de exclusión como efecto de históricas vulneraciones de derechos. Nos preguntamos cómo ponderar acciones que reconozcan al padecimiento como efecto

de la exclusión y no como indicador de peligrosidad para la sociedad, que profundiza el abandono y, por ende, la violencia.

Ubicamos que, en este marco, existe un malestar profundo, aun cuando pareciera cumplirse con cualquier mandato de satisfacción inmediata, un malestar dado en la imposibilidad construir proyectos futuros, que instalen otro tiempo, que ligen genuinamente aquello que le es propio al sujeto, que lo convoca y que le ofrece un “nombre” que no será posible si no está legitimado por el semejante.

Los circuitos de acceso, restitución y ejercicio de derechos se presentan como un nuevo modo de tratamiento del malestar, disputar la lógica del encierro implica la necesidad de traccionar la posición ética y política de la singularidad y las prácticas desmanicomializantes requieren del accionar conjunto dentro y con la comunidad.

Es en este sentido desde donde partimos para reflexionar y planificar la gestión de salud mental en el distrito de Quilmes. Producir una “clínica no estándar” (Laurent, 2000, p. 54) que al mismo tiempo que abone al campo de la subjetividad se sostenga desde un anclaje territorial en clave comunitaria.

Distintos dispositivos intermedios se fueron gestando y/o se incrementaron en el último año como parte de la implementación de políticas públicas en salud mental tendientes a la integralidad del sistema de salud: creación de ESAMEC- Equipo de Salud Mental Comunitaria, móvil e interdisciplinario- a partir del cual intentamos reproducir buenas prácticas en situaciones de crisis subjetivas que inscriban un nuevo modelo de atención en salud mental con anclaje territorial; creación de un Centro de Día Comunitario en un Centro de Salud de Atención Primaria -CAPS- el cual apunta a un modelo de atención integral, interdisciplinario y comunitario; incremento significativo de la cantidad de DIATs- Dispositivo Integral de abordaje territorial- en barrios históricamente relegados del distrito de Quilmes. En estos dispositivos se privilegia facilitar la accesibilidad de las personas usuarias al sistema de salud desde una perspectiva centrada en la promoción de derechos, con anclaje en el territorio y basado en las particularidades del mismo: favoreciendo la inclusión comunitaria, apuntando a reducir las múltiples vulnerabilidades a las que están expuestos los sujetos que allí residen. Se trata de impulsar

prácticas integrales en el abordaje de los consumos problemáticos y generar estrategias comunitarias de promoción y asistencia integral, contribuyendo al fortalecimiento de las redes territoriales que promuevan el acceso a derechos de la comunidad en general.

No se trata entonces de centrarse en lugares de encierro para depositar allí lo complejo, sino de abrirlos, habitarlos y transitarlos con la comunidad: horizonte y desafío con el que nos interpela la Ley y a lo que deberemos encontrarle las vueltas- cada vez- para poder ir otorgándole materialidad.

Bibliografía

- Bleichmar, S. (2009). *Superar la inmediatez. Un modo de pensar nuestro tiempo*. Ediciones del Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini.
- Ley N° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Laurent, E. (2000). "Usos actuales posibles e imposibles del psicoanálisis" en *Psicoanálisis y Salud Mental*. Editorial Tres Haches.
- Stolkiner, A; & Solitario, R. "Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías".
- Stolkiner, A. (Octubre, 2015). "Interdisciplina y salud mental" presentada en las IX Jornadas Nacionales de Salud Mental, I Jornadas Provinciales de Psicología. *Salud Mental y mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy*.

DE VIOLENCIAS Y LIBERTADES. EXPERIENCIA DE ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO-GRUPAL CON MUJERES PRIVADAS DE SU LIBERTAD EN EL HOSPITAL NACIONAL EN RED “LIC. LAURA BONAPARTE”

Agostina Bonboni y Denise Demarco

Introducción

En el marco de la presente Jornada celebramos y aceptamos el convite a reflexionar sobre epistemes y prácticas atravesadas por las violencias: algo necesario de destacar en la agenda del campo de la salud pública; en nuestro caso, analizamos la experiencia grupal con la población de mujeres que atravesaron el sistema penitenciario bonaerense. Ejercicio más que urgente en esta coyuntura de turbulencias en la cual, al desafío original de recuperar la presencia del Estado luego de una nueva embestida neoliberal, se le suma la indiscutible necesidad de reforma del Sistema de Salud. Uno que se direcciona mancomunadamente para garantizar el goce pleno de este derecho a una mejor calidad de vida.

En esta línea de renovar el compromiso por efectivizar el cumplimiento de los principios plasmados en la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657, en adelante LNSM), con eje en la población en su conjunto, es que en el Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”, desde el año 2020 se llevan adelante encuentros de manera quincenal. Como profesionales de las disciplinas de psicología y medicina general atendemos una demanda clave, gestada por mujeres de la comunidad organizada:

formar parte de la red de contención de este colectivo cuyas historias de vida estuvieron significativamente marcadas por las violencias de este sistema patriarcal y capitalista.

Pero, ¿cuál es nuestro lugar en este acompañamiento como agentes de salud? ¿Cómo lograr un lazo empático entre el sistema de salud y la población? ¿Cómo cambiar las formas de abordaje todavía hegemónico que reproducen más violencia? ¿Cómo se pueden generar otros espacios para trascender en lo cotidiano de esas mujeres?

Del contexto general y la situación de las mujeres privadas de la libertad

El contexto de emergencia sanitaria de la pandemia por Covid-19 visibilizó la condición de extrema vulnerabilidad en la que se encuentra la población carcelaria¹. El hacinamiento, la falta de medidas de higiene básicas, y toda clase de violencia simbólica y material activaron medidas domiciliarias como mecanismo alternativo a la pena intramuros; fundamentalmente con el objetivo de favorecer la resocialización, disminuir la reincidencia y los efectos perjudiciales propios del encierro que refuerzan la exclusión social.

¿En qué marco se da este encarcelamiento de mujeres? ¿Por qué motivos? ¿Cómo se desarrolló el contexto sociopolítico? ¿Cuál fue el paradigma sanitario desde donde se aborda históricamente a esta población?

Las fuentes oficiales demuestran el crecimiento exponencial de la población carcelaria, exacerbado en los últimos años, siendo uno de los de mayor relevancia los motivos de los delitos relacionados con las sustancias ilegales (SNEEP), lo que puede explicarse en el marco de la “guerra” contra el Narcotráfico intensificado en la década del 90’ y la contravención al marco legal aún vigente (Ley N° 23.737), (CELS, 2017)². De hecho, según

1 Recomendamos la lectura del informe anual 2020 de la Procuración Penitenciaria de la Nación titulado *Sobre la situación de los derechos humanos en las cárceles federales y otros centros de detención de la Argentina*. Recuperado de: <https://www.ppn.gov.ar/index.php/institucional/noticias/3152-presentacion-del-informe-anual-2020>

2 “La “guerra” contra el narcotráfico es uno de los factores que explica el aumento de la tasa de encarcelamiento nacional, que pasó de 154 a 209 personas privadas de la libertad cada

el CELS: “La infracción a la ley de drogas es la principal causa de privación de la libertad de mujeres en la Argentina” y asimismo que “la mayor parte de las mujeres privadas de la libertad por la Ley N° 23.737 cometió delitos no violentos e infracciones de menor escala” (2017).

Pero además, el cruce de datos estadísticos- sociodemográficos evidencia que la gran mayoría de las y los encarcelados son pobres, se encuentran en condición de desempleo, y que su encarcelamiento “(...) no afecta de manera significativa al mercado del narcotráfico” (CELS, 2017). Paradójicamente siendo que son personas con familias a cargo, en especial las familias monoparentales de mujeres, provoca además daños en las condiciones de vida de otras personas, en particular de niñas y niños (Id.).

Sin dudas las políticas de drogas prohibicionistas afectan desproporcionadamente a las mujeres, pero esto no sólo por los niveles de encarcelamiento que están creciendo a una tasa más rápida, sino porque:

“A las violencias intrínsecas que conlleva el encierro (distanciamiento familiar, dificultades para el sostenimiento de los vínculos afectivos, segregación social) se suman otras modalidades de violencia intra carcelarias. Las mujeres y personas trans detenidas se encuentran expuestas a situaciones de violencia física, simbólica y sexual, donde sus cuerpos son el principal blanco de sanción y castigo.” (PPN, 2020).

Aunque durante los últimos años la punitividad se intensificó notoriamente, siendo significativo el aumento sostenido de la tasa de población penitenciaria en cárceles de mujeres en las últimas décadas³, esto no ha sido acompañado por una revisión de las políticas carcelarias en materia de género y diversidad (PPN, 2020).

Entonces la violencia institucional que atraviesan las mujeres en contexto de encierro no es la única, si tomamos en cuenta la omisión de un

100.000 habitantes entre 2002 y 2017. Los delitos por drogas ocupan un lugar destacado en ese aumento. La población detenida en cárceles de Argentina pasó de 46.288 en 2002 a 85.283 en 2017, un aumento del 84%. En ese mismo período la población carcelaria por drogas aumentó un 252%” (CELS, 2017. Recuperado de: <http://cels.org.ar/drogas/capitulo3.html>)

3 “Según el *Institute for Criminal Policy Research*, la población carcelaria femenina total en América Latina ha aumentado en 53,3 por ciento entre el 2000 y el 2017, en comparación con un 19.6 por ciento para el caso de los hombres” (PPN, 2018).

acompañamiento eficaz antes, durante y después de la cárcel. De hecho, el mayor padecimiento se produce a nivel social con el estigma social tan difícil de superar cuando desde todos lados vuelve a replicarse esa identificación con el flagelo de esta sociedad.

Desde el paradigma médico-jurídico el doble discurso enfermo-adicto-delincuente hegemonizó una forma de tratamiento que reproduce la misma lógica de restricción de la libertad que arrasa con la singularidad desde un tratamiento para todos por igual y de manera compulsiva dictada desde el poder judicial⁴. Es decir, a la violencia ya signada por la desigualdad de oportunidades, se continúa con la ejercida por el sistema de salud que refuerza el proceso de estigma y exclusión (Parker y Aggleton (2002), cit en Vázquez, A. y Stolkiner, A., 2009), ampliando la brecha en el acceso⁵.

La voluntad y organización de las mujeres dentro de un trabajo colosal como el que lleva adelante la Federación Familia Grande Hogar de Cristo, hizo posible la advertencia de esta necesidad de un apoyo cuerpo a cuerpo, sostenido durante y después del encierro, y la puesta en marcha de un dispositivo específico para ellas.

El marco institucional: Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” (sobre la mirada integral de clínica médica y el desafío de la interdisciplina)

En un contexto de avances y retrocesos en materia de política de drogas en nuestro país, y si bien política de drogas no estuvo en total sintonía con los avances en materia de derechos humanos durante los gobiernos Kirchneristas, la LNSM significó un hito para asentar una mirada distinta

4 El enfoque abstencionista, basado en el paradigma médico - judicial básicamente desarrolla estrategias cimentadas en el aislamiento temporal de la persona padeciente con su red vincular afectiva, la mayoría de las veces sin contar con consentimiento informado, ni atención profesional, ni historia clínica (Pawlowicz, 2015).

5 Las barreras organizacionales y culturales para garantizar la accesibilidad a los servicios de salud de manera oportuna y de calidad se incrementan ante representaciones sociales estigmatizantes o incluso la creencia de que las posibilidades de atención para estas personas se encuentran agotadas (Pawlowicz, 2015).

para el abordaje del padecimiento respecto de los consumos problemáticos de sustancias.

La LNSM viene a cambiar el paradigma de atención pero su mayor desafío es el cambio a nivel de representación social de las problemáticas de salud mental en general y en particular en lo que refiere a los consumos de sustancias. Representaciones que nos atraviesan en nuestra forma de pensar los abordajes y de producir conocimiento.

Nos invita al desafío de la intersectorialidad (creemos que es el horizonte de este grupo), pensando en esta institución no como un punto de llegada sino como un potenciador de esa red.

Como Estado, como institución de salud, como profesionales, nos sumamos en el tejido de la red que es el principio básico de cualquier transformación del orden hegemónico: al decir de Emerson Merhy, la producción de actos de salud es terreno de trabajo vivo, donde predominan las tecnologías blandas (relacionales), en contraposición a las tecnologías duras que se refiere a equipamientos y saberes estructurados y “La gran posibilidad de quebrar la lógica predominante en la salud, es su deconstrucción en el espacio de la micropolítica, en el espacio de la organización del trabajo y de las prácticas” (E.Merhy, 2006, p. 152).

Un paso más en la transformación del modelo hegemónico sucede en nuestra institución con la creación del Departamento de Salud Integral, que generó un espacio propicio para la circulación de saberes y la interdisciplina en el marco del Plan Estratégico 2020-2023 (Benedetti, 2020). Dicho departamento abrió las puertas atravesando un contexto social y epidemiológico complejo, pero no por ello dejó de lado las intervenciones que agrupan a les usuaries en lo amplio de la salud. Conformado por medicina general, clínica médica, nutrición, enfermería, laboratorio, farmacia, odontología y abordaje territorial, lleva a cabo diversos acompañamientos, planificaciones y actividades que atañen a la salud toda.

El sentido de un grupo: sobre los encuentros de Casa Libertad en el Hospital Bonaparte

Las participantes de este espacio que se desarrolla dentro del Hospital Laura Bonaparte fueron principalmente mujeres que conocieron a las referentes de Casa Libertad en el contexto del acompañamiento, durante el servicio penitenciario bonaerense, y que previamente tuvieron contacto con el Hogar de Cristo.

En la actualidad gozan de prisión domiciliaria (necesitan una autorización específica para trasladarse hasta el Hospital) y algunas se encuentran bajo libertad condicional. Varias de ellas se conocían entre sí previamente en el contexto de encierro y este espacio concretaba su encuentro “en libertad”.

Anteriormente se mencionó que los varones que también son acompañados por El Hogar de Cristo, tenían más espacios de encuentro y de escucha. Así surge desde la fuerza de las coordinadoras del grupo la demanda hacia la institución, en el marco del convenio institucional, de tener un espacio para ellas acompañado por profesionales, destinado a todas las mujeres que atraviesan o atravesaron los diferentes penales y están liberadas o a la espera de su libertad.

Si bien la identidad como grupo fue conformándose a través de los meses, la sensación de pertenencia no tardó en aparecer puesto que sus historias, si bien singulares entre sí, tenían un pasado común más allá del paso por la cárcel. Historias de vida signadas por la pobreza y el consumo, violencia doméstica, económica, simbólica, se sumaron al relato de las experiencias límites dentro en contexto de encierro, y en la actualidad la profunda dificultad para retomar los vínculos afectivos, en especial con sus hijxs. De a poco, los duelos por “el tiempo perdido”, el padecimiento en el volver/empezar a habitar el ámbito familiar, el barrio, por las miradas enjuiciantes, fue transformándose en un proceso colectivo de sanación de ese dolor. Un camino que cada una debía emprender, pero no en soledad.

En esa necesidad de deconstruir la propia mirada enjuiciante, los estereotipos de género, la resignificación del sentido mismo de la vida donde cada una es protagonista, las consultas sobre salud sexual reproductiva,

las experiencias en el climaterio, nosotras como profesionales de la salud fuimos encontrando nuestro lugar. Aportando nuestro saber científico, pero sobre todo desde una posición de escucha activa, de disponibilidad ante los emergentes, para poder estar abiertas a conocer y atender las necesidades específicas de ellas.

El acompañar y alojar desde la escucha, y por decirlo de algún modo como “observadoras participantes”. Más allá de nuestra participación presencial, el grupo tiene vida propia: si bien el espacio físico “se habilita” con nuestra presencia, las dinámicas son propuestas por las propias referentes en consonancia con lo que perciben en el grupo. Acompañadas desde las disciplinas de psicología social, psicología y medicina general, abordamos propuestas variadas, incluyendo el cuidado de la salud global y comunitaria, presentando ejercicios de reflexión y conocimiento; creando espacios donde el vínculo humano va más allá de lo biológico, prestando el cuerpo para alojar la una a la otra.

Reflexiones finales

Disponibilidad, participación, escucha activa y alojamiento, son los pilares de una intervención comunitaria. Es un enorme desafío desde una perspectiva de derechos la inclusión de abordajes comunitarios en las problemáticas para las que históricamente hubiera siempre respuestas disciplinares, patologizantes, individuales, aisladas⁶.

La apuesta es intervenir desde un modelo de atención basado en la comunidad y para la misma, desde una mirada con perspectiva de género, compartiendo las experiencias en forma de grupo, generando vínculos de sostén y acompañamiento constante, sin dejar de lado las dificultades cotidianas que se atraviesan.

En este sentido, este movimiento de deconstrucción también nos interpela como agentes de salud dado que las relaciones de poder que se dan en este sistema desigual (capitalista, patriarcal, colonial), atraviesan

⁶ Y lo es doblemente en un espacio que se desarrolla intra muros en una institución en plena transformación.

asimismo los ámbitos institucionales y las micropolíticas, las prácticas en los dispositivos que nos ubican como agentes de salud⁷.

Este es un ejemplo cómo la lucha feminista recorre los diferentes espacios, y logra vencer e instalarse para garantizar lugares de contención sorora y una activa reparación colectiva del dolor, del cual orgullosamente a nivel institucional nos sentimos parte.

Bibliografía

- Benedetti, E. (2013). *Plan estratégico 2020-2023*. Buenos Aires: Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte" especializado en salud mental y adicciones. Ministerio de Salud de la Nación.
- Merhy, E. E., L. Camargo Macruz Feuerwerker y Burg Ceccim, R. (2006). *Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud*. *Salud Colectiva*, 2 (2), 147-160. [Fecha de Consulta 1 de septiembre de 2021]. ISSN: 1669-2381. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73120204>
- PPN (2020, violencia). Procuración Penitenciaria de la Nación. *Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres*. Recuperado de: <https://www.ppn.gov.ar/index.php/institucional/noticias/2885-dia-internacional-de-la-eliminacion-de-la-violencia-contra-las-mujeres>
- PPN (2018) Encarcelamiento de mujeres por delitos de drogas, 10 de Octubre, 2018. Recuperado de: <https://www.ppn.gov.ar/index.php/institucional/noticias/1880-encarcelamiento-de-mujeres-por-delitos-de-drogas>

⁷ En este trabajo vivo que son los actos en salud, nuestras intervenciones en grupos o colectivos determinados nunca son neutrales, son al decir de Emerson Merhy, un lugar de producción, donde convergen mujeres, profesionales de la salud, referentes sociales, y la comunidad misma. Sus alcances, los impactos rizomáticos están atravesados no sólo por el contexto macrosocial, sino por nuestras propias implicancias ("institucionales, conocimiento del status, de las posiciones desde donde se habla, de los intereses de clase, de las transversalidades, de las opciones ideológicas y de la pertenencia, etc.", (2006, p. 152), y esto debe ser objeto permanente de consideración para no reproducir esas formas violentas de intervención.

