



REVISTA  
**SALUD MENTAL  
Y COMUNIDAD**

Universidad Nacional de Lanús

Año 7 · Nº 8  
Agosto de 2020  
ISSN 2250-5768

Departamento de Salud  
Comunitaria

Centro de Salud  
Mental Comunitaria  
Dr. Mauricio Goldenberg

REVISTA  
**SALUD MENTAL  
Y COMUNIDAD**

Año 7 · Nº 8  
Agosto de 2020  
ISSN 2250-5768

Departamento de Salud  
Comunitaria

Centro de Salud  
Mental Comunitaria  
Dr. Mauricio Goldenberg

**Director**

Emiliano Galende

**Directora Asociada**

María Marcela Bottinelli

**Editor Asociado**

Daniel Frankel



ISSN: 2250-5768

Impreso en Argentina  
Queda hecho el depósito de la Ley 11.723  
Prohibida su reproducción sin la expresa  
autorización por escrito.  
© Los autores.



© Ediciones UNLa  
29 de Septiembre 3901  
1826 Remedios de Escalada, Lanús,  
Provincia de Buenos Aires, Argentina.  
(5411) 5533 5600 Int. 5124 / 2126  
publicaciones@unla.edu.ar  
www.unla.edu.ar

**Autoridades de la Universidad Nacional  
de Lanús**

**Rectora**

Dra. Ana Jaramillo

**Vicerrector**

Dr. Nerio Neirotti

**Directora del Departamento  
de Salud Comunitaria**

Lic. Elena Boschi

**Revista  
Salud Mental y Comunidad**

**Director**

Emiliano Galende

Profesor consulto y miembro del Consejo Consultivo Honorario de la Maestría y el Doctorado en Salud Mental Comunitaria. Departamento de Salud Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús.

**Directora Asociada**

María Marcela Bottinelli

Directora de Gestión y Evaluación Académica. Universidad Nacional de Lanús.

**Editor Asociado**

Daniel Frankel

Docente de grado y posgrado. Universidad Nacional de Lanús.

**Coordinación de Comité Editorial**

Lic. Sonia Olmedo

Universidad Nacional de Lanús

Lic. Ana Cecilia Garzón

Universidad Nacional de Lanús

### **Comité Editorial**

Alejandra Barcala  
*Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires.*

Leandro Luciani Conde  
*Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires.*

Alejandro Wilner  
*Universidad Nacional de Lanús.*

Cecilia Ros  
*Universidad Nacional de Lanús.*

Sergio Remesar  
*Universidad Nacional de Lanús.*

Ramón Álvarez  
*Universidad Nacional de Lanús.*

Mariela Nabergoi  
*Universidad Nacional de Lanús.*

M. Cecilia López Santi  
*Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Alejandro Korn.*

Mariano Laufer  
*Defensoría General de la Nación del Ministerio Público de la Defensa. Universidad de Buenos Aires.*

Silvia Faraone  
*Universidad de Buenos Aires.*

Graciela Giangiacomo  
*Universidad Nacional de Lanús.*

M. Pía Pawlowicz  
*Universidad de Buenos Aires.*

### **Comité Científico**

Victor Aparicio Basauri  
*Organización Panamericana de la Salud / OMS.*

Cecilia Ausgburger  
*Instituto Lazarte. Universidad Nacional de Rosario.*

Valentín Barenblit  
*Centre IPSI, Barcelona, España.*

Rubén Efrón  
*Universidad Nacional de Lanús.*

Daniel Frankel  
*Universidad Nacional de Lanús.*

María Graciela Iglesias  
*Universidad Nacional de Mar del Plata.*

Gregorio Kaminsky †  
*Universidad Nacional de Lanús.*

Alfredo Kraut  
*Corte Suprema de Justicia de la Nación.*

Susana Murillo  
*Universidad de Buenos Aires.*

Benjamín Vicente Parada  
*Universidad de Concepción, Chile.*

Sandra Saldivia  
*Universidad de Concepción, Chile.*

Alicia Stolkiner  
*Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires.*

Francisco Torres González  
*Universidad de Granada, España.*

Graciela Touzé  
*Universidad de Buenos Aires.*  
Miguel Xavier  
*Universidad Nova de Portugal.*  
Roxana Ynoub  
*Universidad de Buenos Aires.*  
Graciela Zaldúa  
*Universidad de Buenos Aires.*  
Débora Yanco  
*Universidad Nacional de Lanús.*  
M. Cristina Chardon  
*Universidad de Buenos Aires.*  
Mario Rovere  
*Universidad de La Matanza.*  
Pierangelo Di Vittorio  
*Università di Strasburgo e Lecce.*  
Hugo Cohen  
*Organización Panamericana de la Salud.*  
Ariadne Runte  
*Universidad de Granada, España.*

**Diseño de cubierta e interior**

Dirección de Diseño y Comunicación Visual  
Universidad Nacional de Lanús

**Suscripción y correspondencia**

*saludmentalycomunidad@unla.edu.ar*

ISSN 2250-5768

Impreso en Argentina.

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723

Prohibida la reproducción sin la expresa autorización por escrito.

© Los autores.

© Ediciones UNLa.

29 de Septiembre 3901

Remedios de Escalada - Partido de Lanús

Pcia. de Buenos Aires - Argentina

Tel. +5411 5533-5600 Int. 5124/2126

publicaciones@unla.edu.ar

www.unla.edu.ar/public



# Índice

## 8 EDITORIAL

### **Salud mental en tiempos de pandemia.**

*Daniel Frankel y Marcela Bottinelli.*

## ARTÍCULOS

### **12 La hegemonía del “sujeto cerebral” en el campo de la salud mental. Análisis crítico de sus implicancias epistemológicas, clínicas y políticas.**

*Julián Agustín Ferreyra y José Antonio Castorina.*

### **34 ¿Qué puede salir mal? El abordaje policial a sujetos que se encuentran bajo los efectos de sustancias psicotóxicas.**

*Daniel Ruso.*

### **47 “De eso no se habla” Accesibilidad de mujeres embarazadas, a tratamientos por consumo problemático de drogas.**

*Jeifetz y Lascialanda.*

### **62 Intersecciones iluminadoras: Abrigo e Internación.**

*Ruben Efron.*

- 72 Salud Mental y Comunitaria en APS:  
Una experiencia participativa y de organización  
comunitaria en Salud Integral desde el CIC Almafuerte  
en el marco de la implementación de la ley N° 26.657.**  
*Adriana Berra, Laura Córdoba, Martín Elsesser, María  
Harguindey, Laura Ramos, Cynthia River, Claudia Suárez,  
Marcela Varela, Carolina Wajnerman.*

#### DEBATES

- 85 Mirar con otros ojos: Sexualidad y Discapacidad.**  
*María Noel Miguez.*
- 91 El rol de las universidades públicas en las políticas  
de accesibilidad y discapacidad.  
Un análisis de las acciones impulsadas desde  
la participación de la UNLa en la Red  
Interuniversitaria de Discapacidad del Consejo  
Interuniversitario Nacional.**  
*Marcela Mendez, Gladys Martínez y Juliana Cabeza.*
- 99 Discapacidad y Familia. La importancia de la  
familia y su acompañamiento en el armado  
del esquema y la imagen corporal del niño con  
Parálisis Cerebral.**  
*Sonia Olmedo.*

#### RESEÑA DE LIBROS

- 106 Institución Patas. Ensayo sobre prácticas manicomiales en un  
hospital general de Tomás Pal.**  
*Alejandro Vainer.*
- 111 Una comunidad de saberes y experiencias para reconocer  
y escuchar a las infancias y las juventudes. Reseña del  
libro Salud mental y Derechos Humanos en las infancias  
y adolescencias. Investigaciones actuales en Argentina de  
Alejandra Barcala y Laura Poverene (comp)**  
*Pablo Vommaro.*

# Salud Mental en tiempos de Pandemia



**Daniel Frankel**

*La plaga no está hecha a la medida del hombre, por lo tanto, el hombre se dice que la plaga es irreal, es un mal sueño que tiene que pasar. (...) Nuestros conciudadanos (...) Se creían libres y nadie será libre mientras haya plagas. (:20)*

Albert Camus: *La peste*



**Marcela Bottinelli**

La nota editorial de este número está situada en el marco de la pandemia que conmueve al mundo de estos últimos tiempos. Surgido hace apenas siete meses en una lejana ciudad, un virus ha recorrido ya todo el planeta y ha obligado a encerrarse en sus hogares a miles de millones de personas. Algo sólo imaginable en la ficción, ha vuelto al mundo desconcertante, frágil y complejo. Su característica global hace que esta etapa de infortunio acompañada por una esperable ansiedad por lo amenazante y por lo desconocido, haya impulsado discursos de todo tipo desde los más apocalípticos hasta los que proponen una oportunidad de salida a las terribles consecuencias del capitalismo

y el neoliberalismo. Incluso ante los desarrollos científicos tecnológicos que permitirían la generación de vacunas express, o el impulso de tecnologías y nuevas formas de vivir ecocuidadosas frente a las evidencias de cambios ambientales, paradójicamente los seres humanos nos sentimos, entre abatidos, frágiles y desconfiados, al mismo tiempo que vigorosamente esperanzados expectantes.

Somos parte de esta historia del presente, protagonistas de una realidad, como siempre impredecible. Estamos transitado con sentimientos contradictorios y diversos, esta experiencia excepcional. Las formas de afrontarlas también visibilizan que las formas de transitar estas situaciones tienen diferentes niveles de decisiones y respuestas, desde el nivel mundial y regional hasta las decisiones de cada país; desde las decisiones de gobiernos nacionales a las de las jurisdicciones; de las decisiones sectoriales e institucionales a las de las comunidades, los grupos, las familias y las personas.

Asistimos así a la transformación de nuestras vidas

cotidianas En este decurso encontramos miedo, ansiedad, enojo o angustia frente a la pandemia, que se expresa tanto en las personas que tienen que quedarse dentro de sus hogares, como en las que tienen que salir de sus casas a trabajar cotidianamente, tanto miedo por unx mismx como por las personas que queremos o con las que compartimos espacios de trabajo, vida o comunidad.

El estrés que se ha forjado por la pandemia no desconoce o minimiza el dolor que generan los duelos, la zozobra o la incertidumbre, ni tampoco las situaciones críticas que v ponen en tensión y visibilizan problemas históricos, esenciales y estructurales. Todo este contexto exige capacidad de modificaciones a una vida privada excepcional en la cual se alteran y ponen en juego componentes institucionales y de la subjetividad que tienen pregnancia en las relaciones personales, la familia, los vínculos, la sexualidad, el trabajo, la educación, los cuidados, las vacaciones o el uso del tiempo libre.

Paradójicamente, así como la pandemia despierta miserias – primacía del interés particular, el desinterés – “A mí que me importa si el problema es del otro” – también revela grandezas humanas, lazos de solidaridad, de colaboración, de comunidad, despierta la creatividad y acciones épicas.

Provisoriamente distinguimos que la sociedad exterior ya no es la misma; tampoco lo es el otro, porque ese otro puede encarar un peligro o amenaza, a la vez que quien nos puede ayudar y salvar (no solo lxs trabajadores de la salud, sino quienes donan su plasma, acercan comida, llevan insumos, etc.). Es una sociedad en la cual están interdictas algunas de las expresiones de afecto tal como las conocíamos: abrazos, besos, caricias. El disfrute de la vida nos interpela entonces respecto de las formas de expresión de los afectos que conocemos y experimentamos hasta ahora.

En este marco intentamos prever los tiempos que vendrán y avisorar con nuestros seres queridos cómo será el mundo, qué nuevas reglas de juego habrá, qué nuevos hábitos, cómo sostendremos las distancias protectoras y medidas de cuidados mutuos.

