



Relatos de la transformación

Debates y Experiencias en Salud Mental



Ministerio de Salud
Dirección Provincial de Salud Mental

Santa Fe
Provincia

Número 2

ISSN - 3008-8070

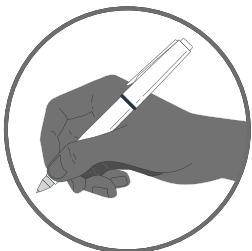
Noviembre del 2023

Ministerio de Salud

Dirección Provincial de Salud Mental

Dr. Zavalla 3361 (S3000GVW), Santa Fe

Provincia de Santa Fe



Relatos de la transformación

Debates y Experiencias en Salud Mental

Ministerio de Salud
Dirección Provincial de Salud Mental

Santa Fe
Provincia

Autoridades

Provincia de Santa Fe

Ministra de Salud
Sonia Martorano
Secretario de Salud
Jorge Prieto

Dirección Provincial de Salud Mental

Directora
Celina Pochettino

Equipo Editorial

María Eugenia Padrón
Luciana Galloni
Carla Carini
Laura Pallero
Enrique Stein
Maximiliano Mó
Victoria Nardi
José Alberdi

Compilación: **María Eugenia Padrón**
Diseño: **Javier García Alfaro**
Comunicación: **Ignacio Blaconá y Esteban Doyle**
Colaboración: **Emiliana María Giussani**
Contacto: relatosdelatransformacion@gmail.com

7 Editorial

Cuaderno de experiencias en salud

- 11 **Sobre las nuevas institucionalidades. La experiencia del Centro Territorial de Salud Mental La Posta Norte: Franco Rotelli en la ciudad de Rosario**
Celina Pochettino, Florencia Orpinell y Verónica Almeida
- 17 **Entre-lazadas. Relatos de intervenciones en el contexto carcelario**
Erica Leuffen, Laura Peretti y Vanina Román
- 21 **Por una sociedad sin manicomios. El proyecto de transformación institucional de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros**
Mariana Chidichimo y Agustina Barukel
- 26 **¿No es acaso todo esto la salud mental?**
Yamila Ase y Valeria Sanchez
- 29 **Pichincha: el arrabal de un territorio en construcción**
Andrea Bordignon, Andrea Druetto, Gabriel Fernández, Lucía Malacrida, Antonela Marchi, Melanie Novell y Delfina Gabriela Rossi
- 31 **Una mirada integral en salud: enlazando subjetividades**
Sofía Aguirre y Cecilia Murillo
- 36 **Manifiesto: la palabra como refugio**
Natalia Quintana
- 38 **La Correntina: de escenas de resistencia al riesgo**
María Delfina Moreyra Sahd
- 41 **Los procesos de salud mental en interpellación por las personas usuarias**
Laura Y. Kisielewsky
- 45 **“Bagallitos” en el ropero**
Hernán Matías Miserés
- 46 **Entrevista a Emiliano Galende**

Discusiones del campo

- 51 **Urgencias subjetivas en dispositivos de salud. Apuntes desde la psicología**
Luciano Simón



Facebook Dirección de Salud Mental

Editorial

La publicación *Relatos de la transformación. Debates y Experiencias en Salud Mental* constituye un espacio de incidencia para habitar la cultura que queremos transformar. Este proceso editorial, a su vez, se inscribe en un movimiento más amplio que esta instancia nos convoca a historizar.

En este sentido, en febrero de 2021, en el medio de un contexto sin dudas complejo, un conjunto de trabajadoras y trabajadores de salud asumimos el desafío de dar un paso al frente en la Dirección Provincial de Salud Mental (DPSM) de Santa Fe. Nuestra experiencia en la gestión estuvo signada por una conjunción particular, entre el momento vital excepcional que supuso la pandemia por COVID-19 y la necesidad de imprimir una orientación estratégica y de largo plazo a la política de salud mental provincial, con la mirada puesta en la transformación del modelo de atención y cuidados.

Atender a la urgencia, rediseñar y sostener objetivos y orientaciones existentes y, a la vez, pensar, proyectar y planificar una política para los próximos 8 años fue nuestro más ambicioso propósito. En este momento de concluir, proponemos una reflexión de lo hecho que ponga en valor todo el trabajo realizado, pero que también se detenga a compartir lo aprendido, los problemas detectados, los desafíos hacia el futuro.

Quienes formamos parte de este Equipo de Gestión –en sentido estricto y quienes habitaron comprometidamente la meso gestión– hemos sido protagonistas de las transformaciones en las prácticas del campo que nuestra provincia viene impulsando hace al menos 20 años; fuimos partícipes de la puesta en marcha de experiencias innovadoras, colaboramos a su fortalecimiento, y peleamos por contrarrestar sus debilidades. Todo ese acumulado forma parte de un acervo en el que se fueron sedimentando ideas, convicciones, proyectos. La oportunidad de estar al frente de la gestión de la Dirección en estos años significó para nosotras y nosotros volverlas una estrategia colectiva.

Esa estrategia diseñada fue nuestro horizonte para la puesta en marcha de una política de Estado, y tomó el nombre de *Plan Provincial de Salud Mental 2022-2028* (Resolución N° 0990, 2023), una propuesta fundada en la más firme convicción de que la política pública en salud mental de Santa Fe exige consolidar las experiencias en políticas.

Para nosotras y nosotros, ese pasaje tiene que ver con algunas dimensiones particulares. En primer lugar, crear y fortalecer institucionalidad en salud/salud mental. Esto implicó producir en la trama de la DPSM un organigrama claro, una estructura y fortalecer el presupuesto propio. En poco menos de tres años de gestión nos dimos a la tarea de pensar la ingeniería institucional, pusimos de pie nuevas áreas de trabajo, construimos indicadores y líneas de base para el registro epidemiológico, realizamos mapas de geolocalización de recursos para facilitar articulaciones de la red e impulsamos el diseño de programas que abarquen puntos prioritarios del desarrollo de una política pública. Analizamos la estructura presupuestaria provincial para salud mental y dimos curso a nuestras propias decisiones de asignación de presupuesto.

En segundo lugar, construir una política en salud mental requiere generar, no sólo marcos institucionales, sino fundamentalmente marcos ético-político-administrativos que nos trasciendan; que no sean de una gestión o de un gobierno, sino que sean del Estado, es decir, de la ciudadanía: de todas y todos. Sostenemos y defendemos una ética de lo público que exige el cuidado y fortalecimiento de lo común. Precisamente, una política pública en salud mental es una apuesta decidida y comprometida a construir las condiciones que hacen posible la vida en común. Nos demuestra que prevenir, acompañar y cuidar en el sufrimiento puede impactar positivamente en aquellas personas que lo necesitan, pero también en quienes estamos a cargo de brindar respuestas, así como en la comunidad toda.

Por eso también una parte importante de nuestros esfuerzos estuvieron dedicados a dar a la gestión una impronta participativa, a través de la generación de espacios y de instrumentos para el encuentro, el debate y la discusión entre miradas diversas. Lo hemos hecho convencidas/os de que la concreción de la transformación sólo es posible en la medida en que cuente con el protagonismo y el compromiso activo de trabajadoras/es y usuarias/os del sistema, referentes, de actoras/es comunitarios claves, gestoras/es y responsables de áreas de gobierno estratégicas, así como de los medios de comunicación.

Además de las múltiples articulaciones intersectoriales que pusimos en marcha –característica que demanda toda política de salud mental que se proponga ser integral, coherente y sostenible en el tiempo–, es indispensable mencionar que nuestra ambiciosa apuesta contó con el acompañamiento de aliadas/os fundamentales: el equipo de la Conferencia

Permanente por la Salud Mental en el Mundo Franco Balsaglia CoPerSAMM y la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS a través de la Iniciativa Especial para la Salud Mental en Argentina, así como el acompañamiento del equipo del Ministerio de Salud de la Nación a través de la Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental. Vale nuestro reconocimiento y agradecimiento por el apoyo activo para la concreción de acciones orientadas a la transformación del modelo de atención en salud mental con perspectiva comunitaria, que promueve nada más y nada menos que el derecho a vivir vidas dignas de ser vividas en comunidad.

Como parte del devenir social contemporáneo, advertimos que los tiempos actuales ofrecen discursos que promueven el rechazo de la alteridad y la tramitación de las disidencias mediada por el odio. Este rechazo se ve reflejado en mecanismos de segregación y estigmatización como modo de exclusión simbólica. A estos movimientos que reclaman hegemonía contraponemos el encuentro signado por el diálogo, reconociendo y alojando posiciones en disputa en favor de habitar una vida en común.

Estos temas y otros temas confluyen en el despliegue de este segundo volumen de *Relatos (...) que nos convoca a narrar lo vivido*. De este modo, presentamos un ensayo en primera persona sobre los efectos subjetivos asociados a la dificultad para alojar al/la otra/o en su diferencia, escrito bajo el nombre de *Manifiesto (...)*. En consonancia con esta propuesta, *La salud mental como praxis y constructo (...)* nos habla del valor conferido al lugar de la palabra y la participación de las personas usuarias en la toma de decisiones. Las apuestas a prácticas subjetivantes, aún en contextos complejos, es destacada como modo de resituar la dignidad en situaciones de encierro en el relato *Entre – lazadas (...)*, así como en las instancias de *Urgencias (...)*. Por su parte, *"Bagallos" en el ropero* nos invita a renombrar lo cotidiano, volviendo a significar los gestos mínimos, buscando recuperar las historias de vida en el contexto hospitalario. Si hablamos de hospitales no podemos dejar de mencionar los procesos de transformación de monovalentes en la provincia de Santa Fe, procesos que rescata *Por una sociedad sin manicomios*. Estamos advertidas/os que hay que abrir para cerrar. De este modo, el relato de dispositivos sustitutivos a lógicas manicomiales, como el Centro Territorial de Salud Mental La Posta Norte Franco Rotelli en *Sobre las nuevas institucionalidades (...)*, las propuestas desde la trama de un centro de atención primaria de la salud en *Pichincha (...)* y la casa asistida *La Correntina (...)* ofrecen su envite a lo comunitario desde una perspectiva de derechos humanos. En esta

vía, lo intersectorial y lo comunitario resultan claves para producir estrategias de salud integrales que garanticen los cuidados y su continuidad, tal como refleja *Una mirada integral en salud (...). ¿No es acaso todo esto la Salud Mental?* se incluyó sobre el final de esta edición: un lúcido relato de transformación que constituye para nosotras/os la oportunidad de visibilizar y dar trascendencia al armado de la trama comunitaria, al lugar del Estado que necesitamos, a las prácticas comprometidas y transformadoras de otro modo posible de la vida en común. Realizamos por este medio un homenaje sentido a nuestra compañera Yamila Ase y a su compañera de caminos Valeria Sanchez, quienes valientes y consecuentes nos orientan a habitar la transformación. Por último, la entrevista que realizamos a Emiliano Galende nos invita a vivenciar la historia en salud con relatos extraídos de la cotidianidad: una manera de poner en acto la transformación, haciendo memoria compartida.

Entendemos que la democracia se ejerce y se refunda, así, en nuestras prácticas cotidianas.

Desplegamos nuestra democracia soslayando posiciones acríticas en favor de la participación. Frente a los desafíos que se nos presentan –empobrecimientos en el lenguaje, en las condiciones materiales de vida – habitar la transformación se constituye, para nosotras/os, en un impulso político que nos convoca a ocupar espacios de decisión. Entendiendo, a su vez, que esta participación no se produce en soledad, sino desde construcciones colectivas y alianzas indispensables que fortalecen nuestro accionar.

Habitar la transformación es, igualmente, poner al Estado a disposición: de las comunidades, de las lecturas particulares y territoriales, para acompañar la continuidad de los cuidados en la vida cotidiana.

En este momento de concluir y a través de estos relatos buscamos producir memoria de lo vivido, para relanzar la apuesta a la continuidad de los procesos. Inscribiendo en palabras huellas de lo acontecido para contar que las acciones no suceden sin más: en el devenir de la transformación nada ni nadie vuelve a ser lo mismo.

Dirección Provincial de Salud Mental de Santa Fe

Bibliografía

Resolución Número 0990. (30 de mayo de 2023). *Plan Provincial Salud Mental 2022- 2028*. Ministerio de Salud. Santa Fe, Argentina.

Cuaderno de experiencias en salud





Instagram Dirección de Salud Mental

Sobre las nuevas institucionalidades

La experiencia del Centro Territorial de Salud Mental La Posta Norte: Franco Rotelli¹ en la ciudad de Rosario

Celina Pochettino²

Florencia Orpinell³

Verónica Almeida⁴

Introducción⁵

En octubre del año 2022 se inició un proceso de fundación de un nuevo dispositivo en la red asistencial de Salud en la ciudad de Rosario, dependiente de la Dirección Provincial de Salud Mental (DPSM): El Centro Territorial de Salud Mental (CTSM) La Posta Norte: Franco Rotelli (Proyecto de Resolución Ministerial N° 00501-0197004-7, 2023). Se trata de un dispositivo que se propone sustituir las internaciones en los hospitales monovalentes por cuidados en la comunidad. En este sentido, no se trata de un efector más. Sustituir las prácticas manicomiales por cuidados en la comunidad implica una gran apuesta para la política de salud/salud mental. Ello requiere de trabajadores/as formados/as en la perspectiva del paradigma de la *Ley Nacional de Salud Mental* (Ley N° 26.657, 2010). Implica que las nuevas generaciones, comprometidas con una praxis transformado-

ra, retomen prácticas, luchas y reflexiones de quienes las precedieron en nuestro campo y produzcan los cuidados que la población necesita.

Para que esto se plasme en políticas concretas es necesario el fortalecimiento de servicios comunitarios existentes junto al diseño de un modelo de atención en Salud Mental Comunitaria (SMC), queredunde en prácticas interdisciplinarias e intersectoriales, con anclaje en una red de atención sustitutiva, con posición y disposición a la escucha y el cuidado de las personas.

En Argentina, Santa Fe ha sido una de las provincias pioneras en materia de políticas de reformas en salud mental, concluyendo a fines de la década del 80, en un nuevo marco jurídico y epistémico en el abordaje del sufrimiento psíquico, condensado en la *Ley Provincial de Salud Mental* en Santa Fe (Ley N° 10.772, 1991). Sin embargo, actualmente coexisten en

nuestra provincia modelos de atención propios de una situación de transición. Si bien se cuenta con una cantidad de experiencias alternativas muy valiosas, con una historia y trayectoria a recuperar y socializar, no se ha logrado aún la implementación de una política sustitutiva al modelo manicomial y hospitalocéntrico.

La demanda de atención ha aumentado notablemente como efecto de la pandemia⁶ y el contexto socioeconómico, lo que redunda en el incremento de personas ingresadas en los hospitales generales y en los monovalentes, interfiriendo en los procesos de desinstitucionalización que se sostienen desde los diversos dispositivos y equipos pertenecientes a la DPSM y a la Atención Primaria de la Salud (APS). Ante tal complejidad se ubica una mayor preocupación por aquellas situaciones de salud mental que, si bien logran ser contenidas y estabilizadas en los hos-

¹ El nombre Centro Territorial de Salud Mental La Posta Norte: Franco Rotelli se decidió en marzo de 2023, cuando aconteció el triste fallecimiento de Franco Rotelli, quien acompañó el proceso de escritura participativa del Plan de Salud Mental en Santa Fe y la creación del CTSM. La penosa noticia transcurrió mientras su equipo de la Conferencia Basaglia se encontraba acompañándonos en el armado del CTSM en la provincia. La decisión de que el centro territorial lleve el nombre Franco Rotelli, ha sido un modo de homenajearlo y de que sus enseñanzas permanezcan presentes.

² Psicóloga. Directora Provincial de Salud Mental

³ Psicóloga. Coordinadora del CTSM La Posta Norte Franco Rotelli

⁴ Psicóloga. Coordinadora de la RISaMC sede Rosario

⁵ Se han duplicado las presentaciones en urgencias en las guardias de adultas/os y triplicado las situaciones en las guardias de infancias y adolescencias – Registro atenciones Equipo soporte de Guardias Rosario y Santa Fe – Fuente Sistema de Información de los Centros de Atención Primaria (Sicap)

pitales generales o en breves internaciones en hospitales monovalentes, se cronifican o demoran sus externaciones por la ausencia de dispositivos intermedios que permitan elaborar y sostener en el tiempo proyectos terapéuticos singulares y ofrecer apoyos necesarios para la vida en comunidad.

En este contexto, resulta importante volver a enfatizar que, tal como prevé la *Ley Nacional de Salud Mental* (Ley N° 26.657, 2010) en su artículo 11º acerca de la promoción e implementación de “(...) acciones de inclusión social, laboral y de atención de salud mental comunitaria”, se considera fundamental la creación de servicios intermedios, una nueva institucionalidad: los CTSMS. Los centros territoriales son planteados como núcleos articuladores, lo cual posibilita un salto cualitativo en la trama de la red sustitutiva a la manicomial e intenta salir del dilema bidimensional hospital – centros de salud (Primer Nivel de Atención); y este binomio, con sus desencuentros y fragmentaciones, pero también con sus aciertos y sus articulaciones exitosas, no logra desmontar la máquina manicomial.

Fundamentación

El proyecto del CTSM se enmarca en la necesidad de cumplimentar los artículos 9, 11 y 27 de la *Ley Nacional de Salud Mental* (Ley N° 26.657, 2010) y en la plena implementación de su Decreto Reglamentario N° 603 (2013) y en acuerdo con las estrategias desplegadas desde la reglamentación de la *Ley Provincial de Salud Mental de Santa Fe* (Ley N° 10.772, 1991). Desde este marco, además, se han desencadenado los proyectos de Transformación de los Hospitales Monovalentes: Colonia Psiquiátrica de Oliveros Dr. Abelardo I. Freyre y el Centro Regional de Salud Mental Hospital Agudo Ávila.

La apuesta por la creación del CTSM tiene sus fundamentos en el Plan Provincial de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe (Resolución N° 990, 2023); fundamentada principalmente, en el eje 4 “Fortalecimiento y articulación de la red sustitutiva de Salud Mental”. Dicho eje se propone desarrollar e implementar servicios, acciones, proyectos y programas de atención en Salud Mental con enfoque territorial y perspectiva de derechos que respondan a la pregunta sobre qué se necesita abrir para transformar el modelo de atención hospitalocéntrico, medicalizante y productor de estigmas representado por los hospitales monovalentes. Así, se considera fundamental la creación de servicios intermedios, una nueva institucionalidad para promover la vida en comunidad; entramar y fortalecer la red de dispositivos y equipos existentes, de manera tal de poner en valor y generar respuestas integrales que ofrezcan continuidad de los cuidados centrados en las personas.

En este contexto normativo e institucional se ubica la necesidad de la creación de un dispositivo intermedio en la zona norte y parte del noroeste de la ciudad de Rosario. La misma representa la oportunidad de constituir una experiencia instituyente, que tensiona la idea de que la complejidad se encuentra en el tercer nivel especializado, por otra que se sitúa en el territorio, donde se despliegan y suceden los conflictos. Que subvierte la noción de complejidad tanto en la lectura de los problemas como en su modo de abordarlos.

Se lee la complejidad de los problemas de salud mental en una población, en relación a la aparición de los siguientes indicadores (Velazi Díaz, A. et al., 2022):

1) Dificultades en la interpretación de la realidad compartida por el medio

social específico – el discurso del conjunto (Aulagnier 2001) – y por ende en las relaciones interpersonales.

2) La evolución prolongada de estas dificultades a lo largo del tiempo.

3) Uso frecuente de recursos sanitarios y sociales para los procesos de autonomía, los cuales incluyen distintos niveles de apoyos.

4) Contexto social y referencias afectivas poco tolerantes, agotadas e inexistentes.

5) Obstáculos en el acceso al derecho al empleo, vivienda, educación, socialización.

La complejidad en cuanto a los modos de abordaje de los problemas está dada por múltiples determinantes de diversos órdenes. Aquí se señala principalmente la iatrogenia que genera el modelo de atención hegemonizado por el discurso médico y el manicomial. Estos discursos trascienden tanto muros institucionales como disciplinares. Y su principal consecuencia es la fragmentación. Por ello, la creación de un CTSM implica fundar una nueva institucionalidad que supere dicha fragmentación, que se constituya como nudo de la red sustitutiva, como espacio articulador de las diversas experiencias y estrategias de atención en SMC. Asimismo, como referencia social y cultural en la construcción de lazos y continuidad de cuidados en salud mental, como apuesta central en el camino de la sustitución de la lógica manicomial.

La experiencia italiana triestina basagliana oficial de referencia y transmisión para este proyecto en Rosario (Decreto N° 2137, 2022). Experiencia piloto que retoma ese legado y se propone practicar y demostrar aquí – y en proyecciones temporales en otros territorios – que es posible “vivir sin manicomios” (Rotelli, 2014). Para desarrollarla se cuenta con el

asesoramiento técnico de la Conferencia Permanente para la Salud Mental en el Mundo – COPERSAMM – Conferencia Basaglia.

Vicente Galli (en Rotelli, 2014) retoma la experiencia basagliana y reflexiona: “También hay que desmontar los poderes y los saberes en el territorio, otro tanto con los roles profesionales, para desenmascarar la normatividad codificada de los especialistas, sus complicidades con la continuidad de las miserias. Allí aparecen nuevamente los Centros de Salud Mental como los que buscan lo opuesto: microcosmos elaboradores de lenguajes, con intercambio de afectos, éticas, símbolos, modos distintos de vivir e interpretar la propia vida” (pág. 11).

El CTSM se constituye en torno a la producción de cuidados, por lo cual, se torna necesario pensar el vínculo que se establece entre la población y los/as trabajadores/as. Se retoman los aportes de Merhy (2013), que sitúa al proceso vincular como un juego de expectativas y producciones, en el cual se producen acciones de acogimiento o su reverso con respecto a los problemas que estas personas plantean en ese encuentro. Asimismo, se funda en el permanente ejercicio de reconfigurar procesos de trabajo en torno a los problemas de salud que presenta la población adscripta; situándose así en una perspectiva crítica y colectiva de la epidemiología.

La continuidad en los cuidados producida por todos los integrantes del equipo de salud puede leerse en clave de provisión ambiental (Winnicott 1965), que posibilita- a partir de la utilización de diferentes objetos culturales, deportivos, educativos, laborales, artesanales facilitadores de una experiencia- intervenciones en las rutinas de cuidado. Así, no se trata de la búsqueda de una rutina de cuidados más o me-

nos predeterminada que “ordene” al sujeto, sino, que a partir de la presencia se vayan pesquisando y propiciando operatorias de investimiento libidinal de aquellos objetos que posibilitan ampliar la autonomía y generan apoyaturas para trabajar, habitar y socializar.