- Intercambios Asociación Civil (2017). *Avances y retrocesos en políticas de drogas: Conferencias Nacionales sobre Políticas de Drogas 2010-2017*; compilado por Graciela Dora Touzé. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales, 2017. Recuperado de: <https://idpc.net/es/publications/2018/03/avances-y-retrocesos-en-politicas-de-drogas-conferencias-nacionales-sobre-politicas-de-drogas-2010-2017>
- Ley N° 26.657 (2013). Ley Nacional de Salud Mental. Decreto reglamentario 603/2013. Boletín oficial, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Ramírez, Carlota (2017). *Las violencias contra las mujeres: alcances y consecuencias*, DELS (Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS)). Recuperado de: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/las-violencias-contra-las-mujeres-alcances-y-consecuencias>
- Pawlowicz, Pía (2015). Ley de Salud Mental. Apuesta a un cambio de paradigma y oportunidades para una reforma en las políticas de drogas. Recuperado de: <https://www.vocesenelfenix.com/content/ley-de-salud-mental-apuesta-un-cambio-de-paradigma-y-oportunidades-para-una-reforma-en-las-p>
- Rovere, Mario (2016). *Redes en salud: los grupos, las instituciones, la comunidad* / Mario Rovere; contribuciones de Juan Carlos Paradiso; editado por Verónica González. - 3a ed ampliada y mejorada. - Córdoba: El Ágora, 2016.
- Vázquez, A.y Stolkiner, A. (2009). *Procesos de estigma y exclusión en salud. Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia*. Anuario de Investigaciones, XVI (), 295-303. [Fecha de Consulta 26 de agosto de 2020]. ISSN: 0329-5885. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3691/369139945027>

REFLEXIONES SOBRE INTERVENCIONES TERRITORIALES EN SALUD: CONSTRUYENDO LO COLECTIVO EN CONTEXTO DE PANDEMIA

María Paula Devoto Córdoba y María Belén Martino

Introducción

La Otra Base de Encuentro (LOBE) es un dispositivo de salud destinado a la atención ambulatoria de usuaries de sustancias psicoactivas con criterio de umbral mínimo de exigencia. La propuesta del dispositivo consiste en el acompañamiento de personas que se encuentran en situación de extrema vulnerabilidad y exclusión; mediante dispositivos propician la anudación del lazo social en el marco de la construcción de ciudadanía y restitución de derechos (Abramovici; Baldeli; Barral Santamaría; Butrón; García Blanco; Leoz; Oviedo; Pelagagge; Remolgado; Solodujin, 2020, p. 181). Además, atiende principalmente la demanda proveniente de les residentes de la zona, tanto de la población objetivo como de sus familiares, allegades y de les actores sociales intervinientes en la trama social local, como también del resto de CABA. Desde sus orígenes fue pensado como un dispositivo de salud que pudiera responder a la compleja realidad local sobre los consumos problemáticos con encuadres flexibles, orientados a contener y alojar a les usuaries de sustancias psicoactivas (Baldelli; Bogliano; Ghisell, 2007).

En las siguientes líneas, intentaremos dar cuenta de nuestra experiencia, aprendizajes y tránsito por el dispositivo. Si bien la rotación fue

realizada dentro de un contexto complejo debido a la pandemia causada por el Covid-19 que, como consecuencia, trajo cambios en las dinámicas de dicho dispositivo, pudimos observar, reflexionar y cuestionarnos. Es por eso que, mediante algunos microrrelatos surgidos de la práctica cotidiana, trataremos de articular conceptos teóricos y generar reflexiones e interrogantes que nos permitan enriquecer nuestra práctica.

La Enunciación Colectiva

Quizás sea por la ausencia de un compañero bastante activo en el taller es que nos está costando bastante decidir de qué vamos a hablar hoy en el programa. Tiramos temas al tun tun, pensamos en hablar de la flamante incorporación de Marcos Rojo a Boca. Aunque no hay mucho qué decir acerca de eso, podemos intentar hablar acerca de problemáticas reales que afectan a nuestro barrio y que lastiman a nuestros pibes y pibas: la inseguridad, los robos, la droga, la falta de oportunidades, la mala junta, las decisiones equivocadas". Comenta P que "no es lo mismo nacer acá que nacer en otro lado, que no es lo mismo cuando a las familias les falta trabajo y plata que cuando lo tienen todo. Entonces los pibes pueden elegir el camino fácil, la forma rápida de tener lo que otros tienen y ellos no".

El taller de radio es un espacio semanal afianzado en el dispositivo que se desarrolla con continuidad. En este sentido, la radio permite visibilizar a una población vulnerada en sus derechos, buscando reducir el estigma que se asocia a la problemática del consumo de sustancias y otras problemáticas frecuentes de los barrios vulnerables. Desde este espacio se promueve el acceso a un medio de comunicación y una ocupación que busca favorecer procesos subjetivantes (Abramovici; et. al, 2020, p.182). El taller tiene como característica particular la posibilidad de habilitar la palabra de forma amplia. Diversos temas, desde modificaciones en las formaciones de equipos de fútbol de primera división, problemas graves como el abuso sexual infantil, la inseguridad, el consumo de sustancias, hasta emisiones de radioteatro, son solamente algunos de las temáticas abordadas durante nuestro trayecto por la radio.

En cada emisión, cada participante construye un rol, ya sea de locutore, entrevistadore, técnico o asistente, que puede repetirse en las distintas emisiones o transformarse según las circunstancias. Se configura así un espacio específico de circulación de la palabra, los sonidos y la música. Un lugar donde poder preguntar, hablar, improvisar, cantar y sobre todo escuchar: escuchar a le otre, escucharse a sí mismo y hacerse escuchar. Se comparte un tiempo de trabajo en equipo, valorando todas las propuestas, fomentando el diálogo y el interés por les demás (Abramovici; et. al, 2020, p.182). Muchas veces se exponen experiencias personales, experiencias propias del habitar la vulnerabilidad, vivencias fuertes, a veces de extrema violencia, que en el momento que se transforman en palabra y en una forma de transmisión, se convierten en una acción política.

Algo que ha quedado claro en nuestro pasaje por Radio El Encuentro es que lo personal es político y que no existen soluciones individuales para problemas colectivos. Solamente la acción colectiva puede convertirse en el motor de transformación de algunas realidades. En este sentido, el encuadre de taller convoca al hacer grupal. La grupalidad se refiere a la construcción de dispositivos de intervención que rompan con la lógica bidireccional de la consulta individual (Abramovici; et. al, 2020, p.182).

Muchas de las problemáticas que surgen no solo en las grabaciones de los programas de radio sino también en otros espacios del dispositivo, son de una complejidad tan grande que en ocasiones nos dejan sin palabras y hasta sin recursos para ofrecer. Mediante esta práctica colectiva es posible crear un producto pensado para la circulación: la posibilidad de dar a conocer una experiencia, una opinión, dar un consejo, puede ser una línea de fuga de lo que está dado, de una realidad aparentemente inmodificable.

La calle, el consumo y las construcciones sociales

En un recorrido por la avenida nos encontramos con un grupo de varones jóvenes que se encuentran ranchando y consumiendo. Nos saludan de lejos, pero uno se acerca y nos habla muy amablemente, L. Con mucha dificultad y

con rastros de consumo en sus movimientos y gestos, L nos dice “me quiero internar, quiero estar bien y recuperar a mi familia”. Le preguntamos por algo de su historia y nos cuenta que él en este momento está en la calle pero que en realidad tiene una casa, con “un balcón grande de color”. Tuvo ocho internaciones, pero no cree que le hayan servido, “me fui porque todos se drogaban y peleaban, y eso no me sirve”. L es muy joven, le cuesta hablar y le faltan algunos dientes, nos pide ayuda.

Para reflexionar tanto acerca de esta situación como de las muchas otras que circulan dentro y fuera de LOBE, tomamos la categoría *consumo* como inscripta dentro de la lógica del discurso capitalista en el cual las drogas funcionan como parte de un consumo más dentro del sistema, las sustancias legales e ilegales como una mercancía más del sistema capitalista (Quevedo, 2015, p.43). Además, entendemos que alrededor de dicho consumo se construyen percepciones y discursos que relacionan a las sustancias ilegales con nociones como flagelo, enfermedad, adicción, delito, pero que nada tiene que ver con el tipo de sustancia o su composición. Más bien, se trata de consideraciones sociales, culturales y morales que producen como efectos imaginarios de degradación social que convocan a la producción de estereotipos estigmatizantes y segregativos que recaen sobre los usuarios de drogas y que les excluyen de los sistemas de salud, de los ámbitos educativos, laborales y sociales (Quevedo, 2015, p. 43). A esto se le añaden los estigmas asociados a la problemática de vivir en la calle y encontrarse en situación de desafiliación o ruptura de lazos afectivos o significativos.

El relato de L, su forma de pedir ayuda y hasta el hecho de compartir con nosotros sus datos personales sin conocernos, habla de la carencia de espacios de cuidado con los cuales referenciarse que viven a diario quienes se encuentran en situación de calle y consumo. Son múltiples los relatos de los usuarios de LOBE acerca de las internaciones fallidas, la presión por abandonar el consumo, la culpa en cada “recaída” y el vacío con el que se encuentran cuando salen de esas instituciones cerradas, muchas veces sin hogar, sin vínculos estrechos y sin posibilidades de “otra cosa”. La demonización de la sustancia y esta visión de comunidad terapéutica tienen como consecuencia el borramiento del sujeto de

derechos que nunca deja de ser un adicto o ex adicto para el abstencionismo. No hay sujeto. Se considera al otro como objeto y hay otro que decide por él (Goltzman, 2016, p. 13).

En palabras de Lewkowicz (2016), es difícil imaginar situaciones sociales en las que no hubiera individuos que excesivamente se aferraran a alguno de los productos ofrecidos por su cultura. Dicho autor pone énfasis en el concepto de *subjetividad instituida*. Este concepto parte de postular que lo que se denomina naturaleza humana no está determinado de por sí, es decir, que lo que hace individuos a los individuos no es un dato de la naturaleza. Los sujetos somos, por un lado, producto de las condiciones sociales en que nos desenvolvemos y, por otro, esa naturaleza humana situacional, resultante de las condiciones sociales, es intraducible de una situación a otra. De ahí se deriva que la esencia humana es situacional (p. 9).

La expulsión

Buscamos a A, una piba en situación de calle y consumo que padece episodios de violencia por parte de la esposa de un hombre con quien ella tiene una relación amorosa. Ella dice que le manda gente a golpearla, que le pasó muchas veces, aunque ella ya no está con él. La encontramos muy lastimada, con un ojo hinchado, aparentemente infectado. Responde que sí necesita atención médica pero que no puede caminar. Llamamos a emergencias por segundo día consecutivo y después de mucha insistencia y exageración de la situación, vinieron. El chofer de la ambulancia nos habló muy mal y la médica la miró a distancia y le dijo a A que vaya a la guardia especializada a hacerse ver el ojo. Finalmente se retiraron. Nos contactamos con una enfermera de un CeSAC cercano para comentarle de la situación y ella nos pide que A se acerque al Centro de Salud para realizarle una limpieza en el ojo porque se encuentra bastante comprometido. A dice que no puede ir, que hay partes del barrio por las cuales no puede andar porque si la ven le van a volver a pegar.

Un día de atención en LOBE, llega A espontáneamente y refiere acercarse al dispositivo ya que "afuera estaban consumiendo y como no tenía ganas vine para acá".

La cuestión de la accesibilidad al sistema de salud y los diferentes tipos de barreras que la impiden es una temática ampliamente discutida pero que no ha encontrado soluciones efectivas en los últimos tiempos y que se ha agravado enormemente en el contexto de la pandemia. La accesibilidad entendida como el encuentro entre las personas y los servicios (Stolkiner, 2006, p. 202), nos permite pensar la problemática desde el punto de vista de ambas partes. El caso de A es complejo, nos encontramos con una mujer joven, en situación de calle, con consumo problemático de sustancias, falta de atención clínica en un estado agudo de salud, con baja respuesta a las sugerencias brindadas por el equipo territorial y al mismo tiempo víctima de la desatención por otros actores del sistema de salud. En el caso de A, las barreras que le impiden acceder a la salud integral son totales: geográficas, económicas, administrativas y, especialmente, simbólicas, en tanto lo que se refiere al imaginario social acerca de las personas que se encuentran en la situación de A (Stolkiner, 2006, p. 202). Surgen interrogantes de todo tipo: ¿cuál es el límite de las posibilidades de intervención del equipo territorial en casos como este? ¿Qué lugar ocupa la voluntad o la intención de la persona en involucrarse activamente en el cuidado de su salud? ¿Es para ella el acceso al cuidado de su salud integral un derecho? ¿Dónde se encuentra el límite entre acercar el sistema a la persona o ejercer asistencialismo? En este caso particular, creemos que el dispositivo posee las herramientas necesarias para garantizar lo que Stolkiner (2006, p. 205) denomina accesibilidad inicial, es decir, un primer encuentro o la posibilidad de ingresar al sistema, pero no siempre cuenta con las herramientas necesarias para garantizar la accesibilidad ampliada, concepto que abarca todo el proceso de atención en salud y que garantiza el real ejercicio del derecho a la salud integral y a la consolidación del vínculo entre el sistema de salud y los usuarios. En el caso de A, los esfuerzos mancomunados por agentes de salud del territorio no fueron suficientes para la resolución de la problemática, y el intento del equipo por garantizar la accesibilidad ampliada se vio obturado por diferentes actores intervinientes en la escena que también pertenecen al sistema público de salud. Consideramos que la negación o la inexistencia de un servicio de salud adecuado a las características, necesidades y contextos de la población en situación de calle

puede considerarse un acto de violencia institucional y, como mínimo, de invisibilización de las problemáticas inherentes a este grupo social. Asimismo, acordamos con Perelman y Trufó (2017, p. 9) en la categorización que realizan acerca de la violencia institucional en la cual afirman que necesariamente existen en ella tres componentes: *una práctica específica* (negación de la atención en salud o de utilización del recurso disponible: no trasladaron a A en la ambulancia a un centro especializado, le indicaron que vaya por sus propios medios aun conociendo la falta de recursos para hacerlo), *la participación de funcionarios públicos* (profesionales del SAME que se acercaron, el equipo territorial de LOBE, profesionales del CeSAC que esperaban la presentación de A) y *un contexto de restricción de autonomía y libertad* (consideramos que vivir en la calle es una situación de máxima vulneración de derechos y de absoluta vulnerabilidad psicosocial que restringe la participación en todas las áreas de la vida cotidiana y restringe la posibilidad de toma de decisiones). Estas prácticas son estructurales y de violación de derechos por parte de funcionarios pertenecientes a diferentes actores y sectores del Estado. Esto no responde a la voluntad de los profesionales o a la toma de decisiones dentro de un equipo de salud, sino más bien al fraccionamiento que existe en los diversos sectores que conforman “el Sector Salud” y a la falta de dispositivos y estrategias pensadas para esta población en particular. A estos componentes necesarios añadimos la existencia de un sector de la sociedad que legitima y muchas veces hasta reclama estas prácticas: “Nosotres que pagamos impuestos no podemos conseguir un turno en el hospital público, una vacante para nuestros hijos, un trabajo, etc.” En este contexto de naturalización, los efectos subjetivos recaen sobre sujetos que muchas veces no se reconocen a sí mismos como víctimas sino como depositarios naturales de la violencia.

Apropiación progresiva

R y N son pareja, viven en una ranchada sobre la avenida que armaron al lado de una huerta que cada tanto viene a laburar gente de alguna institución. La cuidan, miran que nadie saque nada. R y N vienen siempre a LOBE, se bañan,

desayunan, buscan ropa, hablan con nosotras, a veces nos piden ayuda o buscar alguna información que necesitan en internet. Vienen con sus dos cachorros, a veces también los bañan. Están en la calle, vienen sin nada: sin toalla, sin jabón, sin ropa para cambiarse. A veces vamos a la huerta. Una vez les invitamos a pensar juntas de qué manera se puede retomar el taller de cine de forma presencial en medio de una pandemia y lo hicimos. Retomamos, eligieron ver Forest Gump. Con bastante sorpresa R se acerca más tarde y nos dice -ahora entiendo por qué la gente dice "corre forest"-.

El trabajo con personas en situación de calle, ya sea cuando elles lo gran acercarse al dispositivo o cuando el equipo territorial se acerca a los lugares donde suelen "ranchar", es uno de los ejes principales del trabajo del equipo en LOBE. Desde un punto de vista disciplinar, adherimos a las definiciones que brindan Carvalho y Dias (2011) en las cuales entienden que la problemática es un fenómeno social y realizan una distinción entre las denominaciones *gente de la calle* y *gente en la calle*, afirmando que la segunda nos permite pensar en la problemática en términos de proceso: no son sujetos que pertenecen naturalmente al espacio público sino que, por diferentes vivencias y sucesos en su historia de vida habitan la calle en este momento. Describen a la población como grupo de personas que, viviendo en los espacios públicos como calles, plazas y viaductos, o alternativamente en albergues, sobrevive en situación de extrema pobreza e inseguridad, y experimenta precariedades y privaciones diversas en el plano material, afectivo, social, político y ético. A menudo, estas personas están rodeadas por actitudes sociales de desprecio, negación y violenta exclusión social. Estos conceptos se anclan en lo que Castel (1997) denomina desafiliación social, es decir, la ruptura de redes de integración social, de lazos con la familia y seres queridos, inserción en el mundo del trabajo. A la problemática compleja de la pobreza extrema, vínculos familiares interrumpidos o debilitados, falta de vivienda permanente, imposibilidad de ejercicio de derechos (salud, educación, justicia, etc.), se añaden las representaciones sociales negativas acerca de este grupo social: que representan a una clase peligrosa "quien no tiene nada y no está vinculado a nada se siente impulsado a hacer que las cosas no sigan como están. Quien no tiene nada que conservar se arriesga a quererlo todo." (Castel, 1997, p. 87.)

Barbosa y Lima (2015) afirman que las personas en situación de calle presentan una disrupción del cotidiano y alteraciones de las rutinas que modifican cualquier hábito de higiene, vestido, alimentación, etc., adaptándose a la situación de calle y las oportunidades que allí aparecen. Nos preguntamos si es posible evaluar en qué nivel la vida en situación de calle tiene impacto en las diferentes áreas de la ocupación o si en realidad son sujetos a quienes se les niega completamente su condición de ciudadanía. En este sentido, Cruz (2015) afirma que las personas sin hogar se enfrentan a múltiples barreras sociales y económicas que restringen su habilidad de comprometerse completamente en sus ocupaciones porque suelen ser excluides de aspectos básicos de la vida como la educación, el empleo, la vivienda, el acceso a productos de higiene, vestido y al cuidado de la salud. Como mencionan Baldelli, Bogliano y Ghisell (2007), la incorporación al dispositivo de salud de la oferta de servicios intra-muros como los sanitarios, la ducha y el comedor no es azarosa. La misma se orienta a la recuperación de hábitos cotidianos por parte de estos sujetos mediante la posibilidad de acceder a un espacio que les facilite la higiene corporal, uso de platos y cubiertos, compartir la mesa con otros en un escenario diferente al del consumo, y la incorporación y respeto de pautas organizativas y de convivencia, generando de esta manera, una apropiación simbólica de los recursos y el fortalecimiento del re-anudamiento del lazo social.

Lo mencionado hasta aquí nos permite afirmar, desde una perspectiva disciplinar, que se observa una privación ocupacional en la población descrita, la cual implica una limitación para desarrollar e implicarse en ocupaciones significativas. A las carencias vivenciadas, se añade la falta de acceso a bienes culturales. En este sentido, el taller de cine pretende favorecer un espacio en el cual estas personas puedan disfrutar de un bien cultural, ya sea una película, una serie u otra producción audiovisual, y del debate que se genera espontáneamente alrededor de la misma. Si bien entendemos que esta oferta no brinda una solución para la privación mencionada, sumada a la falta de políticas públicas en este sentido, el taller es una intervención concreta que logra producir un espacio en el cual se interrumpe por un momento la estadía en la calle para propiciar otras experiencias sociales, culturales y favorecedoras de la construcción de ciudadanía.

Hacia la reflexividad crítica y colectiva

Nuestro paso por LOBE implicó involucrarnos en historias de vida, espacios grupales, conocer personas de distintas organizaciones, convocar a otros profesionales para supervisar, articular con diferentes dispositivos de salud y organizaciones sociales, trabajar intersectorialmente y, sobre todo, en equipo. Al mismo tiempo, nos interpeló fuertemente y nos implicó en una revisión profunda y crítica de nuestros propios prejuicios, conceptos, creencias y saberes sobre el trabajo territorial, la atención primaria de la salud y el abordaje de los consumos y las carencias. En concordancia con Baldelli, Quevedo, Suárez Godoy, García Blanco, Bogliano y Alvarez (2007), creemos que es sumamente necesario el trabajo de desmitificación de los diversos discursos y prácticas segregativas que sitúan el uso de sustancias psicoactivas como una forma de desviación social, delito o enfermedad, y entendemos que es un proceso que requiere un tiempo de sensibilización y de comprensión para la apropiación de nuevos recursos y el cambio de prácticas.