### **Confrontación entre prácticas y discursos: Salud Mental en la acción colectiva**

En muchos casos asistimos indignados al renacer de propuestas neomalthusianas, eugenésicas o de darwinismo social. La puesta en marcha de una renovada prueba eugenésica, especialmente en estos tiempos, es la marca del nuevo darwinismo social que trasciende con mayor eficacia al mensaje neoliberal respecto a la sobreabundancia de población en el mundo. Así

vemos discursos que llaman al “necesario sacrificio” de los más frágiles --ancianos, enfermos— discurso que justifica “la selección natural” que opera brutalmente en los destinatarios a perecer con puestas en palabras de altos funcionarios que nos dejan impactados: “*El sacrificio de los abuelos, para salvar la economía*”; “*abrir la economía muera quien muera*”, “*las propuestas de inocular el virus masivamente a toda la población*” o “*los más débiles o demasiados viejos ya no tienen lugar en este banquete*”.

Así se construye y sostiene también el fundamento de diferentes discursos anticuarentena, algunos de ellos sostenidos en una lectura de los derechos. El argumento que se esgrime es que al coartarse las libertades individuales se favorecen los fantasmas autoritarios y de control. Esta opción esconde entre otras cosas que, en esas libertades particulares, afianza el abandono colectivo, evita la respuesta sobre el posible contagio y quiénes quedan en riesgo en ese proceso, arrojando a la muerte y al desamparo a las poblaciones.

El esfuerzo colectivo propuesto como más efectivo viene de la mano con medidas de restricción de algunas libertades individuales alternando con otras antiguas medidas que ya probaron su eficacia en el devenir de otras epidemias: la cuarentena, el aislamiento físico, seguimiento de los infectados, desinfección de manos, mascarar.

Sin embargo, el discurso meramente epidemiológico, aunque necesario, es restrictivo. Inunda con datos estadísticos que suben o bajan curvas con medidas de aislamiento, número de infectados, de muertos, ocupación de camas, respiradores, personas que son dadas de alta y así sucesivamente. Y a este discurso se asocian los estragos económicos que causa la pandemia.

En este contexto nos preguntamos y repreguntamos: ¿Cómo vamos a seguir cuando esto termine? ¿Cómo será la vida? Esperanzados imaginamos que la excepcionalidad tenga fecha de caducidad, pero ¿La excepcionalidad es beneficio o perjuicio? ¿Para quiénes? ¿El virus se terminará? ¿Habrá otros? ¿Qué vida queremos construir? ¿Cómo aprovechar este tiempo para pensar, diseñar y construir mejores propuestas de vida para todxs?

Como contrapartida procuramos afianzar un discurso que maximice la defensa de la vida desde un punto de vista integral. La pandemia no es una entidad fragmentada. De este modo ponderamos que frente al daño que es biológico, psicológico y social nazcan acciones integrales que procuren defender la vida en su integralidad.

Sostenemos que un discurso y un enfoque inclusivo, interdisciplinario y humanizante afiance el impacto y el compromiso colectivo. La mirada y práctica de Salud

Mental Comunitaria es fundamental. Es un pilar necesario para llevar a cabo un trabajo integrador; esto es recurrir a un andamiaje conjunto de modo tal que las medidas sean efectivas, garanticen el cuidado integral, no solo biológico, prevean la angustia y limiten el padecimiento.

A nadie se le escapa que al encarar el malestar subjetivo se está instituyendo la importancia que tiene la afectación emocional por cuanto son factores que participan del cuidado y evitan el sufrimiento no solo a nivel subjetivo sino como importante estrategia a nivel comunitario y participativo.

Presenciamos hechos aberrantes, estigmatizaciones y violencias de diferentes tipos y niveles, pero también la fuerza de la solidaridad, la búsqueda de soluciones para nosotros y para quienes están más desamparados. En este tiempo participamos también de esa construcción y redescubrimos el despertar de pasiones profundas de amor, de solidaridad e interés colectivo, acciones y sentimientos de fraternidad y de calidez en las relaciones interpersonales.

Aun cuando los discursos sigan pugnando por interpretaciones dilemáticas y catastróficas, aun cuando el virus, este u otro, muten, necesitamos seguir visibilizando que nuevamente la historia nos muestra la necesidad de los sistemas públicos de protección integral de derechos, de

estados garantes de derechos y que las respuestas siempre requieren de reconocer ese entramado colectivo y complejo. Tal vez nunca existan las explicaciones y quizás desaparecida la excepcionalidad del confinamiento cunda el olvido y se adormezca el peligro.<sup>1</sup>

Para enfrentar al peligro la clave es afrontarlo con información y participación colectiva. Si se decide individualmente romper con los padecimientos propios del confinamiento solo se convierten dichos hechos en una amenaza a sí mismo y al bien colectivo. El dilema de la epidemia es que al hacer presente esas interrelaciones y entramados sociales por los que el virus se transmite, también muestra esa trama invisible de relaciones y determinaciones histórico-sociales y por ende la necesidad de abordarlo desde ese entramado, fortificando los lazos de solidaridad y propiciando la construcción colectiva de la vida.

**Daniel Frankel y Marcela Bottinelli**

## Notas

<sup>1</sup> Escribe finalmente Camus que el bacilo de la peste no muere ni desaparece jamás, que puede permanecer durante decenios dormido en los muebles, en la ropa, que espera pacientemente en las alcobas, en las bodegas, en las maletas, los pañuelos y los papeles, y que puede llegar un día en que la peste, para desgracia y enseñanza de los hombres, despierte a sus ratas y las mande a morir en una ciudad dichosa Pp 151

# La hegemonía del “sujeto cerebral” en el campo de la Salud Mental. Análisis crítico de sus implicancias epistemológicas, clínicas y políticas.

## ***Julián Agustín Ferreyra***

Licenciado en Psicología (UBA).  
Doctorando en Psicología (UNLP).  
Becario doctoral CONICET.  
Docente en Salud Pública y Salud Mental II. (Psicología, UBA).  
Miembro de Enclaves Asoc.  
Ex asesor y consultor en temáticas de salud mental en el Ministerio de Salud de la Nación.

julian\_ferreyra@hotmail.com

## ***José Antonio Castorina***

Profesor Consulto (Facultad de Filosofía y Letras, UBA).  
Doctor en Educación, Magíster en Filosofía.  
Profesor Titular de la UNIPE.  
Investigador principal CONICET.

ctono@fibertel.com.ar

## **Resumen**

Este artículo se propone delimitar los significados, alcances y presupuestos de la noción de “sujeto cerebral” como modo de subjetivación, y sus consecuencias en las prácticas en salud mental. Dicha noción depende de condiciones socio-históricas que culminan una forma contemporánea de subjetivación: la descripción de la subjetividad en términos del cerebro. Esto último se relaciona con la emergencia de distintas “prácticas cerebrales” caracterizadas como *neuroascesis* y relacionadas con diversas *neuropóliticas*.

Se plantea el siguiente interrogante: ¿con qué versión de la salud mental está asociada la noción de sujeto cerebral? Para ello, se problematiza desde el campo de la salud mental cómo esta noción invalida el pensamiento en términos de “sujeto de derecho”, obturando también cualquier intervención propiamente clínica. Se trabaja así los efectos de dicho modo de subjetivación en las prácticas en salud mental, en sus modalidades de abordaje y dispositivos.

Por último, se propone la superación de un proyecto que tiende a ser hegemónico en este campo -y que habita también en el sentido común de muchos profesionales-, de corte naturalista y propenso a asumir diversas modalidades de individualismo y que, consecuentemente, encuentra afinidad con la concreción de políticas y derechos focalizados.

**Palabras clave:** sujeto cerebral - salud mental - enfoque de derechos - neurociencias - tecnología del yo.

**Abstract:** It is proposed to delimit the meanings, scope and assumptions of the notion of “brain subject” as a mode of subjectivation, and its consequences in mental health practices. That notion is based on the social-historical conditions that culminate in a contemporary form of subjectivation: the description of subjectivity in terms of the brain. The latter is related to the emergence of different “brain practices” characterized as *neuroascesis* and related to various *neuropolitics*.

The following question arises: with what version of mental health is the notion of the brain subject associated? For this, we problematized from the field of mental health how this notion invalidates thinking in terms of “subject of right”, also obtruding any clinical intervention. We discuss the effects of this mode of subjectivation in the mental health practices, in their modalities of approach and devices.

Finally, it is proposed to overcome a project that tends to be hegemonic in this field -and that also habites in the common sense of many professionals-, of a naturalistic nature and prone to assume diverse modalities of the individualism; and consequently, finds affinity with concretion of policies and rights “focused”.

**Key words:** brain subject - mental health - rights approach - neurosciences - technology of the self.

## 1. Introducción

Existe desde el siglo XVII en Occidente una concepción creciente que filosófica y antropológicamente plantea la existencia del *Homo cerebrialis* (Hagner, 1977), lo propio de una *encefalización* de la vida cotidiana; una cerebralidad de la identidad, o la existencia de un “sujeto cerebral” (Vidal, 2005). Dicha tendencia, si bien con larga data en Occidente, obtuvo desde mediados del siglo XX, y con un crecimiento exponencial hacia finales del siglo pasado, una confirmación y un fabuloso reforzamiento de la mano de las neurociencias. A los fines de este artículo, nos centraremos en dos dimensiones de análisis en torno al sujeto cerebral, las cuales por supuesto no son las únicas. Por un lado, el estudio metateórico, que incluye a las falacias, así como errores categoriales, en la argumentación de los neurocientistas, y además las condiciones filosóficas, tanto epistemológicas como ontológicas, que han orientado la atribución al cerebro del carácter de sujeto del aprendizaje o de la vida subjetiva (“el cerebro va a la escuela”, o el malestar subjetivo remitido “al cerebro”). Por otro lado, el examen del sujeto cerebral en términos de las vivencias o percepciones de que “somos cerebro”, como un modo de subjetivación que es efecto de una diversidad de prácticas sociales.

No obstante, “decir que nos hemos convertido en <yoes neuroquímicos> [o en sujetos cerebrales] no significa que esa manera de relacionarnos con nosotros mismos haya desplazado o remplazado al resto [por ejemplo, todas las formas propias de la discursiva “psi” del siglo XX]” (Rose, 2012, p. 433). Así, sería errado afirmar que este momento histórico se caracteriza por un único modo de subjetivación. Pero sí consideramos que la cuestión de la subjetivación cerebral ha adquirido un notable rol en las prácticas en salud mental, así como en el campo educativo. Esto es, una gran influencia en la formación de trabajadores y profesionales de ambos campos, y un sesgo en la formulación de políticas públicas; así como también en las prácticas mismas en salud mental, específicamente en relación al fenómeno por el cual gran parte de la oferta actual de dispositivos y modos de alajar el sufrimiento incluye o se basa en la retórica neurocerebral, esto es, una forma de reduccionismo crecientemente hegemónica. Por *prácticas* nos referimos a lo que acontece en materia de asistencia, promoción o prevención, lo que genéricamente y desde una definición conceptual circunscribimos como *clínica ampliada* (de Sousa Campos, 2001) en el abordaje del proceso salud-enfermedad-atención/cuidado; incluyendo no sólo saberes académicos o técnicas disciplinares sino también al conjunto de representaciones, saberes y valores de los propios actores intervinientes.

Pero también, y sobre todo, una alucinante popularidad en las representaciones del sentido común de las personas, tanto desde diversas recreaciones literarias, audiovisuales y cinematográficas (Vidal y Ortega, 2017), pudiendo hablar incluso de una *neurociencia ficción* (Rebasa, 2018); produciendo así, al mismo tiempo, una incidencia de dichos sucesos en las mencionadas prácticas clínicas en salud mental. Ello supone la exigencia de aclarar el significado del término, su modo de intervenir sobre las prácticas en salud mental; como así también la necesidad de desentrañar los procesos sociales que están en el origen de su hegemonía contemporánea. Es plausible considerar que tales vivencias o imágenes del yo, construidas en prácticas discursivas, convergen con la filosofía de sentido común académico, también elaboradas en un contexto social, para consolidar la neurologización de la vida en función de *neuromitologías* (Percheron, 1987).