El estatuto de lo “intermedio” del dispositivo (CTSM) tiene también su correlato psíquico y es aquí donde se entrelazan la política instituyente y la clínica. Al decir de Winnicott, una “zona intermedia” representa la transición de un estado de unidad del bebé con la madre/padre a uno de relación, como algo externo y separado. Entonces, lo intermedio, es la zona donde se producen las operatorias transicionales que posibilitan el movimiento del estar unido al estar separado, y es labor del CTSM diseñar los apoyos para estas operatorias.

La creación del Centro Territorial se propone, en primera instancia, que dicha institucionalidad se constituya en nudo de la red sustitutiva en salud mental, enlazando efectores de la red asistencial: centros de salud del primer nivel de atención, hospitales generales, equipos matriciales de Salud Mental, casas asistidas, dispositivos socio-productivos que dependen de la DPSM y hospitales monovalentes en procesos de transformación. En esta línea, brega por la efectiva sustitución de internaciones manicomiales por la producción de cuidados y atención en salud mental comunitaria.

Como objetivos rectores, el CTSM promueve la co-construcción – junto a las personas usuarias, equipos de los centros de salud y los diversos dispositivos- de proyectos terapéuticos singulares para la población según necesidades y en un territorio delimitado. Por ello, la importancia de articular estrategias intersectoriales e interministeriales en clave de gestión

de los apoyos necesarios para los procesos de atención y cuidado en SMC. Asimismo, propicia la gestión y acompañamiento de las articulaciones necesarias con diversos actores sociales, comunitarios, organizaciones, clubes, entre otros, para ampliar las estrategias de continuidad de cuidados.

En este escenario, desde la DPSM, la Dirección Provincial de Residencias Médicas y el Ministerio de Salud Nacional (Argentina), se avanzó en la decisión de emplazar la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria (RISaMC) en el Centro Territorial como acto ético y político en aras de priorizar la formación detrabajadores/as de la salud con lógica interdiscursiva. Ello permite complejizar la reflexión y la producción de cuidados ante los padecimientos subjetivos. En este escenario, garantizar la formación de nuevas generaciones, en perspectiva comunitaria, es una intervención de largo alcance.

Descripción

El CTSM en un primer tramo del desarrollo del proyecto, es el espacio donde se recepcionan y se asisten las situaciones de mayor complejidad en salud mental en el territorio delimitado. Se diseñan los proyectos terapéuticos y los apoyos necesarios para la vida en comunidad en conjunto con los equipos de los centros de salud, con los equipos matriciales de salud mental y otros dispositivos, principalmente el equipo de las viviendas asistidas de la zona norte, quienes se constituyen en un actor clave a la hora de potenciar las estrategias de la red asistencial existente. Se trata de entramar las diversas propuestas institucionales y comunitarias del territorio de referencia para la producción de cuidados; de centralizar y articular lo intersectorial e interministerial en clave de gestión

de los recursos para los apoyos necesarios en SMC.

La funcionalidad del mismo prevé, en un segundo tramo, el alojamiento nocturno de aquellas situaciones que necesiten: o bien un tránsito intermedio (una posta) entre la internación y la vuelta al "hogar", o bien una pausa para evitar la internación y/o para retirarse del circuito o del lugar donde transitan y habitan.

El equipo interdisciplinario del CTS, así como receptiona las situaciones de padecimiento subjetivo de complejidad- caracterizada anteriormente- y diseña los proyectos terapéuticos singulares, también incluye el abordaje y acompañamiento de las referencias afectivas para la producción de cuidados en SMC.

Si bien el CTS se propone la atención de situaciones complejas en Salud Mental, también se ofrece como institución de paso, siendo la accesibilidad un valor de uso fundamental. En este mismo sentido el poder "estar ahí", más allá de la participación en las actividades propuestas, es un modo de habitar la institución: para compartir cercanías y acercar distancias (Percia, 2023).

Población Objetivo

Dada la pretensión sustitutiva del proyecto, en un primer momento, junto a los equipos de los hospitales monovalentes, se analiza la población de la zona delimitada del CTS (zona Norte y parte de la zona Noroeste de la ciudad de Rosario). Se evalúa qué producción de cuidados y niveles de apoyos en sus proyectos terapéuticos singulares son necesarios para la vida en comunidad. De esta manera se apunta a propiciar la externación de dicha población e interrumpir el ingreso o reingreso al monovalente de las personas que viven en este territorio.

En un segundo tramo se adscriben personas con padecimiento subjetivo que implica complejidad (según los criterios anteriormente expuestos) y que se encuentren referenciadas en los centros de salud de las zonas delimitadas. Se evalúa, junto a los equipos matriciales y de los centros de salud, qué población asistida por estos requiere de mayores niveles de apoyo para habitar en la comunidad y para evitar internaciones.

Área Cultural

El CTS se incorpora en el territorio como una institución abierta a los lazos comunitarios. Se constituye en un espacio para la circulación social a partir de las diversas propuestas culturales, educativas, lúdicas, laborales, recreativas, entre otras

El diseño del área está necesariamente imbricado con el criterio de no superposición de ofertas y en complementariedad al relevamiento de las propuestas existentes de las organizaciones sociales e instituciones del territorio. Se constituye a partir de evaluar qué es preciso incluir en pos de los apoyos necesarios para la vida en comunidad y de lo que los/as usuarios/as del servicio de salud mental construyen como sus intereses.

El área se conforma de acuerdo a la coherencia de los objetivos institucionales, por lo cual es tarea del área ser nudo de articulación de las distintas propuestas culturales, educativas y laborales del territorio, facilitando redes y proyectos de trabajo en conjunto como la construcción de ferias, jornadas, festivales, galerías, muestras de arte, por mencionar algunos.

En consonancia con estos lineamientos y de acuerdo al objetivo de interpelar las representaciones sociales de la locura y sus estigmas sociales, se diseñan distintas estrategias

comunicacionales-pedagógicas-culturales para la construcción de narrativas no excluyentes de la diversidad subjetiva y conforme al respeto de los derechos humanos.

El área cultural del CTS se enmarca en el Programa Habitar la Cultura del Plan Provincial de Salud Mental; recogiendo así la impronta de articular experiencias culturales que se desarrollen en la ciudad.

Cómo funciona hoy: Su dinámica

Las situaciones complejas a las que asiste el CTS, llegan mayoritariamente por pedidos de los equipos de la red de salud (fundamentalmente de los monovalentes en transformación y de los equipos de APS) y en menor medida por demanda espontánea. Se evalúa la complejidad y en función de ello se elabora conjuntamente una estrategia terapéutica singularizada. Esto implica en algunos casos atención compartida con otros equipos, (tratamiento) y en otros, fortalecimiento y/o co-gestión de los apoyos que la situación necesita.

Para los procesos de abordajes se conforma desde el CTS un mini equipo interdisciplinario de referencia, el cual tiene diversas funciones en las estrategias. Se articula con el equipo de otro efector de la red y trabaja desde la perspectiva de población a cargo priorizando el trabajo en el territorio, -acompañamiento a usuarios/as en la referencia con el centro de salud; visitas en domicilio (para entrevistar a un familiar, asistir una situación crítica o acompañar estrategia de medicación supervisada si se requiere); apoyos para las inclusiones de las personas a centros comunitarios; acompañamiento a talleres productivo-laborales y culturales en organizaciones sociales; apoyo y acompañamiento en las viviendas asistidas, reuniones intersectoriales.

Asimismo, se ofrecen espacios al interior del CTSM. Actualmente existe un taller de música, uno de cocina, otro de escritura, y de ecología comunitaria. Estos funcionan como espacios de elaboraciones colectivas: creaciones musicales, escritos, comidas, hortalizas, flores. Son coordinados por más de una persona trabajadora que cuenta con el saber u oficio que se transmite a las y los usuarios/as incentivando procesos de autonomía. Un día a la semana se organizan paseos y visitas por la ciudad, generalmente a lugares donde la población con la que se trabaja no accede de manera espontánea, (museos, cine, playa, ferias, bibliotecas, etcétera) promoviendo el acceso a la circulación por la ciudad y a los bienes sociales comunes de la población adscripta. La elección del taller por parte del usuario/a se hace, o bien al inicio del tránsito por el CTSM, o luego de transcurrido un tiempo.

También en el CTSM hay un espacio de capacitación laboral (Colectivo PI-CO Y PALA. Mantenimiento del hogar) que mediante distintos programas laborales (Santa Fe Capacita, Promover) se incluyen las personas usuarias que lo requieran, contando con becas para ello. Contiene un módulo teórico y otro práctico, y se enmarca en la perspectiva de la cooperativización. Para acercarnos y profundizar este debate contamos con el acompañamiento del Programa Andrés Rosario, quienes tienen experiencia de cooperativas sociales como línea de construcción de acceso al trabajo y a la producción de salud. Dicho vínculo reviste importancia conceptual, técnica y operativa para el desarrollo conjunto del proyecto, ofreciendo capacitaciones para usuarios/as y trabajadores/as.

Funciona además un anexo de la Escuela Primaria Nocturna N°12

Juan José Castelli y los cupos disponibles están destinados a personas con trayectos educativos interrumpidos o no iniciados.

Cada usuario/a tiene un trayecto singular por el CTSM en función de su estrategia diseñada y acordada, la cual se revisa y se retrabaja frecuentemente. Esos miniequipos están conformados por personas trabajadoras en la institución, combinando saberes y disciplinas según la singularidad de cada estrategia clínica: trabajo social, psicología, psiquiatría, enfermería, (disciplinas que componen la RISaMC) acompañantes terapéuticos, operadores comunitarios y talleristas. Próximamente se sumará terapia ocupacional, tanto al equipo como a la residencia.

Se considera la comensalidad como una escena privilegiada de la socialización. Se acompaña desde el equipo recuperando el ritual de la mesa compartida, propiciando lo colaborativo y la generación de autonomía en el marco de lo colectivo.

Uno de los ejes más importantes que orienta el trabajo de los miniequipos es la generación de autonomía de las personas usuarias del CTSM. Algunos de los apoyos para la vida en comunidad tienen un carácter transitorio en el sentido de tender a que las personas prescindan progresivamente, de estos. En esa complejidad se debaten constantemente los posicionamientos y las prácticas, ni lo tutelar, ni el abandono, entendiendo a ambas como formas de pensar e intervenir en el modelo manicomial. Cada paso, cada estrategia, cada práctica está amenazada constantemente por estos dos polos. El desafío es superar ese binomio y construir autonomía.

En perspectiva de producir acceso a derechos, el Habitar, Socializar y Trabajar han sido ejes fundantes de esta

nueva institucionalidad. Para reforzar los procesos de externación desde los hospitales monovalentes a la comunidad, las estrategias habitacionales fueron centrales en la formulación y diseño del territorio. En la zona norte, donde se emplaza el CTSM, hay cuatro viviendas asistidas que pertenecen a la DPSM. En algunas situaciones se considera la ocupación de alguna de esas plazas como parte de los apoyos que gestiona el mini equipo a cargo, conjuntamente con el equipo que se encarga de acompañar dichas viviendas; conformándose como equipos ampliados del CTSM con la especificidad de esa práctica de cuidado situada en el territorio.

Nocturnidad

Como ya se ha enunciado, en la intención de formalizar un segundo tramo para el CTSM, se cuenta con camas para el alojamiento nocturno de aquellas situaciones que necesiten: o bien un tránsito intermedio (una posta) entre la internación y la vuelta al "hogar", o bien una pausa para evitar la internación y/o para retirarse del circuito o del lugar donde transitan y habitan.

Actualmente el CTSM está abierto de lunes a viernes de 8:30 a 17:30 horas, y sábados y domingos de 12 a 16 horas (más allá de algunas actividades que se llevan a cabo en el territorio por fuera de estos horarios).

Se pretende, en un segundo momento de implementación, la apertura del acompañamiento nocturno. Se trata de dar continuidad a los cuidados de las personas, según sus necesidades, y como parte de un diseño terapéutico en lógica de Clínica Ampliada. En este sentido, la apuesta es ofrecer una Postaentre la internación manicomial y la vuelta a la vida en comunidad; como pasaje momentáneo y no permanente. Ese alojamiento tras-



ciende la ocupación de una cama, es un acompañamiento cuidado de una situación crítica por la que atraviesa un sujeto sin constituir una "internación psiquiátrica" tal cual se la representa y la nombra la red asistencial. Desde el CTSM se disponen los recursos necesarios para acompañar la complejidad del padecimiento en su integralidad haciendo lugar a las necesidades y generando las articulaciones necesarias para sostener la progresividad de la atención en clave de garantizar derechos.

A modo de cierre y ante un contexto complejo donde se profundizan dificultades de todo orden: económicas, sociales, vinculares, con mayores efectos de las desigualdades en los territorios más pobres y desamparados, el desafío de los proyectos transformadores –lejos de replegarse y retirarse –

es disponer todos los recursos necesarios para continuar la apuesta por las construcciones colectivas.

El horizonte es alojar y dar continuidad a los procesos iniciados en clave de generación de ciudadanía; establecer lazos para reconstruir una trama que reconozca a la salud mental como asunto comunitario. El CTSM se propone y dispone a anudar, entramar y hacer red con cada una de las experiencias valiosas que lo anteceden y lo constituyen en materia de SMC. Se parte de recuperar los procesos a lo largo de la historia, de apelar a la memoria, de producir un saber-hacer colectivo. Convencidos/as de que la apuesta es fortalecer las condiciones de una vida en común generando y acompañando políticas públicas que pulsen por la concreción de Derechos Sociales y Humanos para toda persona de nuestra comunidad.

Bibliografía

- Aulagnier, P. (2001) La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado. Argentina: Amorrortu editores.
- Bossetti, E., Martínez, N., Treffilo, L., Otta, M., Rodríguez, V., Provenzano, M. y Toth, C. (2022). La categoría padecimiento mental severo y persistente: un aporte a la estrategia de Atención Primaria de la Salud (págs. 13 a la 28). Revista Salud Mental y Comunidad Número 12. Argentina: Universidad Nacional de Lanús. Obtenido de Decreto Número 2137. (2022). Memorandum de Entendimiento "Hacia la transformación del Modelo de atención en Salud Mental". Ministerio de Salud. Conferencia Basaglia.
- Ley 26.657. *Ley Nacional de Salud Mental*. (03 de 12 de 2010). Boletín Oficial. Argentina.
- Ley 10.772. *Ley Provincial de Salud Mental*. (26 de 12 de 1991). Santa Fe, Argentina.
- Merhy, E. y Franco, B. (2013) Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud. Argentina: Lugar Editorial.
- Percia, M. (2023). Clínicas profanas. Revista Adynata. Argentina: Grupo Dos.
- Proyecto de Resolución Ministerial Número 00501-0197004-7. (2023). Centro Territorial de Salud Mental La Posta Norte. Ministerio de Salud. Santa Fe, Argentina.
- Resolución Número 0990. (30 de mayo de 2023). *Plan Provincial Salud Mental 2022- 2028*. Ministerio de Salud. Santa Fe, Argentina.
- Rotelli, F. (2014). Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste. Buenos Aires: Topía
- Winnicott, D.W (1965) Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Argentina: Paidós.
- Velzi Diaz, A., Benítez, P., Santanocito, G., Garcete, E., Matkovich, A., Pietrodarchi, J.,

Entre-lazadas. Relatos de intervenciones en el contexto carcelario

Erica Leuffen¹

Laura Peretti²

Vanina Román³

Los relatos que a continuación presentamos constituyen un recorte del trabajo que dos dispositivos estatales, el Equipos de Acompañamiento para la Reintegración Social (EARS) y el Dispositivo Interdisciplinario de Salud (DIS), llevan adelante de manera cotidiana en una Institución Penitenciaria de la Provincia de Santa Fe. Las intervenciones que compartimos, gestadas desde el área de psicología, tuvieron lugar durante el año 2021. La Ley Provincial de Salud Mental en Santa Fe (Ley N° 10.772, 1991) propone en el artículo 23 “(...) la asistencia integral de las personas con trastornos o alteraciones en su salud que se encuentren condenadas o detenidas bajo proceso penal”. Así se gestan los Departamentos de Salud Mental (año 2005) que darán lugar en el año 2008 a la creación del Dispositivo Interdisciplinario de Salud en el ámbito del Servicio Penitenciario. La finalidad del dispositivo es la producción de Salud y en este

sentido se trabaja en la asistencia individual, en espacios grupales, en la participación en los espacios culturales y recreativos de las unidades, en la articulación con organizaciones e instituciones en el “afuera”, en un intento de viabilizar la continuidad del trabajo con las y los ciudadanas/os detenidas/os en el momento de su excarcelación. Actualmente (en esta unidad) el DIS, está conformado por cuatro profesionales psicólogas.

Los EARS están conformados por profesionales de las áreas de psicología, trabajo social y terapia ocupacional, forman parte de la estructura del Servicio Penitenciario. Desde septiembre de 2017, a partir de la Resolución N° 004 del Servicio Penitenciario de la Provincia de Santa Fe, se redefine la función de los EARS como netamente de asistencia y acompañamiento en sus múltiples manifestaciones, quedando excluidas las prácticas vinculadas a evaluacio-

nes diagnósticas, tratamientos psicológicos o dictámenes periciales.

Asistir, acompañar, habilitar, propiciar escenarios para la emergencia de la singularidad es lo que nos convoca, nos reúne, nos encuentra, en este contexto carcelario que aloja mujeres, diversidades, niñas y niños menores de 4 años.

A partir de la emergencia sanitaria por COVID-19, nos vimos compelidas a re-crear nuevas formas de encontrarnos. Destacamos que en este contexto de pandemia se ha endurecido el encierro carcelario debido a la interrupción de actividades educativas, culturales y oficios, ofrecidos por actores y actrices externas a la unidad como ONG's, universidad, Centro de Acción Familiar (CAF), y diferentes intervenciones sociales.

¿Cuáles fueron las estrategias a las que echamos manos ante semejante contexto? ¿Cómo acompañar soledades, incertidumbres, temores, dolores?

¹ Psicóloga. Egresada en la Facultad de Psicología de la UNR. Cursó la Diplomatura en acompañamiento y abordaje territorial de situaciones de violencias por razones de género dictada por la Universidad Nacional de Rafaela y el Ministerio de Igualdad, Género y Diversidad del Gobierno de la Provincia de Santa Fe. Se desempeña como Psicóloga en el Equipo de Acompañamiento para la Reintegración Social (EARS) en el Complejo Penitenciario Rosario - Unidad Penal N° 5, Ministerio de Seguridad de la Provincia de Santa Fe. Fue Integrante del Equipo Interdisciplinario “El Semillero: espacio de salud mental y derechos” en el marco del “Bachillerato Popular Tablada”, escuela de gestión social. Ha realizado numerosos cursos relacionados a las temáticas de derechos humanos, género, diversidad y salud mental. Correo electrónico: ericaleuffen@gmail.com

² Psicóloga. Especialista en Psicología Forense. Docente de la materia Psicología en el Ámbito Jurídico Forense, Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario (UNR). Integrante del Dispositivo Interdisciplinario de Salud.

³ Psicóloga. Especialista en Psicología Clínica Institucional y Comunitaria. Integrante del Dispositivo Interdisciplinario de Salud (Dirección Provincial de Salud Mental de Santa Fe. Correo electrónico: vaninaroman@hotmail.com

¿Cómo crear redes en una institución que favorece el aislamiento?

Si bien la historia cuenta que los lazos entre EARS y DIS se han construido desde los inicios de ambos dispositivos, durante este tiempo se han estrechado aún más, propiciando una articulación fecunda en la construcción de propuestas destinadas a crear condiciones de posibilidad para el despliegue de las subjetividades atrapadas en el aislamiento al que la pandemia nos conminó y en el encierro que recae sobre las personas en situación de proceso penal o condena. En este marco, en el que acompañar y asistir se tornaba aún más complejo, hemos trabajado en conjunto llevando a cabo diversas acciones.

Actividad grupal del 8M

Durante el mes de marzo en conmemoración del día de lucha internacional de las trabajadoras mujeres, lesbianas, travestis, trans, bisexuales y no binaries, realizamos un encuentro/taller, como primera aproximación de retorno a lo grupal, modalidad que implicó organizar grupos por pabellón, de 10 personas como máximo, con dos coordinadoras.

Fueron numerosas las inscripciones para formar parte de la actividad, sin embargo, fue notable la variación entre el número de inscriptas y posteriores participantes. Por ejemplo, de un pabellón se anotaron 35 y salieron 8, de resguardo se anotaron 8 y salió 1. En este sentido, cambió el número de encuentros que habíamos previsto y los que efectivamente se llevaron a cabo. Este punto, decir que lo previsto no suceda no es algo nuevo en la planificación de una actividad, y, sobre todo, en el contexto carcelario. Pero en lo particular de esta propuesta, se abre una reflexión/pregunta. ¿Se trataría de una forma de resistencia ante la institución, luego de

un año sin actividades? Decir que sí pero no ¿sería una forma más de las renegaciones, de las desmentidas que se hacen corrientes en el marco de la arbitrariedad institucional?

De los encuentros se desprende que las temáticas emergentes fueron variando. ¿Qué conmemoramos en "el día de la mujer"? Surgen y se entrelazan, fragmentos de historia y de actualidad, de pasado y de presente. Algunas de las personas (las de mayor edad) comentaron sobre la historia, las luchas, algunos recuerdos. Muchas (las más jóvenes) se sorprendieron al enterarse de aquel suceso histórico, en el cual mueren de manera trágica las 129 mujeres trabajadoras de la fábrica, del voto femenino con el gobierno de Perón, promulgado por Evita, por volver a algunos de los temas conversados.

Cada grupo tuvo construcciones singulares ante la misma propuesta: dibujar en un afiche, pegado doble o triple, el contorno de un cuerpo de una de las participantes, y ponerle palabras, imágenes, "sentidos".

Los cuerpos fueron de una y de todas, fueron llenándose de colores, palabras, nombres, pedidos como: "basta de matarnos". Algunos habitados con objetos como pinturas, zapatos, tacos, carteras, pulseras y collares. Algunas sonrisas, palabras como dulce, alegre, bonita. Palabras de un estereotipo de mujer, de belleza, que impone la sociedad de consumo capitalista. Uno de los cuerpos lleva un gran celular en la mano y muchos llevan lo que "tienen" que llevar, lo que poco se lleva estando presa.