Asimismo, creemos que la construcción o habilitación de canales de accesibilidad legítimos y confiables al sistema de salud, la posibilidad de alojar a la población y sus problemáticas cotidianas y la transferencia de conocimientos sobre sus derechos, implica situarles como sujetos de derecho en el marco de construcción de ciudadanía. En este sentido, creemos que existen múltiples herramientas que se llevan a cabo diaria y activamente en el trabajo en los barrios y muchas de ellas se han cristalizado en valiosos aprendizajes durante este camino recorrido: el abordaje de las demandas bajo una lectura comunitaria, la convicción acerca de la capacidad transformadora de las intervenciones territoriales, la articulación de las demandas con otros dispositivos de salud y/o actores sociales representativos y el accionar en conjunto. Acciones imprescindibles para conocer a la población en su propio territorio y que nos permiten formular estrategias contextualizadas, historizadas y adecuadas a los códigos socioculturales de la población destinataria (Baldelli. et. al, 2007). Caminar la calle, observar, escuchar, “enredarnos” en las problemáticas que se presentan, nos ayudan a movilizarnos en sentido transformador e intentar dar respuesta a las deudas históricas con la salud de la población.

Bibliografía

- Abramovici, G., Baldelli, B., Barral Santamaría, M.V., Butrón, B., García Blanco, L., Leoz, E., Oviedo, N., Pelagagge, F., Remolgado, M. y Solodujin, M. (2020). Cuestión social. Experiencia de abordaje territorial, orientada en reducción de riesgos y daños. Procesos de organización y Trabajo social en el debate sanitario contemporáneo, XXI JORNADAS DE LA APSS.
- Baldelli, B., Quevedo, S., Suárez Godoy, V., García Blanco, L., Bogliano, E., Alvarez, A. (2007). Anudando lazos: estrategias de acercamiento en calle con usuarios de Drogas. Trabajo presentado en las Jornadas del Hospital Piñero.
- Baldelli, B; Bogliano, E; Ghiselli, S. (2007). Dispositivo de abordaje extramuros con personas en situación de calle y escenarios de consumo.
- Biaggio, M. y Soberón, A. (2020). De etiquetas estigmatizantes, a diagnósticos e interdisciplina: un análisis en torno a las pericias judiciales. Recuperado de: https://www.cels.org.ar/web/wpcontent/uploads/2020/08/cels_de_etiquetas_estigmatizantes_v04.pdf
- Carvalho de Almeida, M; Dias Barros, D. (2011). "Terapia ocupacional y personas en situación de calle: creando oportunidades y tensando fronteras". *Cuadernos brasileños Terapia Ocupacional*. Vol 19, N 3. DOI: 10.4322 / cto.2011.008
- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. y Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, XIV, 201-209. ISSN: 0329-5885. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3691/369139943019>
- Cruz, A. (2015). Experiencia de Aprendizaje en Servicio Promoción de la Salud y Participación en Ocupaciones en una Muestra de Mujeres sin Hogar que Asisten a un Programa de Recuperación de Base Comunitaria. *Revista Conexio*, Vol 4, Núm 1, P 8-12.

- Goltzman, P. (2016). *Memorias del Encuentro Intervenciones desde la Reducción de Daños: perspectivas y desafíos actuales*. 1a ed revisada. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.
- Lewkowicz, I. (2016). Subjetividad adictiva: un tipo psico-social instituido. condiciones históricas de posibilidad. Recuperado de: https://www.iztacala.unam.mx/errancia/v14/PDFS_1/polieticas%20TEXTO%204%20SUBJETIVIDAD%20ADICTIVA.pdf
- Perelman, M. y Trufó, M. (2017). Violencia institucional. Tensiones actuales de una categoría política central. Recuperado de: https://www.cels.org.ar/common/Violencia%20institucional_Perelman_Tufro.pdf
- Quevedo, S. (2015). "Los tratamientos que sólo hacen eje en la desintoxicación naufragan". Revista Quiero Vale 4. Recuperado de: <https://studylib.es/doc/8320457/silvia-quevedo---revista-quierovale-cuatro>

SALUD MENTAL Y VIOLENCIA: POSIBILIDADES Y LÍMITES DE UNA INTERVENCIÓN EN TERRITORIO

Daiana Enriquez, Viviana Redondo y Martín Sabella

El dispositivo de ESAMEC (Equipo de salud mental comunitaria) comenzó a funcionar a partir del cierre del barrio Villa Azul por causa del Covid-19. El marco de su funcionamiento es en base a la puesta en marcha de la nueva Ley de Salud Mental y poder ofrecer una alternativa de abordaje integral de los padecimientos subjetivos haciendo énfasis en sostener el proyecto de desmanicomialización.

Trabajamos en los domicilios de los sujetos por los cuales se recibió una demanda de atención. Esta situación nos permite entrar en contacto no solo con quienes serían nuestros usuaries, sino también con su contexto. Algunos de los entornos donde trabajamos suelen mostrarnos en forma ampliada y casi literalmente el padecimiento que allí acontece.

Así, a partir de la convocatoria elegimos compartir algunas de las experiencias que vivenciamos donde la palabra violencia adquiere su forma multifacética.

El tipo de intervenciones que realizamos no incluye una demanda de tratamiento por parte del sujeto involucrado ya que siempre es a través de la conflictividad que a este se le adjudica en el entorno familiar.

Compartiremos unas viñetas clínicas para intentar evidenciar las diferentes aristas que están involucradas en la salud mental de los sujetos que asistimos, que viven un entorno violento que se manifiesta de diferentes formas. No entraremos en detalle en relación a la violencia

institucional o a los Derechos vulnerados de una población con escasos recursos para poder solicitar ayuda, nos remitiremos a lo que sucede en el intento de armar un espacio de escucha.

A, 20 años, inició un tratamiento psiquiátrico a los 16 años, momento en que deja la secundaria con diagnóstico de esquizofrenia. Fue su padre quién solicitó al municipio la intervención.

En la primera visita, es él quien nos relata que A está hace dos años encerrado en su habitación gritando y golpeando paredes, nos cuenta que habría recibido medicación y tratamiento psiquiátrico hasta los 18, que luego no le dieron más la medicación pues no lograba llevarlo a las consultas, tiempo en el que comenzó el encierro.

Ingresamos a una casa prácticamente vacía, a medio construir, con mobiliario insuficiente, ni siquiera una silla por cada habitante de la casa, ningún objeto que transforme una construcción en un hogar, hay solo una habitación armada que es la de la hermana de A, dos años menor y que se encuentra cerrada con llave y donde guardan los utensilios de uso diario, la ropa de todes y los elementos de cocinar. Difícil describir este vacío que no tiene que ver con la pobreza material ya que la madre tendría una casa heredada amueblada y sin habitar, a tres cuadras.

Cuando preguntamos por esta situación dicen que A rompe todo por lo cual no pueden tener las cosas disponibles, ni siquiera jabón y toalla en el baño, le dan un poco de detergente para higienizarse y utensilios de plástico para alimentarse. El primer contacto con A es desde la puerta de su habitación, encontramos allí un bulto, una frazada cubriendo un cuerpo en una habitación cuya ventana está tapada con goma espuma, todo oscuro y un colchón en forma de C mayúscula, deformidad que luego corroboramos en su espalda. Las primeras palabras son difíciles de comprender, sonidos guturales que hacen pensar que quien está debajo de la frazada no tiene lenguaje. Pudimos, en visitas semanales, entrar en contacto visual y verbal, pedir calzado y remera para que A pueda salir al patio con nosotros dado que el olor en esa casa era muy difícil de tolerar, él hacía pis en la puerta de su cuarto por las noches y la limpieza no era cotidiana. A escucha voces, y se defiende de dichos fantasmas que le dan órdenes a través de golpes en las paredes o rompiendo cosas, lo que incluye hasta el lavatorio del baño que ya no existe, varios televisores, etc.

Lentamente fuimos logrando un vínculo con A, tardamos siempre en lograr que salga de su cuarto, pero una vez que esto sucede podemos interactuar. Comenzamos en el patio, sumamos el salir a comprar galletitas, se pudo armar un espacio con otra colega psicóloga en una salita cercana a su domicilio donde lo acompañamos en forma discontinuada pues no siempre es posible, jugamos al jenga, hace chistes y relata cuestiones de la interna familiar. Se le indicó una medicación que mejoró su descanso y bajó el nivel de violencia, pero como la recibía con las comidas, nunca sabremos si en la dosis necesaria. A nos espera, nos reclama si no vamos, tiene presente días y horarios, muchas veces nos escribe para que los fantasmas no escuchen. En el último tiempo realizó una escena cuando llegamos, excitado, rompió cosas y se tiró al piso, pidiendo que lo saquemos de allí. Lo trasladamos al Htal. Iriarte y allí permaneció internado unos días, se le ajustó plan de medicación que él aceptó recibir sin que fuera escondida en la comida, también participó del espacio de huer-ta que contó que le gustó y quiere continuar.

¿Deberíamos pensar en que A es el violento? Nunca lo fue con nosotros y demostró rápidamente su capacidad de interacción social. Entonces les contamos un poquito del entorno que no lograríamos captar si A sólo fuera a un consultorio.

Su madre nos recibe siempre con la misma ropa negra, dice estar de luto por el fallecimiento de su propia madre hace ya 3 años, prácticamente no interactúa con A pues le produce temor, no se mueve de la casa para no dejar a A solo por miedo a que rompa cosas, no limpia y apenas cocina, su único discurso es en contra de su marido, de las horas que está fuera trabajando, que no lo llevó a jugar, y cuando solicitamos ciertos cuidados mínimos se sorprende, por ejemplo de que A necesita tener calzado y ropa cuando esté con nosotros.

La hermana de A no le dirige la palabra desde hace cinco años, ella en su micromundo logró terminar la escuela y durante la pandemia empezó estudiar nutrición en forma virtual. No se queda sola en la casa con A y no visita amigas porque su madre se enoja. El padre, tapicero, trabaja en CABA y regresa a las 17 hs, obviamente durante la pandemia y el encierro el malestar familiar se incrementó por la convivencia, ve a su familia de origen a escondidas pues sino su mujer se lo reprocha, no logran

establecer acuerdos y es ella quien siempre habla mal de él, palabras que repite A y también los fantasmas.

A los inicios de nuestra intervención logramos que cada uno inicie un tratamiento individual que fueron abandonando rápidamente.

A es la punta del iceberg, sus fantasmas y su accionar delatan permanentemente una situación familiar donde queda como rehén, situación que sabemos se repite en muchas estructuras familiares pero que en este caso en particular, y dada la falta de exogamia, quedó cerrado un circuito con un chico cada vez más parecido a un animal que a un humano.

El dispositivo de ESAMEC funcionó como conexión con el exterior, un punto de fuga, en el círculo vicioso que lo colocaba a A como el enfermo y sobre quien recaen todas las anomalías del grupo familiar.

F, una niña de 14 años, con una historia plagada de diferentes tipos de violencias, a quien llegamos a conocer a partir de escenas de autolesiones y agresividad que ella monta en instituciones del Estado y que requieren la intervención de diversos agentes.

F pertenece a una familia donde la violencia intrafamiliar es parte de su cotidianidad. A sus 10 años, intervino el Servicio Local de Niñez y Adolescencia por pedido de la abuela y fue retirada del hogar junto a su hermana, dos años menor. Pasó por diversas instituciones, ambas estuvieron en estado de adoptabilidad, su hermana lo fue y ella dice no haber aceptado. Se escapó en múltiples oportunidades y siempre se las arregló para regresar al hogar familiar. Hace 2 años que ya está establecida en ese domicilio, bajo la tutela de su abuela paterna. La familia de F está conformada por sus padres y 3 hermanos mayores. Además de la que fue adoptada, también están su abuela paterna y su pareja, y 2 sobrinos. Todos conviven en un lote pequeño, tres casas o habitaciones que ofician de casa, son las fracciones familiares: la casa de los padres de F que es donde ella vive junto con su hermano varón; al costado una habitación donde vive su hermana de 19 con su hijo, en PB en medio de cantidad de elementos que parecen un basural; y la abuela que vive con su nieta mayor en una construcción arriba de esta. Ellos conservan tanto en la casa como en su aspecto mayor limpieza y cuidado. Sumemos a esto varios perros y gatas con crías que son parte de la familia, lo cual requirió hacer

intervenir a zoonosis pues la piel de F delataba una escabiosis generalizada que nadie detectaba.

Comenzamos a trabajar con F luego de que ella estuviera internada en el Hospital Iriarte, donde había llegado y creado una escena donde, con algún elemento cortante, se comienza a autolesionar a la vista de agentes de seguridad. Les provoca, les insulta y siempre termina internada. F ha repetido este esquema en varias oportunidades, concurriendo a diferentes hospitales o comisarías. Desde esos lugares hacen que la familia se presente a buscarla o ella se escapa. Al inicio de nuestro trabajo se encontraba medicada con antipsicóticos, ansiolíticos, estabilizadores del humor y antidepresivos.

Buscamos a F en su domicilio, yendo con ella a una plaza siempre con la promesa de comprarle algo, en general intentar hablar era y es dificultoso. Logramos algunas palabras en respuesta a preguntas, su forma de presentarse en general intentaba imitar a una mujer seductora, un interés en pertenecer al grupo de sus hermanes quienes no la incluyen por “barbada”. Su posición en general es de una provocación casi permanente.

Hemos presenciado todas situaciones familiares donde su padre habla, mejor dicho, vocifera de ella como “una gorda desastrosa, que mejor le hubieran devuelto a su otra hija, que es una inútil, sucia” y lo que quieren o puedan imaginar de agresión.

Él es quien le enseñó que “pedir” es una manera de subsistencia posible y válida, dado que él lo hace, y sus hermanas también. Del grupo familiar, ninguno posee un trabajo formal, los ingresos económicos están dados por lo que recolectan de “pedir”, lo que consigue su madre como “trapito”, un ingreso mensual fijo por parte de su abuela, quien percibe jubilación, más las changas que realiza ocasionalmente la pareja de ella.

Presenciamos diversas escenas a través de insultos y arrojar objetos, F y sus hermanes y padre, todos con mucho nivel de agresividad pero que nunca es lo suficiente para conseguir que alguien decida salir de esa situación y buscar otras formas de vida.

Nuestra intervención además se fue armando en conjunto al equipo de educación y niñez, quienes fueron trabajando con ella para que pueda acceder a tener un seguimiento relacionado con su aprendizaje. F relata siempre malas experiencias de su escolarización (experiencias de

bullying) a las que ella respondió violentamente por lo cual quedaba fuera del sistema. Se logró que inicie una actividad en NEA que dice agradar pero ante una diferencia con el lugar, F arma una escena con autocortes, amenazas, maltrato a las autoridades policiales y consiguiente internación de la cual nuevamente se irá.

Claramente esta situación de violencia cotidiana requiere un abordaje multisectorial y en eso estamos, F está con muy poca medicación porque no es a través de ella que lograremos alguna posibilidad de cambio.

En relación a cómo poder implementar un abordaje clínico que tenga como eje el sujeto en la complejidad de tales situaciones, creemos necesario poder leer estas situaciones en coordenadas simbólicas, de discurso, aunque sean muy difíciles de establecer.

Una advertencia se nos impone, en cuanto a nuestras intervenciones, ante el riesgo de que las mismas se muevan dentro del discurso común, lo que solo daría por resultado que quedáramos en el armazón de los buenos sentimientos (Lacan, 2012, p.228). Las situaciones de violencia que se nos presentan invitan siempre en tal sentido, a resolver, a cuidar, a detener la acción violenta desde los buenos sentimientos. La apuesta es ir más allá de ese obstáculo ubicando la relación de estos “síntomas” de un sujeto con las coordenadas sociales, o sea el estado actual de la sociedad (entendiendo que esos síntomas son manifestaciones dentro de una sociedad particular, un “mundo cultural” singular). Entendemos, desde una posición clínica, que esos síntomas son interpretables. Este aspecto resulta interesante ya que, y específicamente en estas situaciones, tomamos el camino de hacer responsable al sujeto de la posición que toma ante su malestar. De alguna manera somos llamados a cumplir esa función que menciona Colette Soler, del lado de la psiquiatría, como instrumento social para recoger lo que no entra en el discurso (Soler, 2007, p.207). Aquello que es un goce disidente en cuanto a los lineamientos del discurso, un goce que tiene que ver, en estos casos, con la violencia, o que responde a situaciones de violencia. Nos enfrentamos ante la tarea, como lo hacemos dentro de la dirección de cualquier otra cura, de no dejarnos llevar por los buenos sentimientos y direccionar intervenciones que sean un tratamiento de ese goce particular, goce a recortar de

un síntoma a construir, claro está, no lo hacemos desde el encuadre clásico de un consultorio.

En nuestras intervenciones que en principio son en el entorno que dio origen a ese individuo, debemos tener presente que nunca son los sujetos quienes hacen su demanda de atención, el síntoma comporta cierta ajenidad, el padecimiento está allí invadiéndolo todo y será parte de nuestro trabajo poder construir esa demanda subjetiva que, transferencia mediante, permita el paso a un dispositivo diferente.

Recortar una subjetividad que abra una chance de escucha diferente y tal vez un mínimo cambio en un futuro que de entrada es imposible.

Bibliografía

Lacan, J. (2012). *El Seminario 19: ...o peor*. Buenos Aires: Paidós.

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

Soler, C. (2007). *¿Qué se espera del psicoanálisis y del psicoanalista?* Buenos Aires: Letra Viva.

ESCUCHAR LAS VIOLENCIAS: OBSTÁCULOS, ADECUACIONES Y VIRAJES EN LOS DISPOSITIVOS DE INTERVENCIÓN

Paola Rosero Jiménez y Andrea Vázquez

Introducción

Las reflexiones que aquí presentamos surgen en el marco del trabajo de profesionales de diferentes disciplinas que integran el Programa Especial de Atención a las Víctimas de Violencia Institucional de la Dirección General de Acompañamiento, Orientación y Protección a las Víctimas (DOVIC) del Ministerio Público Fiscal (MPF).

Desde este punto se nos presentan enormes desafíos para realizar intervenciones de orientación y protección a víctimas en el seno de una institución que en el ámbito penal tiene la función primordial de perseguir los delitos y sostener la acusación frente a los presuntos responsables, en la defensa de los intereses generales de la sociedad⁸.

La DOVIC se crea mediante Resolución PGN N° 1105/14. Posteriormente adquiere rango de Dirección General, conforme lo dispuesto por el art. 33 inc. a) de la Ley Orgánica del Ministerio Público Fiscal N° 27.148. La misma en su Artículo 35 inc. a) establece dentro de

⁸ El rol que les corresponde a los y las fiscales que conforman el MPF tiene fines y objetivos muy claros: defender los intereses generales de la sociedad. Esto está dispuesto así en la Constitución Nacional (Artículo 120), porque al Estado y a la sociedad les interesa particularmente que se persigan todos los delitos.

su función primordial “garantizar a las víctimas de cualquier delito los derechos de acompañamiento, orientación, protección e información general previstos en el Código de Procedimiento Penal, desde el primer contacto de la víctima con la institución y a lo largo de todo el proceso penal, a través de un abordaje interdisciplinario o la derivación necesaria a fin de garantizar su asistencia técnica”.

En el momento actual brinda un abordaje interdisciplinario y especializado frente a las víctimas de fenómenos delictivos complejos a través de cinco Programas. Se trabaja con la convicción de que el acompañamiento y seguimiento brindado por los profesionales, redunde positivamente en el resultado del proceso judicial, no sólo en términos de eficacia investigativa sino en un fortalecimiento efectivo de la persona que se vio afectada por alguna de las modalidades delictivas contempladas en los respectivos programas, procurando evitar situaciones de revictimización.

El MPF ha adoptado una serie de decisiones de relevancia en materia de política criminal, enderezadas a abordar con especificidad los ámbitos de criminalidad de mayor complejidad y trascendencia social. En ese sentido se han creado diferentes Procuradurías especializadas, Direcciones y Programas encaminados además de procurar investigaciones eficientes, respetuosas del debido proceso, atender la situación de las personas afectadas directamente por la comisión de los ilícitos penales.

El rol de las víctimas: nuevos paradigmas y marco normativo

El rol cada vez más protagónico en el proceso penal de aquellas personas que resultaron damnificadas por la comisión de un delito, se encuentra fortalecido por un notable avance legislativo y jurisprudencial tanto en el plano internacional como en el marco jurídico nacional que permite, entre otras cuestiones, facilitar la remoción de obstáculos en el acceso a la justicia.

En concreto, en el sistema interamericano de protección de los derechos humanos existen numerosos instrumentos internacionales que reconocen especiales situaciones de victimización y ofrecen un plexo normativo de amparo en aquellos escenarios.