Una vivencia de sí que implica valores tales como el individualismo -heredero de la modernidad-, y da lugar a técnicas para el mejoramiento del cerebro a través de buenos hábitos y del trabajo productivo, algo así como una *bildung* (formación) neurológica. Hay una enorme diversidad de vivencias de “sí” como sujeto cerebral y de discursos que lo caracterizan, por dentro y por fuera de las neurociencias, aunque siempre asociados con

ellas. Incluso, se habla de “neuronarrativas” (Martínez Hernández, 2015), que subsumen al sufrimiento humano en lo acontecido en los neurotransmisores; la neuronarrativa, como una prolongación del fetichismo de la mercancía, tal como lo pensaba Marx, en el discurso de los consumidores de antidepressivos: para estos individuos lo psicosocial se vuelve natural y lo natural aparece con rasgos psicológicos. Así, “...*el papel que tuvieron en otro momento las explicaciones sociales y psicológicas para dar cuenta del malestar y el comportamiento ha dejado paso a un relato sobre factores biológicos y neurotransmisores. El sufrimiento ha adquirido un rostro neuronal...*” (Ibídem, p. 2). A su vez, los estudios de Mantilla (2018) muestran que la vulgarización del discurso neurocientífico provee recursos narrativos para lidiar y dotar de sentido a las experiencias vitales. Esta autora retoma a Thornton y el concepto de *neurociencias populares*, dando cuenta de un proceso de doble interpenetración entre la cultura de la autoayuda y la cultura cerebral. Así, la autora sugiere que los discursos de divulgación y/o la vulgarización de las neurociencias vienen provocando un *neuroboom*.

Existen también modalidades de lo que se conoce como “neuropolítica”, que en nuestro medio encuentra un caricaturesco ejemplo en el *bestseller* “*Neurociencias para presidentes*” (Golombek y Bär, 2017) y que pretende

arrogarse la posibilidad de hacer de las neurociencias el modo ulterior y más “objetivo” para la incidencia en la formulación de políticas públicas;<sup>1</sup> o en afirmaciones tales como que “*somos cerebros con patas*”<sup>2</sup>. En otro sentido, los trabajos críticos de Ortega (2009) y de Ortega y Vidal (2017) sobre “neuroculturas” sostienen convincentemente que la noción de sujeto cerebral es un a priori histórico y no el resultado de una construcción científica y conceptual. Dicho de otro modo, nuestra hipótesis es que el sujeto cerebral no es un concepto que se “aplica” a la vida cotidiana, ni proviene solo de una mera vulgarización o banalización de la producción científica. Se trata de la vivencia de sí como cerebro, históricamente constituida, que en cierto sentido es una condición para ciertos ensayos de “conceptualización” de las neurociencias acerca de la salud mental, los que serían una prolongación de una creencia “de cómo nos vivimos”, presente incluso en los neurocientíficos.

En otro lugar nos hemos ocupado del problema del *aplicacionismo* de las neurociencias al ser utilizadas en el campo de la salud mental (Ferreya y Castorina, 2017). Ahora bien, consideramos que hay otro nivel de análisis, que no es incompatible con el anterior. Aquí más bien el interés está puesto en ahondar en el sistema de creencias acerca de la subjetividad, que caracterizamos como sujeto cerebral, y que en ciertos aspectos subyace

a la actividad investigativa, teórica y clínica en psiquiatría, neurología, psicología cognitiva y psicopedagogía –y por ende en el interior del campo de prácticas en salud mental-. Este artículo propone delimitar los significados, alcances y presupuestos de la noción “sujeto cerebral”, entendida como modo de subjetivación, y sus consecuencias en las prácticas en salud mental. Por otra parte, evitamos plantear la cuestión en términos de “yo-cerebral”, ya que nos llevaría a suponer una entidad cosificada, una sustancia, algo parecido a un yo cartesiano. En este trabajo no discutimos los aspectos epistemológico-ontológicos del problema del “yo cerebral”, reconociendo que de hecho muchos psiquiatras refieren al mismo, tema que hemos discutido antes y que amerita un examen de la filosofía subyacente (Ibídem).

Sin embargo, tanto la subjetivación como proceso socio discursivo, como los aspectos metateóricos referidos a las suposiciones epistemológicas y ontológicas de las ideas de sujeto cerebral, conducen a preguntarnos por el lugar de los derechos humanos dentro de una versión de la salud mental hegemonizada por las neurociencias. Desde el estudio de dichas dimensiones arribamos al problema del desconocimiento de la complejidad del campo de la salud mental, y por lo tanto a la dificultad para pensar desde un enfoque de derechos cuando se adopta un aplicacionismo de las neurociencias y un centramiento en el sujeto

cerebral como destinatario de dichas prácticas (Ibídem). Para ello, se trata de indagar cómo esta noción invalida la posibilidad de pensar en términos de “sujeto de derecho”, y cómo obtura el acto clínico tal como lo circunscribimos arriba. En lo que sigue nos referiremos a las categorías de “sujeto de derecho” y “derechos humanos” en relación a que lo propio del reconocimiento del derecho a la salud requiere de una política de integralidad de derechos, que incluya también el derecho a la no medicalización de la vida (Stolkiner, 2010). En este sentido, y si bien la noción de derecho a la salud no es unívoca, una práctica en salud y salud mental desde un enfoque de derechos, que sitúe a un sujeto de derechos como destinatario de las mismas, es antitético a cualquier forma de objetivación. En el sentido marxista, lo propio de reducir lo humano, incluido el sufrimiento subjetivo, a cosa natural, como por ejemplo el cerebro. Se trata de una manifestación del célebre proceso de fetichización, el cual “...se extiende más allá de la intercambiabilidad concreta de cada caso para transformarse en prácticas desubjetivantes que anulan el sujeto de derecho” (Ibíd., p. 91).

En este sentido, es un desafío intentar superar un proyecto que tiende a ser hegemónico en este campo, que está indisolublemente relacionado con el sentido común “académico” de muchos profesionales: una concepción del mundo naturalista.

Este trabajo se centrará en el sujeto cerebral en tanto construcción de la subjetividad, partiendo de diversas lecturas de inspiración foucaultiana: la subjetivación cerebral como *tecnología del yo* (Foucault, 2008), un modo de construcción histórica de la subjetividad (Ortega, 2009) que, a nuestro juicio, apunta a ser hegemónica. Se abren algunos interrogantes centrales: ¿es el sujeto cerebral una consecuencia directa de las tesis producidas por los neurocientistas?; o por el contrario, ¿la noción de sujeto cerebral hace a una forma de subjetivación, a una neurocultura, de la cual no solamente participan los neurocientistas?; ¿es compatible una concepción de sujeto cerebral con la posibilidad de pensar en la categoría de persona, y en consecuencia en una concepción de *sujeto de derecho*?; ¿Puede pensarse un sujeto cerebral en el interior de las prácticas en salud mental? Si así fuera, ¿con qué versión de la salud mental está asociada la noción de sujeto cerebral?

## 2. La emergencia del “sujeto cerebral”

La constitución de las vivencias de las personas o la percepción de sí mismos como sujetos cerebrales hunde sus raíces en la constitución de sus formas históricas, una de las cuáles es la descripción de la persona y la subjetividad en términos del cerebro. Podría decirse que, como resultado de la divulgación de las técnicas de las

neurociencias, y el proceso de popularización de información (que involucra no sólo una imagen de sí al estilo de Foucault sino también representaciones sociales), se asiste a una creciente imaginarización del cerebro como actor de casi todas las actividades sociales que caracterizan el ser alguien, ser persona, etc. (Pickersgill et al., 2011). Todo lo que, en otras formas de subjetividad, en otros momentos de la historia, se atribuía al sujeto, a las personas o a los individuos, ha pasado a ser “del cerebro”. Ambos aspectos convergen en la constitución del sujeto cerebral, ya que por un lado el sentido común filosófico de los neurocientíficos proviene de la internalización de una concepción del mundo hegemónica –el naturalismo reduccionista- adoptado sin la menor reflexión crítica; y por el otro, “la identidad personal como cerebro” proveniente de prácticas sociales normalizadoras. Con todo, cabe diferenciar el modo de estudiarlas: mientras para la primera cuestión se busca explicitar el modo de intervención de los supuestos ontológicos y epistemológicos cuando se aplican los conocimientos de las neurociencias al campo de la salud mental; en lo segundo se trata de indagar los procesos discursivos, así como los procesos de imaginarización, que desde las prácticas sociales dan lugar a la subjetividad cerebral.

Como plantean Russo y Ponciano (2002) en una dirección semejante a este artículo, tenemos una concepción

del mundo naturalista que ocupa el lugar de la concepción religiosa, disociando o fragmentando lo que había unido en una totalidad la religión cristiana; pero además, tenemos las diversas modalidades de intervención de los dispositivos sociales, tal como los procesos de (bio)medicalización, que penetran sutil, capilarmente, en las personas, comunidades o en las instituciones de salud, participando de la regulación de las relaciones entre sus miembros. No se trataría solamente de una teoría sobre la persona, sino de *modos de construcción de personas* (Ibídem, p. 350). A su vez Preciado (2017) ubica que “durante el Siglo XIX (...) la psicología, la sexología, la endocrinología han establecido su autoridad material transformando los conceptos de psiquismo, de libido, de conciencia (...) en realidades tangibles, en sustancias químicas, en moléculas comercializables (...) sin que sea posible saber [qué] viene antes, si la depresión o el Prozac” (p. 36-37).

### 2.1. La persona vivida como cerebro.

Desde la segunda dimensión de análisis se puede caracterizar al término sujeto cerebral (Ortega & Vidal, 2017; Ehrenberg, 2004; Azize, 2011) referido a la persona vivida como cerebro. Esto es, la creencia de que el cerebro es una parte del cuerpo no sólo necesaria sino también exhaustiva para ser nosotros mismos, y en el cual se encuentra la esencia del ser humano; o sea, la

identidad personal entendida como cerebral. Indagar acerca del sujeto cerebral involucra, en esta perspectiva, responder porqué la afirmación de que “soy mi cerebro” se ha vuelto auto evidente. El sujeto cerebral -que claramente no es el “yo pienso” de la filosofía, sino un “yo vivido como cerebral”- constituye una figura antropológica privilegiada del biopoder. En este sentido, varios historiadores de las neurociencias han mostrado que el énfasis en los conocimientos de las neurociencias y las descripciones subjetivas según el vocabulario de esos saberes, esto es, el cerebralismo de la identidad personal, ocupa un lugar sumamente destacado en nuestra cultura (Azize, 2011). Esta posición privilegiada, en nuestra cultura se debe al progreso alucinante de las tecnologías neurocientíficas (más específicamente, de imaginización cerebral); también proviene de la importancia que ha adquirido el cerebro en la localización de los procesos cognitivos y emocionales (Hagner & Borck, 2001). Siguiendo a Rose (1998), cuando usamos el término tecnologías, lo hacemos para referirnos a la manera en que nos experimentamos a nosotros mismos, y ésta resulta de un montaje híbrido de instrumentos, personas, construcciones y espacios, sustentados por ciertos objetivos sobre lo humano (Ibidem).

Es posible afirmar que *“esta vida no puede entenderse como un sustrato biológico fuera de los entramados de producción y*

*cultivo propios de la tecnociencia”* (Preciado, 2017, citando a Haraway, 2004: 29). Así, y proponiendo una relectura de la noción de biopoder, el autor asevera que no se trata ya de situar o contraponer organismo y máquina, sino más bien referirse al cuerpo como un *tecnocuerpo*. Utilizando la noción de “tecnobiopoder” en reemplazo a la noción foucaultiana de “biopoder”. Mencionamos estas tesis para enfatizar la riqueza del campo de problemas abierto, sin necesariamente tomar partido por las disidencias planteadas con Foucault.