Lo que llevan los cuerpos construidos, no refleja la crueldad de lo que habíamos hablado previamente en la presentación de la fecha alusiva, donde se abrieron algunas historias y temas, como: violencias de género; desigualdades en las cárceles de varones y mujeres; desigualdades en las

crianzas recibidas por ser mujeres, mayores tareas domésticas que quienes tenían hermanos varones; mayores tareas en general por ser mujeres a cargo de sus hijas e hijos; preocupaciones por los cuidados de las hijas y los hijos que no están con ellas y ligado a eso, sentimientos de abandono por estar presas; el aborto. Sobre este último tema, en uno de los grupos apareció la temática de las mujeres que acceden a la interrupción del embarazo ILE/IVE, "como homicidas". Y que dicha legalización podría equipararse con la legalización de los femicidios, o bunkers, justificando "hay que legalizar quién tiene el poder sobre otro inocente/débil" (entonces, alguien trajo un ejemplo, las mujeres serían las débiles en la pareja, el fuerte o los fuertes, los varones, y podrían matarla). Lo dicho, también fue plasmado en el afiche, en uno de los cuerpos, en la zona de los genitales: "esto no sólo da placer, da vida".

No fue el mismo cuerpo creado por las mujeres que salieron del pabellón de madres, acompañadas por sus hijas y sus hijos. Allí apareció un cuerpo desprendiendo leche de las mamas, un cuerpo con menos color, afectado por un real-biológico que las habita.

De uno de los grupos que participó, cuando terminó el encuentro preguntaron cuándo íbamos a hablar de violencia de género. "¿Cuándo vamos a tener una charla que nos dé herramientas y nos acompañe?" También para que se multiplique y replique en los pabellones. Quizás con ésta última pregunta como guía, podamos seguir apostando a nuevos encuentros.

Relatos de infancia

Durante los meses de mayo y junio se produjo el aislamiento completo de dos de los pabellones por detectarse y confirmarse personas con COVID-19. Esto implicó que se interrumpiera la circu-

lación, es decir, que ninguna de las mujeres allí alojadas saliera y nadie más que el personal afectado a su tarea allí pudiera ingresar. Este fue sin dudas uno de los momentos más difíciles en el contexto de la pandemia, ya que nos imposibilitaba el encuentro. Así surge la propuesta de escritura "Relatos de infancia", cuya consigna consistía en invitar a cada una de las mujeres de la unidad a recordar y compartir algunos momentos significativos de su historia infantil. Esta propuesta se constituyó como puente para el encuentro, sorteando los muros, atravesando un tiempo "muerto, inactivo, desenlazado, mudo". Encontramos en esas palabras, fragmentos de historias, vivencias, sensaciones, juegos, ropa y comidas preferidas, nombres de maestras que por diversos motivos se hicieron presentes junto a los rasgos que las rescataban del olvido. Encontramos escenas lúdicas, amorosas y escenas tristes y grises. Recibimos relatos de violencias sufridas, de desamparo, de soledad y relanzamos palabras de alivio, de ternura, y una nueva invitación: seguir comunicadas, ofreciendo disponibilidad y haciéndoles saber que allí estábamos, en ese afuera/adentro del encierro aislado/asistido-acompañado.

El roperito

En esta coyuntura otro de los espacios que se ha reinventado fue "El roperito". El mismo toma su nombre por un antiguo ropero que atesora diversas prendas donadas que están a disposición de quien las necesite. Las prendas que se encuentran allí circulan, por un lado desde las mismas personas privadas de su libertad que traen en una bolsita unas *zapas* que ya no usan y alguna prenda, siempre aclarando que "está todo limpio" y listo para que las use alguien más. Por otro lado, lazos solidarios tejidos con personas del afuera,

como el Centro Cultural La Trunca que motorizó una gran colecta, las talleristas de la UNR, otras personas desconocidas, que no identificamos pero que acercan abrigo, calidez, color y suavidad en forma de prendas. De este modo se va tejiendo una red que difumina el adentro y el afuera, y las prendas y los objetos se encadenan en una historia de lazos, de colectividad. Durante este tiempo, al espacio se sumaron otros objetos, tales como elementos para realizar artesanías, manualidades, dibujos, las tan añoradas mandalas, libros, etc. Si bien físicamente es el mismo espacio en donde se realizan las atenciones cotidianas, hemos tratado de poder habitarlo de una manera diferente cuando es "el roperito". En este sentido, la incorporación de la música fue fundamental para generar otra escena. Por otro lado, es interesante señalar que se encuentra a disposición un espejo grande que genera las más diversas interacciones, nunca ignorado: hay un paso obligado de encuentro con la imagen que él mismo refleja. En una institución total, donde la singularidad tiende a disolverse en lo masivo, en la administración de los cuerpos encerrados, un espacio y tiempo en "donde elegir" se vuelve un espacio humanizante. No basta con que abrigue o cubra, el vestir expresa identidad e historia. Las chicas se quedan un buen rato, revisan, se prueban, proyectan reformas, se llevan un vestido para las fiestas o la visita, se llevan un buzo gastado para hacer un almohadón o un "bolsillero", o para trocar por otra cosa.

Hablamos de menstruar

Otra de las iniciativas que tomó curso durante este año, fue la presentación de un proyecto de comunicación en la Cámara de Diputados de la Provincia de Santa Fe solicitando se destine un monto de dinero para la adquisición

de elementos de gestión menstrual. Las mujeres y diversidades cumplen su condena dentro de un sistema radicalmente patriarcal, que a pesar de los esfuerzos de los movimientos feministas, las influencias de las teorías de género y la vigencia en materia legislativa internacional de tratados que atienden a los Derechos de las mujeres y diversidades privadas de la libertad, aún hoy no han logrado horadar la fuerza de esta lógica. ¿Qué sucede al interior de la cárcel con las necesidades inherentes a los cuerpos menstruantes? Respecto de los elementos necesarios para la higiene personal, como las toallas sanitarias, no está previsto que el servicio penitenciario las provea. Si bien existen reglas que contemplan esta variable, en los hechos, la gestión corre por cuenta de cada una de las personas con capacidad para menstruar. El costo actual de estos elementos representa para muchas, algo de muy difícil acceso. Dentro de las Reglas de Bangkok, la número 5 plantea: "Los recintos destinados al alojamiento de las reclusas deberán contar con las instalaciones y artículos necesarios para satisfacer las necesidades de higiene propias de su género, incluidas toallas sanitarias gratuitas" (Reglas de Bangkok, 2010, pág. 9).

Visibilidad a las infancias

Otra de nuestras apuestas: la participación en la "Mesa de niñez". Esta se desprende de una mesa intersectorial que funcionaba mensualmente, coordinada por el entonces Equipo de Fortalecimiento Institucional de la Subsecretaría de Políticas de Género de la Provincia de Santa Fe. Hacia finales del año 2019, distintas profesionales comenzamos a encontrarnos para trabajar en relación a los derechos de niñas y niños que viven junto a sus madres en la cárcel. A comienzos de este año, es la Defensoría de

Niñas, Niños y Adolescentes quien toma la iniciativa de convocar a distintos actores y actoras, incluyendo al personal jerárquico de la unidad. Los encuentros giran en torno a la ampliación de derechos de niñas y niños. Un logro que podemos celebrar es la implementación en la Unidad de un espacio socioeducativo, que funciona a diario en el horario de 14.30 a 16.30 horas, con recursos dependientes del Ministerio de Educación de la Provincia.

Se realizó una articulación con la Secretaría de Cultura y Educación de la Municipalidad de Rosario para proyectar una actividad en el pabellón de madres con motivo del mes de las infancias. El “Encuentro intramuros destinado a mujeres y niñas y niños” se desarrolló el día 31 de agosto. Los objetivos generales que se plantearon fueron los de fortalecer el vínculo por medio de la narración oral escénica, el juego y la palabra y brindar a las adultas diversas herramientas a través de las diferentes acciones y vivencias para incidir en la comunicación vincular.

Cuerpo y movimiento

A su vez, se inicia un Taller de Yoga por iniciativa de la profesora Ana Carolina del Corro, que de manera voluntaria, se propuso abordar las técnicas del Yoga, respiración, relajación y Asanas (posturas) a través de ejercicios simples y adaptables a las necesidades y procesos de las asistentes que les permitan adquirir una práctica para llevar una vida más saludable tanto individual como colectivamente. Así mismo, se propone establecer un espacio de intercambio y participación a través del juego y la propuesta de ejercicios con el fin de contribuir a la construcción de un espacio de trabajo en grupo que permita generar vínculos solidarios y creativos entre las participantes.



A modo de comentarios finales

Cada uno de estos proyectos se sostiene en la promoción, protección y restitución de derechos. La institución carcelaria, no sólo interrumpe la libertad de deambular de las personas allí alojadas, cercena cada uno de los derechos que son inherentes a los seres humanos. Las enseñanzas de Ulloa nos acercan a conceptos que permiten pensar la trama institucional, así como los modos posibles para interrumpir lo que de mortífero tiene. Las degradaciones que el “Síndrome de Violentación Institucional” (Ulloa, 1995, pág. 246) produce, generan la pérdida de los recursos que estas mujeres y diversidades tenían para relacionarse con las otras y los otros. Los mecanismos de aislamiento producen efectos en las personas, las hacen más permeables a la posibilidad de absorber la normativa institucional. Horadar ese aislamiento, interrumpirlo, acotarlo mediante la intervención de propuestas con efectos subjetivantes fue lo que nos motivó por ejemplo a pensar los “relatos de infancia”. Ofrecer los elementos para que otra escena sea posible, crear condiciones para que emerja lo lúdico, la palabra, la historia. El aislamiento de los pabellones por la presencia del COVID-19 redobló la apuesta al paradigma de

la encerrona trágica y de la cultura de la mortificación. Por otro lado, este intercambio que nos propusimos, estas cartas, intentaban ofrecer una vía de escape a la encerrona trágica. Podemos ubicar a estos proyectos como la instancia tercera, como lo instituyente, lo que genera ganancia cultural, lo que promueve lazos, rescata la singularidad, alivia el sufrimiento, otorga valor a sus sentires, a sus palabras.

Bibliografía

- Ley 24.660. *Ley de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad*. (19 de 06 de 1996). Argentina.
- Ley 10.772. *Ley Provincial de Salud Mental*. (26 de 12 de 1991). Santa Fe, Argentina.
- Reglas de Bangkok. (2010). Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes y sus comentarios.
- Resolución N° 004. (2017). Argentina: Servicio Penitenciario de la Provincia de Santa Fe.
- Ulloa, F. O. (2012). *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Argentina: Libros del Zorzal.

Por una sociedad sin manicomios. El proyecto de transformación institucional de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros

Mariana Chidichimo¹

Agustina Barukel²

Un proyecto en marcha

Luego de un largo año de debates colectivos y múltiples instancias de intercambio, en el mes de marzo de 2023 la Dirección Provincial de Salud Mental (en adelante, DPSM) presentó el Plan Provincial de Salud Mental 2022-2028 que traza la estrategia que se dará nuestra provincia para garantizar la plena implementación de la *Ley Nacional de Salud Mental* (Ley N° 26.657, 2010), orientada a sustituir el modelo hospitalocéntrico por un modelo de atención con anclaje en la comunidad. En ese marco, el Plan Provincial establece una serie de objetivos y acciones a llevarse adelante en los hospitales monovalentes público-estatales de Santa Fe para su adecuación hasta la sustitución definitiva. Y señala allí que para que esto sea posible “resulta indispensable la construcción e implementación de proyectos de transformación” (DPSM, 2023, pág. 24) de estas instituciones.

Siguiendo ese objetivo, la Colonia Psiquiátrica de Oliveros (en adelante, CPO) encaró la tarea a lo largo de los últimos meses, concretando la presentación de su Proyecto de Transformación Institucional en abril de 2023. En

este trabajo buscamos dar cuenta de los puntos más importantes de dicho Proyecto, resaltando sus puntos clave y las dimensiones a partir de las cuales se articula una estrategia de transformación radical que se propone, de manera progresiva, la reducción de camas, el cierre de salas, la apertura de dispositivos residenciales, la capacitación, formación y territorialización de los recursos para la asistencia en salud, y el desarrollo de una propuesta de integración socio-comunitaria que modifique definitivamente la institución tal cual la conocemos hoy.

La CPO ha sido epicentro de varios capítulos de una larga historia de reformas y contrarreformas en salud mental en Argentina y en nuestra provincia de Santa Fe. Pionera en ocasiones, bastión de prácticas tradicionales que debemos dejar atrás en otras. Si por un lado fue la conquista de la psiquiatría local de comienzos de siglo XX en la institucionalización del modelo asilar-manicomial, por otro también fue la usina de políticas de transformación que se expandieron a toda la provincia luego de la recuperación democrática de 1983 y en los años siguientes. El Proyecto de Transforma-

ción de la gestión actual se sitúa en esa historia, y en tal sentido no pretende ser ni punto de partida ni punto de llegada en el proceso de cambio epistémico - metodológico que requiere el paradigma de en Salud Mental. En todo caso, busca profundizar acciones preexistentes, así como crear e implementar nuevas, a la vez refundación y creación para lograr la desmanicomialización en salud mental.

Es importante señalar que, más que un conjunto de acciones potenciales, el Proyecto refleja un proceso de transformación que ya está en marcha. Esto es así porque desde 2021 se pusieron en funcionamiento las Comisiones de Sustitución de los Hospitales Monovalentes, el espacio colectivo donde comenzaron a esbozarse los núcleos del Proyecto. Pero además porque quienes formamos parte del equipo de gestión llevamos siendo testigos y protagonistas de las reformas de los últimos 20 años, y hoy estamos redoblando el compromiso con la transformación. Bajo ese propósito, se han trazado algunas líneas de trabajo ordenadoras del hacer cotidiano institucional, siempre con la mira puesta en el horizonte estratégico de sustitución definitiva.

¹ Psicóloga. Directora de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros marianachidichimo@hotmail.com

² Lic. en Ciencia Política. Asistente técnica en la redacción del Proyecto de Transformación institucional de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros agustinabarukel@gmail.com



Por un lado, se han impulsado múltiples acciones para brindar respuestas en pos de garantizar la protección de derechos, la asistencia y el cuidado de las personas que reciben atención en su salud mental en todos los servicios de la CPO en la actualidad, de modo de mejorar sus condiciones de vida, así como las condiciones de desarrollo de las tareas laborales de quienes trabajan allí. En paralelo, se promueve un ida y vuelta entre el hospital y la comunidad que implica, en primer lugar, salir del hospital hacia la comunidad -abriendo casas asistidas, conformando equipos territoriales en otras localidades, fortaleciendo la red de servicios con la inclusión de trabajadores/as y la coordinación entre equipos, articulando dispositivos culturales en los pueblos cercanos, promoviendo la participación de usuarios, usuarias y trabajadores/as en distintos espacios (la escuela, la radio, los talleres, los clubes), entre

otras-. En segundo lugar, abrir la institución al conjunto de la comunidad, poniendo a disposición el amplísimo predio de la CPO para uso y provecho de todas las personas que habitan en las localidades vecinas de la mano de eventos recreativos culturales y deportivos que propicien el encuentro.

Por esto decimos que las acciones que se proyectan hacia el futuro implican profundizar un camino que ya se está transitando. Responden, por un lado, a la necesidad de consolidar un modelo de asistencia en salud anclado en el territorio, con presencia en los lugares donde las personas desarrollan su vida cotidiana y en el marco de una red de servicios comunitarios y ambulatorios. Por el otro, representan una apuesta a la idea de que la salud no sólo tiene que ver con la asistencia en la dolencia, el sufrimiento y la enfermedad, sino con la construcción de vidas dignas de ser vividas, con el acceso a derechos fundamentales como la vi-

vienda, el trabajo, la cultura, el deporte y el esparcimiento. Ello se asienta en la firme convicción de que no hay cambio en el modelo asistencial que sea sostenible en el tiempo si no va de la mano con una transformación política, social y cultural de posiciones históricas y representaciones sociales tristemente naturalizadas respecto de los padecimientos subjetivos, que resultan justificativas de la segregación, la discriminación, el encierro, el miedo al otro y su exclusión.

La estrategia de transformación: focos y dimensiones

En la medida en que los objetivos del Plan de la DPSM y del Proyecto de la CPO se ajustan al pleno cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental, que establece la asistencia en salud mental y adicciones desde una perspectiva comunitaria, integral y de derechos humanos, la propuesta de

sustitución de la CPO se articula en torno a tres focos o núcleos íntimamente ligados entre sí, que ordenan y orientan las acciones a priorizar. El primero es la sustitución manicomial, es decir, que se busca la implementación de acciones que hagan posible la reducción del número de camas, el cierre gradual de las salas de internación y su reemplazo por dispositivos asistenciales y residenciales en la comunidad. Asimismo, se busca la transformación del hospital en su carácter monovalente, ampliando las prestaciones y diversificando los dispositivos de atención de modo de brindar servicios generales e integrales en salud y salud mental.

El segundo foco refiere a reestructurar y resignificar las prácticas de cuidados y apoyos en salud, y por ello se busca, por un lado, la capacitación, formación y transformación de las prácticas de la CPO hacia los nuevos dispositivos sustitutivos y el fortalecimiento de la red de dispositivos en salud. Y por el otro, que las acciones involucren y comprometan a diversos actores y sectores de la política pública que son indispensables para hacer posibles, viables y sustentables las propuestas orientadas hacia la sustitución manicomial. Pues como bien sabemos, para hacer posible la externación de personas hoy internadas en las instituciones monovalentes, así como para evitar el ingreso o re-ingreso no sólo hacen falta recursos de salud en la comunidad, sino también políticas que garanticen el sostenimiento de la vida en la comunidad cubriendo derechos básicos de todas las personas: a la vivienda, la alimentación, el trabajo, la educación, la cultura, el esparcimiento, entre otras.

El tercer foco de la estrategia de transformación apunta al horizonte de cambio social y cultural que se resume en la tarea de desmanicomializar. Con

ello nos referimos a la tarea de desarticulación de una lógica que se sostiene en la negación de la capacidad de agencia y de ejercicio pleno de ciudadanía de las personas con problemáticas de salud mental. La desmanicomialización no se limita al cierre de los hospitales monovalentes; más bien se extiende a la refundación de una práctica asistencial y de cuidados de la salud que interpela el modo de funcionamiento institucional, pero también de las prácticas, los vínculos y la economía de los afectos que se pone en juego en toda relación social. Entonces, se torna indispensable impulsar medidas que hagan realidad la inclusión socio-comunitaria y la construcción de una concepción social y cultural de la salud mental radicalmente distinta a la históricamente hegemónica.

En base a esas tres ideas-fuerza, se ubican dos grandes dimensiones de trabajo para la transformación: una de Abordajes en Salud y una de Inclusión Socio-comunitaria.

Abordajes en salud

Para pensar la transformación de las actuales prácticas en salud y hacer posible la sustitución, se requiere modificar los espacios asistenciales actuales, abrir nuevos y cambiar los modos en que se desarrolla el trabajo de asistencia en salud. Por ello, las acciones del Proyecto de Transformación se orientan hacia la residencialización, el fortalecimiento de la red de servicios de salud y la territorialización.

La política de apertura de residencias y viviendas asistidas que hagan posible la vida en la comunidad de las personas hoy internadas encuentra en la CPO una experiencia pionera – aunque breve – que data del año 1994, retomada luego en los 2000 y que desde entonces ha ido creciendo. La tarea es

precisamente profundizar esa orientación, trabajando en la construcción de estrategias terapéuticas de externalización que hagan posible la vida en viviendas, hogares y moradas donde cada persona pueda ejercer el derecho a vivir en la comunidad, desarrollar las actividades de su vida cotidiana con el máximo nivel de autonomía posible, que se reconozca su capacidad de deliberar y decidir sobre cuestiones que atañen a su vida, y que disponga de una red de apoyos y cuidados siempre que su situación lo demande. En la medida en que existan y se fortalezcan dispositivos residenciales, se hace posible la reducción de camas y el cierre de salas de internación.

En ese marco, el Proyecto contempla, entre otras medidas: la reparación y equipamiento de viviendas situadas en un predio lindero a la CPO; la reparación, equipamiento y relanzamiento de las dos moradas ubicadas dentro del predio de la CPO, próximas a la portería; la apertura de un nuevo Hostal residencial en una localidad dentro de la zona de geo-referencia de la institución. A ello se suma la apertura de nuevas viviendas asistidas en la provincia, tal como lo señala el Plan Provincial de Salud Mental. Esta política de residencialización hará posible el cierre de la Sala 5 de internación de la CPO, previsto para la primera mitad de 2023.

Un segundo eje gira en torno al fortalecimiento de la red de servicios de salud, con la cual se busca que los servicios y recursos de la CPO se orienten hacia la asistencia y el cuidado integrales, comunitarios y ambulatorios, bajo la idea de que ello hará posible aumentar y robustecer los recursos disponibles de la red, y al mismo tiempo sustituir la atención circunscripta a la institución monovalente, reproductora del modelo hospitalocéntrico y fragmentado.

A partir de esa lectura, se propone la transformación del actual servicio Polivalente de la CPO con la creación de un Centro Territorial de Salud Integral Regional que sea dispositivo de referencia para las localidades de la zona y, a la vez, base administrativa y de gestión de la red de servicios de salud mental comunitarios territoriales. Se proyecta que el Centro Territorial integre el funcionamiento de la oferta actual, además de sumar la apertura de nuevos servicios, así como propuestas y recursos culturales, recreativos, espacios de encuentro y organización que impulsen el pasaje al modelo de atención integral.

Un tercer eje en la transformación de los abordajes en salud refiere al traslado de servicios y recursos desde la estructura hospitalaria hacia los territorios en donde las personas desarrollan su vida cotidiana. Por ello se busca crear y fortalecer dispositivos territoriales que eviten la internación y la prolongación de internaciones por falta de recursos asistenciales en las comunidades de origen de quienes demandan atención en salud mental. Asimismo, se busca que propicien externaciones sustentables en el tiempo, favoreciendo el cuidado y la asistencia ambulatoria y reduciendo los reingresos a internaciones.