En el ordenamiento jurídico interno también existen innumerables textos normativos que se refieren al acceso a la justicia de las víctimas de los delitos⁹, no obstante, nos referiremos a la Ley de Derechos y Garantías de las Personas Víctimas de Delitos¹⁰. La sanción de este cuerpo normativo se enmarca en la tendencia de reconocer a las víctimas de delitos su participación en el trámite de las causas judiciales, pero ya no como un elemento de prueba más, sino como un sujeto de derechos, cuya voz debe ser escuchada. En ese sentido es que la ley además de reconocer derechos y garantías, modifica diversas normas del Código Procesal Penal de la Nación con el propósito de hacer operativa la intervención de la víctima, en donde las autoridades deberán responder a los principios de: rápida intervención, enfoque diferencial y no victimización (Art. 4°).

En consecuencia, el abordaje de las víctimas constituye un eje que cruza de manera transversal a todo el Ministerio Público Fiscal y que no se circunscribe únicamente a las áreas especializadas de atención. Por tales motivos en su Ley Orgánica (Ley N° 27.148) se establecieron como principios funcionales el respeto por los Derechos Humanos, la gestión de los conflictos con la finalidad de restablecer la armonía entre sus protagonistas y la orientación a la víctima, tomando en cuenta los intereses de la misma, a quien deberá brindar amplia asistencia, respeto y acceso para el ejercicio de sus derechos.

Planteo del problema

La problematización sobre el rol de las personas víctimas de violencias en el proceso penal y los dispositivos de intervención, puede ser abordado desde diferentes niveles.

9 Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (Ley N° 26.061). Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657). Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (Ley N° 26.485). Ley de Identidad de Género (Ley N° 26.743). Ley Micaela que obliga a todas las personas que trabajan en los 3 poderes del Estado Nacional a recibir capacitaciones en temas de género y violencia contra las mujeres (Ley N° 27.499). Ley del Sistema Nacional de Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (Ley N° 26.827).

10 Ley N° 27.372 y posteriormente reglamentada mediante el decreto n° 421/2018 del 9 de mayo de 2018.

Desde un nivel macro contextual, hemos relevado en algunos territorios la persistente ocurrencia de la profundización de un paradigma represivo y punitivo que ha producido un escenario de criminalización y estigmatización de grupos poblacionales específicos¹¹: vendedores callejeros, migrantes, personas transgénero y travestis, jóvenes pobres y personas viviendo en situación de calle, entre otros. En el caso de la Ciudad de Buenos Aires, 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 tales como la protesta social.

Este escenario ha tenido entre sus consecuencias, que estas personas configuren un grupo de ciudadanos con mayor exposición a ser elegidos para formar parte de prácticas sistemáticas instrumentadas por fuerzas de seguridad. 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.

En el marco de la tarea hemos constatado que en algunos organismos y/o instituciones opera una fragmentación que se da entre los diferentes actores que intervienen (interinstitucional e intrainstitucional). En ocasiones se suma además una tendencia al funcionamiento fragmentado entre programas, entre disciplinas y/o entre los profesionales y las víctimas.

Paradójicamente, puede ocurrir que estos obstáculos produzcan mayores niveles de victimización y revictimización. 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. Y aquí tenemos ocasión de hacer una intervención diferencial.

11 "Pedimos al gobierno diálogo y no estigmatización de los extranjeros". CELS, 2017. Op.Cit.

Cabe 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 de algunas poblaciones, y tiene en cuenta tanto las dificultades de los servicios 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.

Finalmente, 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 (Goffman, 2006) produce grupos de personas que ven condicionado su ejercicio de ciudadanía al negarles el cumplimiento de derechos. La relevancia de visibilizar estos procesos, se basa en la necesidad de identificar componentes que disminuyan la exclusión.

Un caso para la discusión, un ejemplo de adecuación a los intereses de la víctima

Al inicio de la pandemia, una Fiscalía con asiento en el sur de la Argentina, nos solicita intervención para ponernos en contacto con C de cara a acompañar su declaración testimonial.

En ese momento contábamos solo con un teléfono de línea como forma de contacto. Intentamos comunicarnos sin éxito y luego enviamos una nota postal al domicilio que la Fiscalía nos envía. Semanas después, el joven se comunica al teléfono celular del equipo para consultar los motivos de la nota que ha recibido.

De la documentación que recibimos surge que ha estado privado de su libertad durante una década, que ha cumplido toda su condena y que al salir de prisión en 2020 ha sido víctima de un robo que tenía como

objetivo sustraerle la totalidad del dinero acopiado por sus labores durante los años de detención. No surge del expediente que haya realizado una denuncia ni ninguna otra gestión relacionada con ese episodio.

Este hecho se devela en el marco de una investigación que persigue el objetivo de desentrañar potenciales vínculos entre personas detenidas y personal de seguridad del centro de detención.

A través de mensajes de chat acordamos conversar con C mediante una videollamada para establecer una primera entrevista.

Allí podemos recabar algunos datos. Al momento de la entrevista se encuentra aislado en un hotel del centro de la Ciudad de Buenos Aires con diagnóstico de Covid-19. Se muestra sorprendido y agradecido por el hecho de que lo hayamos contactado para preguntarle sobre lo sucedido el día de su egreso de la Unidad penitenciaria.

C es un hombre de menos de 40 años de edad, de tez morena y rasgos andinos. Habla de forma calma. Escuchamos su relato. Comenta que sabe que “adentro sabían que salía con dinero”. Fue sorprendido por dos personas en moto que lo corrieron hasta quitarle un bolso que llevaba consigo, con unas pocas pertenencias. Dos personas que vieron lo sucedido se ofrecieron a acompañarlo a hacer la denuncia. Una de las personas declaró en la comisaría lo que había podido ver. Hechos que habían quedado registrados en una cámara de seguridad de un local lindero al lugar del hecho. Luego de que declarara la testigo, le pidieron que aguardara para denunciar. Lo dejaron varias horas sentado sin atenderlo. Hasta que desistió y se fue. Iba en busca de un remis que lo trasladara hasta un punto en que familiares iban a recogerlo para llevarlo hasta la casa familiar.

Esta breve exposición busca problematizar un conjunto de acciones que emanan de oficinas estatales que en ocasiones, lejos de cumplir con un rol de protección ciudadana lo obstaculizan y hasta lo impiden.

Discusión

El estigma de la pobreza, la portación de cara y los antecedentes penales se entraman profundizando los problemas de ejercicio de derechos

ciudadanos que padecen aquellos para quienes la vida ya viene siendo bastante difícil.

En este sentido, corresponde destacar que el MPF tiene un rol fundamental en el proceso de aplicación de la normativa nacional e internacional en torno a la protección de los derechos de las víctimas en cumplimiento de los deberes del Estado argentino, que se ha comprometido internacionalmente no solo con la persecución penal de las violaciones de derechos humanos, sino que también ha asumido responsabilidades respecto de los derechos de las víctimas de tales violaciones a la verdad, la justicia, la reparación y las garantías de no repetición.

Es importante resaltar que la consolidación del Ministerio Público Fiscal como institución independiente, sumada al importante avance en el reconocimiento de la víctima como sujeto de derechos, plantea una serie de renovadas demandas, que requieren adoptar un perfil activo que asuma que los intereses de la víctima y su tutela constituyen también el objeto de su actuación¹².

En efecto, impulsar la acción penal, coordinar las actividades de investigación y mantener vínculos con las víctimas son partes fundamentales de la agenda del MPF, y de su calidad dependerá en gran parte el éxito del trabajo sobre los casos.

La posibilidad de construir intervenciones rápidas con enfoque diferencial y no revictimizantes, incluye diferentes desafíos y niveles de responsabilidad. Entre ellos: reducir la estigmatización y la discriminación como herramienta fundamental para la elaboración de estrategias de intervención que prioricen las voces de las víctimas, sus percepciones e intereses como el núcleo central de los dispositivos de orientación, acompañamiento y asistencia.

12 Procuraduría de Violencia Institucional (PROCUVIN) - Dirección General de Acompañamiento, Orientación y Protección a las Víctimas (DOVIC); "El testimonio por hechos de Violencia Institucional, Guía Práctica para Integrantes del Ministerio Público Fiscal de la Nación". 2020.

Bibliografía

- CELS (2017): Pedimos al gobierno diálogo y no estigmatización de los extranjeros. Recuperado el 10 de agosto de 2021 de: <https://www.cels.org.ar/web/opiniones/pedimos-al-gobierno-dialogo-y-no-esigmatizacion-de-los-extranjeros/>
- Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. 1era Edición 1963. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ley Orgánica del Ministerio Público Fiscal N° 27.148. Recuperado el 19 de agosto de 2020 de: http://www.mpf.gov.ar/wp-content/uploads/2013/09/Ley_organica_2015.pdf
- Ley N° 27.372 (2017) Ley de Derechos y Garantías de las Personas Víctimas de Delitos. Víctimas. Recuperado el 19 de agosto de 2020 de: <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anejos/275000-279999/276819/norma.htm>
- Procuraduría de Violencia Institucional (PROCUVIN) - Dirección General de Acompañamiento, Orientación y Protección a las Víctimas (DOVIC) (2020): "El testimonio por hechos de Violencia Institucional, Guía Práctica para Integrantes del Ministerio Público Fiscal de la Nación". Recuperado el 10 de agosto de 2021 de: https://www.mpf.gov.ar/dovic/files/2020/07/PROCUVIN_DOVIC_Guia-de-testimoniales-v4.pdf
- Vázquez, S., Berner, E., Calandra, N. (2003). Estrategia para la reducción de oportunidades perdidas en salud reproductiva. Recuperado el 12 de abril, 2021 de: <http://www.rehueong.com.ar/archivos/Oportunidades%20perdidas%20en%20Salud%20Reproductiva.pdf>

PROTECCIÓN DE LAS POLÍTICAS DE LA INFANCIA: UNA APUESTA A LA SINGULARIDAD

Natalia Verónica Campos y María Verónica Debarnot

Introducción

En el presente trabajo se procurará dar cuenta de diversas modalidades de violencia institucional que se ejercen desde organismos que trabajan con niñez, adolescencia y familia. Se desarrollará el modo en que se trabaja desde diversas instituciones, e intervenciones que implican prácticas expulsivas que re-victimizan en lugar de garantizar el acceso a derechos.

Se buscará problematizar acerca de las implicancias de los tratamientos en salud mental indicados desde el poder judicial y los obstáculos que hay que sortear para propiciar espacios seguros y que alojen a los sujetos. En este sentido, se desarrollarán los discursos de diversos organismos y los efectos que generan en niños, niñas y adolescentes, como una de las distintas modalidades de violencia institucional.

Se realizarán distinciones entre lo que implica un tratamiento en salud mental y una medida judicial (civil o penal) que indica tratamiento para niños, niñas y adolescentes. Finalmente, se abordará el marco normativo en el que se imprimen nuestras prácticas.

Aproximaciones sobre las violencias y tipologías de maltrato

La base fundante de las violencias es el abuso de poder y la asimetría, pudiendo ser esta real (como en el caso de un jefe o un padre en relación con su hijo) o simbólica (como las diferencias por géneros).

El maltrato hacia las infancias y adolescencias consiste en acciones u omisiones que impidan que un niño, niña u adolescente acceda a sus derechos y que pongan en peligro o afecten su adecuado desarrollo físico, psíquico y social, perpetrado por personas, instituciones, o la propia sociedad. En este sentido, la violencia implica un comportamiento que causa daño al sujeto, en el cual se emplea la fuerza para obligar a que se hagan o asuman conductas que, de otro modo, el individuo no aceptaría realizar (coacción).

Continuando con una de las tantas clasificaciones sobre los tipos de maltrato y violencias, cabe mencionar el maltrato intrafamiliar, siendo el que se produce en el entorno cercano y habitual del niño o niña, y donde los “agresores” son integrantes del grupo familiar o personas cercanas al mismo. Por otra parte, el maltrato extrafamiliar, el cual puede ser institucional, laboral o sexual implica “cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o derivada de la actuación individual del profesional o funcionario que conlleve abuso, negligencia, detrimento de la salud, seguridad, bienestar emocional y físico o que viola los derechos básicos del niño.” (Atucha de Ares, 1999:2).

Respecto a las violencias que se producen por fuera del ámbito convivencial y del hogar, es relevante mencionar el que se ejerce desde el personal sanitario, educativo, las fuerzas de seguridad, las instituciones judiciales, los medios de comunicación, entre otros. Se trata de instituciones que deben trabajar en pos de promover y garantizar el acceso a los derechos de niños, niñas y adolescentes, y en lugar de ello, generan acciones y omisiones que van en detrimento de su bienestar.

La autora Susana Abad, en su trabajo especifica acerca de la violencia institucional, refiriendo a la misma como “las acciones basadas en la aplicación de coerción psicológica o de fuerza física, ejercida desde un lugar de mayor poder, permanente o transitorio, sobre personas que se

encuentran en posición de vulnerabilidad e indefensión.” (Abad, 200:134). Es decir, intervenciones institucionales que re-victimizan a los sujetos y vulneran sus derechos.

Es pertinente hacer hincapié en esto último, ya que cuando la violencia es ejercida por un agente institucional el cual se supone, debe trabajar por la protección y cuidado de los sujetos, las repercusiones en quienes son víctimas de estas prácticas son mucho más graves, modificándose el rol de “protector” por el de “victimario”. Fernando Ulloa esboza el concepto de “encerrona trágica” para referirse a estas situaciones en las cuales el sujeto queda a merced de algo o alguien que lo rechaza, sin poder impedir el maltrato.

Por otra parte, Ruth Teubal propone hablar de “potencial de legitimación”, mediante el cual los sujetos deben sentirse respaldados para hablar sobre su situación, siendo una instancia fundamental que debe formar parte de las instituciones estatales que asisten a niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad social. Asimismo, la intervención de los equipos profesionales debe propiciar medidas de protección y promoción de los derechos de los sujetos con quienes intervienen. Es evidente que brindar un espacio de escucha y contención para niños, niñas y adolescentes, pero no tomar medidas y/o realizar las articulaciones pertinentes frente a la vulneración de derechos, es una modalidad más de violencia institucional, que opera por omisión.

Intervenciones desde distintos efectores: ¿restitución de derechos o prácticas expulsivas?

Resulta de interés poder ubicar, luego de haber definido las violencias, las expresiones de las mismas en los discursos que abordan las niñeces y adolescencias, discursos que luego se traducen en decisiones, medidas y actos. También precisar cómo muchas veces desde Salud Mental, podemos ejercer violencia en nuestras prácticas cuando no incomodamos nuestras intervenciones, nuestros saberes, y en cambio nos alineamos con la demanda de otras instituciones que generalmente no coinciden con la demanda del niño, niña o adolescente.

Ubicamos la primera expresión de la violencia en la suposición, generalmente normativizada, que considera que todo niño, niña o adolescente tiene que hacer un tratamiento, como única modalidad de abordaje a su padecimiento. En muchas ocasiones los diferentes efectores establecen una ecuación en donde tratamiento es igual a castigo u obligatoriedad, arbitrariedad en donde el otro decide y no tiene en cuenta al sujeto.

Nos encontramos con niñeces y juventudes fragmentadas, multi y sobre intervenidas, sobre quienes los diferentes discursos producen un saber, falso saber en relación a lo que a ese niño, niña o adolescente le ocurre. Nos encontramos con historias marcadas por derechos vulnerados desde la primera infancia, a quienes hay que acompañar y atender propiciando intervenciones que produzcan efectos de filiación y simbolización, que no solo las produce un tratamiento en salud mental. Construir campo simbólico, para que haya nuevas coordenadas donde el sujeto pueda alojarse, ofrecer un espacio en donde la palabra y la escucha sean los instrumentos.

Como equipo intervenimos cuando hay una evaluación que indica que hay que hacerlo, no por responder a demanda de efectores, -que como dijimos antes construyen saberes que en general están alejados de lo que les sucede a los niños, niñas y adolescentes- sino que intervenimos porque hay un padecimiento en salud mental que requiere un abordaje profesional.

Consideramos que las presentaciones clínicas de los padecimientos que atendemos tanto en infancias como en adolescencias, dan cuenta de la pérdida de referencias de construcción de legalidad y autoridad para nuestros niños, niñas y adolescentes, lo cual tiene que interpelarnos en nuestras acciones diarias en el campo en donde desarrollemos nuestra tarea. La relación del sujeto humano al Otro y a lo otro es condición para humanizarse. En las presentaciones actuales de los padecimientos que atendemos en nuestro hospital prevalecen el acto, las impulsiones, las autolesiones, el consumo problemático, el desamparo y los conflictos vinculares.

¿Qué sucede cuando en lugar de alojar, sea la familia, el referente adulto, la sociedad, o los diferentes discursos, se expulsa? Producimos mayor padecimiento, provocamos mayor desamparo y perpetuamos el ya padecido, desde la primera infancia. Es importante diferenciar y separar

un acto, que desde las normativas legales implica tomar medidas, de lo que esto puede significar en la vida de ese sujeto, y entender que salud mental interviene ante el padecimiento, para intentar aliviarlo. De ningún modo un tratamiento debe ser un castigo, una medida disciplinaria o el ejercicio del control.

Distinción entre tratamiento en Salud Mental y cumplimiento de medida judicial

A lo largo de los años, como equipo que interviene específicamente en situaciones con niñeces y adolescencias, fuimos construyendo una experiencia en donde se repiten situaciones que observamos.

Siempre sostenidos en la pregunta sobre cómo intervenir, en un marco de asistencia terapéutica, brindando un tratamiento de calidad y restitución de derechos, los equipos interdisciplinarios de nuestro hospital y en particular del dispositivo de Protección de Políticas de la infancia y adolescencia, trabajamos fuertemente para poder situarnos como equipo de Salud Mental que nada tiene que ver con la medida judicial. No responder a las demandas de las instituciones disciplinarias es un trabajo a realizar de manera cotidiana revisando nuestras praxis.

En relación con las instituciones de control y disciplinamiento, se presentan serias dificultades a la hora de entender y acompañar procesos en la niñez y adolescencia. La mayoría de las veces interpretan las conductas de los niños y adolescentes sólo como desafíos y transgresiones no pudiendo observar los contextos en los que esto ocurre. A partir de allí, comienzan a pensarse intervenciones de castigo, expulsivas, poco continentales, que dejan a nuestros niños, niñas y adolescentes sin el acompañamiento adecuado. Consideramos a todas estas formas: modalidades de expresión de la violencia, y a partir de esto se constituye la necesidad de hacer un trabajo conjunto para pensar las respuestas y estrategias con el paciente, ya que la mayoría de las veces la violencia que se ejerce está invisibilizada para los adultos.

Marco normativo

Los tratamientos que se realizan en nuestro hospital tienen como referencia la implementación de las leyes de Salud Mental, de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, de Derechos del Paciente y de Identidad de Género, entre las más destacadas.

Partiendo de la Ley N° 26.657 de Salud Mental y entendiendo a la misma 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”, consideramos que para aspirar a la restitución de derechos de los niños, niñas y adolescentes con quienes trabajamos, es fundamental realizar un abordaje integral de las situaciones con las que intervenimos. Esto último requiere de estrategias que exceden el encuentro semanal de entrevistas en el marco del Hospital, además de realizar articulaciones permanentes con el resto de los dispositivos, garantizar el acceso a recursos, educación, salud, trabajo, lo cual a menudo implica garantizar estas cuestiones también para los referentes familiares y/o afectivos de los mismos niños, niñas y adolescentes.

Consideramos que las leyes se materializan en las prácticas. Allí se reelaboran, se reinventan y se hacen efectivas. El desafío es darles cuerpo a esas leyes y que no queden en letra muerta.

En relación con el apartado anterior, nos interesa mencionar los constantes informes que nos solicitan desde organismos intervinientes respecto al tratamiento de cada niña y niño, los cuales implican más una instancia de control que una herramienta para diseñar intervenciones conjuntas. En este sentido, consideramos que también se manifiesta un aspecto de las violencias institucionales, en la medida en que son unos pocos los que toman la palabra final y deciden el abordaje sobre la vida de niños y niñas, desestimando lo evaluado y sugerido por otros equipos.