Volviendo a nuestra discusión, el manicomio o la escuela son dispositivos de saber-poder, tendientes al disciplinamiento, que se valen de diversas tecnologías. En particular, encontramos las tecnologías que designan los mecanismos de autogobierno con que las personas se experimentan a sí, y que adoptan la forma de diversas técnicas tales como la confesión, la escritura, los programas de recuperación de personas alcohólicas; y ahora, las ascesis neurológicas o los ejercicios cerebrales. Justamente, la noción de sujeto cerebral, según Ortega (2009), es una deriva de aquellas tesis de Foucault (1984) sobre la historia de los modos de subjetivación y objetivación: el centro reside en los procesos de subjetivación y en las tecnologías del yo. En otras palabras, no se trata de una teoría del sujeto cognitivo en sentido de sus condiciones trascendentales, ni una

teoría de la génesis de un sujeto epistémico, sino principalmente de la historia de la subjetivación. Tal historia ha sido enfocada por Foucault de diferentes maneras (Castro, 2004) y no tratamos aquí de reconstruirla. Más bien, consideramos la manera en que los seres humanos se convierten en sujetos; las formas, ejercicios y procedimientos que dan lugar a la relación consigo mismo y a la constitución del sí mismo. De este modo, el sujeto cerebral es una de las modalidades de la historia de la subjetivación. Nuevamente y desde una lectura compatible con la anterior, Preciado (2017) afirma que a *“las figuras del cyborg, el gen o el cerebro descienden de implosiones de sujetos y objetos, de lo natural y lo artificial”* (p. 43, citando a Haraway, 2004: 29).

Es decir, este modo de comprender los modos de subjetivación supone una ruptura con los enfoques clásicos, centrados en las disociaciones del pensamiento, tales como sujeto/objeto, naturaleza/cultura o individuo/sociedad, de las cuales la noción de sujeto cerebral es heredera. Así, y para comprender y explicar la constitución de dicha noción, es preciso abandonar cualquiera de esas escisiones dicotómicas. Por último, podemos considerar dos preguntas formuladas por Deleuze y Guattari (2001 [1991]) que resultan un antecedente interesante: *“¿No se situará el punto de inflexión allí donde el cerebro se vuelve sujeto? (...) ¿Cuáles son los caracteres de este*

*cerebro que ya no se define por unas conexiones y unas integraciones secundarias?”*. Para los autores, el cerebro “es” el que piensa y no la persona, quedando ésta subsumida a una mera cristalización cerebral: *“...el hombre ausente, pero todo él dentro del cerebro”* (Ibíd., p. 192). Un cerebro como forma absoluta, facultado en la creación de conceptos, un cerebro que es en sí mismo el espíritu, un cerebro-alma.

## **2.2. Subjetivación cerebral: del fatalismo hacia una ética.**

Desde esta perspectiva, es claro que no hay un sujeto cerebral en términos de una realidad ontológica previa a su historicidad, sino que la hegemonía ontológica le corresponde al propio proceso de subjetivación (Ortega, 2009). La ontología de la persona humana y su historia ponen en evidencia las técnicas e instrumentos con los que se ha constituido la problematización de sí mismo. En otras palabras, aunque la historia de las formas de subjetivación se puede remontar al pensamiento griego y luego romano (Foucault, 2001), durante buena parte del siglo XX los habitantes del mundo capitalista de occidente adquirieron una visión de sí como un espacio interior. Es decir, actuaron sobre sí mismos en función de auto descripciones en términos de angustia, depresión o introversión, o desde las psicoterapias, entre otras.

Específicamente, y a modo de ejemplo, la alegría o cualquier estado de ánimo son atribuidos al cerebro. Al ser histórico, el sujeto cerebral no tiene una existencia previa al proceso de subjetivación que forma a los diversos sujetos: es parte de una genealogía de la relación con nosotros mismos. Se ha constituido bajo ciertas condiciones, apoyado en los conocimientos de las neurociencias, pudiendo incluso desaparecer o atenuarse.

Como se ha mostrado (Azize, 2011; Castorina, 2016), el discurso de las neurociencias es un intento de superar al dualismo cartesiano, en el que se apoya la creencia de la persona en occidente, apelando al monismo y reduccionismo naturalista; por otro lado, y en lo referido a la subjetivación cerebral, se trata de una radicalización de ciertos rasgos del sujeto moderno: los valores de la individualidad, de la autonomía aislada del mundo social, el progreso de la conciencia de sí. Al ser histórico y depender de diversos procedimientos de formación, el sujeto cerebral ni es monolítico ni necesariamente hegemónico. Sin embargo, no sustituye del todo a otras modalidades de subjetivación, ya que puede convivir con otras como el sujeto espiritual, o el sujeto psicológico del sentido común, según varíen las situaciones contextuales de la existencia. Según Menéndez (2003), las diferencias o exclusiones teóricas de ningún modo imposibilitan articulaciones en las prácticas de las

personas. Sin embargo, en lo que va del siglo se va imponiendo el sujeto cerebral, lo que se hace evidente en que cualquier “desorden” ocurre en el ámbito del cerebro. Es dentro de semejante perspectiva de gobierno de los sujetos que se puede comprender el rol central que se atribuye a los psicofármacos, ya que tanto se trate de imágenes cerebrales o de exámenes genéticos, “...*todos los caminos que pasan por el cerebro parecen conducir al uso de psicofármacos*” (Rose, 2012, p. 407).

Luego, y siguiendo con libertad la perspectiva de Foucault, es preciso hacer una distinción de relevancia para pensar un cuestionamiento del sujeto cerebral. Es decir, si lo que constituye al sujeto es una relación consigo determinada por técnicas de dominación, históricamente contextualizadas, ello no implica pasividad. Más aún, para Foucault y hacia el final de su obra (2001) aquella subjetivación surge en una encrucijada de las técnicas de dominación (como las tecnologías del yo) y una técnica del cuidado de sí. En este sentido, hay una cierta irreductibilidad de las técnicas del yo respecto a las técnicas de dominación, de modo que el sujeto de la acción de sí, de la inquietud de sí, es el sujeto de la acción recta, diríamos de una ética de la que hablaban los pensadores griegos y romanos; una práctica de sí, vinculada a las prácticas sociales, y datadas históricamente.

En otras palabras, el sujeto cerebral proviene de una de las tecnologías del yo, pero se puede apostar a una cierta resistencia, un camino de exploración personal que nos aparte del fetichismo, esto es, la naturalización de la vida humana. En este sentido, y siguiendo a Foucault (1981-2), dichas prácticas de sí, lejos de ser consideradas como una moda filosófica, son más bien la punta de lanza de otros modos de subjetivación, alejado de las constituciones trascendentales. Esto último puede tenerse en cuenta para revisar críticamente prácticas en *salud mental*, al oponerse a la biologización de la representación de las personas como un “fatalismo”. Hay modos de pensar la conciencia de sí, o la ocupación consigo mismo, una subjetivación que desplaza al yo objetivado propio del sujeto cerebral. De todos modos, estamos distinguiendo la posible resistencia de los actores del campo de la salud mental a su subjetivación cerebral, con su carácter pasivo, impuesto por las tecnologías del yo. En verdad, se trata más bien de producir cambios en el sentido común de sí, partiendo de una actividad reflexiva y crítica, mediante acciones autónomas -diríamos de no aceptación de la pasividad de la subjetivación cerebral- y enmarcadas en prácticas colectivas.

### **Sujeto cerebral y prácticas en Salud Mental**

Ahora bien, para continuar el análisis resulta relevante y necesario exponer críticamente las relaciones entre

la noción de sujeto cerebral y ciertas prácticas en salud mental, a los fines de responder finalmente a las siguientes preguntas: ¿puede pensarse un sujeto cerebral en las prácticas en salud mental? Y si así fuera, ¿con qué versión de la salud mental está asociada la noción de sujeto cerebral? Para nosotros se puede postular una relación dialéctica entre ciertas prácticas psiquiátricas y neuropsicológicas hegemónicas -intervinientes en prácticas clínicas concretas- y la tesis de un sujeto cerebral. Ante todo, la elección de dichas prácticas y marcos disciplinares se vincula con la influencia técnica y cultural de ciertos enfoques en neurociencias, específicamente los tendientes a una aplicación directa -un *aplicacionismo*- de estas disciplinas en el campo de la SM (Ferreyra y Castorina, 2017). En otras palabras, dicha implementación no ha sido posible sin el marco epistémico (García, 2006) escisionista de la psiquiatría y la psicología cognitiva, que ha posibilitado una “nueva alianza” entre dichas prácticas biologizantes y las neurociencias, legitimando un modo particular de subjetivación, la de sujeto cerebral, siendo a la vez que esta última a su modo, la facilita.

Sobre la llamada nueva alianza, damos algunos ejemplos o referencias. En primer lugar, existen autores (Tirapu-Ustárroz y Muñoz-Céspedes, 2014) del campo de la psiquiatría que introducen una tenue crítica al

aplicacionismo de las neurociencias en la salud mental. Los mismos adscriben a un naturalismo que no es eliminacionista, sino que defiende un cierto nivel de “vida mental”, aunque su explicación genuina reside en las neurociencias o, más específicamente, en las leyes del funcionamiento cerebral. En segundo lugar, el célebre testimonio del psiquiatra Richard Loren Mosher al momento de renunciar al Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos: “Ya no tratamos de comprender a la persona integral en su contexto social: estamos allí para reacomodar los neurotransmisores” (citado por Rose, 2012, p. 425). Esto último se relaciona con lo planteado por Levín (2018) que ubica que en la actualidad la psiquiatría se encuentra en una profunda crisis de paradigma. La aludida nueva alianza se fundamenta por el surgimiento de una nueva manera de pensar de muchos psiquiatras y psicólogos cognitivos. Así, por ejemplo, un diagnóstico es más exacto cuando puede vincular síntomas con anomalías de las conexiones cerebrales; o si bien no se excluye lo propio de la biografía o de la historia, las mismas ejercen sus efectos a través del impacto en ese cerebro. Así y a continuación, el interés apunta a analizar sus efectos, situados en las prácticas en salud mental.

### 3.1. El sujeto de las prácticas en salud mental

¿Quién es el destinatario de las prácticas en salud mental? Desde los marcos normativos vigentes (Ley N° 26657/ del 2010) se considera a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ibídem, Art. 3°). Así, desde la citada Ley Nacional de Salud Mental -y aun cuando no esté explicitado-, se deduce una concepción de sujeto que incluye una multiplicidad de dimensiones y componentes -incluyendo la historia-. En este sentido, las prácticas clínicas en salud mental así planteadas se dirigen finalmente a una apuesta a la singularidad. Más aún, de la lectura global del marco normativo se sitúa como central la noción de *sujeto de derecho* como destinatario de dichas prácticas. Va de suyo que la condición de posibilidad para la emergencia de un sujeto de derecho es suponer la categoría de persona, entendida ésta no como individualidad sino atravesada por el hecho social, cultural, político y comunitario. En otras palabras, una concepción de sujeto que vuelve central al lazo social.

Concebir a un sujeto de derecho permite pensar tanto modalidades de abordaje, enfoques, dispositivos y prácticas, así como también una forma de pensar la clínica:

comandada por las nociones de conflicto y malestar, y reconociendo como centrales las decisiones, la voz y el saber de *usuarios y usuarias*. Es decir, una concepción afín a pensarse desde una *clínica ampliada* (Campos, 2001), la cual no implica una negación de las especialidades, pero sí su incorporación en procesos de trabajo en salud horizontales, integradores e interdisciplinarios; siendo de este modo una concepción crítica al *modelo médico hegemónico* (Menéndez, 2003). Y es a su vez una concepción de sujeto que reconoce como central la posibilidad de discusión en el interior del propio campo de la salud mental: discusiones teórico-epistémicas, pero también respecto a los modos de ejercer el saber y el poder, incluyendo entonces no sólo a los trabajadores, profesionales y expertos sino también y centralmente a usuarios y usuarias.

Si el sujeto cerebral no es un concepto de sujeto sino una vivencia de sí, una modalidad de subjetivación, no deja de ser relevante, sin embargo, que cada teoría o corpus disciplinar relacionado con prácticas clínicas supone y define una concepción de sujeto. Sea, entre otros, un sujeto de las representaciones sociales que dan su identidad social a los grupos de actores en salud mental, o el sujeto del inconsciente, hasta el sujeto de las diversas subjetivaciones que hemos tratado aquí. Para las prácticas de salud mental, no se trata de

impugnar o de excluir un saber o marco teórico/disciplinar, sino que resulta necesario tender hacia modalidades de abordaje interdisciplinarias o, más aún, pensar en términos de *intersaberes* (Stolkiner, 2005). Esto incluye no sólo saberes disciplinares propiamente dichos sino también a otros, como los correspondientes a las reflexiones sobre las prácticas de diferentes profesionales y trabajadores, hasta las experiencias de los usuari@s en salud mental. Más aún, se trata de analizar los marcos epistémicos subyacentes a cada uno de estos campos disciplinares, evaluando si los mismos son compatibles con la concepción de sujeto y de clínica instituida por los marcos normativos vigentes en nuestro país. Es decir, es deseable una pluralidad teórica, de enfoques y de dominios del conocimiento para pensar prácticas en salud mental, pero a condición de que los diferentes campos disciplinares y teóricos asuman un marco epistémico (o concepción del mundo) que permita modos colaborativos de indagación, de dirección y orientación de las prácticas.