En cuanto a ello, ya están en marcha desde 2022 el Equipo Soporte Territorial en Salud Mental y el Dispositivo de Trayectorias Sustentables. A esto se suman los espacios de trabajo para la articulación con la red de servicios que se han impulsado con múltiples servicios de la región, la incorporación de recursos para el acompañamiento terapéutico, entre otras medidas.

Con el desarrollo de estas acciones de apertura, creación y fortalecimiento de dispositivos de nuevo tipo y de servicios orientados a la consolidación de

la red de atención en el territorio, se hará posible el cierre de salas de la CPO – especialmente las que se encuentran en emergencia edilicia – y la reconversión del personal destinado a su funcionamiento. Ello conlleva una transformación de la modalidad de trabajo cotidiano, así como de construcción de una nueva dinámica. Un cambio de mirada que se presenta como requisito indispensable para hacer posible una transformación, y su sostenimiento en el tiempo. En este sentido, el Proyecto de Transformación contempla también el desarrollo de un Programa de Formación y Capacitación en Servicio destinado a trabajadores/as de la CPO y de la red de salud como dispositivo de andamiaje en la transformación de las prácticas.

Inclusión socio-comunitaria

Para sostenerse en el tiempo y fortalecer su carácter transformador, toda propuesta de modificación de prácticas de asistencia en salud requiere ser acompañada de una modificación radical de las dinámicas sociales, culturales y políticas que han tenido históricamente el efecto de tener un único destino reservado para las personas con padecimientos subjetivos: el encierro y la exclusión. Por ello, es clave acompañar las medidas atinentes a los abordajes de salud con acciones que propicien la integración socio-comunitaria de las personas que hoy se encuentran internadas en las instituciones monovalentes.

Esto explica las acciones propuestas en el Proyecto de Transformación cuyo objetivo es hacer que el terreno público de gran extensión sobre el que está emplazada la CPO esté a disposición de las comunidades de la zona, de acuerdo con sus necesidades y para el pleno ejercicio de sus derechos a la vivienda, al trabajo, a la cultura, el depor-

te y el esparcimiento. Se busca con ello una verdadera y profunda resignificación del espacio de la institución asilar en clave comunitaria.

Algunas de estas acciones ya iniciadas son el proyecto laboral-productivo de conservas Timbó, o la reciente conformación de la cooperativa de lavado de autos. En el Proyecto se contempla la construcción de una Sede Sociolaboral con espacio de cocina, depósito, lugar para reuniones y actividades de formación, así como espacio para feria y comercialización de productos. Esta iniciativa se está desarrollando junto a la DPSM y fue presentada al Ministerio de Salud de la Nación en el marco de la Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental (Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos, 2022).

También se propone impulsar la construcción de vivienda social, así como la puesta en marcha de proyectos agroecológicos, de turismo social, deporte y cultura popular, y de construcción del archivo y memorias de la salud mental en la CPO. En la larga historia de la institución se cuenta con innumerables antecedentes, experiencias y pruebas piloto con respecto a estos ejes. En el presente además también se cuenta con las múltiples iniciativas culturales y de recreación que se impulsan desde el Centro Cultural Nise así como propuestas que se articulan desde las salas y servicios que buscan irrumpir en la monotonía hospitalaria con actividades que se propongan la construcción de algo nuevo. En conjunto, conforman el plafón a partir del cual es posible proyectar de manera ambiciosa una modificación radical de los usos de la institución.

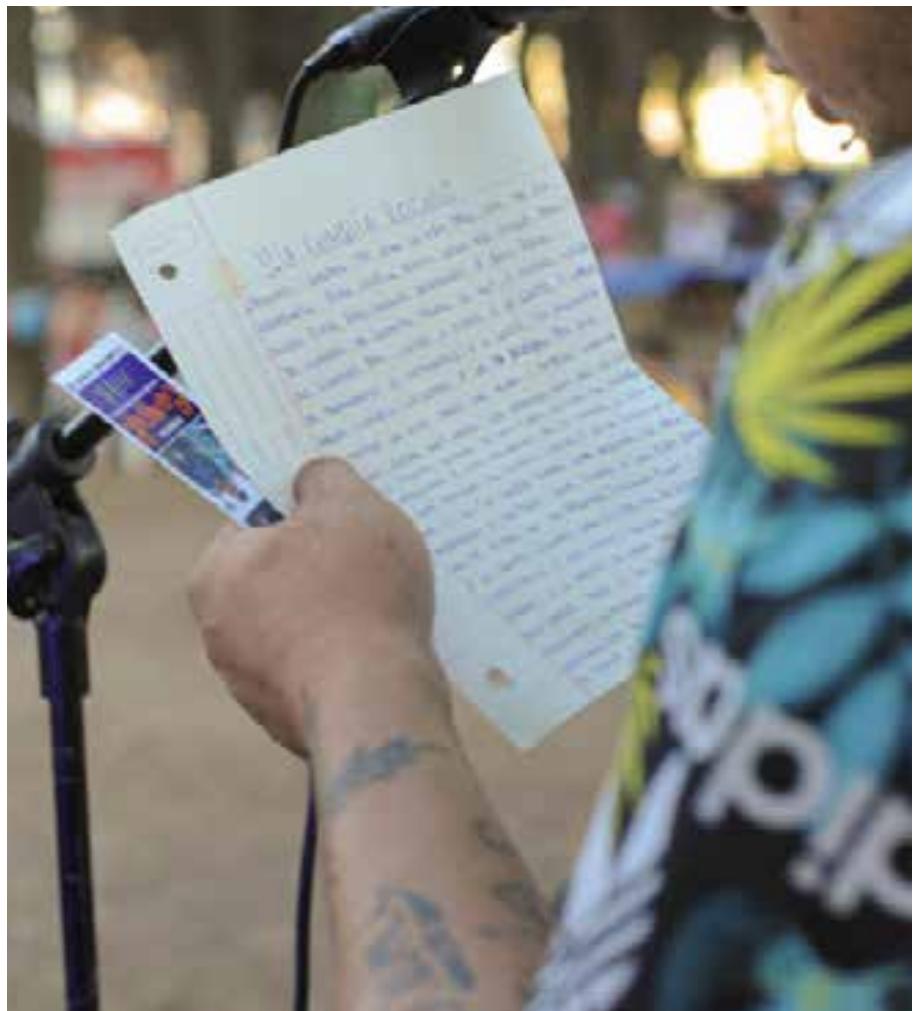
Desafíos actuales y futuros

La CPO cuenta hoy con la hoja de ruta que identifica las acciones políticas y

de gestión que se deben implementar para concretar el objetivo de sustitución del hospital monovalente y su reemplazo por una red de servicios de salud integral en la comunidad en los próximos años. Se trata de un proyecto estratégico ambicioso y de largo plazo que se inscribe en una larga historia, y se sostiene en la firme idea de que la concreción de las transformaciones que deben llevarse a cabo es posible en la medida en que cuenten con el compromiso de las personas que trabajan en la institución. En este sentido, resaltamos la importancia de la participación, el debate, el intercambio de ideas de todo el proceso que nos trajo hasta aquí, pero fundamentalmente hacia todo lo que queda por recorrer.

Por ello el compromiso está en profundizar las instancias de formación, capacitación y re-trabajo que se han estado impulsando, así como de los espacios de encuentro para el debate y el intercambio como las plenarias institucionales, en la medida en que son las iniciativas colectivas las que, a fin de cuentas, harán posible las acciones que aquí hemos resumido.

El desafío que atraviesa de modo transversal cada uno de los propósitos, objetivos y acciones del Proyecto, es convencer y convencernos de que es posible, necesario y urgente sustituir los hospitales monovalentes y construir en su lugar un modelo de atención comunitaria en salud mental. Lejos de ir en detrimento del derecho a la atención en salud o de los derechos laborales, ese nuevo modelo multiplica los impactos positivos en tanto hace posible mejorar las condiciones de vida de las personas que requieren asistencia y cuidados en salud mental, y al mismo tiempo hace posible mejorar las condiciones de trabajo de las personas encargadas de brindarlos.



¿Cómo borrar el perímetro del predio que marca la frontera entre “el adentro” y “el afuera” y que opera como un límite –físico, pero también del pensamiento- sobre lo que es posible y necesario hacer para transformar este hospital? Hemos puesto en marcha iniciativas que impulsen salir del hospital hacia la comunidad, y a la inversa, que el hospital se abra a la comunidad a través de propuestas culturales y recreativas. Lo que aquí se ofrece es una visión estratégica que profundiza ese camino hasta lograr la sustitución definitiva.

No queda más que acudir al objetivo al que nos convoca este tiempo: habitar la transformación, siendo protagonistas.

Bibliografía

Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos. (16 de mayo de 2022). *Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental*. Obtenido de

Ley 26.657. *Ley Nacional de Salud Mental*. (03 de 12 de 2010). Boletín Oficial Argentina.

Resolución Número 0990. (30 de mayo de 2023). *Plan Provincial Salud Mental 2022- 2028*. Argentina: Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

Proyecto de Transformación Institucional 2022-2028. Colonia Psiquiátrica Dr. Abelardo Yrigoyen Freire (6956/2023). Oliveros, Santa Fe.

¿No es acaso todo esto la salud mental?¹

Yamila Ase

Valeria Sánchez²

Nosotras somos Yamila y Valeria, del barrio Bella Vista de la zona oeste de la ciudad de Rosario y somos parte del Proyecto Casas Asistidas, o lo que se conoce también como Residencias compartidas para personas usuarias de salud mental.

Pero no estamos aquí para hablar del proyecto en particular, sino del proceso por el cual llegamos hasta allí. Lo escribimos sin olvidarnos de nuestras propias subjetividades y la transformación que se fue dando en lo personal y lo laboral. A su vez, teniendo como mayor herramienta la interpelación permanente en lo cotidiano, algo que no fue planeado, sino que se fue dando día a día.

Hasta que un día pasamos de presentarnos como pacientes del centro de salud, para presentarnos como trabajadoras de una de las casas asistidas.

Vamos a contar historias personales y de otras/os, pero lo vamos hacer de manera indistinta para que no se identifique de quien estamos hablando en particular, como una manera de preservar aspectos de nuestra intimidad.

Introducción: para ubicar a las/os que escuchan

El comienzo de este relato inicia a partir de fines del 2002 en adelante. Luego

de la crisis del 2001, situación muy difícil del país, es decir para todas/os, sobre la que no vamos a explayarnos. Por mencionar algunos datos de ese contexto, podemos referir lo siguiente:

Las balas policiales asesinaron a Yanina García vecina de nuestro barrio, para evitar los saqueos en la desesperación.

Aquellas fueron épocas de planes sociales que se llamaban Jefes y Jefas de Hogar, donde para cobrar una retribución mínima teníamos que cumplir con cierta prestación laboral.

Así fue que las dos fuimos al centro de salud del barrio, una institución que conocíamos, donde nos atendíamos nosotras, nuestras/os hijas/os y familiares. Pensábamos que eran un buen lugar para realizar la contraprestación.

El centro de salud se llama Dr. Esteban Laureano Maradona, en ese momento era el único centro comunitario por allí. Era un edificio de la comunidad y las/os trabajadoras/es dependían de salud de la Municipalidad de Rosario, es decir de la Dirección de Atención Primaria.

Era notorio que muchas/os necesitábamos de los planes, éramos unas 60 personas aproximadamente contratando, la gran mayoría mujeres.

En reuniones se acordaban las tareas a cumplir, la coordinadora del centro de salud era quien firmaba y constataba que participáramos de los talleres, donde se hablaba de muchas cosas. Pactamos las cantidad de horas, se pedían una 20 horas semanales, pero como era muchas horas de contraprestación para lo que se cobraba, entonces hicimos entre todas/os un cálculo de lo que cobraban por hora las/os trabajadoras/es municipales de servicios generales y se acordó cumplir seis hora para que la redistribución sea justa. No era lo que decía el plan, pero era algo que a todos nos pareció justo, o sea legítimo.

En principio nos proponemos para realizar la limpieza del centro de salud, luego fueron apareciendo otras tareas posibles.

En las reuniones nos preguntábamos acerca de qué nos gustaba o gustaría hacer, nos contábamos cosas y también empezábamos a pensar y decir qué nos parecía necesario o útil para la gente del barrio, cosas que podíamos hacer, que fueran para la comunidad, que nos daría gusto hacerlas. Así fueron surgiendo diferentes cuestiones y nos organizamos en grupo según dónde nos veíamos mejor:

- Un grupo acompañaba a una mujer con problemas subjetivos (que era

¹ Relato compartido en el Encuentro Nacional de Residentes de Medicina General y Familiar. Rosario, Santa Fe (Argentina). 16 abril 2022.

² Trabajadoras del Equipo Casas Asistidas. Dirección Provincial Salud Mental de Santa Fe.



vecina) y también realizamos otras tareas relacionadas con la salud. Siempre acompañada por profesionales del centro.

- Otro, armó un taller de costura.
- Otro, huerta y promoción de los saberes populares de recetas naturales.
- A otras/os nos insistían con la posibilidad de terminar la escuela.
- Otras/os no sabíamos qué hacer pero respondíamos fácilmente a las provocaciones.
- Otras/os se capacitaron en tareas de promoción de salud.

Un proyecto especial

Paula, la jefa de ese centro, nos comentó que había un proyecto de Nación esos días para armar una cooperativa de construcción. Nos sorprendió con eso, nos dejó pensando, pero cuando se vencían los plazos y la oportunidad se iba a pasar, una de nosotras reaccionó: nosotras siempre ayudamos a nuestro marido a cons-

truir, queremos saber bien de qué se trata, por qué no intentarlo.

Y así y ahí empezó un largo recorrido de capacitaciones, reuniones, conversaciones, discusiones de funciones, reglamentos, leyes de cooperativas, manejar números, muchas cosas nuevas.

Eso también era otro modo de encontrarnos con el Estado, entenderlo de otra manera. Conocíamos algo que no estaba a la vista y es que el Estado tenía muchas líneas para que pudiéramos tomar y fundamentalmente que estaba ahí para nosotras. Porque era nuestro derecho, por ejemplo, buscar un trabajo digno, educarnos, cuidar nuestra salud, cuidarnos de quienes nos lastimaban.

Fue algo así como que tomábamos la punta de un hilo y aparecían otros, eran puertas que se nos abrían para las que vivíamos situaciones de violencia intrafamiliar.

Bueno, para sintetizar, mientras a cada una de nosotras se nos movían cosas de la vida particular, se armó la cooperativa de construcción Maradona, fundamentalmente con mujeres en la comisión directiva, se incluyeron hombres algunos analfabetos, pero buenos albañiles, duchos con la plomada, en levantar paredes. Ellos nos enseñaban a nosotras a preparar la mezcla y ellos aprendieron con nosotras hacer cuentas, a poner la plata en las columnas de debe y el haber, o sea a administrar. Lo que siempre hacen las/os patronas/es o las/os dueñas/os de las empresas.

Muchos de ellos estaban enfermos del cuerpo y también deprimidos, nadie sabe qué fue primero pero así llegaron al grupo.

Así fue como construimos Centro Integral Comunitario del oeste, CIC en donde hoy funciona un centro de salud de atención primaria y otros tantos dispositivos. Estos dispositivos tuvieron distintos nombres y vaya a

saber cuántos nombres vendrán todavía, porque si hay algo que aprendimos es que cada gestión le cambia el nombre a las cosas para que parezca que empieza con ellas/os, tratando de borrar la historia. Para los vecinos y vecinas de la comunidad ese espacio se llama CIC, porque con ese nombre lo construyeron.

Lo cierto y lo clavado allí es que cada baldosa que puso don Asencio, recibe hoy a la población de trabajadoras/es y usuarias/os que van allí, y a él cada baldosa le alargó la vida, posta... y a otros la cooperativa nos esculpió la solidaridad.

Otro proyecto de muchos

Una de nosotras fue convocada por la jefa del centro de salud para acompañar un proyecto, la vuelta al barrio, a su comunidad, de un paciente externado de la Colonia de Oliveros. Él tenía una casita en el barrio, no contaba con familiares y salía externado de la colonia a su casa, algo que siempre es difícil.

En eso, la trabajadora social de la sala que acompañó el proceso de externación, acercó al paciente al centro de salud para mostrarle los lugares de atención que tenía cercano a su domicilio, un lugar donde podría ir cuando estuviera en su casa, ya fuera del psiquiátrico porque el vecino no solo sufría de padecimientos subjetivos, sino también hipertensión, diabetes etcétera.

Así fue que trabajadoras/es de la Colonia de Oliveros – un hospital monovalente provincial en proceso de transformación – la coordinación del centro de salud – municipal – la organización no gubernamental (ONG) La Nave, y el paciente nos encontramos pensando, charlando, proponiendo e intercambiando una idea, algo que era nuevo en salud mental.

Así surge una propuesta, una casa de externación y convivencia para perso-

nas que habían estado internadas por padecimientos subjetivos, en esa idea estaban de acuerdo y le ponían pilas tres instituciones, pero había que encontrar cómo y con quiénes hacerla.

La colonia estaba en otra ciudad, no conocían gente del barrio, nosotras sí, y ya había una de nosotras involucrada en el cuidado.

Con el tiempo nos enteramos que no era casual que una de nosotras fuera convocada al cuidado, era la que más se animaba a cuestionar, a proponer cosas diferentes, a preguntar por qué las cosas eran como eran, a romper con ciertos estigma en relación con poder acompañar a personas con padecimientos subjetivos.

La casa era del vecino que había salido externado: él tenía que estar de acuerdo y participaba en la toma de decisiones. Mientras se gestionaban los acuerdos había que poner la casa en condiciones, reconstruirla con bastante trabajo de albañilería para que fuera habitable. Desde el centro de salud se contactó a la cooperativa de trabajo Maradona para realizar los arreglos.

Fue así como una de nosotras fue acompañando desde el cuidado y la otra, construyendo desde la cooperativa. Esta última se sumó al proyecto ya que le pareció una tarea muy humana en términos de derechos y de mucho trabajo en red con la comunidad.

En resumen, fuimos construyendo, reconstruyendo paredes y vínculos, paredes que no eran muros, sino reparo, paredes y techo de abrigo, de un mundo diferente y cercano. Cuidados, afectos, trabajo y producción colectiva.

Como decíamos al principio, no imaginábamos estar aquí, una/o se tienta en decir que fue impensado en el sentido que no fue un proyecto de vida pre-dado hasta que fue siendo...y sí fue pensado, reflexionado, mientras íbamos andando, andando y sanando...

Aprovechamos para hacer un salto en el relato de este recorte, que es un proceso... un proceso en el tiempo, a saber:

Una de nosotras terminó la escuela.

Una de nosotras empezó la universidad.

Una de nosotras o las dos, se separó de quien no la valoró.

Una de nosotras o las dos fue vista de otra manera por sus hijos.

Las dos trabajamos interdisciplinariamente sin tener ninguna disciplina académica.

Las dos trabajamos intersectorialmente porque así nos encontramos fortalecidas.

Las dos nos damos (y damos) sostén cuando parece que no lo hay.

Las dos fortalecimos nuestra autonomía, nuestra y la de las personas, usuarias/os, pacientes vecinos que habitan las casas asistidas.

En un momento fuimos subsidiadas por el Estado, hoy somos trabajadoras.

Las dos tenemos trabajo, y además nos gusta... amamos lo que hacemos.

¿No es acaso todo esto la salud mental?

Para finalizar, lo que intentamos con este relato es poder dar cuenta que el cuidado de la salud mental para nosotras se genera con las redes de acompañamiento colectivo, comunitario y territorial, creando vínculos. Entendemos la salud mental de modo integral, es decir, tener un techo, trabajo digno, acceso a la salud, a la recreación, al ocio.

El cuidado de la salud mental comienza antes de que aparezca un diagnóstico. Por lo tanto estamos convencida que sin la presencia del Estado a través de políticas públicas que garanticen el acceso a los derechos de las personas, no hay salud mental.

Pichincha: el arrabal de un territorio en construcción

Andrea Bordignon¹

Andrea Druetto²

Gabriel Fernández³

Lucía Malacrida⁴

Antonela Marchi⁵

Melanie Novell⁶

Delfina Gabriela Rossi⁷

Atención primaria de la salud y salud mental

El presente es un trabajo que relata la experiencia de un equipo de atención primaria de la salud (APS) de la ciudad de Rosario. Intenta poner palabras a la práctica de todos los días, escriturar lo novedoso, revisar aquello que se repite haciendo obstáculo, compartir la construcción de estrategias singulares y colectivas en la búsqueda de la salud integral.

El Centro de Salud Provincial N° 36 se inauguró en el mes de mayo del año 2019; está emplazado en el centro de la ciudad de Rosario, dentro de las instalaciones del Centro Regional de Salud Mental Agudo Ávila. Desde la apertura del centro de salud, el equipo ha ido variando y atravesando diferentes momentos y procesos, la pandemia ha sido sin dudas el más importante y desafiante de ellos. Sorteando las diversas dificultades y complejidades dicho equipo se ha ido fortaleciendo en el horizonte de instalar y sostener prácticas de salud integral mediante el trabajo interdisciplinario, intersectorial e interministerial; con el objetivo de garantizar la plena accesibilidad del derecho a la salud de la población.