A modo de cierre

Para finalizar, destacamos la necesidad de continuar formándonos en la temática, a fin de poder identificar y problematizar estas violencias,

propiciando espacios de discusión y diálogo entre los equipos, y socializando conocimientos. Como mencionamos anteriormente, la complejidad de las situaciones en las que intervenimos requiere de un abordaje integral, considerando las potencialidades y limitaciones de los sujetos así como la presencia (o no) de redes de apoyo y contención, en la particularidad de cada situación.

Consideramos que es de suma importancia dar lugar a una pausa para poder pensar las prácticas que se ejercen desde el momento en que la niñez o adolescencia es intervenida por efectores estatales. Como se mencionó anteriormente, la multi y sobreintervención son modalidades de violencia que se ejercen en las estrategias de abordaje que se diseñan, por lo tanto, el hecho de que los equipos piensen y singularicen cada intervención, permitirá hacer una praxis para cada caso y no una para todos igual.

Bibliografía

- Abad, S. (2000). "Violencia en las Instituciones" en *Violencia Familiar, Trabajo Social e Instituciones*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Atucha de Ares, M. (1999). "La Niñez Maltratada", Revista de la Facultad de Derecho de Morón N°9, Universidad de Morón.
- Teubal, R. (2005). "La victimización en violencia intrafamiliar e implicancias para la intervención profesional". Revista Trabajo Social Hoy N°45. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistencia Social. Madrid.
- Ley N° 26.061. Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Boletín Oficial. Buenos Aires, 28 de septiembre de 2005.
- Ley N° 26.529. Ley de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. Buenos Aires, 21 de octubre de 2009.
- Ley N° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Buenos Aires, 25 de noviembre de 2010.
- Ley N° 26.743. Ley de Derecho a la Identidad de Género. Buenos Aires, 9 de mayo de 2012.

HOSPITALIDADES EN TIEMPOS DE DISTANCIAMIENTOS. LA SALUD MENTAL DE GUARDIA

Julio Arriola, Mariano Fiumara y Mayra Puyo

Introducción

En el contexto de pandemia, a partir de las medidas de aislamiento social preventivo y obligatorio determinadas por el gobierno nacional en marzo de 2020, desde la coordinación del área de Salud Mental y Adicciones de la Secretaría de Salud Pública de La Matanza se consideró que era necesario dar respuesta a la nueva realidad marcada por el dinamismo, incertidumbre y cambio de medidas preventivas, habilitando a generar modificaciones para acompañar las demandas que se presentaron en el inédito contexto. Es por ello que lxs psicólogxs que desempeñamos funciones en unidades sanitarias y centros de salud del primer nivel de atención fuimos convocadxs a acompañar a los equipos de salud en los hospitales municipales.

Como el camino se hace al andar, nuestra presencia en dicho nivel de atención fue instaurando nuestro rol, estableciendo las coordenadas de nuestro quehacer, generando y armando la referencia. Dando sentido a nuestras acciones en el cuidado, promoción y prevención de la salud mental.

En el presente trabajo intentamos recuperar algunas acciones llevadas a cabo en los primeros meses de nuestra incorporación como equipo de salud mental a la guardia del hospital municipal materno-infantil "Dr.

José Equiza” de la localidad de González Catán. Se trata de acciones que intentan establecer cercanías cuidadas y necesarias en tiempos donde la distancia entre los cuerpos se volvió un requisito sanitario incuestionable. Acciones que nos convocan a pensar también en la relevancia de la dimensión de los cuidados en los efectores públicos de salud, como prevención y problematización de violencias muchas veces naturalizadas. Acciones que también visibilizan la necesidad de considerar la salud mental en lo cotidiano de las atenciones, considerando a la persona de modo integral como un ser bio-psico-social.

Cuidados e invenciones

Nos interesa preguntarnos acerca de las implicancias de sostener un trabajo centrado en la dimensión de los cuidados y las vinculaciones posibles de esta dimensión, la potencia de creación y transformación en las prácticas en salud. Pensamos en situar en el campo de la salud pública representaciones y acciones relativas a estas intuiciones. Para esto, iremos entreverando algunas reflexiones y articulaciones diversas basadas en la práctica (ver Anexo I).

Sobre los cuidados (1). Invisibilidades

Escribe Pascale Molinier, 2014:

“Respecto de este trabajo del cuidado, Jean Oury dice que es un trabajo que no tiene precio. Es un trabajo inestimable (Oury, 2008). Inestimable porque no podemos evaluarlo o medirlo debido a su invisibilidad. Y es inestimable porque es de valor incalculable, no se puede estimar bajo las leyes de la economía de mercado. ¿Cuál es el precio de una sonrisa? Ahora bien, esto es, por supuesto, una paradoja en términos de los conceptos convencionales que constituyen la episteme del trabajo. Aunque no tiene precio y no se puede medir o confundir con una mercancía, el cuidado es un trabajo. Un trabajo no especializado, pero un trabajo. El cuidado debe ser distinguido del don o del amor. El cuidado

siempre implica un esfuerzo, un "know-how", un saber hacer, una cooperación y una deliberación. El cuidado es una obra de la civilización [...]"

El cuidado tendría que ver, entre otras cuestiones, con las palabras que se utilizan, los tonos, los gestos, los ritmos, las miradas atentas sobre algunos detalles. Cuestiones que podría ejercer cualquiera, se encuentran a cargo de todxs y por eso mismo, al mismo tiempo, asignadas a nadie en particular. Según la autora, no hay ningún rol dentro de un establecimiento sanitario en donde el cuidado no tenga lugar. Limpiar, brindar información, medicar, escuchar, operar, dar un turno, realizar una derivación, colocar una vía, transcribir datos, todas esas acciones se entrecruzan con la dimensión de los cuidados.¹³

Sobre los cuidados (2). Solapamientos

¿Podría concebirse un efector de salud únicamente con prácticas técnicamente impecables pero despojado de esta dimensión?

"El trabajo de cuidado implica habilidades discretas, ajustes emocionales o `pequeñas cosas` casi inefables. La eficiencia del trabajo de cuidado es difícil de probar o evaluar. A veces, estos gestos o pequeños actos sólo tienen sentido en una larga temporalidad o en un `après coup` (a posteriori) inesperado."
(Pascale Molinier, 2014).

13 Una tarde de abril de 2020 una compañera enfermera cuenta que un vecino suyo dio positivo al test de Covid. En el grupo de whatsapp de su barrio empezaron a circular mensajes centrados en la peligrosidad de la cercanía del *infectado*. Alguien de ese grupo llegó a proponer incendiar su casa. Cuenta la compañera que esa noche sintió que no podía respirar. No podía parar de llorar. Todo el barrio sabe que trabaja en salud. "¿Cuánto van a tardar en considerarme como un peligro? ¿Qué va a pasar si me contagio en algún momento?". En la conversación surgió la idea de grabar un mensaje contando esta situación. Terminamos haciendo un corto en el que la compañera contaba lo que había vivido. Se sumaron mensajes de apoyo de varixs compañerxs del hospital. Otrxs contaban situaciones difíciles que habían pasado en la calle y en sus barrios por trabajar en salud. Se invitaba a poner el freno a ese tipo de situaciones, cuidar y acompañar a lxs que cuidan, "no discriminar". Difundimos el corto primero en el hospital, luego en medios comunitarios y redes virtuales, recuperando reflexiones y resonancias. <https://youtu.be/VVgYvuAdPdc>

¿Cómo se anota todo esto en las estadísticas? ¿Cómo se computa?
¿Cómo pensar ese solapamiento, esa falta de espacio para que queden inscriptas esas acciones? Acciones que no figurarán luego en la “evaluación de desempeño”.

¿Cuánto tendrá que ver la desestimación que históricamente el patriarcado ejerció respecto a las tareas de cuidado y crianza confinándolas a la domesticidad, naturalizándolas en “instintos maternos”, invisibilizándolas en tanto que trabajo “esencial”? ¿Será porque para la lógica capitalista se presentan como inútiles, accesorias, improductivas? ¿Será porque no entran en las mediciones de rendimiento y efectividad del cálculo estadístico de la gestión? ¿Será porque no detentan un saber avalado por títulos?¹⁴

Sobre los cuidados (3). Posicionamientos

Rescatamos en este punto ciertos debates en torno a los feminismos que vienen ubicando la importancia de politizar la dimensión cotidiana de los cuidados, históricamente desvalorizados por la lógica patriarcal. En este punto cabe aclarar que no se trata de polarizar entre buenxs y malxs, ni de enaltecer “buenas intenciones”, ni fomentar amorosas almas caritativas. Lo que interesa es situar en torno a los cuidados un posicionamiento político que apuesta a las construcciones colectivas, en red y sin jerarquías rígidas.

Cuidado que sostiene la decisión de evitar lógicas “policíacas” en salud, que sancionan, juzgan, corrigen. Que se basa en el cuestionamiento de modelos de atención basados en la asimetría infranqueable entre

14 A partir de la emergencia sanitaria las mujeres, a menos que sean menores de 18 o que tengan parto por cesárea, realizaban sus partos sin acompañamiento. Mientras estén internadas pueden recibir una sola visita al día de 15 minutos y una sola persona. *Mensajeros del amor* es el nombre que le pusimos a una acción que durante el horario de visita propone a las familias que esperan afuera escribir mensajes para hacer llegar a las mujeres y sus bebxs para acompañar su internación. Entre que se reciben y hacen llegar las notas tienen lugar conversaciones y escuchas que intentan acortar distancias y tiempos que, en esas condiciones, se hacen inconmensurables. (Ver relato de una mensajería en Anexo II)

quien solicita atención y quien debe brindarla, la unilateralidad del saber, la patologización automática de los sufrimientos, el diagnóstico y la medicación como únicas herramientas de abordaje.¹⁵

Sobre los cuidados (4). Ternuras

Nos interesa en este punto recordar que Fernando Ulloa sitúa la ternura en tanto que “institución fundante” en el campo de lo humano, puesta en juego en el trabajo de los primeros cuidados ofrecidos a quien recién llega al mundo extra-uterino. La ternura, sostenida a partir del *miramiento* y la *empatía*, sería el afecto que logra establecer límites por parte de quien encarna la función de cuidado al abuso de un otr en situación de desvalimiento. Como precaución que se afana en atenuar daños y se impide avasallar esa fragilidad.

Así, Ulloa ubica en la escena de los primeros cuidados la matriz de lo que serán posteriormente las acciones en salud: el contacto entre quien sufre con aquel que sostiene la función de aliviar ese dolor. También se pregunta cómo es posible que en los establecimientos pensados para el tratamiento de esos estados de desvalimiento sean tan corrientes las indolencias, los violentamientos, los desganos, los descuidos. No como

15 En mayo de 2020, a partir del intercambio con el Servicio Social surgió un pedido para intervenir con las mujeres que tuvieron parto y sus bebés se encuentran en Neonatología. Ante la actual situación debida a la circulación del virus Covid se debían tomar mayores recaudos, pero ello no implicó focalizar en el vínculo con dicho bebé. Por eso consideramos pertinente poder afianzar las precauciones de cuidado, ante el actual contexto. Esta intervención se realizó en un comienzo con mujeres que se encontraban en “Neo 2”, una habitación destinada a madres que por distancia de su domicilio no pueden ir a sus hogares, ya que cada tres horas pueden ingresar a ver a su bebé. Luego de dichas intervenciones fuimos ampliando la población a quién dirigirla, así sumamos a las mujeres que tuvieron sus bebés y se encontraban en las habitaciones de maternidad. De este modo fuimos recorriendo cada habitación. Estos espacios permitieron que puedan ir surgiendo otras temáticas, primero de modo espontáneo. Entre ellos la lactancia, el cuidado con métodos anticonceptivos reversibles e irreversibles, enfermedades de transmisión sexual, rol materno. Retazos de relatos hilvanados en esas conversaciones quedan aún resonando en algunas memorias: *“A mis otros hijos me los sacaron porque los descuidaba, con ella me cuesta amamantarla por temor a que también me la saquen”*. *“Me cuesta ingresar a Neo y ver a mi hijo con el respirador, no poder alzarlo, tocarlo”*.

fallas personales, ni negligencias profesionales sino como fenómenos institucionales.

Dicho autor sostiene, entre otras estrategias posibles, que los momentos de puesta en común de los obstáculos en la tarea y de los sentimientos contrariados concomitantes, (lo que él llamaba la “*socialización de los carajos*”, Ulloa 1995) podrían favorecer el pasaje de la siempre desvitalizante y funcional *queja* a la *protesta* en tanto puesta en acción colectiva de los malestares en función de la modificación de las condiciones en que estos mismos se gestan.¹⁶

Angustias sin permisos: postales de la pandemia

La angustia va por dentro. Cómo estas calles desoladas, donde sólo camina lo esencial. ¿Puedo salir? pregunta la angustia con el barbijo por debajo de la nariz. Lleva siempre puesta la remera de lo subversivo frente a lo establecido. Sin permiso no se puede salir. Acomódese el barbijo y mantenga distancia.

La angustia, como siempre, entra en duda. Desconoce sus orígenes y no entiende qué hay de esencial en ella. Siempre camina por el borde; amante indiscreta de las cornisas. ¿A dónde iría si pudiera salir? No entiende otro lenguaje que el de pegotarse al cuerpo; lo necesita para volverse palabra. Busca las miradas directas, ansía esas palabras

16 Desde marzo en adelante propusimos espacios de escucha para el personal. Espacios a veces pautados, a veces espontáneos, abiertos a todo el personal del hospital. Espacios que, en tiempos de distancias físicas necesarias, intentaron aproximarnos a partir de la palabra y la escucha, apostando a potenciar aproximaciones posibles en otra clave y a generar relatos colectivos frente a lo inédito de aquellos primeros meses. Espacios que confían en la fuerza inmunológica del encuentro y la palabra. Espacios de cercanía ante el aislamiento físico. Así, entre quejas por falta de elementos, capacitación, quien se encargaría de cubrir el *triage*, entre otras, se despliegan y acogen aflicciones que, a veces, entretienen estrategias de cuidados comunes. Algunos relatos: “*Ante esta situación, profesionalmente me siento positivo, con ganas de poder ser útil en esta situación. Pero laboralmente, desconcertado, sin insumos y sin un horizonte de a dónde vamos.*” “*Me siento con mucha responsabilidad y me gustaría estar a la altura de los acontecimientos para lograr un funcionamiento bueno del hospital.*” “*Estoy estresada, preocupada, expuesta. Siento que no nos protegen, no nos dan los insumos básicos para esta situación.*” “*Necesitamos contención emocional para todo el personal.*”

pronunciadas por los oídos, por las manos, por esa cercanía que contagia. Se desorienta y se hunde en las profundidades de las soledades, del distanciamiento.

La angustia es un afecto que se siente, no aparece en las radiografías. Atraviesa la piel, como el silencio de las calles que invade la mañana. Es inherente a la condición humana, y cuando alcanza la palabra; suspira de alivio. Detrás de ella empuja una fuerza irrefrenable. Siempre encuentra poros y huecos por donde escaparse. Aunque no quiera. Aunque no se pueda.

La angustia es una adolescente rebelde. No sabe de moldes. Es contestataria. No puede consigo misma. No se soporta, y coquetea todo el tiempo con los bordes. Pero detrás de ella; si se la escucha; si se la lee entre líneas: aparece el arte. La Salud Mental como un hecho artístico. No como algo dado; como algo establecido. No como el efecto analgésico de un ansiolítico. Más bien como una producción en constante movimiento. Como el producto amorfo de signos de pregunta en tensión permanente.

A modo de cierre

Nos interesa sostener la inquietud respecto a si prácticas que enfatizan y reconozcan el papel de los cuidados podrían trazar un camino posible para atenuar efectos mortificantes que caracterizan los blindajes indolentes que solemos ver en tantos cuerpos institucionalizados. Blindajes como si se tratara de escudos que protegen de angustias, frustraciones, saturaciones, impotencias que muchas veces habita a lxs trabajadorxs de la salud. Escudos que se terminan ejerciendo como armas defensivas y expulsivas.

Creemos que la producción de Salud Mental debería estar siempre cercana a la creación artística. Como una posibilidad emergente de aquello que no cierra, de aquello que no encaja. La angustia lastima el cuerpo cuando se queda quieta; cuando no encuentra letra ni lienzo. La angustia necesita de hospitalidades para producirse en arte. La Salud Mental no es otra cosa que una invitación. Esa hoja en blanco a la que todos tenemos derecho.

En tiempos de distanciamiento, más que nunca, la angustia tiene permiso único de circulación. Es esencial para la producción de Salud Mental, que ya es ley y busca implementarse todo el tiempo. Los refutadores de lo artístico siempre pondrán palos en la rueda. Pero la angustia es rebelde; va a salir igual. Llegará cansada, pero llegará.

Después de que le tomen la temperatura en la puerta del hospital y que el médico de guardia descarte cualquier tipo de etiología clínica, invitémosla a sentarse. Que se sienta cómoda. Produzcamos hospitalidades en el hospital. Y dejemos que hable... Siempre es única y esencial. Si la Salud Mental está de guardia siempre serán posibles la creación y el arte.

Bibliografía

- Molinier, P. "Gestión o cuidados. Un diálogo imposible." Conferencia dictada el 29 de noviembre del 2014 en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires. Actividad organizada por el Programa de Salud y Trabajo de la Universidad Nacional de Lanús y la Asociación de Profesionales del Hospital Gutiérrez. Material inédito.
- Percia, M. (2021). Esquirlas. *En los pliegues de la peste*. Buenos Aires: Editorial La cebra.
- Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Anexo I

Abril 2020. Un mensaje que invita a la comunidad:

"PALABRAS QUE ABRAZAN

Acompañando y apoyando a las y los trabajadores de la salud.

Te invitamos a que nos envíes un audio en el que digas tu nombre, tu barrio y las palabras que te gustaría decirle a las y los trabajadores de la salud de La Matanza que en este momento crítico se encuentran atendiendo, vacunando, informando y acompañando la salud de la comunidad maticera. Nosotrxs se lo hacemos llegar!

LAS PALABRAS TAMBIÉN NOS CUIDAN

Cuidémonos y apoyemos a quienes nos cuida. ¡El aislamiento es físico, no social!"

Los audios fueron editados y difundidos entre grupos de whatsapp de trabajadorxs del hospital. Se trató así de tejer con palabras una red comunitaria afectiva que sostenga, que contenga, que proteja ante las incertidumbres, los miedos, los desamparos sufridos por el personal de salud en los primeros meses de la pandemia. *Palabras que abrazan.*

Anexo II

El mensaje era corto, mínimo; dibujado con letras temblorosas desplegadas en un papelito arrugado. Sólo ella lo entendió quizás. Por eso el gesto de su rostro. Por eso su pedido.

El mensaje breve, el contenido difuso. Pero ahí estaba el contexto. Escrito en ese papelito chiquito. En el gesto de ella cuando hablaba intentando contener el llanto y los dolores de la cesárea. Quiero ver a mi hijx, dijo mientras depositaba ese mensajito enorme en la mesita al lado de su cama de internación.

Las palabras se fueron aclarando en el papelito. Vi a mi hijx un ratito, decía. En realidad, no lx vi. Estaba como adormecidx en la sala de parto. Escuché algunas voces que me dijeron acá está tu bebé. Y se lo llevaron a neo. A mi me trajeron acá. El parto fue al mediodía. Son las siete de la tarde y lx quiero ver.

El mensaje es el contexto. Y está lleno de negativas. Tu marido no se puede quedar con vos porque es una sala de internación de mujeres. Para que tu hijx esté en la sala con vos tiene que haber alguien que te acompañe. Mi mamá vive lejos. Está viniendo. Necesita un permiso. Los colectivos tardan. Está viniendo. Quiero ver a mi hijx.

El mensaje en el papelito era inentendible. Pero su pedido fue claro. Mi marido está abajo. ¿Le pedís que me dé su celular? Él le sacó una foto a mi hijx. Lx quiero ver.

Ahí me ví gritando el mensaje escrito en un papelito en la puerta del hospital. Familiar de Álvarez. El mensajito se repitió en eco para volverse más fuerte. Y el celular llegó a la sala de internación. Entonces ella abrió la galería de fotos y vio a su hijx por primera vez. Lloró. Lloró con ganas. Y el mensaje dijo gracias.