De acuerdo a lo dicho, reformulamos las preguntas iniciales: ¿puede ser un sujeto cerebral el destinatario de las prácticas en salud mental, enmarcadas éstas en los marcos normativos vigentes? Dicho de otro modo, ¿es compatible con un enfoque de derechos otorgarle tal protagonismo a un sujeto cerebral? De manera preliminar, resulta

incompatible la noción de sujeto cerebral y la de sujeto de derecho, en tanto afirmar a este último presupone como unidad mínima a una persona situada histórica, social, cultural, comunitaria y políticamente; en todo caso, los aspectos físicos, psicológicos, o neurológicos se suponen como componentes válidos e interrelacionados dialécticamente desde estructuras dinámicas y complejas; pero de ningún modo uno o alguno de ellos podrá ser condición única y/o suficiente para definir al sujeto destinatario de las prácticas en salud mental. Dicho de otro modo, un cerebro –sea su imaginarización subjetiva, o su versión conceptual naturalista del sentido común académico- nunca puede ser el destinatario de derechos. A no ser, claro está, que se proclame algo más parecido a una *ciudadanía biológica* (Rose, 2012), que no podemos desarrollar en este espacio.

### 3.2. Efectos en la clínica

No obstante, la crítica a dicha perspectiva, existe una creciente hegemonía de prácticas que igualmente sitúan a un sujeto cerebral como su destinatario. Sin negar que dichas prácticas habitan el campo de la salud mental -aún incluso cuando sus practicantes no se reconozcan ni consideren a sus intervenciones como parte de dicho campo-, resulta necesario entonces analizar al menos dos problemas: en primer lugar, cuál es la

versión de salud mental implícita en dichas prácticas y, en segundo lugar, cuáles son las consecuencias clínicas de dicha versión. Básicamente, se debe reconocer la dificultad de caracterizar a la salud mental, habida cuenta de la necesidad de que dicha caracterización no reproduzca una diferencia entre enfermedades “mentales” de otras “biológicas” o “corporales”; al mismo tiempo, resulta necesario dar relevancia a la dimensión social, así como al nivel del malestar subjetivo en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado.

La versión de salud mental que se desprende de enfoques de corte naturalistas y organicistas lleva a concebir a la misma unívocamente desde la enfermedad: “mental” clásicamente, o “cerebral”<sup>3</sup> desde discursos más actuales. Más aún, dicha “enfermedad” tiende a ser explicada como un déficit o anomalía que debe ser normalizada, corregida, estimulada o compensada; y no, por el contrario, como un fenómeno inherente a la vida que, en todo caso, produce sufrimiento o malestar en función de una multiplicidad de situaciones y sin omitir la relación o lazo con los otros y la comunidad. Dicho de otro modo, una concepción que se ubica en total oposición a la propuesta freudiana en la obra *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901), omitiendo así la circunscripción de los padecimientos desde su carácter conflictivo y sintomático.

Aun así, existe en dichas versiones una sutileza que se debe considerar: es muy frecuente que lo que hemos caracterizado como enfermedad no sea el centro, ni tampoco esté difundida ni nombrada, en algunos enfoques actuales de salud mental desde las neurociencias: no es lo central de sus prácticas. La explicación hunde sus raíces en que dicha categoría supone a un sujeto nombrado como enfermo; esto es, la clásica figura del “enfermo mental”, propia de la psiquiatría clásica, la cual implica una reducción considerable de los destinatarios y/o demandantes de dichas prácticas, estigma mediante. En otras palabras, que la enfermedad sea condición para el acceso a determinados tratamientos o dispositivos termina siendo excluyente y poco atractivo, y esto es bien leído por diversos neurocientistas que, sutil y hábilmente, no la ponen como condición para el diagnóstico y tratamiento, produciendo un deslizamiento de la categoría clásica de enfermedad hacia modos *new age* tales como la merma o falta de rendimiento, la auto superación, el acceso al éxito, entre otros. Pareciera en apariencia un avance pero en verdad es su contrario, ya que igualmente se invalida y obtura la dimensión de la salud y, como consecuencia, se imposibilita pensar en prácticas que tiendan a la promoción de la salud/ salud mental. Toda práctica que suponga o exija mayor rendimiento o productividad es en el fondo normalizadora, en tanto supone parámetros externos -y en muchos

casos morales-. Se trata de un retroceso de las categorías de normalidad/patología elucidadas críticamente por Canguilhem (1971).

De este modo, esta versión borra en un mismo movimiento la noción de enfermedad y a su vez también termina obturando la noción de salud. Se trata entonces de una versión de la salud mental para nada difusa, sino consolidada y de creciente hegemonía en el discurso y las prácticas, pero que paradójicamente no es pensada o expuesta por dichos actores como una versión de la salud mental. Dicha versión requiere de, por un lado, diversos saberes nosográficos de corte estáticos y esencialistas; y por otro lado de concepciones unicauales que ubiquen a lo tradicionalmente pensado como enfermedad como un suceso totalmente intrínseco al organismo, en términos cerebrales. Un diagnóstico en función del cerebro y no en torno a la interpretación del significado de los síntomas; un estilo de pensamiento que lleva a convertir lo propio del acontecer subjetivo en puros *asuntos cerebrales* (Rose, 2012). Así, encontramos una versión sutil y sofisticada de la medicalización, que incluso puede llegar a prescindir de la psicopatología en tanto se presenta como “superadora”: lo patológico ya ni siquiera estaría asociado a lo psíquico o mental, sino directamente al cerebro. Quien se enferma sería el cerebro, y esto ni siquiera es transmitido

como enfermedad sino como estados plausibles de ser mejorados. ¿Cuáles son las consecuencias en las prácticas clínicas de dicha versión de la salud mental? En primer lugar, es lícito considerar que si se adopta esta versión o posicionamiento, el acto clínico –en sentido clásico y por supuesto también como clínica ampliada– es forcluido. Es decir, una práctica que interviene sobre la salud mental de las personas, pero que prescinde y hasta degrada a la propia clínica, justamente al negar a las personas. Desarrollamos esta tesis desde al menos tres fundamentos.

Ante todo, una práctica que apunte a un “yo”, o a cualquier entidad similar –como por ejemplo a un yo neuroquímico o a un sujeto de la vivencia cerebral– es en definitiva una práctica adaptativa y normalizante. Es inevitable que al centrarse en algo parecido a un “yo” se termine incurriendo en una ponderación o espectro de normalidad/anormalidad, grados de adaptabilidad, buenas y adecuadas conductas o respuestas, etc. Estas afirmaciones son compatibles con lo planteado por Judith Butler (2016) en torno a la falacia del <<yo-soberano>> y de su supuesta auto soberanía; un *yo* separado del tú, o del *ellos*. Se produce así un yo sin exterioridad, sin los otros. Además, y en relación a lo anterior, se produce una perversión del acto clínico que lo reduce a una mera práctica correctiva, a un entrenamiento o

adiestramiento de un órgano, el cerebro. Encontramos, en palabras de Canguilhem (2004), una idea *vulgarizada* del cerebro, y por ende de los modos de tratarlo o curarlo. Es decir, la reproducción de una idea de sentido común, que propone el adiestramiento del cerebro como si el mismo fuese un músculo. Finalmente, lo que ordena a dichas prácticas nada tiene que ver con la singularidad del usuario, y si la posición y función del profesional/trabajador de la salud mental es reducida a la de un mero administrador o gerente de tecnologías y aparatologías, se trata de intervenir desde un universal, un genérico que parte de las leyes del funcionamiento neurocerebral. Dicho de otro modo, y como mucho, se defiende una intervención que particulariza un universal. De ahí que dicha tarea gerencial tenga más que ver con la administración de recursos o mercancías que con lo propio de cualquier prescripción. Esta es una intervención que debe ser efectuada en el interior del acto clínico, y no reemplazándolo; por otra parte, observamos un perfeccionamiento del clásico modelo médico hegemónico en tanto no sólo predominan la a-historicidad, la a-culturalidad o la a-socialidad, sino que también el saber técnico-aparatológico, que hasta podría incluso prescindir completamente de la figura de un agente curador. En cualquier caso, la subjetivación cerebral es inseparable de aquella forclusión y del rechazo del acto estrictamente clínico, ya que la vivencia de sí

acompaña, respalda y hasta consolida, a su manera, la orientación de las prácticas de salud mental en los profesionales y en la aceptación de much@s usuario@s.

### 3.3. Dispositivos y modalidades de abordaje

Describir efectos en la clínica, o incluso discutir sobre cómo una versión de la salud mental puede llegar a invalidarla o hasta forcluirla, culmina en la descripción de determinados dispositivos y modalidades de abordaje. El enfoque de derechos que atraviesa a la Ley Nacional de salud mental se fundamenta en la clásica Declaración de Alma Ata (1978), es decir, sigue los lineamientos de la atención primaria de la salud (APS). Dicha estrategia, transversal a los diversos niveles de complejidad de las instituciones de salud/ salud mental, ubica la centralidad de modalidades de abordaje con posicionamiento comunitario. Este último, entre otros aspectos, pone en cuestión la conveniencia y hasta efectividad de los modelos hospitalocéntricos. Esta consideración al hecho comunitario no invalida modalidades de abordaje ligadas al caso por caso, al tratamiento individual ni a la pregunta por la singularidad. Es más bien un posicionamiento ético y político. En la misma línea, se valoriza a las prácticas asistenciales como una acción sanitaria crucial, pero a condición de que se produzcan también intervenciones ligadas a la promoción y prevención;

sobre todo, discutiendo que éstas últimas sean en general subalternas o secundarias a la primera.

Referirse a un posicionamiento comunitario no es reductible a lo que pueden ser actividades en espacios comunitarios (Bang, 2011). Dicho de otro modo, efectuar una actividad o intervención en espacios comunitarios diferentes a la institución sanitaria no es condición suficiente, ya que incluso algunas de ellas pueden estar planificadas y concebidas desde una perspectiva quizás diversa o incluso opuesta a la concepción que se desprende de la APS. Tal sería, por ejemplo, el caso de diversas actividades o talleres que han aparecido en los últimos tiempos que se presentan con nombres tales como “ejercitación cerebral”, “Un cerebro sano para mejorar en el estudio”, “Cerebro, adultos mayores y memoria”, etc. Se trata de espacios ligados a las neuroscencias: esto es, no necesariamente pensados como sanitarios, clínicos o terapéuticos, pero no obstante signados por el centramiento en la mejora del rendimiento cerebral. Por ende, dispositivos en espacios comunitarios que paradójicamente rechazan los lazos comunitarios en tanto se centran en unidades de análisis netamente atomistas. Luego, proponer únicamente prácticas asistenciales conlleva una profunda dificultad, o incluso a una imposibilidad, para pensar en promoción y prevención. La promoción de la salud termina

siendo dejada de lado o a lo sumo subsumida en la prevención –de la enfermedad, o mejor dicho del bajo rendimiento-. Al mismo tiempo, si lo preventivo existe es sólo a través de *screenings* masivos, homogeneizantes y poco advertidos por las diversidades.

#### 4. Conclusiones y discusiones a futuro

En este artículo se ha efectuado una discusión acerca de la subjetivación cerebral desde distintos niveles de análisis, y desde diversos autores y líneas de investigación, pero introduciendo las particularidades de este problema en el interior del campo de la salud mental. Así, se desarrollaron sus implicancias y efectos en dicho campo de prácticas, en sus dispositivos y modalidades de abordaje. En ese marco, se concluye que dicha subjetivación lleva a la franca imposibilidad de asumir al hecho clínico desde una complejidad que incluye al enfoque de derechos, así como también a la formulación de los problemas en términos de abordajes interdisciplinarios, intersectoriales y con un reconocimiento por el hecho comunitario.