Se sostiene además en una posición de permanente revisión crítica de las propias prácticas, repensando los alcances y límites de la misma, apostando a la horizontalidad, la democratización de las decisiones, así como a la gestión colectiva del propio proceso de trabajo. Nos interesa entonces rescatar algunos ejes de dicho proceso:

1. Creación de espacios grupales y colectivos como modo privilegiado de producción de salud:
 - a. Entrevero, dispositivo de acompañamiento grupal desde el primer nivel de atención
 - b. Espacio de Primera Infancia, dispositivo clínico integral para el trabajo con infancias de 0 a 3 años y sus cuidadoras/es
2. Mesa intersectorial por las infancias y adolescencias
3. Abordaje singular de la demanda:
 - a. Dispositivo de primera escucha
 - b. Elaboración de estrategias de complejidad

¹ Psicoanalista practicante. Docente de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario (UNR). Miembro del Observatorio de Salud Mental y Adicciones (UNR). Supervisora clínica e institucional. Trabajadora en Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Rosario. andreabordignon2016@gmail.com

² Psicóloga. Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria (UNR). Diplomada en Políticas, planificación y gestión de instituciones y servicios de Salud Mental (AASM) Diplomada en Salud Internacional (Escuela de Gobierno Floreal Ferrara). Trabajadora de salud en el primer nivel de atención (Rosario). Docente de la Tecnicatura Superior en Acompañamiento Terapéutico (Baradero). druettoandrea@gmail.com

³ Psicólogo egresado de la UNR. Experiencia de trabajo para la Dirección Provincial de Inclusión para Personas con Discapacidad y en Consultorios Externos del Centro Regional de Salud Mental (CRSM) Agudo Ávila. Trabajador en Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Rosario. ruedaslocas14@gmail.com

⁴ Licenciada en fonoaudiología egresada de la UNR. Diplomada en trastornos del lenguaje infantil desde una perspectiva neurolingüística (Universidad Austral). Trabajadora en Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Rosario. lucia.malacrida@gmail.com

⁵ Psicóloga egresada de la UNR. Experiencia en Discapacidad y en Acompañamiento Terapéutico. Maestranda en Psicopatología y Salud Mental de la Facultad de Medicina, UNR, con proyecto de investigación sobre la Salud Mental Perinatal en el campo de la APS. Trabajadora de Atención Primaria de la Salud en la ciudad de Rosario. antonela.marchi@hotmail.com

⁶ Médica Psiquiatra (UNR - Col. de Médicos Santa Fé 2da Circunscripción). Formada en Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (HEEP). Posgrado en Abordaje Integral de la Planta de Cannabis (UNR). Psiquiatra matricial en Atención Primaria de la Salud en la ciudad de Rosario. Psiquiatra en Centro Territorial de Salud Mental La Posta Norte de Rosario. novell.melanie@gmail.com

⁷ Psicóloga. Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. (Facultad de Psicología, UNR). Coord. Centro de Salud N° 36 Pichincha desde Julio 2022. delfinarossi@gmail.com

Creación de espacios grupales y colectivos como modo privilegiado de producción de salud

El Entrevero

El Entrevero es un espacio grupal de encuentro, intercambio y acompañamiento del Centro de Salud N°36 Pichincha y forma parte de las estrategias grupales, comunitarias, interdisciplinarias e intersectoriales que llevamos adelante como equipo de APS.

Funciona de modo quincenal propiciando el encuentro entre usuarias de dicho efecto para que se conozcan, comparten sus problemáticas pero también sus potencialidades, generándose lazos de solidaridad, contención y acompañamiento en la trama grupal. Es coordinado por dos profesionales (médica y psicóloga) y sostenido por todo el equipo en la dinámica cotidiana del trabajo.

Nace como idea durante la pandemia por COVID 19, en el año 2020, cuando varias de las participantes fueron atendidas de modo remoto por psicología, creándose un espacio nuevo de tratamiento de modo singular. En esa escucha telefónica, y a partir de encontrar puntos en común en las problemáticas que ellas traían, comenzamos a imaginar la posibilidad de conformar un dispositivo grupal, cuando la pandemia pasara.

Inicia en el mes de julio de 2021 como propuesta desde el equipo de salud con el objetivo de ofrecer un espacio – tiempo de encuentro, intercambio, acompañamiento y apoyo para usuarias que están referenciadas al equipo de salud. Se constituye como una posibilidad ante la lectura y construcción diagnóstica de la problemática que atraviesan muchas mujeres adultas de la zona de referencia. Las mismas manifiestan problemas de diversa índole y modos de padecimientos singulares pero que encuentran su punto común en la dificultad de habitar espacios de socialización, entramar lazos nuevos, participar de actividades; reproduciendo escenarios en donde la soledad, el desamparo y la falta de redes vinculantes re-cruden condiciones de profundas desigualdades y padecimientos socio – subjetivos.

Los encuentros tienen una metodología en donde se propone la horizontalidad, la democratización y la no dirección estrecha de los mismos. Consideramos que todas somos participantes del grupo con tareas diferentes; así por ejemplo, una de las participantes pudo dar una clase de yoga, otra co – coordinar un encuentro.

Se constituye entonces como un espacio que aloja desde la singularidad de cada quien, la historia, las preocupaciones, las posibilidades, los obstáculos gestando siempre un escenario colectivo para la tramitación de lo que allí suceda.

Contamos además con dos soportes virtuales, un grupo de Whatsapp que constituye una vía de comunicación genuina y cotidiana y un grupo de Facebook en donde cada quien puede subir lo que sea de interés, promocionar su emprendimiento, compartir un texto o recomendar una película.

Luego de 20 meses de funcionamiento ininterrumpido, podemos ubicar entre los efectos más importantes el sosténimiento del mismo por sus propias protagonistas, el mejoramiento de sus situaciones de salud integral, la consolidación del lazo de referencia entre las mujeres y el propio equipo, la disminución de consultas a psiquiatría o psicología, pero fundamentalmente

el haber instalado este espacio como parte de una estrategia de salud por excelencia que apuesta a la vitalidad, el cuidado colectivo y la producción de lazo social.

Espacio de Primera Infancia

El Espacio de Primera Infancia es un dispositivo clínico integral configurado en el marco de la *Ley Nacional de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia*, también conocida como “Ley de los 1000 días” (Ley N° 27.611, 2021). Se genera a partir de la incorporación por primera vez de profesionales de fonoaudiología al equipo de trabajo de los centros de salud provinciales, que ingresan por un convenio entre el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe y la Escuela de Fonoaudiología de la Universidad Nacional de Rosario (UNR), a través del Dispositivo de Concurrencias Fonoaudiológicas.

Con inicio en el mes de agosto de 2022, se trata de un espacio de encuentro con infancias de entre 0 a 3 años y sus cuidadoras/es. Dicho dispositivo es acompañado por dos profesionales del equipo (fonoaudióloga y psicóloga), y se emplaza en el espacio físico de una biblioteca pedagógica dependiente de Educación, ubicada en las proximidades del centro de salud.

La propuesta surge a partir del diagnóstico situacional del territorio en el que se evalúa una ausencia de instituciones vinculadas al cuidado de niñas y niños pequeños/os, dándose el primer contacto vincular/social por fuera del entorno familiar con el inicio de la escolaridad obligatoria (a partir de los 4 años de edad). No existían hasta el momento ofertas institucionales o comunitarias para el acompañamiento en los primeros años de vida, o de soporte para quienes llevan adelante las tareas de cuidado.

La conformación de este espacio es entonces pensada a partir de dos ejes. Por un lado, desde una perspectiva de prevención en relación con pautas e indicadores del desarrollo infantil, propiciando un espacio de juego libre y se-

guro, con especial atención en lo vincular. Por otro lado, como un espacio de encuentro, acompañamiento y sostén para quienes realizan las tareas de cuidado y crianza, en su amplia mayoría mujeres que no cuentan con redes de apoyo y contención.

El grupo se conforma a partir de la evaluación/derivación de miembros del equipo que consideren existe una situación de vulnerabilidad o algún indicador de alerta que amerite una intervención más allá de lo estrictamente médico, que suele ser la vía de acceso a la consulta al centro de salud. A su vez, también se han establecido articulaciones y se han tomado derivaciones de otras instituciones que alojan familias en situación de vulnerabilidad.

El dispositivo funciona semanalmente y consiste en diversas propuestas lúdicas adaptadas a las edades de las niñeces que participan, en el marco de alguna temática específica que se considere importante abordar (vínculo primario, lactancia y alimentación, pautas de desarrollo, precursores de lenguaje). También se ofrece de forma periódica entrevistas de abordaje singular con cada diáda, y un seguimiento integral orientado a la singularidad de cada situación. Además se cuenta con espacios de retrabajo que permiten repensar continuamente las prácticas, y con la propuesta de invitación a otras/os profesionales del equipo a hacer sus aportes y a participar del dispositivo.

El espacio continúa en construcción, y se espera poder ampliar la oferta dada la enorme necesidad de espacios de socialización y de juego seguro, en el contexto de una ciudad convulsionada por las violencias y los arrasamientos.

Enmarcados en los lineamientos generales de la APS y la *Ley Nacional de Salud Mental* (Ley N° 26.657, 2010), encontramos en estos dispositivos una apuesta a la ampliación y multiplicación de los lazos sociales, como un modo privilegiado de operar en el campo de la salud mental y por ende de la salud integral. Su aporte reside en aquellas micro transformaciones que tienen lugar en cada uno de los procesos de atención de quienes participan en ellos, al proponer estrategias clínicas integrales, propiciar la articulación permanente con otros niveles del propio sistema, mejorando la calidad de la atención, la accesibilidad y la producción de salud colectiva.

Ubicamos como prioritario poder interrogar los modos tradicionales de atención en salud y salud mental, apostando a generar dispositivos de alojamiento y acompañamiento de cuidado colectivo, de abordaje interdisciplinario, intersectorial e intercultural que sean capaces de alojar, contener y dar tratamiento psicosocial a las problemáticas actuales.

Mesa intersectorial por las infancias y adolescencias

La Mesa Intersectorial por las Infancias y Adolescencias de la zona Centro se gesta durante el año 2020 a partir de encuentros virtuales que se llevan adelante para el abordaje de situaciones complejas de niñas/os y adolescentes en donde se encuentran participando diferentes instituciones: centro de salud, escuelas, equipo socio educativo, defensoría de niñas/os y adolescentes, centros residenciales, Centro de Acción Familiar. En dichas reuniones comenzamos a conocer los modos de funcionamiento de cada institución, intercambiar miradas y construir estrategias comunes para el acompañamiento de las mencionadas situaciones.

Durante el año 2021 se realizan los primeros encuentros presenciales donde afianzamos los vínculos y vamos configurando una red de trabajo y pertenencia. El espacio se sostiene desde entonces con una frecuencia mensual, rotando por diferentes instituciones del territorio. Como parte del proceso de trabajo de estos años podemos mencionar la construcción de un mapeo territorial donde fuimos ubicando y conociendo diversos actores/es gubernamentales, organizaciones sociales, clubes, centros culturales que están presentes de diferentes modos en el territorio.

Por otra parte y en ese entramado hemos ido escuchando, relevando y priorizando las principales problemáticas con las que nos encontramos en nuestras prácticas cotidianas vinculadas a la población infantil y juvenil. De esto modo se ha podido ir afianzando la articulación intersectorial e interministerial para la elaboración de estrategias singulares así como también la visibilización de esta red en creciente constitución.

El 2023 nos encuentra relanzado la apuesta de una construcción colectiva en la conformación de una red de trabajo horizontal, sostenida en la cooperación, coordinación e integración de acciones para el cuidado y acompañamiento de las infancias y adolescencias.

Abordajes singulares

Dispositivo de primera escucha y trabajo interdisciplinario

El trabajo interdisciplinario en salud, y específicamente en salud mental, es posible en el momento en que las/os actores/es involucradas/os se encuentran en la escucha, diseñando estrategias que posibiliten abordar lo complejo. Desde esta concepción nos encontramos emprendiendo las primeras escuchas.

Semanalmente nos reunimos como equipo interdisciplinario (psicólogo/as, psiquiatra, médicas generalistas, trabajadora social, pediatras) para idear cómo dar respuesta a la creciente demanda en salud mental.

Las entrevistas de primera escucha representan un momento clave para comenzar a esbozar esa respuesta, implican prestar el oído y la cabeza desde la especificidad de cada disciplina a un conflicto/un problema, para luego construir entre varias/os un abordaje posible. De este modo lo desarrolla Fernández (2023):

La orientación nos la irá dando la lectura de la demanda, que implicará un análisis de lo que “piden” las instituciones, diferenciado de lo que “pide” quien consulta. Podremos, así, ir recorriendo coordenadas particulares de la dificultad sobre la que nos solicitan alguna ayuda. (...) Se trata de una invitación a que algo de eso suceda mientras le seguimos en el recorrido de sus intereses singulares. No más, no menos. Lo cual, llevará a evaluar el dispositivo de entrevista única de orientación cada vez. (Fernández, 2023)

De este modo, mediante la escucha entre varias/os podemos ir construyendo en cada caso un abordaje o respuesta posible, algunas veces se tratará de reorientar la consulta a otros dispositivos, de brindar un asesoramiento, de garantizar el acceso a algún servicio, o simplemente escuchar, alojar, acompañar, las veces que sea necesario.

Elaboración de estrategias de complejidad

Venimos construyendo un diagnóstico como equipo de salud, vinculado a la recepción de jóvenes de 18 años o pronto a cumplirlos sin cuidados parentales, los cuales llegan al centro de salud por medio de pedidos de las instituciones que las/os alojan o equipos técnicos de referencia. Para hacer un recorte acerca del nudo “estrategias de abordaje de la complejidad” tomaremos como referencia estas situaciones.

Nos encontramos con jóvenes que presentan en sus características comunes una importante fragilidad socio subjetiva, precariedad simbólica, dificultades en la construcción de lazo social, problemáticas vinculadas al lenguaje y al aprendizaje, etcétera.

Asimismo ubicamos una importante problemática respecto a la fragmentariedad de sus propias historias de vida; han transitado por una numerosa cantidad de equipos técnicos, centros residenciales, escuelas, equipos de salud y salud mental, etcétera. Tránsito que muchas veces recludece las vulneraciones de derechos inicialmente ubicadas.

El trabajo consiste en reconstruir junto a ellas/os sus propias historias de vida, encontrar referencias afectivas, propi-

ciar otros circuitos que conecten con una parte más vital, con algo de su deseo, que puedan ir construyendo su propio proyecto de vida, retomar los cuidados sobre sus cuerpos y sus vínculos, siempre acompañando desde una perspectiva de derechos, articulando de este modo con otras/os actores/es sociales e instituciones para garantizar los mismos.

Algunas reflexiones

Nos interesa situar como la invención de lo posible, la creatividad, el arte, y los recursos lúdicos pueden hilvanar estrategias generadoras de salud mental para una población. Nos interesa ubicar cómo las prácticas comunitarias se ofrecen muchas veces como llave, como apertura al trabajo con poblaciones y problemáticas cuyos abordajes no suelen lograrse desde el clásico dispositivo en consultorio. La propuesta comunitaria nos ofrece otros marcos de cuidado para estas otras personas que no llegan a la consulta clásica y nos ofrece otros marcos de trabajo. (Druetto y Orpinell, 2021)

Entendemos que el abordaje comunitario implica la construcción y resolución de los problemas desde la propia comunidad. Pero aquí reside el mayor problema, ¿cómo arribar a esa construcción cuando la comunidad con la que trabajamos es tan heterogénea y se encuentra fragmentada?

A este problema complejo le respondemos con los abordajes que consideramos posibilitadores: desde la construcción de un territorio, el trabajo interdisciplinario, en equipo y dispositivos grupales, donde lo que prima es la construcción de lazos, la amorosidad y el cuidado.

Bibliografía

- Druetto, A. y Orpinell, F. (Julio de 2021). *Salud Mental comunitaria. Su lugar en el diseño de políticas públicas*. Obtenido de
- Fernández, A. (15 de Abril de 2023). *Entrevistas de orientación en el primer nivel de atención*. Obtenido de <https://www.elsigma.com/salud-publica-y-psicoanalisis/entrevistas-de-orientacion-en-el-primer-nivel-de-atencion/14267>
- Ley 26.061. *Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes*. (26 de 10 de 2005). Obtenido de:
- Ley 26.657. *Ley Nacional de Salud Mental*. (03 de 12 de 2010). *Boletín Oficial. Argentina*.
- Ley 27.611. *Ley Nacional de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia*. (15 de 01 de 2021). *Boletín Oficial. Argentina*

Una mirada integral en salud: enlazando subjetividades

Sofía Aguirre¹

Cecilia Murillo²

Uno escribe a partir de una necesidad de comunicación y de comunión con los demás, para denunciar lo que duele y compartir lo que da alegría. Uno escribe contra la propia soledad y la soledad de los otros. Eduardo Galeano (2013, pág. 220)

En marzo del 2020, en el marco del aislamiento social, preventivo y obligatorio debido a COVID-19, una persona se contacta telefónicamente a la Línea 147 Rafaela Responde la cual es una vía de comunicación a la que recurren los/as vecinos/as de la ciudad con el objetivo de efectuar consultas y reclamos, refiriendo que su hijo ("A") habla solo por las noches manifestando, en reiteradas ocasiones, una conducta agresiva. Se pone en conocimiento de tal situación al Dispositivo Integral de Abordaje Territorial (DIAT), actualmente denominado Dispositivo Comunitario Territorial (DTC) cuyo propósito es generar condiciones que posibiliten el abordaje de las problemáticas de consumo en el marco de promoción, acceso, restitución y ejercicio de derechos, propiciando prácticas integrales de atención y acompañamiento (SEDRONAR, 2021). Inmediatamente, miembros del equi-

po técnico de dicho dispositivo reconocen al individuo en cuestión: "A" era un joven de 20 años al cual integrantes del equipo conocían por su tránsito en otras instituciones, entre ellas una referida al abordaje de consumo problemático de sustancias. La existencia del vínculo de aquel entonces con profesionales que hoy se encontraban trabajando en el dispositivo facilitó la re-vinculación con el sujeto ya que, a pesar de su padecimiento subjetivo, lograba identificarlas.

El equipo técnico pone en conocimiento a la Agencia Territorial Sur y de manera articulada y simultánea se comienza a abordar la situación con el progenitor del joven y con éste último. Desde un primer momento, la participación activa del único referente afectivo adulto de la persona usuaria fue un eje central; es decir, desde el equipo se le solicitó el acompañamiento y apuntalamiento de las intervenciones, poniendo en conocimiento el por qué y el para qué de cada una de las herramientas y estrategias a implementarse, tal como lo establece la Ley 26.529 Derechos del Paciente, lo cual debe ser transversal a toda intervención en política pública.

Se historiza el caso de "A", situación conocida por diferentes actores institucionales pertenecientes al ámbito de la salud ya que miembros de la familia de origen de aquél habían sido abordados desde múltiples áreas del municipio local en pos de la restitución de derechos. Sin embargo, la mayoría de las intervenciones resultaban truncas debido a que el joven no contaba con una red que permitiera generar y sostener aquellas indicaciones necesarias para conseguir estabilizarlo. "A" fue propietario de la confluencia de diagnósticos: estructura psicótica con retraso mental leve y trastorno por consumo de sustancias. Era necesario alcanzar la estabilización, pero "A" no estaba dispuesto a acceder a un esquema medicamentoso y, si bien se contaba con una figura adulta en su entorno, ésta no podía garantizar el cumplimiento de ningún esquema vía oral por diferentes circunstancias personales y, lo que limitaba aún más las estrategias de intervención, era que "A" refería no estar dispuesto a colocarse medicación de depósito. Desde el momento en que el equipo traza la trayectoria histórica del joven, detecta que aquella negativa era una constante entre los/as distin-

¹ Lic. en Psicología. Carrera de Posgrado de Especialización en Ps. Clínica. Institucional y Comunitaria Universidad Nacional de Rosario (UNR). Maestrando en Desarrollo Territorial Universidad Tecnológica Nacional. Integrante de la Agencia Territorial Norte de Rafaela (Secretaría de Desarrollo Humano de la Municipalidad de Rafaela). Integrante del Equipo Técnico Rafaela del Dispositivo Territorial Comunitario (DTC). Email: sofiaguirremtr@gmail.com

² Lic. en Psicología. Diplomada en Drogodependencia y Adicciones Universidad Católica de Santiago Del Estero, Departamento Académico Rafaela (UCSE). Maestrando en Desarrollo Territorial Universidad Tecnológica Nacional. Coordinación "Registro Municipal de Cuidadores y/o Personas que requieran Atención Especial" y Equipo Técnico Oficina Municipal de Empleo (Secretaría de Producción, empleo e innovación Municipalidad de Rafaela). Integrante del Equipo Técnico Rafaela del Dispositivo Territorial Comunitario (DTC). Email: ceciliamurillo.rafaela@gmail.com



tos/as actores intervenientes “ya se intentó un montón de veces y no quiere colocarse el inyectable”, “no quiere saber nada con que lo pinchen”, eran frases que resonaban una y otra vez...

El equipo técnico realiza una lectura estratégica de efectos clínicos y sociales con el objetivo de orientar el plan de abordaje para “A” y sus destinos posibles como asimismo el diseño de estrategias que involucren tanto a otros/as actores/as del dispositivo como de la red local (SEDRONAR, 2021).

Desde el DIAT en articulación con el Dispositivo Interdisciplinario Soporte Estratégico Regional (DISER) Rafaela, se gestiona un turno con el área de salud mental del SAM-Co Hospital Dr. Jaime Ferrécon una psiquiatra que ya había atendido al joven en otra oportunidad.

Miembros del equipo del DIAT junto con el equipo de la Agencia Sur realizan visitas domiciliarias para asistir al joven y al progenitor de aquel ya que ambos requerían de respuestas del Estado local mediante políticas públicas. El padre de “A” es un sujeto que posee diversidad funcional, que sólo percibía una pensión por discapacidad mientras que su hijo realizaba la actividad de lavado de vehículos en el microcentro de la ciudad y asistía a un taller de arte en

una ONG, ambas actividades se vieron abruptamente interrumpidas debido al contexto sanitario durante la pandemia de COVID-19. Esto último agudizó la situación social familiar ya que los ingresos económicos resultaban insuficientes para la cobertura de las necesidades básicas. Ambos equipos intervenientes diseñaron un plan de acción para comenzar a dar respuestas a las demandas muchas veces no explicitadas de manera directa pero sí identificadas (asistencia alimentaria, mejoramiento de la vivienda, acceso a salud, orientación y acompañamiento en la gestión de trámites).

Se consideraba necesario alcanzar la construcción del vínculo de “A” con las profesionales de la Agencia Territorial Sur, motivo por el cual en aquellos primeros contactos domiciliarios, las personas que él referenciaba del Equipo del DIAT, acompañaban a la Agencia a los fines de habilitar aquella construcción, de generar las condiciones que faciliten el acercamiento. Tal es así que, referentes de ambos equipos, coordinaron con la persona usuaria y su progenitor que pasarían a buscarlo por su domicilio para asistir a la consulta con la psiquiatra en el nosocomio local, trabajando de manera progresiva sobre la importancia de poder acceder a dicho turno. Llegado el día, se acompaña a “A” para que sea evaluado por la psiquiatra quien indica que se le debe administrar medicación de depósito de manera mensual. “A” pudo poner en palabras que le temía al dolor que pudiera causarle el inyectable y ese pasaje de poder poner en palabras lo que le estaba sucediendo posibilitaba una primera tramitación: decir más allá de lo que se dice, lo que dice en lo que precisamente no dice e

incluso lo que se dice en el silencio.