Mientras bajaba las escaleras no podía dejar de pensar que esa mujer había visto por primera vez a su hijx a través de una pantalla. El mensaje también es el futuro. Mamá, ¿qué sentiste cuando me viste por primera vez? Sentí que eras hermosx, no te podía abrazar. Pero desde esa pantalla sentía que me estabas mirando. Como si me quisieras decir algo inentendible.

SONORIDADES DE LAS INFANCIAS

Nazarena Alegre, Marina Balloni Aguilar, Silvina Espósito, Nadina Goldwaser, Noelia Lincuez Carrión, Judith del Valle Martínez, Florencia Piris, María Pulpeiro y Eve Simonotto

“... Intervenir también en la esfera micropolítica, esfera del régimen de inconsciente que estructura a las subjetividades y sus formaciones en el campo social, de lo cual depende la consistencia existencial del sistema dominante, su producción y su reproducción. No hay posibilidad de cambio real sin resistir micropolíticamente. En este ámbito, los márgenes entre el activismo y las prácticas artísticas y terapéuticas se vuelven indiscernibles.” (Suely Rolnik, 2021.)

Introducción

El Dispositivo de abordaje interdisciplinario *Familias Vulnerables* es un espacio interservicios (Pediatría y Servicio Social) del Hospital Tornú conformado por profesionales de diversas disciplinas en articulación con talleristas de arte y educación y un Programa de Extensión de Musicoterapia de la UBA. Es también un espacio de rotación de residentes y concurrentes de salud mental, trabajo social, RIEPS, pediatría y musicoterapia, entre quienes “armamos equipo”.

Pensamos a le consultante como un actor más dentro del equipo, uno muy protagónico, y a la escucha como un concepto político. Trabajamos desde la idea de praxis interdisciplinaria tal como Stolkiner (2012) propone: “Ir estableciendo un marco referencial y ético común, y coincidir en los objetivos de la tarea.” Descompletando saberes con estrategias que les consultantes mismos despliegan ante las circunstancias adversas que experimentan en sus vidas a diario y aquellas que pueden imaginar como posibles de instituir para su contexto.

Acompañamos situaciones de vulneración de derechos especialmente de niños, niñas y adolescentes cuyas violencias incluyen con frecuencia el incesto, lo que nos genera muchos interrogantes respecto a los efectos de lo no elaborado en otras generaciones y las operatorias (posibles o no) de corte en la intervención.

Las consultas llegan desde Pediatría y Servicio Social de equipos de Salud Mental de guardia, por demanda de escuelas y defensorías, y de forma espontánea por parte de algún miembro de la familia o compañeras de trabajo. El equipo tiene más de veinte años de construcción y se ha ido constituyendo como un lugar posible dónde llegar, “decir” y ser escuchado, tanto para les profesionales y las instituciones, como para las personas que transitaban por el espacio ofrecido.

Hay algo del alojamiento singular y del estar disponibles que arma el recorrido de un abordaje posible y diferente para cada quien.

Nuestra propuesta terapéutica se sostiene en el respeto por la singularidad, el paradigma de derechos, la perspectiva de género, la clínica ampliada (al decir de DeSouza Campos), una clínica situada, tramada en la interculturalidad e intersonoridad.

Desarrollo

*“A veces todo es un pretexto para que pueda surgir una nueva forma, una confabulación para que nazca el milagro de otra formulación de lo ignorado”
(R. Juarroz)*

Juana tiene 8 años y es derivada por su nutricionista ya que observaba una mamá muy rígida y sentía que las indicaciones serían usadas “en contra de la niña”. Ella vive con la mamá y el hermanito. Los papás están separados y al decir de la niña “si el papá no toma no se puede contar con él, si toma un poquito le podés pedir un yogur. Si toma mucho ya tampoco contás con él.”

Una mañana le dice a su analista que su papá “parece un cordero”.

Analista: ¿Parece?

Juana: Es una forma de decir.

Analista: ¿Y qué quiere decir esa forma?

Juana: Que mi mamá, mi hermano y yo somos corderos, pero él parece un cordero, pero es un lobo.

Analista: ¿Un lobo?

Juana: Sí, un día la agarró a mi mamá y nació mi hermanito.

Analista: ¿Tu hermanito?

Juana: Sí, la violó y ahora que él vino al mundo ya estamos los tres.

Nos preguntamos de qué modo intervenir y dialogar a fin de acompañar estos procesos a partir de una escucha que funcione como puente y que no se vuelva iatrogénica para esas niñas y niños que necesitan recuperar sus infancias y ser alojados en un espacio de *disponibilidad*¹⁷. Del mismo modo, el entorno familiar que acompaña a estas infancias necesita tener una asistencia que aloje ya que muchas veces ese es el único sostén con el que cuentan estas niñas y niños para tal fin.

Nuestro trabajo se centra especialmente en situaciones de mucha vulnerabilidad, atravesadas por violencias que, en numerosas ocasiones, se tratan de abusos sexuales intrafamiliares (incesto).

En palabras de Gerez Ambertin, “puede decirse que el incesto rompe con la posibilidad de esa circulación (de la cadena generacional), deja un agujero, porque ese hijo ha sido desasido de la cadena generacional. En cierto modo algo de él se desubjetiviza. Se deshumaniza, se cosifica: queda sacrificado algo de su cuerpo, de su sexualidad, de su placer y de su historia: sacrificado, devenido objeto de goce de un adulto, objeto-propiedad de ese adulto.” (Gerez Ambertin, 2009, p. 170.)

Al verse rota esta trama, esa niña o niño queda un estado de desvalimiento tal que es necesario dar lugar a un espacio en el que se puedan desplegar momentos acontecimentales en el vínculo entre quienes consultan y quienes somos parte del equipo para que circule algo distinto a la trama disruptiva y siniestra que hasta ese momento se producía. Junto con Winnicott, podemos pensar un espacio en donde se pueda producir una separación saludable que introduzca al mismo tiempo algo novedoso a modo de entramado que construya un nuevo soporte, recrear un espacio de ilusión en donde se produzcan marcas subjetivantes diferentes

17 En el sentido que proponen Deleuze y Dufourmantelle.

al sufrimiento en el que quedaba atada hasta ese momento, la repetición del síntoma.

En la misma línea que venimos proponiendo, de alojar un sufrimiento que se presenta disruptivo en la apuesta de que del encuentro se produzca un acontecimiento novedoso, que funde otra posibilidad, presentamos la situación de Leo, de 7 años de edad:

Leo se esconde en un baúl, lo busco por el consultorio y una voz de ultratumba dice: "No te acerques acá" ... Lo atraparon los demonios... A lo largo de las sesiones Leo juega a ser satán y los enfrentamientos contra los ángeles son a muerte... Intentos de exorcismos que a veces fallan y otras tienen éxito... La escena se repite sesión tras sesión... Ahora él es el payaso IT, siniestro, que viene a comerme, "¡comeré tus partes íntimas"! Sucede una y otra vez esta pesadilla dentro de otra pesadilla, dentro de otra pesadilla, que retorna al infinito. Cualquier pedido de ayuda al doctor, a la policía, fracasan, estos personajes se convierten en el payaso maldito, poderoso e invencible.

En la escuela, su horario de clases desde el inicio de su escolaridad es reducido a 1 hs, en un intento de ir armando lazos posibles. Ese día no quiere soltar una tijera y se desencadena un episodio que asusta a todos (adultes, niños, directivos), vuelan objetos, sillas, gritos... La ambulancia del SAME convocada por la escuela lo lleva a una guardia médica del área programática. Lo atan de pies y manos, lo sedan. Una semana de internación en la que su mamá solicita alta voluntaria y continuar de manera ambulatoria (tiene una hija adolescente al cuidado de vecinos, medidas de restricción de los papás de ambos hijos por violencia, sin familia extendida, historias de muerte y enfrentamientos con ruptura por línea materna). El equipo de salud amenaza denunciar si se retira y pide medida de protección. La mamá pide en Defensoría no ser atendida por este equipo. Intenso trabajo intersectorial con lxs distintxs actores para acompañar a atravesar esta situación, que no se trate de un "enfrentamiento a muerte", que haya una salida con inscripción de legalidad y en escucha del niño.

Así como las palabras crecen en el silencio (Ana Kazumi Sthal, 2013) pareciera que la violencia en la demora también. Esto fuerza a repensar nuestras intervenciones, ¿deberíamos tomar las prácticas del "amo" (denuncia, medicalización, fragmentación de saberes disciplinares) antes

que otros dispositivos lo hagan para evitar el redoble de la violencia? ¿Cómo articulamos con estas otras lógicas? ¿Cómo hacemos para que lxs sujetxs con quienes trabajamos transcurran con el menor daño posible por los intersticios del sistema de salud?

A la vez, la necesidad de estas preguntas hace presente lo disciplinante del funcionamiento del sistema.

¿Dónde se hallan los pliegues?

La escucha como acto, como un hacer que tiene efectos en el cuerpo, en los devenires, y a decir de Percia (2019), las palabras en las sensibilidades.

Sin embargo, en el devenir de nuestra práctica, nos encontramos en tensión con distintos posicionamientos de profesionales de la salud, mejor entrenadxs para la acción y la respuesta veloz de un partido de ping-pong que para asistir a un ensayo de orquesta.

Leo regresa y juega... Hoy el payaso IT puede quedar en pausa cuando aparece un objeto multicolor que lo detiene, momento en el que puedo ir a buscar ayuda al mundo de los sueños, tiene que haber una pócima para detener al payaso...

La oferta del dispositivo incluye ir generando espacios que resuenen con las texturas de les consultantes. Así con algunxs adolescentes inventamos un encuentro musical, y una joven dice por medio de canciones lo que no puede enunciar de otro modo, o una feria americana surgida a partir de la escucha de sus necesidades. Para otros un taller de arte, o un espacio de apoyo escolar para tercerizar el vínculo con los contenidos escolares, que en pandemia fue fuente de conflictos. O un grupo de juego y expresión creativa para mujeres madres, donde podemos inventar maldiciones “Ojalá pises una cáscara de banana y te caigas en la calle”, drenando hostilidades entre carcajadas compartidas y disparates. O nos encontramos preguntándonos por la crianza con mano dura, “a mí me cagaban a palos y salí buena, acá en Argentina lxs niñxs no respetan a lxs adultxs.” O rastreando qué nos fue donado en nuestras familias de origen que deseemos recuperar y pasarle a nuestrxs hijos, cuando todo lo que parece surgir en las historias es adverso o despojo.

Pretendemos que, en el entramado de estas diversas propuestas y encuentros, se tramiten y se creen otras posibilidades de lazo social.

Recapitulación

Se trata de un desafío: cómo hacer escuchar la voz¹⁸ de las infancias, propiciar sus capacidades creativas y sus redes de sostén para generar salidas a los circuitos violentos. Solemos pensar la posición de lxs sujetxs como efecto de sus devenires tal que renovamos los modos de rodear aquello imposible de ser dicho o de ser transformado. Esto nos ubica en una perspectiva de lectura que muchas veces se contrapone a otros dispositivos, programas, equipos de intervención con lecturas más conservadoras y radicales y que nos fuerzan a repensar si los tiempos de transformación de quién ha sido violentadx deben ser los que se adapten a los modos de oferta para ser modificados o si, por el contrario, se deben adaptar las instituciones y los dispositivos, flexibilizando su mirada y su escucha, a quienes vienen en busca de ayuda.

Apuesta a dispositivos que permitan ficcionalizar padeceres, apuesta a ligar angustias inenunciables, apuesta a que en ese devenir otras salidas sean posibles. 'Tiempos no apurados'¹⁹, que toleren la emergencia de escenas, la invención de otras formas subjetivas y estéticas. El cuestionamiento al interior del equipo respecto a intervenciones, escuchas, lecturas, apertura a dialogar o discutir con las diferencias de abordajes.

La escucha, también, como disposición a posibilitar que aparezca el silencio y que tenga lugar una pausa, a veces necesaria para los recorridos de las personas. Al decir de Mariana Wikinski (2016), "Nuestra tarea es la que habilita la palabra, pero también afirma el derecho al silencio. La que habilita un recuerdo y a la vez afirma el derecho al olvido".

18 Voces no sólo como metáfora de palabras sino también en su materialidad sonora y trayectorias expresivas cuyas cualidades permiten descifrar dichos, en los tipos de silencios, en las dinámicas de intensidades, en los timbres donde suenan las voces de Otros, en los ritmos y cadencias propios y extraños o ajenos.

19 Osias, canción de María Elena Walsh. Concepto en sintonía a los tiempos lógicos del sujeto que Lacan propone en la clínica psicoanalítica.

Bibliografía

- Camels, J (2007). "El problema del incesto y el abuso sexual infantil en los programas estatales y en los medios masivos de comunicación", en V Jornadas de Jóvenes Investigadores, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- De Sousa Campos, G. W. (2021). *Gestión en salud: En defensa de la vida*, Cap. 3, Buenos Aires: EDUNLa Cooperativa, Universidad Nacional de Lanús.
- Gérez Ambertin, M. (2012). "Culpa, responsabilidad y castigo en el discurso jurídico y psicoanalítico". Vol IV, *La sexualidad ante la ley*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Letra Viva.
- Kazumi Stahl, A. (2013). Las palabras y el silencio, Ted x Río de la Plata.
- Percia, M. (2019). "Episodio 10: Marcelo Percia"; podcast disponible en La mar en coche.
- Percia, M. (2020). *Sensibilidades en tiempos de hablas del Capital*, Adrogué: Ediciones La Cebra.
- Rodulfo, R. (2008). *El psicoanálisis de nuevo*, Buenos Aires: Eudeba.
- Stolkiner, A. (2012). "Diálogo sobre interdisciplina". Periódico *En Diálogo*, Extensión, Universidad de la República Uruguay, octubre 2012. Recuperado el 23/08/2021 de: <http://www.extension.edu.uy/endiálogo>
- Rolnik, S. (2021). Conferencia en Cátedras políticas y estéticas de la memoria, Madrid.
- Wikinski, M. (2016). *El trabajo del testigo: Testimonio y experiencia traumática*, Adrogué: Ediciones La Cebra.

SUSTITUIR DISPOSITIVOS-POLÍTICAS QUE CUIDAN: DEL CONTROL SOCIAL A ESTRATEGIAS DE CUIDADOS

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

Estrategias de cuidados ante las situaciones de violencia.

Dispositivos e intervenciones para el abordaje de las violencias

Luego de dieciséis meses aproximadamente desde el decreto del poder ejecutivo en cuanto a la pandemia del Covid-19 y en un contexto que -luego del cimbronazo- nos obligó a repensar nuestras prácticas. Nos vemos de bruces con un escenario en el cual las mismas hacen eco de un retumbe incesante de moléculas de las diversas violencias que nos habitan afuera y adentro: las del capitalismo, las del patriarcado, las normalizantes, patologizantes.

Podemos aventurarnos a hacer un vasto catálogo de violencias; la violencia neoliberal, institucional; de saber, violencia de género, violencia narco en los territorios, entre muchas otras, de todos modos, hay violencias que no se pueden nombrar pero operan en los cuerpos y en las prácticas.

La existencia de violencias naturalizadas -que se perciben con más o menos evidencia y son consecuentemente denunciadas- no nos exime, sin embargo, de poder hacer una lectura de que existen otras, incluso aún más peligrosas, debido al hecho de ser silenciadas y enmascaradas bajo el nombre “sloganes edulcorados” de desmanicomialización.

Sabemos que la discusión trasciende la semántica, las palabras no tienen siempre carácter performativo, el paraguas de la desmanicomialización no impide el riesgo de sostener prácticas que -pretendiendo promover salud- no sean más que una caricatura siniestra de una tutela piadosa que etiqueta, fragmenta y estigmatiza.

En consecuencia, nuestra apuesta tiene que ver con una ética y un proyecto cuyo eje transversal sean políticas de Derechos Humanos cuyo anclaje legal podemos encontrar en la Ley Nacional N° 26657 de Salud Mental y Adicciones.

Seguimos pisando las esquivas del estallido neoliberal que arrasó con el lazo social, que concibe a lx otrx no como semejante sino como unx extrañx; unx enemigx que amenaza.

La pandemia no hizo más que que recrudecer el escenario neoliberal devastado que dejó el macrismo, elevándolo a su mayor potencia, donde lejos de ubicar la distancia como medida de cuidado, se desarman los lazos de solidaridad, desarman las prácticas de cuidado y a su vez se desmantelan las estrategias de defensa de derechos.

El encierro como el único modo de respuesta ante la urgencia, no es una estrategia. No se puede utilizar la pandemia como excusa y borrar la lucha de trabajadorxs, usuarixs y Madres de plaza de Mayo, compañeres que disputaron la erradicación de lógicas de tortura y encierro por un enfoque de derechos humanos en el tratamiento de la salud mental.

Si se fortalece el manicomio, se rigidizan las prácticas y se borran las estrategias políticas, avanzan los manuales de un «buenhacer» y retrocede la clínica, trayendo aparejada una bur(r)ocratización de los procesos de atención y lxs profesionales de salud devienen en merxs funcionarixs de los dispositivos. Los proyectos en defensa de los derechos humanos se postergan y con ello aparece en escena las «vidas que merecen ser vividas... y las que no».

Es por ello que resulta crucial detenernos a pensar qué instituímos con nuestras prácticas, qué es posible hacer en momentos de perplejidad. Apelar a la cautela, la pausa, dar un tiempo, reconocer los límites y alcances posibles quizás puedan ser un segundo en combate. Los daños que produjo la pandemia son inconmensurables: las redes de salud, la comunidad, los lazos, la confianza, el estado de ánimo, la vida y el

porvenir. ¿Vamos a acomodarnos a una nueva normalidad que haga oídos sordos a semejante estruendo?

Cuando historizamos acerca del proyecto en S.E.DH.A. pensamos en dos momentos: uno de ellos el de inauguración en el 2019 y el otro en el 2020 con el comienzo de la pandemia. Este segundo momento abrió la posibilidad de re-pensar la institución que veníamos sosteniendo como Hospital de Día. Situar que nadie puede ubicarse por fuera de la pandemia nos devolvió la pregunta de cómo nos sosteníamos como equipo, asumiendo la responsabilidad sobre qué institución inventaríamos que nos permitiera un constante diálogo en conjunto con lxs usuarixs. Pregunta que poco a poco iría tomando otro cuerpo hasta la actualidad.

Toma presencia en tanto pregunta:

¿Cómo poner el cuerpo?

¿Cómo poner el cuerpo y no poner el virus?

Poner “el cuerpo” a secas no podía tornarse un mero mandato; sino la posibilidad de pensar el “cuánto cuerpo”, el “cómo cuerpo” y “cuál cuerpo”.

Las referencias entre días, horarios y fases se desdibujaban, pero la dirección de nuestras prácticas eran las mismas: el cuidado de lxs otrxs como política, nuestra clínica.

La oscilación entre la pertinente oferta de disponibilidad y los límites que situamos en la moral sacrificial, enmarcaron nuestras preguntas y oficiaron de faros para pensar qué es posible hacer.

Los fundamentos del proyecto S.E.DH.A no tratan de cuantificar presencias, la insistencia en torno a cuántas horas debían permanecer lxs usuarixs sino de la confección de lineamientos clínicos en cuanto a lo pertinente de esa presencia y permanencia. Angustias, desgarros, miedos, incertidumbres, cuerpo, presencia y proyectos a construir, en ese “entre” de un lado y del otro del teléfono resonaba, no sin interferencias. Había quienes sostenían sus tratamientos del otro lado del teléfono y que apostaban junto a nosotres, a inventar con nosotres. “O inventamos o erramos” citaba Edith por los pasillos del meet.

En el marco de una incertidumbre radical, el análisis de la dimensión subjetiva exige estudiar los atravesamientos económicos e institucionales en la vida cotidiana de las personas. En el futuro, posiblemente nada vuelva a ser como antes, ni siquiera las prácticas en salud mental.

Para transformar la realidad y nuestras prácticas es necesario asumir responsabilidades... Las dimensiones subjetivas y la posible producción de sufrimiento psíquico no admiten certezas sino hipótesis y preguntas.

Es menester asumir responsabilidades, ocupar lugares, pensar con otros; que si bien no es en singular, nunca es por fuera de un colectivo.

En la transmisión oral compartiremos algunas viñetas con las que nos encontramos en el mencionado segundo momento del Hospital de Día.