La sutil y sofisticada objetivación producida por la reducción del padecimiento y el sufrimiento -supresión del conflicto mediante- y que se sostiene por la imaginarización cerebral, amerita tanto reflexiones teóricas y epistémicas,

como clínicas y políticas. Dicho modo de subjetivación contribuye a obturar la posibilidad de abordajes con enfoque de derecho, los cuales requieren la no reducción de la persona a ninguna clase de ontología. Por el contrario, y como se ha enfatizado, es necesario ante todo recuperar la categoría de persona como un más allá de la individualidad; la persona como sujeto de derechos en función de los otros, las instituciones, los dispositivos de poder, el Estado y las políticas públicas. Resulta curioso cómo a mayor progreso de la tecnociencia encontramos nociones cada vez menos abstractas y de sentido común, como la de sujeto cerebral, que nos retrotraen incluso a formas de la exploración de sí arcaicas, siendo el cerebro imaginarizado; algo más parecido al concepto de alma que a una teorización científica. Esto último nos compele a futuras reflexiones acerca del carácter fetichista de la subjetivación producidas por las prácticas sociales, y sobre las sofisticadas tecnologías y discursos que tienden a hegemonizar a un naturalismo cerebral indisociable de aquella subjetivación.

Aun así, y tal como se ha desarrollado, dicho modo de subjetivación no constituye ni una condena inexorable ni un destino inevitable, habida cuenta del capital simbólico, la diversidad y potencia de enfoques y tradiciones, la historia y luchas acontecidas en nuestro campo de la salud mental. Pero tampoco es exterior a las neurociencias, como un hecho impuro que quitara objetividad al conocimiento, ya

que los propios actores no pueden evitar participar de las modalidades de subjetivación. Estas, en convergencia con los presupuestos ontológicos y epistemológicos, condicionan a ciertos aspectos de los procesos de investigación y a la manera de concebir su implementación en el campo de la salud mental. Buena parte de los neurocientistas se viven también a sí mismos como sujetos cerebrales. Si los propios neurocientistas, por el contrario, reflexionaran sobre el significado de la subjetivación cerebral, su carácter condicionante respecto de sus prácticas y formulaciones, podría abrirse una discusión crítica y, como consecuencia, el esbozo de diversos programas de investigación y modalidades de abordaje interdisciplinarios.

Por ello, como horizonte futuro, proponemos un diálogo respecto del sentido y orientación de las políticas

públicas en salud mental, como también de las políticas públicas en general y sus relaciones con los imaginarios subjetivos. Los modos de subjetivación aquí analizados no se agotan en lo acontecido dentro de la escena clínica propia de dispositivos e instituciones sanitarias, sino que tienen efectos tanto en la vida cotidiana de los pacientes y los otros actores de las prácticas de salud mental, que no hemos desarrollado aquí. Por tanto, y nuevamente, ulteriores análisis y discusiones deben continuar, a nuestro juicio, centradas en la pregunta por las condiciones de posibilidad de la emergencia de un sujeto de derecho en las prácticas en salud y en salud mental en particular. Una discusión que requiere problematizar y examinar exhaustiva y críticamente diversas formas contemporáneas de gobierno de sí y de construcción de (bio)ciudadanía.



## Bibliografía

**Azize, R.** (2011). “O cérebro como órgão pessoal: uma antropologia de discursos neurocientíficos”. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 563-574.

**Bang, C.** (2011). “Debates y controversias sobre el concepto de participación comunitaria en salud: una revisión histórica”. En *Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*.

**Boletín Oficial** (2010). *Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657*. Año CXVIII, No. 32.041, 3 de diciembre de 2010.

**Butler, J.** (2016). *Los sentidos del sujeto*. Herder: Barcelona.

**Canguilhem G.** (1971). *Lo normal y lo patológico*. México, Siglo XXI Editores.

**Canguilhem, G.** (2004). “La salud: concepto vulgar y cuestión filosófica” (49-67). En *Escritos sobre la Medicina*, Buenos Aires: Amorrortu.

**Castorina, J. A.** (2016). “La relación problemática entre Neurociencias y educación. Condiciones y análisis crítico”. *Propuesta Educativa*, Año 25, Nro. 46, págs. 26 a 41.

**Castro, E.** (2004). *El vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores*. Buenos Aires: Prometeo / Universidad Nacional de Quilmes.

**De Sousa Campos, G. W.** (2001). *Gestión en Salud. En defensa de la Vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

**Ehrenberg, A.** (2004). “Le sujet cérébral”. *Esprit*, n.309, p.130-155.

**Ferreyra, J. A. y Castorina, J. A.** (2017). “El aplicacionismo de las neurociencias en el campo de la salud mental”. En *Revista Investigaciones en Psicología*, Facultad de Psicología UBA. Año 22, volumen 2.

**Foucault, M.** (1981-2). *La hermenéutica del sujeto. Curso en el Collège de France (1981-1982)*. 2ª ed. - México: FCE, 2002. (1984). *Le souci de soi*. Paris. Gallimard.

**Foucault, M.** (2001). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México D.F.: Siglo XXI editores.

**Foucault, M.** (2004). *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France 1978-1979*, Paris: Gallimard.

**Freud, S.** (1901). *Psicopatología de la Vida Cotidiana*. Amorrortu, Bs. Aires, 1986.

- García, R.** (2006). *Sistemas complejos*, Barcelona, Gedisa.
- Golombek, D. y Bär, N.** (2017). *Neurociencias para presidentes*. Siglo XXI editores.
- Hagner, M.** (1977). *Homo cerebrialis, Der Wandel Vom Seelenorgan Zum Gehirn*, Berlin, Berlin Verlag.
- Hagner, M. y Borck, C.** (2001). “Mindful Practices: On the Neurosciences in the Twentieth Century”. *Science in Context*, 14 (4), 507-510.
- Levín, S.** (2018). *La psiquiatría en la encrucijada*. EudeBA, Buenos Aires.
- Mantilla, M. J.** (2018). “La vida pública del cerebro. El boom de las neurociencias: ¿científicos, gurús o consejeros?”. En *Saberes desbordados: historias de diálogos entre conocimientos científicos y sentido común, Argentina, siglos XIX y XX* / Jimena Caravaca [et al.]; 1a ed compendiada. - CABA: Instituto de Desarrollo Económico y Social.
- Martínez Hernández, A.** (2015). “Antidepresivos y neuronarrativas en la era del sujeto cerebral”. *Interrogant*, Nº. 13, 2015, págs. 53-56.
- Menéndez, E.** (2003). “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y prácticas”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1): 185-207.
- Organización Mundial de la salud** (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata.
- Ortega, F.** (2009). “Neurociencias, neurocultura y autoayuda cerebral”, en *Interface*, 13, p. 240-260.
- Ortega, F. y Vidal, F.** (2017). *Being Brains. Making the Cerebral Subjects*. New York, Fordham University Press.
- Percheron, G.** (1987). “Neuromythologies: cerveau, individu, espèce et société”. En *Sur L’individu*. Éditions de Seuil, 1987.
- Pickersgill, M.; Cunningham-Burley S.; Martin, P.** (2011). “Constituting Neurologic Subjects: Neuroscience, Subjectivity and the Mundane Significance of the Brain”. *Subjectivity: International Journal of Critical Psychology* 4 (3): 346-65.
- Preciado, P. B.** (2017). *Testo yonqui: sexo, drogas y biopolítica*. 1º edición adaptada. CABA: Paidós.

**Rebasa, S.** (2018). *Neurociencia ficción. Del dominio de una retórica a una retórica de dominio*. Suplemento *Psicología*, Diario Página 12 (26 de julio de 2018).

**Rose, N.** (1998). *Inventing our selves: Psychology, power, and personhood*. Cambridge University Press.

**Rose, N.** (2012). *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el Siglo XXI*. 1º edición, La Plata: UNIPE: editorial universitaria.

**Russo, J. A. & Ponciano, E. T.** (2002). “O sujeito da neurociência: da naturalização do homem ao re-encantamento do mundo”. *Physis: revista de saúde coletiva*, 12(2):345-373.

**Stolkiner, A.** (2005). *Interdisciplina y Salud Mental*. Conferencia presentada en las IX Jornadas Nacionales de Salud Mental - I Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización: Estrategias Posibles en la Argentina de hoy, Posadas.

**Stolkiner, A.** (2010). “Derechos Humanos y Derecho a la Salud en América Latina: la doble faz de una idea potente”. *Medicina Social*. Extraído el día 29 de abril de 2013 de: <http://www.medicinasocial.info/> Volumen 5 Número 1, 89-95.

**Tirapu-Ustárrroz, J. y Muñoz-Céspedes, J. M.** (2014). *Neurociencia, neuropsicología y psicología clínica: Necesidad de un encuentro*. Recuperado desde <https://psiquiatria.com/neuropsiquiatria/neurociencia-neuropsicologia-y-psicologia-clinica-necesidad-de-un-encuentro/> (13 de diciembre de 2018).

**Vidal, F.** (2005). “Le sujet cérébral: Une esquisse historique et conceptuelle”. *Psychiatrie, Sciences Humaines*. En *Neurociencias*, 3, pp. 37-48.

**Vidal, F. y Ortega, F.** (2017). *Being Brains. Making the Cerebral Subjects*. New York, Fordham University Press.

## Notas

<sup>1</sup> Tal fue el caso de la creación del Instituto Nacional de Neurociencias y Políticas Públicas en mayo de 2018 y presentado en la Bolsa de Comercio de Buenos Aires.

<sup>2</sup> Expresión acuñada tanto por Facundo Manes como por Diego Golombek en notas periodísticas del Diario Clarín (Suplemento Mujer, 23 de enero de 2015) y del Diario Río Negro (Cultura+Show, 9 de septiembre de 2017) respectivamente.

<sup>3</sup> De más está decir que con la idea de ‘cerebral’ no aludimos ni aquí ni anteriormente a las diversas patologías descriptas por la neurología y demás ciencias médicas al respecto.

# ¿Qué puede salir mal? El abordaje policial a sujetos que se encuentran bajo los efectos de sustancias psicotóxicas

**Daniel Alejandro Russo**

Licenciado en Psicología.  
Especialista en Educación. Doctor  
en Salud Mental Comunitaria.  
Institución de pertenencia:  
Universidad Nacional de Lanús.  
Universidad de Buenos Aires.

*danielrusso@unla.edu.ar*

## Resumen

El presente artículo resume mi tesis doctoral “La razón o la fuerza. El abordaje policial de los sujetos intoxicados por uso de sustancias psicoactivas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, con la que obtuve el grado de Doctor en Salud Mental Comunitaria por parte de la Universidad Nacional de Lanús.

En ella se analizaron los criterios con los que los policías definen sus cursos de acción en el encuentro en la vía pública con una persona en estado de ebriedad o drogada, procurando identificar la producción de un algoritmo que orienta la resolución de la tensión que se configura en cada escena. Para ello se utilizó un abordaje de investigación de tipo cualitativo y una matriz analítica cimentada en los desarrollos de la Teoría Fundamentada –*Grounded Theory*–, como así también en la revisión de las estrategias de análisis propuestas por Howard Becker. Para el trabajo de campo se realizaron una serie de entrevistas semi-estructuradas a funcionarios

policiales y de fuerzas de seguridad, análisis de fuentes historiográficas, jurídicas e informes técnicos.

El punto de partida desde el que comencé a vislumbrar mi objeto de estudio fue que las actuaciones del personal policial en estas situaciones particulares evidencian la constelación de criterios intuitivos, prejuicios y empleo del “sentido común policial” por sobre las herramientas normativas y protocolos de actuación vigentes para la intervención.

**Palabras clave:** Intoxicación – Sustancias psicotóxicas - Discrecionalidad policial.

**Abstract:** This article summarizes my doctoral thesis “Reason or strength. The police approach of the subjects intoxicated by the use of psychoactive substances in the Autonomous City of Buenos Aires”, with which I obtained the degree of Doctor of Community Mental Health from the National University of Lanús.