Aquella primera vez “A” pidió que se le agarre la mano al momento de que le coloquen “la vacuna” – tal como continúa denominando él a la medicación de depósito – qué importaba explicar la diferencia entre una “vacuna” y una medicación de depósito si él sabía por qué era pertinente colocarla en tiempo y forma, si él podía notar como aquellas voces comenzaban a hacerse cada vez más lejanas y ausentes... Las veces posteriores, el joven ya no solicitaba que se lo tome de la mano pero sí que continúe la presencia de las profesionales cada vez que debía recibir la medicación, “el sostener” evidentemente continuaba allí.

Esta situación aconteció durante medio año, ambos equipos acompañaban al joven a los turnos con la psiquiatra mientras transversalmente se continuaba trabajando el acceso y la restitución de derechos del grupo familiar y la reducción de daño. Se inició la gestión del Certificado Único de Discapacidad (CUD) de “A” como un paso para poder garantizar el acceso a ciertas prestaciones médicas y asistenciales.

“A” comenzó a presentar una mayor permeabilidad a las propuestas por parte del equipo del DIAT, propuestas diseñadas en función de escuchar su voz y ejecutadas siempre mediante la construcción colectiva y comunitaria. Se gestionó un Programa Nacional del cual “A” pasó a ser beneficiario y por el cual comenzó a percibir un incentivo económico. De manera mensual, “A” iba a la institución bancaria a retirar el dinero correspondiente acompañado por una de las profesionales referentes del caso y conjuntamente pensaban la organización/administración del mismo. Acompañarlo a retirar el incentivo económico fue un poco la excusa ya que el camino permitía dialogar sobre

aspectos personales e ir fortaleciendo el vínculo.

A raíz de la pandemia, “A” no participaba de ningún espacio de formación y/o recreativo y si bien podía identificar a las profesionales del equipo del DIAT aún no se referenciaba geográficamente con la construcción edilicia donde funcionaba el dispositivo. Debido a ello, se le propuso participar una vez por semana de un taller de estimulación cognitiva a los fines de poder ir construyendo paulatinamente la referencia con el espacio propiamente dicho. En el taller, se empezaron a trabajar hábitos de higiene personal mediante lo lúdico como así también aspectos referidos a la ubicación temporal, por ejemplo, que pueda tomar conocimiento del uso del calendario mensual con el propósito de ir alcanzando autonomía: señalar que días debía asistir al taller, qué día del mes debía colocarse “la vacuna”, que días se correspondían con la fecha estimada de cobro del Programa Nacional y que semanas tenía turnos pautados para la gestión de trámites.

A los seis meses de intervención, “A” no sólo había accedido al CUD y estaba iniciando los trámites de la pensión sino que además sostenía el taller de estimulación cognitiva de forma independiente. El equipo consideró que era necesario dar un paso más en el acompañamiento del proceso de construcción: era indispensable que “A” pudiese encontrar una posible respuesta a su padecimiento por fuera del consumo que le permitiese resignificar o elaborar y diseñar un proyecto de vida.

En vistas a este nuevo desafío, la psiquiatra y el equipo técnico acordaron que la medicación de depósito pueda ser administrada en el Centro de Salud de su barrio ya que

ello facilitaría su accesibilidad y permitiría continuar trabajando la autonomía. El Centro de Salud se comprometió a asegurarle la medicación mensualmente a “A” y éste a asistir por sus propios medios cuando se lo notificara. Actualmente, el equipo averigua cuándo está disponible la medicación en dicho efector y se le comunica a “A”, éste se presenta a colocarse “la vacuna” y siempre, después de cada administración, se contacta con el Equipo del DTC para ponerlo en conocimiento.

En el mes de marzo de 2021, el equipo del DIAT considera que los objetivos del espacio de taller estimulación cognitiva habían sido alcanzados. El joven comienza a plantear su interés por participar de un espacio vinculado a lo gastronómico, más específicamente al área de panificación. El equipo le propone a “A” la posibilidad de pasar de una instancia individual a una grupal ya que el taller de estimulación cognitiva era personalizado. Tal es así que, en el mes de abril, “A” comienza a participar del taller de panadería enmarcado en un Programa Provincial y, en el mes de agosto, de un taller de Huerta Agroecológica producto de un Programa de carácter local.

Actualmente, “A” continúa participando de ambos talleres, realiza los cobros de manera independiente, sostiene el esquema medicamentoso y cuando requiere ayuda u orientación se dirige al DIAT.

Para poder llevar adelante el abordaje integral comunitario de “A” fue necesario que los equipos intervenientes orientaran su trabajo principalmente a la promoción de la participación de los/as actores/as de la comunidad en las intervenciones. Asimismo, se trabajó en la integración

de los recursos existentes, buscando potenciar y fortalecer las redes (SEDRONAR, 2021). El caso de “A” es un claro ejemplo sobre por qué la interdisciplinariedad tiene que ser sostenida como un posicionamiento.

Los equipos intervenientes realizaron una doble mirada: hacia afuera, enfatizando la articulación de recursos territoriales, el fortalecimiento de las redes territoriales promoviendo estrategias comunitarias de asistencia integral, en pos de garantizar el acceso a derechos en el marco de la responsabilidad e intersectorialidad y prestando atención al diálogo y puesta en marcha de acciones con múltiples actores barriales. Paralelamente, se efectuó una mirada hacia adentro, con el propósito de clarificar y organizar las distintas tareas de cada uno/a de los/as integrantes de los equipos, incentivando constantemente espacios de intercambio, aprendizaje y reflexión (SEDRONAR, 2021).

Como profesionales de la salud, consideramos que es indispensable una apertura que tome en cuenta lo diverso y lo colectivo, que incluya el trabajo desde las contradicciones como así también la construcción con otros/as en la heterogeneidad. Es necesario fomentar prácticas en salud enmarcadas en lo relacional, es decir, que el acto de cuidar constituya tanto medio como fin en sí mismo (SEDRONAR, 2021).

Bibliografía

- Galeano, E. (2013). Nosotros decimos no. Crónicas 1963-1988. Argentina: Siglo veintiuno.
- Sedronar. (2021). Guía de Estrategias de Atención y Acompañamiento Comunitarios para los DTC. Argentina.

Manifiesto: la palabra como refugio

Natalia Quintana¹



Una se pasa la vida así. Siempre yendo y viniendo. Haciendo lo que se pueda con esto que hicieron de nosotros. “Que vos no sos lo mismo que te hicieron”, “que deberías tomarle la vida con más liviandad”, “deberías eliminar tantos pensamientos negativos, no te conducen a nada bueno”... son tan infinitas las frases y consejos que podría enumerar acá. Eso que le decimos al otro cuando no logramos verlo en su otredad, cuando parecemos no estar

dispuestos a habilitar los espacios. Y eso no está ni bien ni mal, detrás de cada una de esas frases se encuentra todo un sistema que intenta deshumanizarnos, encasillarnos en serie hasta dejarnos morir.

¿Cuántas veces en todos tus años de vida escuchaste hablar de Salud Mental? ¿en cuántas de las instituciones que habitaste, incluyendo tu familia? casi nunca, ¿verdad?

¿Quién no sabe de alguien que se suicidó, que terminó con su vida

porque no pudo más? Siempre dudé que esa fuera una decisión. Al menos no una decisión individual en su totalidad.

¿Cuántos son los indicios que decidimos no mirar para después, aún habiéndolo visto de antemano, es-pantarnos por la muerte?

No hace falta mucho análisis para saber que la salud mental ha sido un tema tabú, uno más de esos temas que parecen “aislados” y no tienen correspondencia con ninguno más. Cuánto

¹ Estudiante del Profesorado de Lengua y Literatura. Integrante y trabajadora en el proyecto, "Vuelvo a estudiar". Partidaria del lema “la palabra: sana” y en la construcción de “un mundo donde quepan muchos mundos”. Instagram: @la.ultima.inocencia.del95

tiempo había tardado en darme cuenta que no estaba bien.

Todo comenzó en un verano que como siempre suelen ser pesados, allá en mi norte amado, mucho calor, picos de estrés, de presión alta. Más tarde una parálisis facial. Y el cuerpo seguía alertándome por dónde no debía seguir y no lo supe escuchar. O no quise su amistad. Mi cabeza estallaba entre mantener el alquiler, seguir estudiando, darle una mano a mis hermanos que más de una vez me escribían diciendo que no podían más.

La depresión me tocaba la puerta hacia tiempo, luego recurrió a terapia y por eso pude ponerle nombre a las incontables noches de llanto, insomnio y angustia. Los días donde no quería ni siquiera asomarme a ver la luz del día, donde todo costaba, incluso meterme a la ducha. Hubo días en que solamente me tiraba en el colchón y no quería sentir nada. Yo, a la que siempre le gustaban los encuentros, a la que le gustaba darse con los demás.

Al principio me costaba aceptar mi situación, no entendía muy bien, era como si mi mente se hubiese vuelto aún más compleja.

Entre sesiones de psicología y psiquiatría, comenzaba a medicarme y a transitar otro camino. Aunque esas sesiones no resultaron muy bien yo seguí. Seguí a pedazos.

Algunos días simplemente no quería vivir más. Sentía que estaba cansada, harta hasta de sentir. Llegaba de la calle, cerraba las cortinas y hundía mi rostro en la almohada. Ése era el procedimiento. Más que un ente fui, por bastante tiempo, un espectro de lo que significa no encarar en la normalidad del "ser feliz" en esta sociedad.

Muchas veces busqué la muerte, busqué el suicidio, aunque también pude buscar el abrazo de quienes me



tenían afecto. Me perdí en un abismo del cual pensé que no volvería, pero mi realidad también me decía que había personas que no me soltaban la mano, que allí estaban acompañándome. Eso. Acompañándome.

Todavía hoy me cuesta hablar de salud mental porque siento que falta mucha información al respecto. Mucho gestión, meter los pies en el barro y brindar esa mirada integral que este tema tan esencial, merece.

Hay que mirar al que tenemos al lado, mirarlo profundamente, acompañar. En tal sentido, ese mirar muchas veces implica dejarse travesar por lo que otra persona trae consigo.

No voy a hablar acá de leyes ni legalidades, pero se sabe que pocas son las veces que, así como aprueban jamás llegan a legislarse honestamente. Entonces, ¿dónde está la salud? ¿Acaso está en la obediencia, en la pureza de esos seres caminando continuamente hacia el matadero que es este sistema capitalista?

En su poema *La búsqueda de la felicidad* (1975), Antonin Artaud expresa: "Allí donde huele a mierda huele a ser" (pág. 18). ¿Qué significa esto?

que nos creemos indestructibles-omnipotentes, nos la pasamos midiéndonos con la vara de que para ser "hay que ser alguien". ¿Acaso qué somos desde que nacemos? Si no, ¿por qué le tememos tanto y le clavamos mala cara al que no se adapta a un trabajo de doce horas seguidas, a la que se la pasa hablando de sueños y utopías, a los que insisten en crear comunidades cooperativas?

Esto antes que una guía de consejos es una manifestación. Mis letras son mi mayor manifestación. Una forma de estar en el mundo.

Por eso será que me gustan los textos. Primero, porque siempre habilitan un encuentro.

En segundo lugar, porque a partir de ellos nos vamos haciendo entrampado infinito. ¿El común denominador? Siempre es junto a otros.

Bibliografía

Artaud, A. (1975). Para terminar con el juicio de dios y otros poemas. Argentina: Ediciones Caldén

La Correntina: de escenas de resistencia al riesgo

María Delfina Moreyra Sahd¹

La propuesta del presente trabajo es compartir una lectura posible del recorte de una experiencia acontecida en el año 2021, a pocos meses del nacimiento del dispositivo Casa Asistida La Correntina². Nuestra apuesta es poner en tensión puntos claves que encontramos allí, a partir del surgimiento de lo que llamaremos “escenas de resistencia” al interior del equipo de acompañamiento convivencial de la casa. La noción de riesgo que trabajamos aquí es aquel que aparece ante la falta de garantías que “resuelvan” la incertidumbre y la incomodidad suscitada por un proceso de transformación.

Nuestra experiencia nace en el año 2021 y cabe aclarar que había una casa, pero estaba hecha de cuatro paredes y un techo, por lo que en un primer momento nuestro trabajo consistió en envolverla de sentido. Así, empezamos a conectarnos con otros espacios, a armar redes con compañeros que dentro de la provincia ya tenían algunas experiencias en lógicas sustitutivas a la manicomial; comenzamos a encontrarnos con trabajadores/as de otras casas asistidas y a sostener supervisiones y espacios para

el retrabajo: la sensación era que ellos sabían mucho y nosotros nada.

Poco a poco apostamos y pusimos en juego un saber-hacer. Fuimos armando, y al cabo de algunos meses habíamos conformado un equipo de trabajo, un día y un horario para el intercambio y la construcción grupal de lineamientos clínicos para el abordaje.

Existe un artículo de Eduardo Basz³ (2014) llamado *La dignidad del riesgo como antídoto al estigma*, en el cual el autor plantea que “Si aspiramos a que un diagnóstico no fortalezca al estigma, debemos vivir la dignidad del riesgo”(p. 2). El autor propone pensar al desvalimiento de lo que se ha llamado “enfermo mental” como un mito. En este sentido es que nos habla de la “mitología del desvalimiento”, y resulta interesante porque es a causa de esta mitología que se dará lugar a un conjunto de reglas de ayuda y protección que sólo sirven para la invalidación y la infantilización de las personas con algún problema de salud mental (Basz, 2014, p. 3).

Este autor se afirma en una ética implacable: propone la suposición de un momento mítico en donde existió una

conspiración para consolidar al así llamado “enfermo mental”, para disciplinarlo a comportarse de una manera determinada: débil, obediente y pueril. Y su contrapartida, que es con lo que nos encontramos en la práctica: sujetos rebeldes, evasivos y fútiles.

Estamos hablando de mito: la sobreprotección y el desvalimiento (como dos caras de la misma moneda) se fundan a partir de la ficción de una discursividad. Al hablar de mito subrayamos lo imaginario que lo conforma, el elemento ficcional que lo entrama; y a su vez el relato, aquello discursivo que se transmite de generación en generación. Entonces, el mito del “enfermo mental desvalido”, esa discursividad ficcional que funda este concepto existe y nos pre-existe performáticamente.

De este modo, el mito del desvalimiento que propone Basz nos invita a interrogarnos en nuestras prácticas, nos interpela en lo más íntimo de las intervenciones más discutidas y pensadas, y aun así se escabulle como materia prima de lo que llamaremos “complejo-entramado-de-resistencias”. Ampliaremos sobre este punto, pero a

¹ Psicóloga egresada de la Universidad Nacional de Rosario (UNR), practica el Psicoanálisis y es trabajadora de la Salud Mental en la ciudad de Rosario. Desde el año 2021 coordina el dispositivo La Correntina, casa asistida perteneciente al Centro Regional de Salud Mental (CRSM) Dr. Agudo Ávila. Correo: delfina-moreyra@hotmail.com

² La Correntina es una casa asistida que pertenece al CRSM Dr. Agudo Ávila, institución monovalente con miras a la transformación. Está ubicada en la ciudad de Rosario (Santa Fe, Argentina), en el barrio La Lata. El proyecto de la casa como dispositivo sustitutivo a la lógica manicomial surge durante en 2020 durante la pandemia y quizás como un saber-hacer con eso, por parte de los equipos de la institución. En febrero del 2021, una enfermera y yo somos convocadas para formar parte del proyecto y desde allí comenzar a consolidar el equipo de trabajo.

³ El autor es miembro del Observatorio Dignidad sobre la aplicación la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y de la Ley de Salud Mental.



continuación, expondremos el recorte de nuestra experiencia.

Llegó el momento de efectuar la mudanza. Una casa que hasta el momento funcionaba como centro de día comenzaría a recibir a las personas como habitantes. Se quedarían a vivir, personas que han estado internadas ininterrumpidamente por aproximadamente diez años, en un contexto de pandemia en el cual una vez que salieran del hospital, no podrían regresar sin pasar al menos siete días de aislamiento, por ser una institución cerrada. Entonces, se acercaba el momento de la mudanza.

Comenzamos a dar rodeos, porque en aquel momento leímos que había cuestiones por resolver previamente; que la primera mudanza significaría un gran paso, un antes y un después para los nuevos habitantes, un antes y un después al interior del equipo, un momento bisagra del dispositivo, una nueva experiencia para el CRSMDr. Agudo Ávila. En definitiva, la primera mudanza significaba un hito en gene-

ral, toda una intervención, de aquellas que conocemos como las más radicales, y fue en búsqueda de garantías que empezamos a pausar y a dilatar lo que inevitablemente ya decantaba.

Así es que comenzamos a construir inconscientemente escenas de resistencia: ¿Será necesario un nocheo? ¿Qué pasa si alguno de los habitantes se descompensa? ¿Y si les ocurre algo grave por la noche en la casa? ¿Qué les pasará a los habitantes en esta nueva etapa? ¿Cuáles serán los efectos para ellos de vivir en un espacio no-panóptico?

¿Y si alguno de los habitantes se va y no podemos encontrarlo? ¿Y si dejan de tomar su medicación? ¿Qué pasaría si retornan al hospital? ¿Será peor la frustración y complejizará las cosas para un ulterior intento?; ¿Y si se llena la casa de gente desconocida? ¿Y si los roban? ¿Si se corta la luz?

En verdad, estas eran las preguntas que al menos yo me hacía, y algunas que intercambiábamos con los compañeros de los equipos. Preguntas bási-

cas, cotidianas, relativas a la cautela, pero también al temor y a su resistencia inherente, que hoy podemos leer como un tiempo preliminar, que antecede a un segundo momento en el que los riesgos se aceptan.

Este complejo entramado de preguntas, temores y resistencias solidificaban una especie de cerramiento ante posibles riesgos. Podríamos llamarlo de manera paródica “complejo fóbico”, cuyo evidente rodeo implica toda una serie de evitaciones, dilaciones y justificativos que fueron en pos de eludir y esquivar el objeto fobígeno: la completa incertidumbre en el trabajo de externación.

Obviamente existían razones clínicas, terapéuticas y transferenciales para ir con cautela, motivos que leímos y a los que atendíamos con trabajo y esfuerzo. Éramos conscientes del tiempo subjetivo y singular que los procesos llevarían, y que no es pertinente forzar o empujar el tiempo de las cosas.

Había motivos clínicos (de hecho, había varios) para atemperar la prime-



ra mudanza. Sin embargo, con el tiempo mi lectura es que las “soluciones” y respuestas a esas preguntas en definitiva no garantizaban nada, y que las escenas de resistencia se instalaban allí en el equipo donde la idea de la garantía todavía era una ilusión.

Es verdad que hay ciertos apoyos que garantizan movimientos transformadores, pero en definitiva la garantía que nosotros buscábamos como equipo de acompañamiento convivencial para dar el sí a la mudanza, no estaba en ningún lado. No existía. No había garantía última y final para esta intervención del tipo más radical. Nos encontramos con que no había garantía, y que todos -equipo y habitantes- debíamos asumir riesgos.

Por supuesto que la magnitud de los riesgos es distinta para cada quien. Por supuesto que los riesgos para sujetos con psicosis no sólo pueden ser incalculables sino también irreversibles, en función de cómo se presenta lo real allí. Pero hay algo en el riesgo que entraña siempre la falta de garantía: podríamos decir que lo que funda la presencia de un riesgo es precisamente la ausencia de garantía.

De este modo, en aquel momento hubo que asumir riesgos para encontrarnos con algo del orden de la dignidad de un proceso de transformación, para subjetivar una experiencia. Riesgos para habilitar allí a un sujeto, para relanzar algo del orden del deseo, de los equipos y por supuesto de los habitantes.

Hoy día sabemos que en nombre de la protección se pueden hacer muchas cosas. Lo más frecuente es que sin darnos cuenta en nombre de la protección subestimemos la potencia de un proceso. Que exista una dignidad que parte del riesgo, quiero decir, que la dignidad sea parte inherente del riesgo implica una tensión y una torsión que no podemos dejar de lado.

En términos de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes de la Psiquiatría⁴:

Se trata de crear sólidos modelos alternativos para una respuesta social a las personas que vivencian locura, problemas de salud mental y trauma. Estos modelos hacen hincapié en la experiencia en primera persona, honrando pensamientos y sentimientos,

cumpliendo con necesidades prácticas, tomando el tiempo suficiente para la solución o la curación y ponen énfasis en la capacidad de cada persona de transformar su vida (Basz, 2014, p. 3).

Esto no es otra cosa que una crítica de la mitología del desvalimiento y una propuesta de una ética de la confianza en sí mismo (Basz, 2014, p. 2), y posiblemente la dignidad y la subjetivación que la aceptación del riesgo acarrea, sea una propuesta efectiva para poner en crisis el dispositivo manicomial a partir de nuevas aperturas. Lo que ya conocemos es lo paralizante que resulta la seguridad de la indignidad. Ahora, debemos abrirnos hacia el movimiento transformador que provoca la aceptación de los riesgos.

Bibliografía

- Basz, Eduardo (2014). *La dignidad del riesgo como antídoto al estigma*. Obtenido de: <https://gruposaludmentalfits.files.wordpress.com/2014/01/paperladignidaddelriesgocomoantidotoalestigma.pdf>

Los procesos de salud mental en interrelación por las personas usuarias

Laura Y. Kisielewsky¹

Produce gran valor poder situar la palabra, emancipadora y constructora en su función de nominación y de re-significación de nuestra praxis clínica cotidiana, situada en este caso en el ámbito público, dentro de un primer nivel de atención, y dentro de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, en un centro de salud de la ciudad de Sunchales, que comprende su área programática territorial en 3 barrios de la ciudad.

Se vuelve una tarea esencial de-linear y de limitar el recorrido de nuestra praxis y a su vez la necesidad de resituarla en una lógica de clínica ampliada dentro de un territorio, y de un contexto epocal pos- pandémico y pos- modernista.

Las lógicas instituidas e instituyentes se encuentran en constante tensión, así como los paradigmas y epistemes que circulan en nuestros saberes, prácticas e instituciones, las cuales como colectivo de la salud pública debemos re-situar, re-pensar, y co-construir junto a otros agentes territoriales, efectores de salud del campo y del inter-campo. Poniendo el eje en la transversalidad que implican las problemáticas de la Salud Pública y de la Salud Mental poniendo en juego la diversidad de paradigmas que hoy nos atraviesan e imperan en un complejo entramado laboral, social y cultural. Conviven hoy en nuestras instituciones, y en nuestras subjetividades diferentes modelos de Salud/cuidado/atención en donde se hegemonizan saberes y prácticas referenciadas, como es el saber médico, por ejemplo, sobre otros saberes del campo psi, como son (psicología, psicopedagogía, psicomotricistas, terapeuta ocupacional, y otros saberes disciplinares)

La pandemia, y las correspondientes medidas sanitarias que conllevaron la protección del virus COVID-19 transmutaron, no sólo cuerpos, sino también los tejidos sociales, y entramados laborales dentro de la matriz del campo de la salud pública. Aún hoy, 2023, estamos elaborando

cierto nivel de fragmentación que opera desarticulando miradas, saberes y prácticas. Aún en las diferencias de abordajes es importante situar, dentro del campo de salud pública, una visión mancomunada y cooperativa de las acciones e intervenciones.