Bibliografía

- Altobelli, H., Farneda, P., Grandal L., (2014) *Entreveros y afinidades, clínica psicoanalítica, ética y nuevos dispositivos*. Entre Ríos, Argentina: Editorial Fundación la Hendija.
- Benedetti, E. (2015). *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático*. Serie Papeles de Trabajo. Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- Davoine, F. (2018) *La transferencia como interferencia*. Córdoba, Argentina: El espejo Ediciones.
- Ley 26.657 de 2010. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto reglamentario N ° 603/2013. Boletín Oficial, Buenos Aires, Argentina, 29 de mayo de 2013.
- Percia M. (2020) *sensibilidades en tiempos de hablas del capital*. Buenos Aires, Argentina: Editorial La Cebra
- Ponte Rodriguez, R. (1996) *Intervención en el Seminario Fundamentos de la Transferencia*, dictado con Alba Flesler y Analía Meghdessian. Escuela Freudiana de Buenos Aires. Disponible en <http://www.efba.org/efbaonline/rodriguezp-03.htm>
- Ulloa Fernando O (1995). *Novela clínica psicoanalítica Historial de una práctica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós

VIOLENCIAS COMO EMERGENTE EN CONTEXTO DE LA PANDEMIA COVID-19. EXPERIENCIA DESDE UN SERVICIO DE GUARDIA DE SALUD MENTAL

Yanina Soledad Cornejo, Lucila Sánchez y Marcela Claudina Volpi

Introducción

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró el estado de pandemia por la enfermedad Covid-19. En Argentina, el gobierno Nacional mediante DNU 297-2020, decretó el aislamiento Social Preventivo y obligatorio (ASPO) y posteriormente el Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DISPO) por DNU 1033-2020. Ambas acciones influyeron a nivel sanitario, social, educativo y económico. Como consecuencia, se ha observado variabilidad en la expresión de casos de violencia abordados desde la atención del servicio de guardia (urgencias y emergencias) por parte de los equipos interdisciplinarios de Salud Mental.

El objetivo de la investigación corresponde al análisis cualitativo y cuantitativo mediante el registro de libros de guardia y herramientas estadísticas, de los casos de violencia -bajo todas sus modalidades y formas- asistidos por parte de los equipos interdisciplinarios de Salud Mental de guardia, del "Hospital General de Agudos Vélez Sarsfield", desde inicio del ASPO hasta abril de 2021, resultando en la visibilización que permitió delimitar estrategias sanitarias acordes a la necesidad de las emergencias.

Capítulo I: Pandemia Covid-19 y organización de los sistemas de salud mental en Argentina

Principales medidas adoptadas en la República Argentina

La Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró con fecha 11 de marzo de 2020, el brote del nuevo coronavirus como una pandemia, denominada Covid-19.

Desde entonces se establecieron protocolos y guías de recomendaciones para el tratamiento de dicha enfermedad, así como también diversas afecciones relacionadas al “bienestar bio-psico-social”.

En la República Argentina, el gobierno nacional estableció la emergencia pública en materia sanitaria mediante la Ley N° 27.541 el día 12 de marzo de 2020, por el plazo de UN (1) año. Posteriormente instauró el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) como medida para evitar la propagación del virus, mediante el decreto de necesidad y urgencia 297/2020.

El decreto 297/2020, en su artículo 2, puso en vigencia el ASPO, disponiendo que desde el 20 de marzo de 2020 las personas no deberían concurrir a sus lugares de trabajo (salvo personal exceptuado por considerarse esencial) ni desplazarse por rutas o espacios públicos a fin de evitar la propagación del virus, agregando que “sólo podrán realizar desplazamientos mínimos e indispensables para aprovisionarse de artículos de limpieza, medicamentos y alimentos”. A raíz de dicha medida se suspendieron actividades laborales, escolaridad y turnos presenciales, abocándose el sistema de salud a la emergencia sanitaria y situaciones de urgencia.

Desde las instituciones de salud comenzaron a realizarse consultas virtuales, reglamentadas a partir de la ley y a prescribirse recetas electrónicas, Ley N° 27553: recetas electrónicas o digitales, y resolución del ministerio de salud 696/2020, autorizando la prescripción de las mismas en “formato de mensaje de texto o mensajes a través de aplicaciones de mensajería vía webmail o fax, en el marco del aislamiento social, preventivo y obligatorio”.

Con fecha 7 de junio de 2020 ante la continuidad de la situación de pandemia, el gobierno nacional, a través del decreto de necesidad y urgencia N° 520/2020, establece la prórroga del aislamiento social, preventivo y

obligatorio, determinando el “DISTANCIAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO”, vigente con diversas modificaciones hasta la fecha.

Por lo expuesto anteriormente, en relación a la salud mental, se produjeron cambios en los modos de abordaje. Las consultas dejaron de ser en forma presencial, debiendo los pacientes recibir tratamiento de manera remota y por vías tecnológicas: teleconsultas, videollamadas, plataformas Zoom y Meet.

Asimismo, se suprimieron varios dispositivos que planteaban estrategias de sociabilización: actividades grupales y la concurrencia a hospital de día.

Según un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 130 países de las seis regiones con representación de dicho organismo, entre junio y agosto de 2020:

La pandemia está provocando un incremento de la demanda de servicios de salud mental. El duelo, el aislamiento, la pérdida de ingresos y el miedo están generando o agravando trastornos de salud mental. Muchas personas han aumentado su consumo de alcohol o drogas y sufren crecientes problemas de insomnio y ansiedad. Por otro lado, la misma Covid-19 puede traer consigo complicaciones neurológicas y mentales, como estados delirantes, agitación o accidentes cerebrovasculares. Las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos o derivados del consumo de drogas también son más vulnerables a la infección del SARS-CoV-2 y podrían estar expuestos a un mayor riesgo de enfermedad grave e incluso de muerte. (Brunier, Drysdale, 2020, O.M.S.)

Es decir, se acrecentó la demanda en el sistema de salud pública y la concurrencia de pacientes a las guardias de hospitales generales por presentar sintomatología de salud mental, situaciones de violencia y descompensaciones de sus cuadros de base, profundizando el déficit en los servicios de salud, ya consignado en el “Plan de acción de salud mental 2015-2020” redactado por la OMS y OPS. Dicho plan, en el punto 31 expone que un problema esencial es la insuficiencia de recursos humanos y financieros dedicados a la salud mental y su inequitativa distribución, especialmente cuando se compara con la carga que representan los trastornos mentales y por uso de sustancias. Por otro lado, la estructura del gasto, en muchos casos, muestra que una

elevada proporción del presupuesto de salud mental se destina a los grandes hospitales psiquiátricos.

La equidad representa el modo en que una sociedad piensa la justicia en términos de distribución “equitativa” de la salud a través de una distribución, también equitativa, del acceso a los servicios sanitarios, y se constituye en falla normativa debido a que el mercado garantiza la eficiencia, pero no la equidad en la distribución. (Barrionuevo, 2003, P.16.)

Inclusión de los equipos interdisciplinarios de guardia de salud mental

A partir de la Ley N° 448, Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, sancionada en el año 2000 se incorporaron a los servicios de urgencia de los hospitales generales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los Equipos Interdisciplinarios de Guardia de Salud Mental (EIGSM), conformados por psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales.

Posteriormente, la Ley N° 1688 de CABA, Ley de prevención de la violencia familiar y doméstica, del año 2005, en su artículo 10 dispone que “la atención inmediata funcionará en los hospitales públicos de la ciudad desde una perspectiva interdisciplinaria, integrando los actuales servicios de salud mental especializados en la problemática de la violencia familiar doméstica”. En el mismo artículo obliga al funcionamiento durante las 24 hs. desde una perspectiva médica, psico-social y jurídica.

En consonancia con dichas leyes, en el año 2010 se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental, impulsando la creación de equipos interdisciplinarios de salud mental en las guardias de hospitales de todo el territorio argentino.

Capítulo II

Análisis de casos atendido por los EIGSM en un hospital general

Población asistida en guardia

El hospital general de agudos Dalmacio Vélez Sarsfield se encuentra situado en la comuna 10 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Según la estadística del año 2019, realizada sobre el departamento de urgencias, la población asistida en guardia, específicamente por los

equipos interdisciplinarios de salud mental, residía en un 44 % en el conurbano bonaerense, mientras que el 56% eran residentes de CABA.

Intervenciones realizadas por los equipos durante la pandemia por Covid-19

Para el presente diagnóstico se realizó una estadística de las prestaciones brindadas por los equipos interdisciplinarios de salud mental, desde marzo de 2020 hasta abril de 2021, en la guardia del Hospital Vélez Sarsfield. Para ello se tuvo acceso a los libros de registro de Trabajo Social, Psicología y Psiquiatría, utilizados a diario en dicho servicio.

El total de prestaciones de situaciones de violencia brindadas a la población en este período fue de 71, de las cuales el 31% fueron de niños/as y adolescentes y el 69% población adulta. Discriminadas por género el 88,7% fueron mujeres y niñas, mientras que el 11,3% varones y niños.

De estos datos se desprende que quienes más concurrieron a la guardia durante el ASPO y DISPO por episodios de violencia fueron las personas mayores de edad, particularmente mujeres y niñas.

Respecto a la residencia de personas usuarias, el 81,7% (58) poseía domicilio en CABA, el 16,9% (12) residía en el Gran Buenos Aires y el 1,4% (1) se encontraba en situación de calle.

Entre los motivos de consulta se destacaron los siguientes: abuso sexual infantil, violencia doméstica, embarazo no deseado, intento autolítico, crisis de angustia, intoxicación alcohólica, consulta dermatológica, insomnio, violencia de género, violación, cefalea, sobreingesta medicamentosa, convulsiones, abuso sexual, violencia verbal y psicológica, infección en miembros inferiores, violencia obstétrica, sospecha de abuso, autolesiones, fractura de brazo, violencia institucional, evaluación interdisciplinaria por oficio judicial, *bullying* y excitación psicomotriz.

Dichas consultas fueron agrupadas según los tipos de violencia enunciadas en la "Ley Nacional de protección integral a las mujeres, N° 26.485", arrojando los siguientes resultados: violencia sexual 25 casos, violencia física 20, psicológica 16, psico-física 7, violencia económica 2

Según la forma en que se manifestaron en los diversos ámbitos se observaron las siguientes modalidades: doméstica (58 casos), callejera (6 casos), institucional (5 casos) y laboral (2 casos).

Si bien en el recuento de intervenciones se observa que 22 de ellas fueron con niños/as y adolescentes, de la totalidad de las mismas ninguna fue derivada por el ámbito escolar.

Siguiendo la línea del modo de derivación, el 43,7% (31) fueron por intervención policial.

En relación a tratamientos realizados por salud mental, el 66,2 % de pacientes asistidos (47) no tenían antecedentes de tratamiento por salud mental, el 33,8 % sí.

Las intervenciones del equipo fueron las siguientes: realizar contención y asesoramiento, indicar inicio o continuidad de tratamiento por salud mental, aplicar protocolo de abuso sexual, dar intervención policial, proceder a derivaciones a los diversos organismos de protección de derechos de niños (Consejo de los Derechos de Niños, niñas y adolescentes, Defensorías de Niños/as y Adolescentes, Servicios locales de promoción y protección de derechos de niños) y de personas adultas, como Oficina de Violencia Doméstica, línea 137, fiscalías, Cámara Civil de apelaciones y juzgados Civiles (11 casos).

Conclusiones

Por lo expuesto anteriormente podemos arribar al siguiente diagnóstico: durante el “Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio” y el “Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio” se incrementó, en el hospital de referencia, el porcentaje de la población asistida por los equipos de salud mental de guardia, residente de CABA, pasando del 56% al 87,7%, y disminuyendo las personas usuarias con domicilio en el conurbano bonaerense. A nuestro entender se debe a las dificultades para llegar al centro de salud de referencia, baja accesibilidad a los medios de transporte, entre otros.

Es importante destacar que las situaciones detectadas de violencia de género en mujeres adultas duplicaron las de niñas, niños y adolescentes. Previo al ASPO y DISPO asistíamos a diario a menores de edad derivados de escuelas pertenecientes al área programática del nosocomio, pasando a cero consultas realizadas desde instituciones educativas.

Esto nos lleva a pensar que la virtualidad escolar no permitió visibilizar episodios de maltrato infantil, vulnerando varios de sus derechos, particularmente el “derecho del niño a ser oído”.

Continuando con el análisis, nos parece importante denunciar que el organismo de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes en CABA, “Consejo de los Derechos de Niños/as y Adolescentes”, durante la pandemia y a la actualidad, dejó de asistir a las guardias hospitalarias, limitando su intervención a comunicaciones telefónicas y vía correo electrónico, obligando a los equipos a evaluar y firmar actas y acuerdos con las familias de los pacientes.

Los organismos de protección de derechos de mujeres siguieron funcionando, con algunas limitaciones.

Según el tipo de violencia se atendió: en su mayoría casos de violencia sexual (35%), seguido por física (28%), psicológica (22,5%), psico-física (10%) y en menor medida económica (3%) y múltiple (1,5%).

Para concluir, nos parece menester destacar que, como agentes de salud, debemos hacer hincapié en la prevención de casos de violencias. La pandemia soslayó la visibilización de muchas de estas situaciones. Al respecto la OPS señala:

“Una proporción considerable de los costos de la violencia corresponde a su repercusión en la salud de las víctimas y a la carga que impone a las instituciones sanitarias (2), de ahí que el sector de la salud esté especialmente interesado en la prevención y tenga un papel clave que desempeñar al respecto”. (Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud, 2002, Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen, 2002. P.11.).

Bibliografía

- Barrionuevo, H. (2003). *Gestión del programa médico obligatorio en salud mental*. ISALUD.
- Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen.* (2002) Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.

- Ley N° 448: Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2000.
- Ley N° 1688: Ley de prevención y asistencia a las víctimas de violencia familiar y doméstica. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2005.
- Ley N° 26.485: Ley Nacional de protección integral a las mujeres. Boletín oficial de la Nación Argentina. 11 de marzo de 2009.
- Ley N° 27541: Ley de solidaridad social y reactivación productiva en el marco de la emergencia pública. Boletín oficial de la Nación Argentina. Ciudad de Buenos Aires, 23 de diciembre de 2019.
- Ley N° 27553 : Ley de recetas electrónicas o digitales .Boletín oficial de la Nación Argentina. Ciudad de Buenos Aires, 11 de agosto de 2020.
- Plan de Acción de Salud Mental 2015-2020. (2014). (En línea) Página web oficial Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el 19/06/2021 de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-de-accion-sm-2014.pdf>.
- Resolución 696/2020. Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Ciudad de Buenos Aires, 31 de marzo de 2020.
- Los servicios de Salud Mental se están viendo perturbados por la Covid-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS.2020. (En línea). Página web oficial Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 19/06/21 de <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>.

ACERCA DE LXS AUTORES

ALEJANDRA GABRIELA INÉS ACCHURA LLANOS

Licenciada en Trabajo Social, docente de la universidad nacional de Jujuy en la cátedra práctica de Trabajo Social Familiar; miembro del servicio social universitario; miembro del consultorio de adolescencia en el Hospital Wenceslao Gallardo; referente regional de trabajo social de la región sanitaria Valles; miembro del equipo interdisciplinario de salud mental y adicciones en Centro de Rehabilitación Dr. Vicente Arroyabe; estudiante del Doctorado en Ciencias Sociales.

NAZARENA ALEGRE

Trabajadora Social y docente en la materia La transversalidad de género(s) en las Políticas Públicas (UBA). Profesora Superior en Trabajo Social por la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA. Participa del grupo de investigación “Discursos y prácticas en/desde las políticas públicas en la Argentina reciente. Estudios de intervención/investigación con perspectiva de género(s) y feminismo(s)”. Integra el espacio interdisciplinario de pensamiento crítico y revista digital *Giro Copernicano*; y participó en “Perspectiva de géneros. Experiencias interdisciplinarias de intervención/investigación”, compilado por Marcela País Andrade (2018).

MIRANDA ARFELIZ

Licenciada en Psicóloga. Coordinadora de Hospital de día S.E.DH.A.

VICTORIA ARGANARAZ

Licenciada en Terapia Ocupacional (UBA). Residente del Hospital Nacional en Re “Lic. Laura Bonaparte”.

JULIO ARRIOLA

Licenciado en Psicología. Integrante de la Red Territorial de Salud Mental y Adicciones del Municipio de La Matanza. Docente de la materia Psicología psicoanalítica, de la carrera de Psicopedagogía (Instituto Superior “Pbro. José Mario Pantaleo”, González Catán).

MARINA BALLONI AGUILAR

Licenciada en Trabajo Social. Residente del Servicio Social del Hospital Tornú. Actualmente cursando diplomatura en Educación Sexual Integral.

MANUEL BARAVALLE

Licenciado en Psicología (UNR) en Hospital de día S.E.DH.A. Coordinador “Programa Jaquemateando”.

PRISCILA BECERRA

Licenciada en Comunicación Social (UNER). Residente de tercer año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental de Paraná con sede en el Hospital Escuela de Salud Mental (HESM). En el marco de dicha formación ha realizado rotaciones en dispositivos hospitalarios y en Centros de Atención Primaria de la Salud. Actualmente integra el grupo coordinador del Dispositivo de Atención Sociocomunitario del HESM y es parte de la Dirección de Salud Mental en APS y del Programa de Prevención del Suicidio dependiente de dicha Dirección.

SELVA BIANCHETTI

Licenciada en Psicología (Universidad Nacional de La Plata). Técnica en Minoridad y familia 2003 (UNLZ). Especialista en Psicología Jurídica (Posgrado Colegio de Psicólogos Distrito XII 2019). Psicóloga durante 20 años en el Centro Provincial de Asistencia CPA (Berazategui-Quilmes). De 2018 a 2021, coordinación –Jefatura de sala del CPA Quilmes centro.

AGOSTINA BONBONI

Médica especializada en medicina general. Formación de posgrado en Residencia de Medicina General Troncos del Talar (Tigre). Actualmente se desempeña como médica generalista del departamento de Salud Integral, formando parte del grupo de mujeres liberadas.

MARÍA FLORENCIA BURGHARDT

Psicóloga Clínica (Concurrencia completa Hospital General de Agudos F. Santojanni); actualmente Becaria del Hospital de Pediatría P. Garrahan y Psicóloga de guardia en el Hospital General de Agudos C. Grierson (Villa Lugano, CABA.)

PALOMA BURGOS

Licenciada en Psicología (USAL), actualmente se encuentra realizando la Carrera de Especialización en Salud Mental Comunitaria (UNLA). Desde el año 2020, desempeña su labor en la Dirección de Epidemiología de la provincia de La Pampa. Fue miembro participante del equipo de abordaje territorial del Hogar de Cristo-Padre Mujica (2016-2018).

NATALIA VERÓNICA CAMPOS

Licenciada en Psicología (UBA). Realizó la Concurrencia en el Hospital General de Agudos Parmenio Piñero del 2001 al 2006. Trabaja en el Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte" desde el año 2013, desarrollando su actividad en el área de Internación y actualmente como Jefa del Servicio de Atención para la Protección de las Políticas de la Infancia.

JULIETA CHEVALIER

Licenciada en Trabajo Social (UBA). Especialización en Salud Social y Comunitaria por la Universidad de Luján. Integrante del equipo interdisciplinario del Dispositivos de Atención a la Demanda Espontánea y Consultorios Externos del Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte". Coordinadora de grupo de mujeres y disidencias que atraviesan situaciones de violencia de género.

YANINA SOLEDAD CORNEJO

Médica (UBA). Ex residente de psiquiatría del Hospital Ramón Carrillo Malvinas Argentinas. Especialista en Psiquiatría (UBA). Especialista en Medicina Legal (UBA). Médica legista, ex Policía Metropolitana, CABA. Psiquiatra de guardia del Hospital General de Agudos Abel Zubizarreta y suplente de guardia del Hospital General de Agudos Vélez Sarsfield.

MARÍA VICTORIA DEBARNOT

Licenciada en Trabajo Social (UBA). 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 en Red "Lic. Laura Bonaparte" desde septiembre de 2016, desarrollando su actividad en el Servicio de Atención para la Protección de las Políticas de la Infancia.