It analyzed the criteria with which the police define their courses of action in the encounter on public roads with a person drunk or drugged, trying to identify the production of an algorithm that guides the resolution of the tension that is configured in each scene. For this, a qualitative research approach and an analytical matrix based on the developments of the Grounded Theory –Ground Theory- were used, as well as in the review of the analysis strategies proposed by Howard Becker. The fieldwork constituted a series of semi-structured interviews with police and security forces, historiographic analysis and legal sources and technical reports. The starting point from which I began to glimpse my object of study was that the actions of police personnel in these particular situations show the constellation of intuitive criteria, prejudices and use of “common sense police” over normative tools and action protocols in force for the intervention.

**Key words:** Intoxication - Psychotoxic substances – Police discretion.

## La lupa y la grabadora de voz

En mi tesis doctoral procuré identificar los criterios que orientan la actuación de los funcionarios policiales de la C.A.B.A. con personas intoxicadas por el uso de sustancias psicoactivas neurotóxicas. Partí de la siguiente hipótesis: en cada intervención se actualizan registros personales e institucionales que guardan escasa relación con los marcos normativos y procedimentales específicos.

Si bien la escena sobre la que se centró mi trabajo involucra a un espectro más amplio de actores,<sup>1</sup> la decisión de tomar sólo la perspectiva de los uniformados se debió a que mi objeto no era la secuencia de abordaje en sí misma sino la producción de los criterios que la guían. A tal fin, en el año 2017 realicé una serie de entrevistas a miembros de la Policía Federal (PFA), de Gendarmería Nacional (GNA), de la Policía de la Ciudad (PCBA) y de la provincia (PBA).<sup>2</sup>

La indagación sobre las particularidades del accionar policial no es una tarea sencilla. Para acceder formalmente a los informantes clave se debe atravesar un laberinto burocrático de autorizaciones construido para desalentar a cualquier investigador. Decidido a llevar adelante mi trabajo opté por realizar una serie de entrevistas por fuera de los circuitos de permisos institucionales. Para ello recurrí a la estrategia del muestreo no probabilístico por

“bola de nieve”: cuando un sujeto aceptaba participar de una entrevista, posteriormente recomendaba a un conocido o allegado de confianza, quien a su vez accedía a una nueva entrevista y refería luego a un tercero.<sup>3</sup> Si bien este sistema permite contar con la voz de los actores, presenta ciertas limitaciones de orden metodológico. Este modo de acceso a los informantes clave excluye la posibilidad de que todos los casos del universo estudiado tengan las mismas chances de ser escogidos, premisa central para el diseño de una muestra (Becker, 2016, 2014).

Una de las limitaciones más significativas en relación a esta modalidad de contacto estuvo dada por la falta de representación proporcional de género entre la configuración actual de integrantes de las fuerzas y el de las personas entrevistadas.<sup>4</sup> Sin embargo, debo señalar que a la hora de analizar los testimonios no surgieron particularidades que pudiesen ser atribuidas a la perspectiva de actuación profesional en relación al género.

Con esta decisión renunciaba a mi pretensión de contar con una muestra representativa de la procedencia institucional, el género, los años de experiencia laboral y otros cientos de variables posibles del universo estudiado.

Al comprender que estas dificultades limitarían mi capacidad de poner a prueba las hipótesis iniciales, decidí

orientar mi investigación a las regularidades que permitiesen dar cuenta de nuevas categorías para entender el fenómeno. Para ello recurrí al modelo de saturación teórica del Método de Comparación Constante (MCC) de la Teoría Fundamentada en los datos (Glaser, B. y A. Strauss, 2006; Strauss, A. y J. Corbin, 2002).

Como las dificultades nunca se presentan de a una, durante mi trabajo de campo se produjo la reconfiguración del sistema de seguridad pública en CABA, materializado con el pasaje de la Superintendencia de Seguridad Metropolitana de la PFA a la órbita del Gobierno porteño y su fusión con la Policía Metropolitana (PM) para la creación de la Policía de la Ciudad. A la distancia entiendo que ese momento caótico resultó muy provechoso a los fines del trabajo, ya que permitió observar la producción de criterios personales en un momento en que las referencias institucionales eran, cuanto menos, borrosas. Ninguno de los que se calzaban por primera vez el uniforme de color celeste, negro y bordó se identificaban con esa nueva identidad institucional.

### **Bomberos sanitarios**

En las entrevistas confirmé una primera intuición: el abordaje de personas alcoholizadas o drogadas constituye una porción significativa de la carga de trabajo

diario, sobre todo si el servicio policial se brinda en zona de locales bailables y en el turno de la noche. Esto no debería sorprender: durante siglos las personas intoxicadas fueron objeto de persecución por parte de la fuerza pública (Davenport-Hines, 2003; Courtwright, 2002; Escotado, 2002; Madge, 2002).

Mis prejuicios me llevaron a suponer que entre alguien intoxicado y un policía, sólo el primero querría evitar ese encuentro. Nada más alejado de la realidad. Cuando una persona afectada por el consumo deambula, el uniformado a cargo de la cuadrícula sabe que esto puede ocasionarle un dolor de cabeza. No obstante, los testimonios subrayaron, con cierta nostalgia, que esto no siempre fue así.

Antes de la sanción del Código de Convivencia Urbana en marzo de 1998, en el ámbito de la Capital Federal los *edictos policiales* habilitaban a resolver este tipo de escenas mediante el traslado compulsivo a sede policial (Salessi, 1995; Gayol, 1996; Tiscornia, 2004 y 2007). Esta referencia nostálgica a los tiempos en que las dificultades “se resolvían de manera práctica” contrasta con el reconocimiento de la frecuencia con la que se producían lesiones graves y fallecimientos en los calabozos de las dependencias. Algunos testimonios dieron cuenta de ello:

*“Y sí, supe de personas que han fallecido dentro de los calabozos, por cirrosis, enfriamientos...”.*

*“Hubo muchos problemas con personas ebrias en dependencias, hay casos que se han muerto en dependencias y como trae mucho ruido tratan de evitarlo”.*

El encuentro con un sujeto intoxicado representa para el policía una escena sobre la que no tendrá pleno gobierno, razón más que suficiente para intentar desentenderse de la misma. Los entrevistados informan de una práctica común en el ejercicio de la función: *“tirarle el muerto a otro”*. En este caso, correr a la persona de la propia cuadrícula para que un tercero se haga cargo. El problema radica en que más allá del propio límite jurisdiccional hay otro policía que realizará la misma acción expulsiva, generando así la circulación por la vía pública de alguien con sus facultades mentales afectadas, con los riesgos que eso conlleva. Cada vez que se expulsa a alguien al *“otro lado de la avenida”* se abre un abanico de potenciales problemas. Los uniformados cruzan los dedos para que esa persona *“no se mande ninguna”*. Cabe aclarar que el verdadero temor no radica en la integridad del sujeto intoxicado sino en haber sido registrado por algún vecino o por los domos de grabación en el momento en que se desentiende de sus deberes como funcionario.

*“Si esta uno bajo sustancias y cruza la calle...siempre hay riesgos, y vos tenés que preservar la vida de él... no sé. Si la persona no se deja trasladar, no quiere moverse, bueno, la policía en su momento actuó, te cubriste la espalda... el problema es que cruzó la esquina y provocó un accidente, y ahí estás en problemas”.*

El miedo a quedar incriminado constituye el principal motor para tomar intervención en la escena. Se abre entonces un abanico de dificultades operativas.

Si bien mis informantes no contaban con referencias procedimentales precisas, a partir del relato de sus prácticas cotidianas pude reconstruir un esquema de actuación basado en una secuencia de siete pasos, cuyo fundamento se explica únicamente a partir de la experiencia práctica y a lo que algunos autores denominan *sentido común policial* (Garriga Zucal, 2010, 2013<sup>a</sup>, 2013<sup>b</sup> y 2016; González, 2011; Bover, 2013; Martínez y Sorribas, 2014).

Establecer el primer contacto con la persona intoxicada. Hacer una breve evaluación de la situación, identificando el grado de afectación de la salud y los riesgos vinculados a potenciales daños de la persona hacia terceros y hacia sí misma.

1. Comunicarse con el centro de comando para dar aviso de la situación en curso y solicitar, en caso de ser un personal de parada, apoyo de un móvil.
2. Solicitar la asistencia médica al SAME.
3. Acompañar a los profesionales de salud en el contacto inicial de éstos con la persona afectada.
4. En caso de ser requerido el traslado por razones médicas, determinar una consigna policial para el eventual acompañamiento al centro de salud.
5. Completar el formulario de “asistencia en vía pública” para dejar asentada administrativamente la intervención.
6. Hasta aquí el relato de una intervención exitosa. Sin embargo, quienes fatigan las veredas de la ciudad con sus borceguíes refieren que la posibilidad de que esto ocurra es muy baja. Se abre entonces un nuevo abanico de interacciones.

### Provocar el incendio

*¿Es verdad que, hace mucho tiempo, los bomberos apagaban incendios, en vez de provocarlos?*

Ray Bradbury

Tal como señalamos, la primera opción que tiene el unificado es quitarse el problema de encima. Cuando esto no es posible, estará obligado a solicitar la intervención

médica y a contener la situación hasta la llegada del SAME. Ahora bien, si una vez llegada la asistencia la persona se niega a ser atendida, la escena vuelve a un punto muerto. Más allá de que pueda dejar constancia de sus actuaciones y cubrirse de las responsabilidades derivadas de la negación a recibir asistencia médica, el temor a quedar imputado por incumplimiento de sus deberes persiste.

¿Cómo sale el policía de este atolladero? Genera una escena que reinscriba la intervención en el escenario más cómodo para desplegar el repertorio de intervenciones habituales: el campo penal (Martínez, Pita y Palmieri, 1998; Eilbaum, 2004).

Para ello, se servirá de la figura de “resistencia a la autoridad”. Un *vigi*<sup>5</sup> experimentado sabe cómo iniciar la secuencia de interacciones que finalicen en el desafío o la confrontación con su investidura. Sólo basta una modificación en el tono de los intercambios y la secuencia quedará en el umbral del desacato, lo que habilitará a encuadrar la escena dentro del campo penal.

Los testimonios recogidos son más que elocuentes:

*“Y, es un punto de quiebre, estás en el límite entre lo legal y lo ilegal. Porque si vos lo provocas, van a decir, mirá el policía.... pero si golpeó, la cosa cambia. Estas en un límite entre lo formal y la informalidad legal”.*

*“Ahí Don Vigi no aplica el código civil, aplica el código penal. Entonces ya no llama a la ambulancia, usando la fuerza mínima e indispensable (acompaña el gesto de comillas con los dedos) va a tratar de neutralizarlo y llevarlo esposado a la comisaría”.*

Si bien reubicar la escena en el territorio conocido constituye una ventaja operativa para los uniformados, el aumento de casos por “resistencia” genera tensiones con los oficiales a cargo de las dependencias y con los representantes del Poder Judicial.<sup>6</sup> Esto último no invalida la utilización de estos casos para engrosar las estadísticas de trabajo policial y para mostrar una supuesta efectividad de ciertos sectores del sistema judicial. Más allá de que los funcionarios de calle quieran evitar este tipo de encuentros, muchas veces sus superiores los exigen para inflar las estadísticas de trabajo (CELS, 2016). Uno de los testimonios recogidos lo explica de forma clara y didáctica:

*“Está lo que te exigen a nivel judicial y a nivel policial. A nivel judicial están las fiscalías temáticas de estupefacientes que te dicen, bueno, mirá este mes tuviste 20 infractores de artículo 14, ¿cómo puede ser que tengas 20 al artículo 14, por consumo, y no tengas un allanamiento por comercialización de drogas? Entonces ya te están exigiendo que hagas una comercialización.*

*Después tenés al titular de la dependencia que te dice, este mes me metiste 13 infractores, a ver si me metés 20. Y vos decís: sí, pero el fiscal, o el secretario me dijo que meta un allanamiento...no, no le hagas caso al secretario, esos no saben nada de policía, meteme los 20 infractores. Entonces te juegan con la estadística y vos tenés que ir evaluando, cada 20 infractores vamos a meter un allanamiento por comercialización”*

Nada nuevo bajo el sol. Ya en el período colonial las autoridades públicas aprovechaban la falta de libreta de conchabo para determinar vagabundeo y obligar a los infractores a la prestación de servicios en las estancias. De igual manera, en el proceso de configuración nacional iniciado en la segunda mitad del siglo XIX, la población errante terminaba alistada a la fuerza para pelear contra el enemigo de turno (Campi, 1993; Barral, Fradkin y Perri, 2007; Barreneche y Galeano, 2008; Garavaglia, 2009; Yanguilevich, 2010; Sedran, 2013; Casagrande, 2015; Barrera, 2017).