La pandemia, las lógicas de cuidado y control sanitario nos reubicó en un nuevo sistema de cuidados del cuerpo; la subjetividad quedó allí delimitada por un marco específico, y lo que se observó desde el centro de salud N° 2, en pandemia y pos-pandemia es una demanda excesiva de casos de salud mental, en donde la subjetividad marcó a fuego, un clima de época: la urgencia en salud mental. Por ejemplo, la angustia excesiva del encierro, el miedo a morir, el miedo a la pérdida de un ser querido, la angustia señal intermitente se observaba fenomenológicamente como ataque de pánico, las palabras no se podían hilar aun para nombrar el hecho traumático del encierro.

Conviven entonces en la matriz cultural sanitaria, diversos modelos y paradigmas que se van co-construyendo al lente desde el cual se va re-situando y constituyendo nuestra praxis epistemológica y clínica. Por un lado, ubico en el paradigma de la complejidad, el modelo de la integralidad del sistema de salud, en el cual las diversas áreas están articuladas en función de un objetivo común, ubicando al usuario/a como eje central, en este modelo, los saberes disciplinares son más horizontales y funcionan de manera dinámica y flexibles a las demandas de la población. Por otro lado, co-existe el paradigma racionalista modernista, donde el sistema se encuentra desarticulado, fragmentado, y donde los saberes disciplinares están divididos unos de otros, y toman más jerárquica el saber médico por sobre lo demás saberes, como saber hegemónico. Ambos paradigmas conviven, están en constante tensión y puja de poder.

¹ Egresada de la Lic. En Psicología de la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA), Mgtr. en Familia y Pareja de IUSAM/APdeBA, Especialista en Clínica de Adultos en Centro Dos, Arte-Terapeuta de niñas/os y adolescentes. Trabaja en consultorio privado y como Psicóloga clínica en Centro de salud Municipal Ena Richiger de la Ciudad de Sunchales. lickisielewskylaura@hotmail.com

Re configuración de la praxis. La clínica ampliada y re pensada pos-pandémica

Interpelar nuestra práctica clínica es fundamental para resituarla en un quehacer ampliado y articulado con el campo de la territorialidad y de la comunidad, posicionándonos así cercanos. Así la praxis se constituye en función de un otro/a singular de la época, pensemos entonces en los atravesamientos que la propia contemporaneidad inaugura: cuerpos confinados, afectos enquistados, angustias silenciadas, síntomas estallados, trastornos de borde y narcisistas, cuerpos que gritan y vínculos que se cortan, patologías concomitantes que se agudizan, profesionales de la salud colapsados, estas resonancias psicopatológicas laten aún hoy como herida pos-pandémica en el corazón del sistema de salud.

El sistema tembló, se quebró, se re-armó y la salud mental se impondría, en el mejor de los horizontes, como prioridad en la agenda política de una sociedad atravesada no sólo por las crisis económicas, sino por una crisis global subjetiva en materia de padecimientos psíquicos, el cuerpo allí no estaría escindido de esta lógica de la salud mental; se deben repensar las funciones para las nuevas y viejas necesidades de la población, y de todos/as los agentes de un sistema público con menos recursos de lo que la demanda solicita, por tanto, un sistema estresado.

La praxis clínica en un centro de salud o en un hospital sería interesante situarla atravesada por una multidimensionalidad de variables, como son las vertientes, por ejemplo: económicas, de vivienda, de género, y social. Por ello menciono importante o fundante el trabajo intersectorial e interdisciplinario, el cual se constituye desde decisiones políticas y humanas. Si pensamos la salud mental como una complejidad de variables, donde también inciden las condiciones sociales, es importante allí, resaltar el equipo que va a abordar los diferentes aspectos del caso, pero sin perder de vista la integralidad. Pensar en complejidad es poder relacionar estas variables, sin que cada saber disciplinar pierda su lugar, sino que produzca con el otro saber una solución mancomunada y superadora.

Sin embargo, cuando lo que aparece como respuesta es la indiferencia también podemos hablar de violencia subjetiva, y ello produce desmantelamiento psíquico.

La complejidad de nuestros casos de salud mental por momentos sobrepasa la posibilidad de intervención individual, obligándonos a salir de un abordaje individualizado y de un poder hacer solos en la clínica. Esta clínica situada y ampliada, nos ubica al lado del otro/a. usuario/a.

Nos Invita a construir colectivamente, articulando diferentes niveles de atención (primero, segundo y tercer nivel), po-

tencializando herramientas para la articulación inter-área, la cual implica articular saberes de los diferentes equipos, por ejemplo (Género/Niñez/Salud/Alimentación) dando cuenta de la historicidad de las familias, la historia clínica del sujeto usuario, y las intervenciones previas de los diferentes actores, niveles y áreas.

Entonces, son necesarias las articulaciones territoriales, inter-área, inter-niveles y la conformación de equipos interdisciplinarios, donde el saber circule sin encapsulamientos jerárquicos y rígidos.

La propuesta de la ficha de derivación inter-área es una instrumentación muy útil, la cual implica el registro de intervenciones, de la historicidad del caso, familia o usuario/a para su derivación, ya sea desde el hospital o por el servicio de protección local de niños, niñas y adolescentes o mismo por el área de género o centro de salud. Esta ficha tiene una referencia y contrarreferencia en el sentido de la corresponsabilidad, en donde cada equipo asume la responsabilidad de realizar seguimiento desde diferentes ángulos y miradas, según los agentes o instituciones que intervengan en ese caso. Esta ficha de derivación inter-área, es reversible y horizontaliza los lazos en la intersectorialidad, interpelando la mirada del paradigma hospitalocéntrico y médico hegemónico de la salud.

Todos niveles de salud, las áreas y los agentes de salud podrían derivar y recibir, de forma recíproca y colaborativa para solicitar que otros/as niveles, agentes o áreas intervengan, y quede un registro de ello. No para des-ligarse, sino para contrarreferencia en otro nivel de atención o en otro territorio más cercano a la comunidad del sujeto. Situando la corresponsabilidad, y la historia de los sujetos, a su vez adhiere una impronta ética, la cual es parte esencial de nuestro quehacer público.

Desde esta tesitura, la salud mental, en la actualidad, cobraría, un valor primordial en la construcción de los discursos, por lo menos en lo que respecta a la dinámica de la intervención de la urgencia subjetiva, la cual se vio incrementada en los últimos años, y también de seguimiento subjetivo pandemia pos-pandemia, entendiendo las secuelas que nos atraviesan a la sociedad en su conjunto; la importancia del re-armado del tejido social para el sostén debido a la agudización de las patologías previas concomitantes es ahora nuestro labor esencial y fundamental.

Es urgente la re-configuración de un entramado de sostén para los/as profesionales de la salud y, por tanto, de la población afectada.



Caso Clínico – Interrogar la praxis, situar la dimensión de libertad

Una persona usuaria del centro de salud N° 2, la cual está ingresada en uno de los dispositivos sustitutivos, en el cual gratuitamente realizamos un seguimiento junto con el equipo del Dispositivo Interdisciplinario Soporte Estratégico Regional (DISER) Rafaela, me pregunta: "¿Por qué estoy en un dispositivo?" No desconociendo su padecimiento, ni la función del Acompañante terapéutico, ni sus antecedentes de internación, ni el tratamiento psiquiátrico y psicológico, tampoco los programas sociales de inserción, su pregunta quedó en mi cuerpo analista resonando como un eco que me interpela seguir pensando y re-situando la clínica ampliada y poder así re pensar los dispositivos sustitutivos des-manicomializantes, los cuales serían construcciones de bio-poder, en el sentido de que reflejan las representaciones de lo que entendemos como salud mental/salud integral y sus procesos de cuidado/atención.

Nuestra cultura en la cual los lazos de solidaridad, de escucha al otro, de reconocimiento de la alteridad, se vienen observando desorientados, desarticulados, no sólo por la pandemia sino por un sistema que prioriza la mercancía sobre las personas, el tener sobre el ser, esa podría ser la gran enfermedad mental de nuestro tiempo.

Es primordial, a mi parecer, la inclusión de la persona usuaria como pieza activa en la toma de decisiones de la praxis diaria y de la clínica ampliada.

Es claro que no dejamos de lado al paciente, ni a los preceptos que basan nuestra clínica, como son la disociación instrumental, la abstinencia, la neutralidad, y los objetivos terapéuticos grupales. Pero es imperante dar lugar a la subjetividad del usuario/a, siendo esta escucha activa una manera de intervención y parte del proceso de construcción y deconstrucción del proceso enfermedad/atención/cuidado que le debemos a la población

El usuario/a, su familia, su barrio, sus actividades, sus gustos, sus límites con respecto al tratamiento, a la inserción en los programas, el consentimiento informado, son la verdadera sustancia de los dispositivos, la brújula.

Dando un paso más allá, la pregunta de la persona usuaria hace pensar en otra pregunta, ¿Cómo se construye un dispositivo dinámico y flexible que sustituya prácticas manicomializantes?

Cómo de-construimos en conjunto ciertas dinámicas y mecanismos de extensión de la clínica, las cuales funcionan más al estilo panóptico y de control dentro de las lógicas de encierro. Estas preguntas visibilizan nuestras teorías y sesgos en nuestra práctica y a su vez marcan el compás del camino hacia la apertura de un paradigma situado en el sujeto y en la complejidad; y la necesidad de un quehacer con el otro, el otro compañero/a, el otro-Estado.

Sería la posibilidad de construcción de un dispositivo des-manicomializante, contenedor, estratégico, que contemple las diversas miradas e instituya la voz del sujeto que atravie-

sa un padecimiento psíquico y por momentos, interpela nuestra cultura antropocéntrica, adulto-céntrica y racionalista; cambia la dirección de los procesos en salud, esto nos moviliza y nos sensibiliza a pensar nuevas formas de mirar y construir cuidados.

Habría que prestar fina atención en la pendulación entre el control sanitario del biopoder sobre los cuerpos que sufren y las herramientas facilitadoras de la autonomía real y progresiva. En ese entre pendulamos los profesionales de la salud

Ser flexibles ante las preguntas de las personas usuarias es también comprender su padecimiento, es poder leer entre-líneas, para sostener nuestra práctica de los dispositivos sustitutivos en base a preguntas y no en base a respuesta previamente formuladas.

No hay un saber hacer total y absolutista, ni un saber supuestamente inscripto en los sujetos que no están previamente instituidos en ningún sistema. Estos sujetos que históricamente han quedado excluidos del trabajo, de los vínculos, del amar, del poder, del producir.

Este caso, paradigmático y referencial, la sujeta usuaria trae en su cuerpo, historias de vulneración en diferentes áreas: ha sufrido vulneración de su cuerpo y mente por ser mujer, por ser paciente psiquiátrica, por no aceptar todas las reglas de un programa social

En el tratamiento psicoterapéutico también se abordó el cambio de posicionamiento subjetivo para que tome un rol activo en la toma de decisiones; no dejar-se avasallar su subjetividad por la medicalización, ni la psicologización de su padecimiento, incluso la supuesta inserción social, situada ésta desde otra mirada que no es la de ella.

La persona, como entidad, como existencia, más allá o más acá de su padecimiento, resiste a ser nominada, y categorizada en un diagnóstico, en una estructura, en un programa, y en un dispositivo. Los pacientes con padecimientos subjetivos nos interpelan, porque ellos han sido el eslabón perdido de una sociedad cruenta, que los ha marginado en lo subjetivo, familiar, económico, y social; su mirada particular nos invita a pensar.

El empoderamiento y cambio de posición subjetiva son desde el lugar de la escucha y el respeto, facilitador de la transferencia y del vínculo de confianza; por tanto, facilitan el proceso clínico. Por supuesto dentro de la clínica interpretando posiciones melancólicas, depresivas y saboteadoras y apuntando a la inserción social, a su vez articulando con los diferentes actores del dispositivo. Pero incluyendo su mirada en el cuerpo del tratamiento, y del dispositivo, no perdiendo de vista que el objetivo terapéutico es la persona y su singularidad.

Con ello sitúo una mirada clínica re significada y ubicada en la persona usuaria, también considero importante el trabajo intersectorial e interdisciplinario, como sostén, para que nuestro trabajo no tienda a la fragmentación del usuario, sino a la humanización, para ello necesitamos un sistema de salud en pos de la integración de los diferentes niveles, áreas, disciplinas, jerarquías y saberes, a favor de la construcción de prácticas sensibles, que alojen al otro desde un lugar de alteridad.

Nos queda un largo camino por deconstruir, y construir en términos de desmanicomialización, a su vez, repensar los preceptos que los propios agentes albergamos de los procesos de salud/atención/cuidado en el sistema de salud mental.

En una reunión de equipo con el DISER Rafaela comentábamos “La demanicomialización está en la cabeza” y nos reímos porque en las prácticas medicalizantes si no son referenciadas a los tratamientos subjetivos, sigue estando allí el manicomio ambulatorio o sí mismo el trabajo social se vuelve una entidad administrativa, se deshumaniza pierden su carácter transformador y emancipador, y las intervenciones territoriales con los sujetos empobrecen.

Nos tenemos que resituar todos/as los agentes en una práctica que empodere al sujeto, en términos de derechos, de autonomía, como a su vez, poder vincularnos de otra manera con la población, y entre nosotros, ya que justamente es dejarnos atravesar por sus preguntas, por sus inquietudes, y por su dolor, sin miedo, ya que el síntoma de la locura, que aparece en un sujeto también refleja la locura social, del consumo, del parecer, por sobre el ser. Del tener por el convidar. Hay que darle lugar al usuario, para darnos lugar a nosotros como equipo, y poder a partir de allí ser mejores profesionales de salud, pero sobre todo mejores personas. La necesidad de una política que instale una dinámica dialógica, inter-sectorial, inter-niveles, e interdisciplinaria, la necesidad de encontrarnos para sensibilizar nuestras prácticas; para humanizarnos, es volver a nuestra condición esencial de sujeto colectivo, dentro de una salud colectiva.

Para seguir pensando: ¿Qué hay que sustituir? ¿Las lógicas desde las cuales pensamos las prácticas? ¿Los prejuicios? ¿Los saberes? ¿La forma de vincularnos con el usuario? ¿La formas de vincularnos con otros trabajadores/as del campo de la salud? ¿Las ideas sobre triada Enfermedad/atención/cuidado?

Darle una vuelta a este maravilloso camino que es pensar la salud pública como construcción colectiva, la cual atraviesa nuestra clínica y la misma no es sin nuestros usuarios/as, no es sin la interrelación de nuestras prácticas, no es sin la escucha del otro y no es sin humanidad.

“Bagallitos” en el ropero¹

Hernán Matías Miserés²



¿A qué objetos nos aferramos en circunstancias adversas? ¿Qué prendas nos visten y nos dan identidad cuando combatimos el dolor?

Aquello que llevamos para no perdernos, las imágenes mentales suscitadas, los aromas rememorados, las canciones que quedan sonando en nuestros recuerdos.

Dentro del hospital, el compartir, lo común a todas/os, funciona como un abrazo con la/el otra/o, con la/el par en la lucha, pero también cada detalle personal se vuelve una herramienta implacable para identificarnos y hacer frente a la vida.

La manta de Aurora, el mate de Cacho, o el gamulán de Rita se transforman en instituciones en sí mismos, en objetos que cada una/o de quienes transitan el hospital saben reconocer al instante. Cada objeto, es, en definitiva, un retoño del pasado, un gesto afectivo de lo que ha sido y sigue siendo lo esencial en cada una/o.

Ese reconocimiento agudiza la mirada del grupo, nos vuelve observadoras/es perspicaces y veladoras/es de esas cosas tan preciadas y vitales para conservar lo que nos hace singulares en lo colectivo.

Trabajadoras y trabajadores se suman a esas tareas de cuidado, entendiendo el valor detrás de una prenda o de ese mate circulando, y dándole la misma importancia que quienes habitan día a día el hospital.

Las prendas de la ropería son más que ropas. Son puntos de partida para crear historias comunes, para acompañar, contener y reconocer a ese otro u otra con quien formamos comunidad. En el acto de tejer, reparar, restaurar, coser, en definitiva, conocemos y cuidamos aquello íntimo que nos define como sujetos y nos conecta a través del afecto con el resto. El de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros, es un ropero colectivo colmado de “bagallitos” de historias, historias que se amparan, conservan y protegen en busca de sanar.

¹ Trabajo creativo realizado sobre la experiencia de “la ropería” en la Colonia Psiquiátrica de Oliveros. “La ropería” es el nombre que recibe el cuarto donde se guardan prendas de vestir y objetos que se comparten e intercambian entre usuarios y usuarias del hospital. Esos objetos, sin embargo, son también “apropiados” por usuarios y usuarias quienes pueden solicitar regularmente su uso. De esta manera, dentro del roperito colectivo, abundan y se celebran las marcas de singularidad.

² San Lorenzo, 1986. Mucamo de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros desde el año 2020. Realiza acompañamientos terapéuticos dentro y fuera de la institución desde el año 2021. Ha trabajado en diferentes ONG como coordinador de talleres artísticos y artesanales. Formado en Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de Rosario (UNR). Contacto: misereshernan@gmail.com

Entrevista a Emiliano Galende

Sobre los procesos de desinstitucionalización y los desafíos por delante

Entrevistadora Celina Pochettino

Celina Pochettino (en lo que sigue CP): Te agradecemos Emiliano por la disposición a participar en esta instancia de entrevista que vamos a incluir en la revista de la Dirección Provincial *Relatos de la Transformación*. En cada uno de sus números, invitamos a participar a personas referentes del campo de la salud mental y para nosotros es muy importante contar con tu voz y con tu mirada.

Queremos contarte que durante esta gestión hemos podido construir un Plan Provincial de Salud Mental participativo donde se han consultado a equipos de salud de las distintas regiones de la provincia, a las universidades y diversas carreras afines al campo, organismos de la sociedad civil y usuarias y usuarios. El Plan intenta hacer un recorrido histórico para pensar políticas de transformación. Por ello, para nosotros es vital hacer memoria para transformar el modelo de cuidados en salud mental y poner en valor la historia de los manicomios, desde las historias de las personas que los transitaron. Creemos que, para orientar la transformación, necesitamos hacer actos de memoria y en este marco quisiera hacerte dos preguntas para conversar. ¿Por qué dirías que es necesario transformar el modelo de atención y cuidados pasando del modelo manicomial al modelo de salud mental comunitaria? ¿Qué te parece que hay que abrir para cerrar definitivamente estas instituciones manicomiales?

Emiliano Galende: Recuerdo una anécdota que la tengo muy presente y que la he comentado algunas veces, cuando yo estaba terminando la carrera empecé a hacer las guardias en el hospital porque cursé ahí la materia de psiquiatría. El titular de la cátedra y director del hospital me concedió una de las habitaciones del hospital para que yo viviera. Aproveché esa experiencia para conocer los pabellones de noche, especialmente el de varones que era el más nuevo, el pabellón C. Después cuando pasé a ser Jefe de Trabajos Prácticos y me hice cargo de la dirección de ese pabellón, iba de noche asiduamente.

La escena era esta, yo conocía el hospital de la mañana, silencioso y a puertas cerradas. Los pacientes estaban en la cama, algunos deambulando, nadie hablaba y venían dos psiquiatras y atendían a los pacientes internados. Pasaban al lado de las camas, los miraban y se iban y se encerraban en la sala de enfermería con el enfermero. Teníamos un enfermero maravilloso, tengo muy buenos recuerdos de él. En enfermería estaba el cuaderno donde anotaban las prescripciones: el miércoles recibían electroshock y la medicación en ese momento era muy pobre. Teníamos un par de sedantes y después fueron apareciendo los antipsicóticos que son sedantes mayores y eventualmente, prescripciones de la cura insulínica. Esa era la dinámica de la mañana, yo tenía una especie de consultorio dentro del pabellón, que supongo aún

existe, y aprovechaba a llamar a los pacientes, ahí era muy difícil cualquier diálogo en el contexto de la mañana.

Entonces me sorprendí cuando empecé a ir a la noche, todavía no existía la televisión, y los pacientes se reunían en la sala grande, que era el comedor, tomaban mates y con la aceptación del enfermero, podían fumar. Esas eran las mercaderías más importantes del hospital psiquiátrico, el mate y el cigarrillo. Así me encontré con quince, dieciséis pacientes y yo me sentaba en la ronda con ellos y me aceptaban muy bien porque nos conocíamos del consultorio de la mañana. Así asistí a los diálogos más sorprendentes que tengo en mis recuerdos, los pacientes entre ellos hablaban, y hablaban contando sus historias. La pregunta habitual era “¿cómo es que llegaste; vos de dónde sos?”. Había muchos que eran de Corrientes, había paraguayos y quienes venían de distintos lugares, no eran mayoría los rosarinos, había de pueblos del interior de la provincia o de otras provincias. ¡Se contaban historias! A la noche podían hablar fluidamente.

Llegué a una conclusión, los psiquiatras no conocen lo más importante de estas personas, no saben qué les pasó en sus vidas para llegar a la situación del trastorno que los trajo al hospital. Obviamente eso marcó mucho mi orientación dentro de la disciplina.

Era muy impactante la situación, fijate que el primer daño que hacen los trastornos afectivos como depresión o melancolía y los trastornos disociativos



llamados esquizofrenia o paranoia, es que aparece como síntoma es aislamiento. La persona rompe, baja la persiana respecto del mundo social y familiar. Entonces la enfermedad tiene la capacidad de introducir el aislamiento de la persona. Muchas personas tratan de recuperar, de algún modo, su vida social al construir cierta explicación de lo que les está pasando y es lo que llaman delirio, es decir, narrativas no lógicas que dan cuenta de aquello que está pasando. Es curioso que en estas escenas de la noche en el hospital se hablaba de las historias, se abría una capacidad de entendimiento que de ninguna manera tenías en la sesión. En realidad, toda la medicación que se utilizaba, inclusive estas maniobras eléctricas con electroshock o insulina, buscaban apaciguar al paciente, que aceptara las condiciones de internación, que viva tranquilo, y que no genere muchos problemas a la vida interior de la sala.