DENISE DEMARCO

Licenciada en Psicología (UBA). Especialista en Clínica con orientación psicoanalítica (UBA). Actualmente coordina el dispositivo de Abordaje Territorial y Casas amigables en Salud Mental del Hospital Nacional Laura Bonaparte.

MARÍA BELÉN DEVOTO

Licenciada en Antropología Social y Cultural (UNSAM), maestranda en Estudios y Políticas de Género (UNTREF) y actualmente se encuentra realizando la Carrera de Especialización en Salud Mental Comunitaria (UNLA). Desde el año 2021, se desempeña como antropóloga en el Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte".

MARÍA PAULA DEVOTO CÓRDOVA

Licenciada en Terapia Ocupacional (UBA), ex jefa de residentes del Htal. Tobar García, TO de planta del Svc de rehabilitación del Htal Borda.

LAURA DI PAOLA MACIEL

Licenciada en Trabajo Social. Profesional interina del Hospital Interzonal Especializado en Toxicología y Salud Mental "Reencuentro" de la ciudad de La Plata.

DAIANA ENRIQUEZ

Licenciada en Trabajo Social (UNLP).

SILVINA ESPÓSITO

Médica de planta, psicoanalista, especialista en Educación y Promoción de la salud. Integrante de equipos interdisciplinarios de atención clínica. Coordinadora del equipo de trabajo de Lecturas en diversidad que funciona en la biblioteca infantil del Servicio de Pediatría.

PAULA ETCHART

Licenciada en Trabajo Social (UNR). Coordinadora del centro de salud Juana Azurduy

ROCIO FABBIO

Licenciada en Psicología (UBA), maestranda en Problemáticas Sociales Infanto Juveniles (UBA) en el marco de una beca de maestría UBACyT 2020/2022. Forma parte del equipo de investigación de la cátedra Introducción a los Estudios de Género de la Facultad de Psicología de la UBA desde el año 2018.

GABRIEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

Médico (UNL). Residente de tercer año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, con sede en el Hospital Escuela de Salud Mental. Integra el equipo de coordinación del Dispositivo de Atención Sociocomunitario que depende del Hospital Escuela de Salud Mental. Participó en eventos científicos en carácter de expositor y asistente.

MARIANO FIUMARA

Licenciado en Psicología. Integrante de la Red Territorial de Salud Mental y Adicciones del Municipio de La Matanza. Docente de la materia Teoría y Técnica de Grupos, Cátedra II de la carrera de Psicología (U.B.A.).

PATRICIA FRIDMAN

Licenciada en Psicología y Sociología (UBA). Ex residente de Psicología Clínica del Hospital Cosme Argerich. Formé parte durante 6 años del equipo de Atención a la Demanda Espontánea en el Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte". Docente de Salud y Derechos Humanos de la Licenciatura en Enfermería, UNQ. Directora del CISDYR "Julio Méndez" de la Secretaría de Salud de Quilmes. Coordinadora de ESAMEC.

GABRIELA GALLAND

Licenciada y profesora de Psicología (UBA). Integrante del equipo interdisciplinario del Dispositivos de Atención a la Demanda Espontánea y Consultorios Externos del Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte". Coordinadora de grupo de mujeres y disidencias que atraviesan situaciones de violencia de género.

MARÍA ISABEL GHIRONI

Licenciada en Enfermería, Especialista en Salud Mental, Maestranda de Salud Mental Comunitaria (UNLA). Egresada Risam. Actualmente trabaja en el Hospital Nacional en Red "Licenciada Laura Bonaparte", miembro del Movimiento Argentino de Trabajadores de Enfermería (M.A.T.E.).

NADINA GOLDWASER

Licenciada en Psicología (UBA). Psicoanalista. Psicodramatista. Miembro de Forum Infancias. Integrante del Área de Asesoramiento del Cuerpo de Abogadas para víctimas de violencia de género del Ministerio de Justicia y DD.HH. de la Nación. Colaboradora docente de pre y post grado en el Servicio de Pediatría del Programa Familias Vulnerables (Servicio de pediatría y servicio social del Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú).

SOFÍA B. GONZÁLEZ

Licenciada en Psicología. Docente. Trabajadora de la salud en el área de género y violencias. Activista del área Académica de la Secretaría de Abordaje de los Consumos Problemáticos - FALGBT.

DANIEL HENDLIN

Licenciado en Composición con Medios Electroacústicos, Terapeuta de shiatsu y acupuntura, y Médico residente de psiquiatría. Trabaja en el Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” en el departamento de Formación, Docencia e Investigación. Escribe e investiga sobre diferentes temáticas relacionadas al campo de la salud mental.

TATIANA JARES

Concurrente de Musicoterapia (4to año) del Hospital Gutiérrez.

MARIANO KANTOR

Médico Psiquiatra (UNR) del Hospital de Día S.E.DH.A. Médico psiquiatra en el Servicio de Salud Mental del Hospital Roque Sáenz Peña.

MARÍA EUGENIA LABATE

Residente de Musicoterapia (3er año) del Hospital Gutiérrez.

GRISEL LENCI

Licenciada en Psicología (UBA). Investigadora UBACYT. Maestranda en Estudios interdisciplinarios de la subjetividad (UBA). Diplomada en Salud Mental y Derechos Humanos (UNPAZ). Psicóloga en el Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”: Servicio de Atención a la demanda espontánea, Servicio de Consultorios externos, y Servicio de Salud integral: Espacio de atención integral LGTBIQ+ y Espacio IVE.

NOELIA LINCUEZ CARRIÓN

Licenciada en Psicología (2015), psicoanalista, concurrente de salud mental del Hospital Tobar García (desde 2017). Actualmente en rotación por el Equipo de Familias Vulnerables del Hospital Tornú.

DANIELA MARIN

Licenciada en Psicología, Servicio de Salud Mental del Hospital Nacional de Pediatría “Prof. Dr. Juan P Garrahan”.

SOFÍA MARINO

Licenciada en Psicología (UBA). Integrante del equipo interdisciplinario del Dispositivos de Atención a la Demanda Espontánea y Abordaje Territorial del Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte". Coordinadora de grupo de mujeres y disidencias que atraviesan situación de violencia de género.

ANA MELISA MARTÍNEZ

Licenciada en Psicología. Profesional interina del Hospital Interzonal Especializado en Toxicología y Salud Mental "Reencuentro" de la ciudad de La Plata.

JUDITH DEL VALLE MARTÍNEZ

Musicoterapeuta de planta del Servicio de Pediatría del Hospital Tornú. Integrante de los equipos Familias Vulnerables y Acompañamiento a las Crianzas. Coordinadora local de rotación de residentes y concurrentes de musicoterapia, CABA. Docente Adjunta a cargo de la Cátedra Grupo de Improvisación en Musicoterapia (UBA). Directora del Programa de Extensión Universitaria "Musicoterapia en Primera Infancia. Abordajes del vínculo y la comunicación".

MARIA BELÉN MARTINO

Licenciada en Terapia Ocupacional (UBA), diplomada en Salud Mental y DDHH (UNPaz), ex jefa de residentes del Htal. Alvear, TO de planta del Svc de rehabilitación del Htal Moyano.

MÓNICA MONTOYA

Licenciada en Psicología (UBA). Residente del Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte".

MARÍA AGUSTINA MUCHIUTTI

Licenciada en Trabajo Social (UNER). Actualmente residente de tercer año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental de la ciudad de Paraná con sede en el Hospital Escuela de Salud Mental. Actualmente

integra el grupo coordinador del Dispositivo de Atención Sociocomunitario que depende del Hospital Escuela de Salud Mental. Docente de la Tecnicatura Universitaria en Cuidados de FTS-UNER.

LAURA NAVARRO

Psicoanalista. Licenciada en Psicología (UBA). Formé parte de las prácticas en el Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte". Coordinación de los 5 Dispositivos Territoriales Comunitarios de SEDRONAR en el distrito de Quilmes conveniados con la Secretaría de Salud del Municipio de Quilmes.

ERIK G. NAVARRO CNOBEL

Licenciado en Psicología, trabajador de la salud mental. Diplomando en Estudios Avanzados en Psicoanálisis (UNSAM). Activista del área Académica de la Secretaría de Abordaje de los Consumos Problemáticos - FALGBT.

CLARA NOCETI

Médica (UBA). Maestranda en epidemiología, gestión y políticas en salud (UNLa). Diplomada en Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria (CLACSO). Realizó su residencia en Medicina General y Familiar con sede en el CESAC 5 dependiente del área programática del Hospital Santojanni. Becaria de la Dirección de Docencia, Capacitación y Desarrollo Profesional del GCBA, y médica generalista del Departamento de Salud Integral del Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte", del cual forma parte el dispositivo de atención integral LGTBIQ+.

RUTH NUDELMAN

Licenciada en Terapia Ocupacional (UNSaM). Residente del Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte".

MILAGROS LUJÁN OBERTI

Maestranda en Comunicación y Cultura, Lic. y Prof. en Ciencias de la Comunicación (UBA). Investigadora becaria de Maestría UBACYT (UBA). Docente en "Problemática de la Salud Mental en Argentina", Carrera de Trabajo Social (UBA). Integrante del Grupo de Estudios Sobre Salud

Mental y Derechos Humanos (GESMyDH) del Instituto de Investigaciones Gino Germani. Investigadora en Programa de Reconocimiento Institucional de Investigaciones (PRII, UBA) Programación 2020-2022.

ANAHÍ ORTIZ

Licenciada en Psicología (UBA). Ex- Residente y Ex-Jefa de Residentes de la Residencia de Psicología del Hospital Municipal 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 (UNSAM) y Especialización en Drogadependencias (UNT). Psicóloga clínica en el dispositivo Consultorios externos Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte".

MILVA PENTITO

Enfermera (UBA), docente en formación en ISFD Sedeba y Residente de primer año en el Hospital Nacional en Red "Lic Laura Bonaparte".

FLORENCIA PIRIS

Médica pediatra, psiquiatra infantojuvenil. Integrante de equipos interdisciplinarios en el servicio de pediatría. Integrante del comité de prevención de las violencias del Hospital Tornú.

MARÍA PULPEIRO

Médica pediatra del Servicio de Pediatría del Hospital E. Tornú. Miembro del Equipo de Atención de Familias Vulnerables y del Equipo de Crianzas. Docente de la UBA.

MAYRA PUYO

Licenciada en Psicología, Prof. de Enseñanza Media y Superior en Psicología, Perito Psicóloga. Personal de Programa Familiar (Programa Médicos Comunitarios) y del dispositivo Diasc de Sedronar, ambos dentro del distrito de La Matanza. Docente de la UA Psicoadicciones, en Medicina de la UNLaM.

VIVIANA REDONDO

Médica clínica y psiquiatra, Psicoanalista. Ex residente de PFC. Ex concurrente y becaria del CSMN 3 A. Ameghino. Miembro de Kilmes encuentros psicoanalíticos.

JULIANA REVELLES

Licenciada en Psicología (UADER). Residente de tercer año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental de la ciudad de Paraná con sede en el Hospital Escuela de Salud Mental. Actualmente integra el grupo coordinador del Dispositivo de Atención Sociocomunitario que depende del Hospital Escuela de Salud Mental y realiza tareas asistenciales en Consultorio externo y Guardia de dicha institución.

SOLEDAD RÍOS SANTA CRUZ

Enfermera Profesional (UNR). Instituto cardiovascular de Rosario, enfermera en hospital de día S.E.DH.A.

ANDRÉS RODRÍGUEZ EVANS

Licenciado en Psicología (UBA). Trabaja en el Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte" y actualmente coordina el dispositivo de Cuidados en la Urgencia del hospital.

CAROLINA ROMEU

Licenciada en Psicología, Becaria de perfeccionamiento en psicología de enlace en Servicio de Salud Mental del Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. Juan P Garrahan".

PAOLA ROSERO JIMÉNEZ

Abogada (Universidad Nacional de Colombia). Especialista en Instituciones Jurídico Penales (UNC). Conciliadora (UNC). Diplomada en Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario (UNC). Coordinadora del Programa Especial para la Atención a Víctimas de Violencia Policial. Dirección de Orientación, Acompañamiento y Protección a Víctimas (DOVIC). Ministerio Público Fiscal.

MARTÍN SABELLA

Licenciado en Psicología (UBA). Psicoanalista. Psicólogo integrante de la Secretaría de Salud Municipio de Quilmes. Responsable de la Comisión Quilmes y sus Psicoanalistas del Colegio de Psicólogos de la Prov. de Bs. As. Distrito XII.

LORENA SÁNCHEZ

Estudiante de Licenciatura en Trabajo Social (IUNMa), Diplomatura en adicciones, Operadora socioterapéutica (Sedronar). Forma parte del Departamento de Redes (Abordaje Territorial) del Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte" y del dispositivo de atención integral LGBTIQ.

LUCILA SÁNCHEZ

Licenciada en Trabajo Social (UNLAM). Ex concurrente del Hospital General de Agudos Vélez Sarsfield. Diplomada Universitaria en políticas, planificación, gestión y administración de instituciones y servicios de salud mental AASM. Ex Coordinadora de Hogares de Salud Mental, DGSAM CABA. Suplente de guardia y Trabajadora social de planta, Hospital Vélez Sarsfield.

FLORENCIA SCIORRA

Licenciada en Psicología (UBA), 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 "Lic. Laura Bonaparte".

CELESTE SILANES

Licenciada en Psicología. (UBA). Psicoanalista. Diplomada en Gestión en Salud, Fundación Soberanía Sanitaria (UNDAV). Maestranda en psicoanálisis, Facultad de Psicología (UBA). Docente de la cátedra Psicoanálisis Freud I de la Facultad de Psicología (UBA). Docente de la práctica Articulación Comunitaria III del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Arturo Jauretche. Directora del Centro de Integración Comunitaria "María Eva" de la Secretaría de Salud del Municipio de Quilmes. Coordinadora de ESAMEC.

JUAN M. SILVA

Licenciada en Psicología, docente en la Facultad de Psicología (UBA), psicoanalista. Diplomando en Géneros, Feminismos y Derechos Humanos (UNQ). Activista del área Académica de la Secretaría de Abordaje de los Consumos Problemáticos de la Federación Argentina LGBT.

EVE SIMONOTTO

Licenciada en Trabajo social, Jefa del Servicio Social del Hospital E. Tornú, Docente de la carrera de Trabajo Social (UBA), miembro del Equipo de Atención de Familias Vulnerables desde su creación.

AYELÉN SOLDÓ

Licenciada en Psicología (UNR). Hospital de Día S.E.DH.A.

DÉBORA TAJER

Psicoanalista, docente e investigadora. Licenciada y Doctora en Psicología (UBA) y Magíster en Ciencias Sociales y Salud (FLACSO/CEDES). Docente adjunta a cargo de la Cátedra Introducción a los estudios de Género y Profesora adjunta regular de la Cátedra Salud pública/salud mental II en la Facultad de Psicología (UBA). Es directora de Proyectos de Investigación UBACyT en Salud, Subjetividad y Género desde 1998. Co-compiladora *Psicoanálisis y Género Debates en el Foro*, con Irene Meler (Lugar 2000), autora de *Heridos Corazones* (Paidós 2009), de *Psicoanálisis para todxs. Por una clínica pospatriarcal, posheteronormativa y poscolonial*, (Topía, 2020) y autora principal de *Niñez, Adolescencia y Género. Herramientas Interdisciplinarias para equipos de Salud y educación* (Noveduc, 2020).

ERICA TEJERA

Licenciada en Psicología (UBA). Psicoanalista. Posgrado en clínica psicoanalítica de niños, niñas y adolescente, Hospital General de agudos José María Ramos Mejía. Docente de nivel inicial, ISFD N 50. Ex docente en "Clínica en salud mental", Facultad de Psicología UBA. Fue parte del Servicio de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes de la municipalidad de Quilmes. Posteriormente estuvo a cargo de la construcción de lineamientos de los Dispositivos territoriales de la SEDRONAR y

fue coordinadora nacional de las prácticas asistenciales desde su conformación. Actualmente forma parte del equipo de coordinación de Salud Mental del municipio de Quilmes.

LOLA TOLOSA

Licenciada en Psicología (UNR) en Hospital de Día S.E.DH.A.

CINTIA GISELA TORRES

Licenciada en Trabajo Social (UNLu). Residente de segundo año de la Residencia de Trabajo Social del Hospital General Zonal de Agudos Blas Lorenzo Dubarry de la Ciudad de Mercedes, Buenos Aires. Cursante de la Diplomatura “Políticas Públicas en Salud Mental” del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y de la Diplomatura “Salud Mental y Problemáticas Actuales en las Infancias y Adolescencias” de la Asociación Argentina de Salud Mental.

NOELIA TULIANO

Médica (UBA). Diplomada en Posgrado de cannabis, regulación y política de drogas (UNQUI). Realizó Residencia en Medicina General y Familiar en CeSAC 45 dependiente del Área Programática del Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía. Médica generalista del Departamento de Salud Integral del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”, del cual forma parte el dispositivo de atención integral LGBTQ+.

PAULA UZAL

Ex Residente de Musicoterapia del Hospital Elizalde.

LUCÍA VASALLO DEL GIORGIO

Licenciada en Psicología, trabaja en la Dirección de Género y Diversidad del Ministerio de Salud, participó de la elaboración del artículo siendo Becaria de Salud Mental del Hospital Nacional de Pediatría “Prof. Dr. Juan P Garrahan”.

ANDREA VÁZQUEZ

Licenciada en Psicología (UBA). Magister en la problemática del uso indebido de drogas (UBA). Doctora en Psicología (UBA). Profesora Adjunta Cátedra II de Salud Pública y Salud Mental. Facultad de Psicología (UBA). Integrante del Programa Especial para la Atención a Víctimas de Violencia Policial. Dirección de Orientación, Acompañamiento y Protección a Víctimas (DOVIC). Ministerio Público Fiscal.

MARCELA CLAUDINA VOLPI

Licenciada en Psicología (UBA). Especialidad clínica. Especialista en psicología cognitivo conductual (UAI). Especialista en psicología del deporte (UCA), Asociación Argentina del Deporte. Curso de posgrado en psiquiatría y psicología de Urgencia (ANA). Psicóloga de guardia Hospital general de Agudos Vélez Sarsfield. Salud Mental Responde.

GISELLE MARIANNE YODATO

Enfermera Universitaria. Egresada RiSaM. Actualmente miembro del equipo de Guardia interdisciplinaria del Hospital Nacional en Red "Licenciada Laura Bonaparte", miembro del Movimiento Argentino de Trabajadores de Enfermería (M.A.T.E.).

SOBRE EL SELLO EDITORIAL

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 Ley N°. 26.743.

El sello Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, de distribución gratuita, apunta a contribuir a 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.

“En esta oportunidad, la convocatoria se realizó a partir del lema ‘Las violencias: plurales necesarios. Estrategias de abordaje desde el sistema de salud’. No fue azaroso nombrarlas en plural, sino que respondió al objetivo de poder explicitar y abordar sus distintas dimensiones: violencias en el ámbito de la salud, institucional, mediática, laboral, doméstica, por motivo de odio racial, religioso, de género o a la orientación sexual, identidad de género o su expresión, etc. A su vez, se buscó poder explorar la perspectiva socio-histórica de las violencias y las estrategias de cuidado ante dichas situaciones: los dispositivos e intervenciones para su abordaje”.

Fragmento del prólogo de Edith Benedetti.

Sobre la 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.



Hospital Nacional en Red
Lic. Laura Bonaparte



Ministerio de Salud
Argentina



SERIE JORNADAS Y CONGRESOS

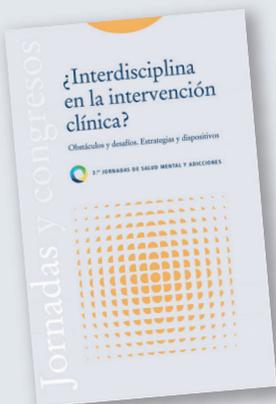
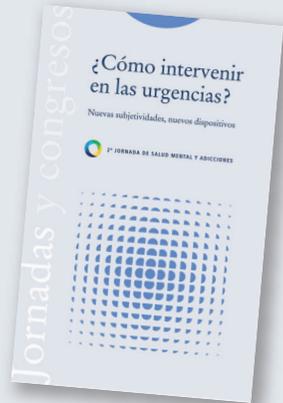


1^{era} Jornada de Salud Mental y Consumos Problemáticos

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.