Para los que trabajamos en salud mental desde la resolución de la OMS [Organización Mundial de la Salud] en

1963 sobre la reconversión del servicio de psiquiatría en modelo de salud mental, el gran tema ha sido lograr que las personas pudieran recuperar las capacidades necesarias para tener una vida en común, para poder vivir en sociedad. Por eso hablamos de la rehabilitación temprana que es la necesidad de que, desde la primera crisis, se trabaje en el trastorno que produce, que es el aislamiento y la ruptura con la vida social.

Es más difícil con los pacientes paranoides porque han construido un mundo de enemigos y es lo que sostiene un poco su vida. Pero los otros pacientes sobre todo más depresivos y melancólicos el objetivo principal es acompañar y cuidar para que vayan recuperando la capacidad de vivir con nosotros. Esto requiere de dispositivos nuevos, que no existían en mi época en el hospital psiquiátrico y que no existen en muchos hospitales psiquiátricos aún hoy. Me refiero a dispositivos de socialización: hogares de día, centros de día y talleres donde estas personas van a recibir acompañamiento.

Muchos países en Europa están planteando la necesidad de que estas personas cuenten, de entrada, luego de la primera crisis, con una compañía. Esa compañía la pone el Estado, en países de Europa la Seguridad Social garantiza eso. Se les da un subsidio a cada paciente porque el dinero en el bolsillo es necesario para la vida, y le dan un acompañante. El acompañante está diariamente con esa persona en sus actividades comunitarias y sociales. La línea de transformación en salud mental está guiada por esto.

Los dos ejes que marcó la OMS fueron ir avanzando hacia el cierre de los hospitales psiquiátricos o reconvertirlos en lugares de atención de crisis, pero no de permanencia. El otro eje central es que toda la atención se derive a la Atención Primaria de la Salud, es decir, a los Centros de Atención Primaria. Entonces ahí, donde no hay internación, el Estado tiene que proveer alojamiento. Los sistemas de salud mental en Europa y en algunos países latinoamericanos lo vienen trabajando. En Argentina to-

davía estamos peleando por ello. El estado tiene que brindar el domicilio, pisos de alojamiento y casas donde el paciente pueda vivir. Se pueden pensar en pisos para dos o tres personas. Hay otras experiencias con casas más grandes, que no son las casas de medio camino que se inventaron en Estados Unidos, son viviendas donde las personas tienen que adquirir las habilidades para comprar la comida, cocinar su comida y paulatinamente se los va incorporando en algún proceso de inclusión del trabajo o de educación. Así empezaron, por ejemplo, en Italia las empresas sociales, donde participan las personas cuando ya están viviendo fuera del hospital psiquiátrico, en el domicilio propio o común con otro compañero. La transformación requiere recursos.

Yo trabajé cuarenta años en España con algunas incursiones en Francia e Inglaterra y lo extraño del asunto es que, una vieja compañera que es chilena con un equipo que se armó en Granada, donde fui docente, armó un estudio de costos para comparar el gasto del hospital psiquiátrico con el gasto que implicaban los dispositivos de atención comunitarios, los subsidios a la familia, la provisión de vivienda, el acompañamiento, y el subsidio a la persona hasta que termina la rehabilitación. Descubrieron primero, que el gasto de los hospitales psiquiátricos es crónico, cuando se cronifican los pacientes se cronifica el gasto y como no hay salida, ese gasto por persona dura entre 10 y 12 años. Mientras que en los dispositivos de rehabilitación se habla de 2 a 3 años como proceso de recuperación de la capacidad básica para que el paciente tenga su vida. Con lo cual, ya no hay reclamo en relación con el gasto que implican estos procesos de rehabilitación. Realmente es más económico o para el Estado esta es-

tructura de atención, este modo de cuidado comunitario.

En Argentina y América del Sur estamos en eso aunque muy trabajosamente, pero la línea está marcada. Hay cuarenta años de experiencia y sabemos lo que hay que hacer. En Europa hay población que salía de los hospitales psiquiátricos con un daño de capacidad importante y son mucho más difíciles de rehabilitar. Cuando una persona está ocho o diez años en un hospital psiquiátrico ha perdido casi todas las habilidades sociales y lo que llamamos la construcción del sujeto nuevo. Eso es un sujeto institucionalizado. Yo trabajé especialmente en el proyecto de desinstitucionalización, y la primera etapa de toda rehabilitación era cómo deshacer el aparato del sujeto que ha formado el hospital para ir construyendo un sujeto que tenga una disposición social. A eso le llamamos "desinstitucionalización".

Ervin Goffman fue un sociólogo que trabajó en un hospital psiquiátrico y ayudó a demostrar cómo se construye este sujeto institucional. Una persona que vive durante años en una institución cerrada, donde va incluyendo hábitos de horarios, las comidas, la disciplina, va construyendo una vida. Construye una vida en una sociedad de locos con cuidadores que vigilan la disciplina. Goffman ayudó mucho con este trabajo porque dio a entender que rehabilitar es hoy desinstitucionalizar a estas personas. En eso estamos avanzando, los más jóvenes como ustedes tienen por delante ese desafío. El encierro fue un error humano.

Bueno, yo tengo un recuerdo muy claro de un paciente del hospital psiquiátrico, era el único paciente al que se le permitía entrar y salir cuando él quisiera. Claro, era el hermano de un concejal de Rosario, esta persona estaba diagnosticada con parafrenia. Él te-

nía delirios que explicaban por qué estaban todas esas personas encerradas y decía que los militares habían invadido los hospitales y habían vacunado a todos con una vacuna que había producido la situación de invalidez de las personas encerradas. No era extraño en Argentina construir el delirio que vinculaba a los militares con la represión y la prisión. Cuando uno indaga en esos delirios, siempre va a encontrar cómo se fue estructurando el pensamiento reparatorio.

CP: Te agradecemos mucho Emiliiano. Primero por la precisión de la respuesta en qué hay que abrir para cerrar el manicomio. Pasaste por procesos políticos y por experiencias orientadas a la clínica y al acompañamiento singular de las personas, que es clave. Acuerdo con vos en que está demostrado lo que mencionas de los costos pero el manicomio sigue habitando en la cultura, en las cabezas, como un criterio y ahí está el desafío. Celebramos contar contigo, con tu testimonio y con la transmisión que vos aportas a los que estamos habitando este campo decididos a transformarlo.

Nosotros evaluamos que estamos en un momento donde hay que pasar de las experiencias a la política, institucionalizar la desinstitucionalización, para seguir tus términos. Consideramos que hemos dado algunos pasos claves y el desafío sigue siendo convencer a quienes gestionamos y gestionan el Estado, entre tantos otros actores, respecto de la conveniencia y la dignidad de las políticas de la transformación. No es una tarea sencilla desmontar el manicomio.

Esto último que contás, de acercar la historia con relatos concretos de las historias de vida, es una manera de poner en acto la transformación. Agradecemos tu tiempo y esta valiosa entrevista.

Discusiones del campo





Youtube Dirección de Salud Mental

Urgencias subjetivas en dispositivos de salud. Apuntes desde la psicología

Luciano Simón¹

Las urgencias consideradas de salud mental, que comúnmente se presentan en diferentes efectores, también se conocen en términos más específicos como urgencias o crisis subjetivas. En mayor medida se trata de situaciones donde lo disruptivo y la premura de alguna situación individual, familiar, o social no responden a motivos de orden físico-biológico, por lo que se requiere la intervención de profesionales de salud mental para dar respuesta ante la especificidad de tales manifestaciones. Pensar las urgencias subjetivas desde este campo, permite restituir al sufrimiento psíquico su dignidad, especialmente en lugares donde el predominio de la biopolítica y una mirada organicista pueden, eventualmente, llevar a la exclusión de lo subjetivo. Por ello, el discurso de la salud mental posee un gran valor en el terreno político, logrando que las profesiones que abarca sean incluidas en espacios de salud, favoreciendo también el abordaje de situaciones complejas donde suelen ser insuficientes las intervenciones desde una disciplina en particular.

En esta apertura a la interdiscursividad, la salud mental se encuentra con saberes diversos produciendo enriquecimientos recíprocos, desde el reconocimiento de las potencias y limitaciones que cada campo alberga. En esa intersección nos resulta de importancia no dejar de lado a su vez las especificidades disciplinares y las competencias que nos ofrecen para una *praxis*. Así es que, si trabajamos en dispositivos de salud, en tanto psicólogxs, en términos estrictamente clínicos, además de considerar aspectos propios del campo de la salud mental, solemos también orientarnos por otros puntos de vista a la hora de trabajar. Uno de ellos en particular es el psicoanálisis, sirviéndonos de los aportes de Freud, Lacan y otros autores contemporáneos.

La *praxis* del psicólogo que se orienta por el psicoanálisis y desarrolla su labor en algún dispositivo de salud pública no es del todo homologable con la consulta privada de psicoanálisis, sino que requiere adaptarse y maniobrar con las características y condiciones de la institución en la que trabajamos o

de la que formamos parte. El punto es que en estos efectores aumentan la probabilidad de que se nos requiera intervenir en la urgencia, por ende, es un campo sobre el cual conviene formarse: ¿en qué consisten dichas urgencias?, ¿cómo posicionarse ante estas demandas?, ¿de qué manera se trabaja con la especificidad de la urgencia?

Adentrándonos en el terreno del psicoanálisis, si pensamos las urgencias subjetivas desde Freud, la clave que encontramos es la de lo traumático y la angustia, nociones conceptuales a las que iremos haciendo referencia. Aunque siempre se ocupó de lo que pone en crisis a las personas, no realizó un abordaje sistematizado de la cuestión de "la urgencia", al menos no en esos términos.

Por el lado de Lacan, contamos con algunas referencias dispersas, una de ellas donde con cierta generalidad, expresa lo siguiente: "Por lo menos ahora, podemos contentarnos, que mientras dure un rastro de lo que hemos instaurado [refiriéndose a la causa analítica] habrá psicoanalistas para responder a ciertas urgencias subjeti-

¹ Licenciado en Psicología. Universidad Autónoma de Entre Ríos (UADER – Paraná). Psicoanalista. Docente JTP cátedra "Psicoanálisis" de las carreras Tec. Univ. en Acompañamiento Terapéutico y Tec. Univ. en Psicogerontología (UADER). Docente JTP en cátedra "Práctica Profesional Supervisada (PPS) Clínica con Orientación Psicoanalítica" de la carrera Lic. en Psicología (UADER). Miembro Asociación Argentina de Salud Mental. Desempeña su práctica clínica tanto en el ámbito privado (Santa Fe), como en el ámbito público en efectores de salud del primer nivel de atención (CAPS Alicia Moreau de Justo y CAPS Eva Duarte) de la ciudad de Santo Tomé. E-mail: lucianosimon@live.com

vas (...)” (Lacan, 2007, pág. 229). Dicha expresión resulta una especie de declaración: el psicoanalista debe responder a las urgencias subjetivas.

Otra referencia, la más extendida y la más potente, que a su vez no está en ningún texto oficial, sino que se le atribuye a una disertación en el Hospital Saint Anne, ubica a la urgencia como: “(...) aquello imposible de soportar para un sujeto al que nada divierte” (Lacan, 2004, pág. 98). Se trata de una formulación contundente porque en su simplicidad, en “lo imposible de soportar” reside una cuestión clínica precisa. No es ni “lo difícil de soportar”, ni “lo que se complica un poco”, es “lo imposible” como categoría lógica, lo que no cesa de no escribirse. Aquello que presenta una radical dificultad de tramitación, de continuar con el curso “normal” de la vida. Lo imposible de soportar, puede aparecer con diferentes envolturas. Por ejemplo, en ocasiones la discordia en el terreno amoroso presenta ese punto de lo imposible de soportar, lo cual no siempre precipita una urgencia en términos clínicos, pero en ocasiones sí. Otras veces puede ser una situación problemática en un trabajo, o en lo familiar, etcétera.

La segunda parte de la proposición, “(...) para un sujeto al que nada divierte (...)”, hace referencia a lo “no diverso”. La imposibilidad de diversificar, de pasar de página, por lo menos al momento de sobrevenir como urgencia. Quizá sí, posteriormente al momento de su tratamiento. A partir de allí ya es posible ir deduciendo orientaciones más precisas. Si la urgencia es “(...) lo imposible de soportar para un sujeto al que nada divierte (...)”, ¿cómo intervendríamos? Como contrapartida, apuntar a que se torne soportable aquello imposible de soportar - lo que debemos estar en condiciones de leer e identificar- y también intentar ubicar o favorecer aquello

que diversifica. Propiciar una variación, para que no aparezca siempre lo mismo, lo inercial, lo que desborda, la angustia sin parangón.

En general las presentaciones en urgencia están caracterizadas por la presencia de angustia bajo diferentes formas, lo que produce que aparezca como ruptura; lo “imposible de soportar” y diversificar ocasiona algún cortocircuito en la vida de la persona. Podríamos pensar, una ruptura de la cadena significante o en lo simbólico: el mutismo, quedarse sin palabras, o el grito, la verborragia sin intervalos.

En cuanto al aspecto económico, las presentaciones de urgencia generalmente van acompañadas de mucha angustia – o la angustia misma es la que engendra la urgencia - esto facilita nuestra labor en un aspecto: no es tan difícil darnos cuenta si alguien está angustiado o no lo está. De esta manera, discernir la presencia de la angustia revela si estamos ante una urgencia verdadera. Luego tendremos por delante precisar otros pormenores, pero en principio el semblante de alguien angustiado es especial: las expresiones del rostro, el tono de voz, la forma de posicionar el cuerpo, la manera de expresarse o no hacerlo, etcétera, son diferentes signos que permiten leer la angustia, siendo quizás el tono de voz lo más relevante.

El psicoanalista Eric Laurent (2002), plantea la idea de trauma generalizado para hablar sobre las presentaciones de la época, donde todo el mundo se siente angustiado. Lo que antes podría devendir traumático era menos expansivo y las urgencias más precisas, en cambio hoy en día se nota con persistencia y de modo extendido la angustia y trauma en la trama de la vida cotidiana. Esto repercute obviamente en las presentaciones: cualquier cosa traumatiza como característica de la

época. Si bien la angustia no es algo nuevo, existe desde siempre como una reacción frente a un peligro externo, o interno en relación con la propia pulsión, pero cuando no hay acción posible para su cancelación, se la experimenta, desborda, genera un trauma. Lo que se ubica como característica de la época es una debilidad en lo simbólico, y cierta imposibilidad de resolver esa angustia sin que se traduzca en inconvenientes mayores para la vida de la persona.

Pasaje al acto, acting out e inhibición

Desde Freud hasta Lacan la angustia, en líneas generales, es considerada angustia de castración. Dicho de manera resumida: en tanto seres hablantes, atravesadxs por el lenguaje, a la hora de afrontar la experiencia de la vida y sus vicisitudes, la existencia humana supone vérselas con un punto de vacío, algo inasimilable, in-simbolizable: siempre hay un resto, algo para lo cual el lenguaje como instrumento no alcanza para dar cuenta, lo que Lacan llama “lo real” (Lacan, 2006). Para intentar reducir la incidencia de lo real, para no tener que vernosla con que hay cosas que desbordan nuestra capacidad de comprender, analizar, expresar, que la vida no tiene sentido último, las personas tenemos nuestras explicaciones, creencias, fantasmas, síntomas, todas las elaboraciones simbólico-imaginarias, del tipo que fueran, para intentar arreglarnos ante la presencia de lo real. Desde una religión hasta un proyecto de vida, ya sea más del lado de lo imaginario o más del lado de lo simbólico, tenemos que lidiar con lo real de la experiencia humana, lo inefable, lo irreductible.

Cuando nos confrontamos o nos acercamos mucho a lo real experimentamos angustia de castración,



cuando tambalean los sentidos armados que ostentamos, repercute en el sentimiento de vida, en el enganche con la misma. En cambio, cuando la cosa más o menos marcha, estamos en cierta estabilidad con nuestros armados simbólico-imaginarios.

Pasaje al acto, *acting out*, e inhibición son otras formas de responder ante la angustia, no demasiado logradas, sino más bien patológicas. Una inhibición podría ser una fobia, que, como modo de responder ante la angustia, se ubica más del lado de la quietud, del no hacer, no acceder a algo o no traspasar determinada barrera para no confrontar la angustia. Un *acting out* es en general una experiencia suscitada por la angustia, una respuesta, una acción aparentemente inmotivada, que encuentra su fundamento en el inconsciente, pero tiene la estructura de un mensaje cifrado dirigido a un Otro. En cambio, el pasaje al acto no incluye la direccionalidad hacia un Otro, sino que tiene que ver con sustraerse de la escena, cuando se torna insopportable, el sujeto se eyecta. El pasaje al acto suele tomar diferentes formas, que pueden ir desde intentos de suicidio, a

formas más sutiles, tales como "accidentes", actos agresivos, etcétera. La dimensión que marca la diferencia entre un *acting* o un pasaje al acto está al nivel de aquello que lo motivó. Por ejemplo, si un paciente manifiesta que realizó una ingestión medicamentosa, ¿es un pasaje al acto o un *acting out*? Eso puede precisarse sólo si es posible establecer bajo qué coordenadas lo hizo. Si se logra ubicar que aparece en mayor medida la dimensión de mensaje es pensable del lado del *acting*, o bien si resuena más por el lado de que alguien se sustrajo de la escena haciendo una ruptura con su realidad simbólica-imaginaria o realidad fantasmática, sin mucha trama detrás, sólo el corte abrupto, siendo así más ubicable del lado del pasaje al acto. Cuando decimos "escena" nos referimos a ese "armado" al que venimos haciendo referencia, en el cual se sostiene un sujeto. Supongamos a alguien para quien su trabajo es muy importante y gran parte de su vida pasa por ahí. Llega a trabajar y es despedido, para determinadas personas podría ser relativizable y para otras quizás se cae todo su mundo ahí.

Manifestaciones clínicas de la urgencia

¿Cómo ubicar la gravedad de las manifestaciones? Uno de los criterios generales más extendidos para pensar la gravedad de la situación, se vincula con el riesgo para sí o para terceros, pero en cuanto a la gravedad o dificultad referida al estado de la persona, el aspecto subjetivo, ¿cómo sabemos si estamos frente a un caso grave o no tan grave? Si bien nos encontraremos caso por caso con diferentes respuestas, para pensar lo en líneas generales podríamos decir que la gravedad o no de una situación se deduce según lo que podamos escuchar, qué lugar haya o no para la palabra, si estamos ante alguien que está en condiciones de hacer o no un relato. Las expresiones más graves de la urgencia son aquellas donde lo simbólico está totalmente borrado, caído, derribado. No es lo mismo, ante la invitación a hacer un relato, si la persona no expresa nada, quedándose directamente muda, que si en cambio puede ubicar algo de lo ocurrido. Como mencionamos, hay variaciones según la forma de manifestación de la urgencia: si la persona realizó una ingestión, se au-



toinfligió cortes en el cuerpo, está muy triste, o le duele el pecho y siente que va a morir porque tiene un ataque de pánico, etcétera. Pero independientemente de qué la llevó a estar ahí, para pensar en el abordaje lo importante es el dato de si puede precisar algún fundamento respecto de lo ocurrido. Algo que parece una obviedad, o muy simple, va a darnos la pista de si se trata de alguien que está en condiciones de empezar a reconstruir, rearmarse después de la urgencia.

La gravedad no es un criterio objetivo, sino un criterio que tenemos que deducir; como toda intervención, tendrá algo de apuesta. De igual manera respecto de las consultas que califican como urgencias, en donde se debe poner más énfasis es en el tratamiento: otorgarles turnos con mayor prontitud que a otras personas para tener una nueva entrevista en el corto plazo, quizá con más de unx profesional para contar con más de una referencia en lo institucional, realizar seguimientos, buscar que se incluya en algún disposi-

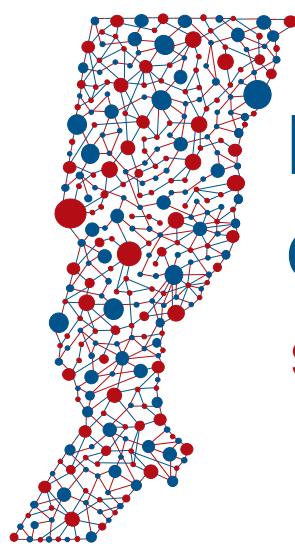
tivo que esté al alcance, etcétera. El Otro se reconstruye desde afuera, podríamos decir. Eso simbólico que no está funcionando en unx, como instancia, ese lugar en el mundo que se experimentaba perdido, puede reconstruirse a partir del psicólogox que escucha, que ofrece un turno, del trabajadorx social que programa un encuentro o visita a la brevedad, esa internación cuando se la requiere, una invitación a un taller, esxs familiares que advertidos de la urgencia alojarán (con suerte) de otra manera, todo puede favorecer la reconstrucción de una trama desde afuera. Entonces respecto de cómo ubicar la gravedad, en resumen: un poco a partir de inferencias, y un poco invitando a la persona a que lo ubique también. Lo importante es que comiencen a tomar forma los abordajes. Que se logre transmitir o hacer llegar a la persona después de la urgencia aguda: hay otras formas de hacer algo con tu malestar.

Para concluir diremos que todas las consultas legítimas de primera vez tie-

n un punto de urgencia, todas pueden tener algo que interpela, desborda, que hace ruido o que angustia. De todas formas, las coyunturas de urgencia son más afines a los hospitales o a los espacios que tienen guardia, y se dan mayormente fuera de hora, o los fines de semana. Cuando dejan de funcionar otras cosas aparecen las urgencias.

Bibliografía

- Lacan, J. (2006). *El Seminario Libro X. La angustia*. Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (2007). Del sujeto al fin cuestionado. En *Escritos I* (págs. 223-229). Argentina: Siglo XXI Editores Argentina.
- Lacan, J. En Belaga, G. (comp.) (2004). *La urgencia generalizada*. Argentina: Grama.
- Laurent, É. (2002). El revés del trauma. En *Virtualia* número 6. Obtenido de <https://www.revistavirtualia.com/articulos/696/destacados/el-reves-del-trauma>



Plan Provincial de Salud Mental

Santa Fe | Ministerio
Provincia | de Salud | Dirección Provincial
de Salud Mental