### **Saque sus propias conclusiones**

En el encuentro entre un policía y una persona intoxicada se actualizan registros subsumidos en la escena: elementos de orden moral y tensiones propias de otros tiempos históricos. La actuación policial no se relaciona tanto con el marco jurídico sobre la materia sino con el modo en que

la institución policial define, y ha definido históricamente, los parámetros conceptuales y prácticos para delimitar y gobernar cada escena sobre la que actúa.

El abordaje de las personas afectadas por el uso de sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegalizadas, produce un registro de rechazo por parte de los uniformados, en tanto configura un problema práctico que estorba el desenvolvimiento del trabajo diario. Cada intervención implica la posibilidad de transitar dos caminos: la razón o la fuerza.

Si la persona acepta las indicaciones y se muestra colaborativa, la situación se contiene y canaliza en niveles de baja criticidad. De lo contrario, se activa un repertorio comunicacional desafiante para producir la reacción del sujeto afectado y, a través de la implementación de la figura de *resistencia a la autoridad*, se conduce la situación hacia el terreno penal.

La valoración negativa de los policías respecto de la pérdida del control del *sí mismo* en el espacio público va más allá de las tensiones operativas que supone su abordaje. Cabe señalar aquí una distinción entre quien se encuentra en estado de ebriedad y quien está afectado por el consumo de drogas, independientemente que éstas sean ilegales o sustancias permitidas sobre las que se hace un *uso indebido* (psicofármacos, solventes, etc.). El *borracho*, en tanto no despliegue conductas agresivas, goza con un

pequeño margen de consideración y eventual simpatía. Por el contrario, los *drogones* son mayormente rechazados. Es la combinación automática entre los términos *droga* y *delito* la que sostiene esta valoración negativa entre los miembros de las fuerzas, aunque debo aclarar que ésta no constituye un patrimonio exclusivo de la racionalidad policial, sino que es parte del sentido común compartido con numerosos actores del campo social.

El rechazo que produce la intoxicación cuenta con un segundo nivel de ponderación diferencial, dado por el origen socioeconómico del protagonista. Cuando el afectado presenta signos de pertenencia a sectores medio-altos o altos de la sociedad, la naturaleza de la sustancia en términos de legalidad/ilegalidad queda en un plano secundario de consideración por parte del uniformado. La igualdad ante la Ley da paso al establecimiento de precauciones frente a quienes suponen con vínculos personales con sus jefes directos o con autoridades políticas.

Por último, finalizo esta presentación con una formulación paradójica: dejar en manos de la policía la resolución de situaciones complejas como las descritas implica, como mínimo, un desentendimiento de los responsables del área sanitaria. El sistema de salud parece imprimir la misma conducta que señalan los entrevistados: sacarse el problema de encima.

## Bibliografía

La transcripción de la bibliografía empleada en mi investigación excedería la cantidad de páginas presentadas para este artículo, por lo que señalaré las referencias más significativas.

**Barral, M.E., R. Fradkin y G. Perri** (2007). ¿Quiénes son los “perjudiciales”? Concepciones jurídicas, producción normativa y práctica judicial en la campaña bonaerense (1780-1830). Fradkin, R. (Comp.). *El poder y la vara: estudios sobre la justicia y la construcción del Estado en el Buenos Aires rural (1780-1830)* (pp. 129-153). Buenos Aires, Argentina: Prometeo Libros.

**Barreneche, O. y D. Galeano** (2008). Notas sobre las reformas policiales en la Argentina, siglos XIX y XX. *Cuadernos de Seguridad*, 8, pp. 73-112.

**Barriera, D. G.** (2017). El alcalde de barrio, de justicia a policía (Río de la Plata, 1770-1830). *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [En línea], Debates. Recuperado de <http://nuevomundo.revues.org/70602>

**Becker, H.** (2017). *Para hablar de la sociedad. La sociología no basta*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.

(2016). *Mozart, el asesinato y los límites del sentido común, Cómo construir teoría a partir de casos*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.

(2014). *Trucos del oficio. Cómo conducir su investigación en ciencias sociales*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.

(2011). *Manual de escritura para científicos sociales. Cómo empezar y terminar una tesis, un libro o un artículo*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.

**Bover, T.** (2013). Una cuestión de criterio: Sobre los saberes policiales. Frederic, S., M. Galvani, J. Garriga Zucal y B. Renoldi (Eds.). *De armas llevar. Estudios socioantropológicos sobre los quehaceres de policías y de las fuerzas de seguridad* (pp. 327-352). La Plata, Argentina: Ediciones de Periodismo y Comunicación (EPC), Facultad de Periodismo y Comunicación Social, Universidad Nacional de La Plata.

**Caimari, L.** (2004). *Apenas un delincuente. Crimen, castigo y cultura en la Argentina, 1880-1955*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.

**Campi, D.** (1993). Captación forzada de mano de obra y trabajo asalariado en Tucumán, 1856-1896. *Anuario del IHES*, VIII, 47-71.

**Casagrande, A.** (2015). Por una historia conceptual de la Seguridad. Los Alcaldes de Barrio de la Ciudad de Buenos Aires (1770-1820). *Conceptos Históricos*, 1 (1), 40-71.

**Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS).** (2016). *El problema de las causas armadas por la policía y el poder judicial. A propósito del Caso Carrera*. Recuperado de [www://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2017/07/Causas\\_armadas.pdf](http://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2017/07/Causas_armadas.pdf)

**Courtwright, D.** (2002). *Las drogas y la formación del mundo moderno*. Barcelona, España: Editorial Paidós.

**Davenport Hines, R.** (2003). *La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas, 1500-2000*. México: Turner/Fondo de Cultura Económica.

**Eilbaum, L.** (2004). La sospecha como fundamento de los procedimientos policiales. *Cuadernos de Antropología Social*, 20, 79-91.

**Escohotado, A.** (2002). *Historia general de las drogas*. Madrid, España: Espasa-Calpe.

**Fradkin, R. y J.C. Garavaglia** (2009). *La Argentina colonial. El Río de la Plata entre los Siglos XVI y XIX*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.

**Frederic, S., M. Galvani, J. Garriga Zucal y B. Renoldi** (Eds.). *De armas llevar. Estudios socioantropológicos sobre los quehaceres de policías y de las fuerzas de seguridad* (pp. 355-377). La Plata, Argentina: Ediciones de Periodismo y Comunicación (EPC), Facultad de Periodismo y Comunicación Social, Universidad Nacional de La Plata.

**Garriga Zucal, J.** (2016). *El verdadero policía y sus sinsabores. Esbozos para una interpretación de la violencia policial*. La Plata, Argentina: Ediciones de Periodismo y Comunicación (EPC), Facultad de Periodismo y Comunicación Social, Universidad Nacional de La Plata.

(2013a). Usos y representaciones del 'olfato policial' entre los miembros de la policía bonaerense. *DILEMAS: Revista de Estudios de Conflito e Controle Social*, 3 (6), 489-509.

(2013b). "Un correctivo". *Violencia y respeto en el mundo policial*. Frederic, S., M. Galvani, J. Garriga Zucal y B. Renoldi (Eds.). *De armas llevar. Estudios socioantropológicos sobre los quehaceres de policías y de las fuerzas de seguridad* (pp. 147-168). La Plata, Argentina: Ediciones de Periodismo y Comunicación (EPC), Facultad de Periodismo y Comunicación Social, Universidad Nacional de La Plata.

(2010). "Se lo merecen". Definiciones morales del uso de la fuerza física entre los miembros de la policía bonaerense. *Cuadernos de Antropología Social*, 32, 75-94.

**Gayol, S.** (2000). Entre lo deseable y lo posible. Perfil de la Policía de Buenos Aires en la segunda mitad del siglo XIX. *Estudios Sociales, Revista Universitaria Semestral*. VI (10), 1° semestre. Santa Fe, Argentina, 123-138.

**Glaser, B. y A. Strauss** (2006). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New Brunswick, United States of America: Aldine Transaction. Hari, J. (2016). *Tras el grito*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Paidós.

**González, G.** (2011). Mapeando el trabajo policial. La in/experiencia en el "oficio" como variable de diferenciación. *Delito y sociedad. Revista de Ciencias Sociales*, 32 (20), 55- 85.

**Kaminsky, G.** (2011). Policía, política y filosofía. Apuntes para una crítica de la razón policial (pp. 411-448). Galeano, D. y G. Kaminsky (Coords.). *Mirada (de) uniforme. Historia y crítica de la razón policial*. Buenos Aires: Editorial Teseo.

**Madge, T.** (2002). *Polvo blanco. Historia cultural de la cocaína*. Barcelona, España: Ediciones Península.

**Martínez, J. y P. Mariel Sorribas** (2014). Atribuciones sobre el uso de la fuerza policial desde la perspectiva del agente. *Psicología & Sociedade*, 26 (2), pp. 430-439.

**Martínez, M. J., M. V. Pita, y G. Palmieri** (1998). Detenciones por averiguación de identidad: policía y prácticas rutinizadas (pp. 144-158). Izaguirre, I. (Comp.). *Violencia social y derechos humanos*. Buenos Aires, Argentina: EUDEBA.

**Russo, D.** (2017). Intervención policial en sujetos intoxicados. González, P. (Ed.) *Un libro sobre drogas* (292-299). Buenos Aires, Argentina: El gato y la caja.

**Salessi, J.** (1995). *Médicos maleantes y maricas. Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación Argentina. (Buenos Aires: 1871-1914)*. Rosario, Argentina: Beatriz Viterbo Editora. Biblioteca Estudios Culturales.

**Sedran, P.** (2013). Actores subalternos como sujetos de control. Posibles lecturas desde las fuentes policiales. Santa Fe, 1864-1878. *Naveg@mérica. Revista electrónica editada por la Asociación Española de Americanistas* [en línea]. n. 11. Disponible en <<http://revistas.um.es/navegamerica>>. ISSN 1989-211X.

**Smith, D. A. y J. Klein** (1984). Police control of interpersonal disputes. *Social problems*, 31 (4), 468-481. Recuperado de <https://doi.org/10.2307/800391>.

**Smith, D.A., C. A. Visher y L. Davidson** (1984). Equity and discretionary justice: the influence of race on police arrest decisions. *The Journal of Criminal Law & Criminology*, 75 (1), 234-349.

**Strauss, A. y J. Corbin** (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.

**Tiscornia, S.** (2007). Órdenes secretas, edictos y poder de policía. Usos y costumbres de los intermediarios en los márgenes del derecho. En Palacio, J.M. y M. Candiotti (Comps.). *Justicia, política y derechos en América Latina: apuntes para un debate interdisciplinario*. Buenos Aires, Argentina: Prometeo Libros.

(2004). Entre el imperio del «Estado de policía» y los límites del derecho. Seguridad ciudadana y policía en Argentina. *Nueva Sociedad*, 191, 78-89.

**Yangilevich, M.** (2010). *Crónicas de conflicto y desilusión Prefecturas de campaña, juzgados de paz y comisarías en Buenos Aires (1857-1859)*. Barriera, D. (Coord.). La justicia y las formas de la autoridad: organización política y justicias locales en territorios de frontera. El Río de la Plata, Córdoba, Cuyo y Tucumán, siglos XVIII y XIX (pp. 129-154). Rosario, ISHIR CONICET-Red Columnaria.

## Notas

<sup>1</sup> Estas escenas de intervención policial se completan con la persona afectada por el uso de sustancias sobre la que se interviene, los agentes del sistema sanitario (aquellos que asisten a los sujetos descompensados en la vía pública, quienes los reciben y contienen en las guardias, o bien quienes certifican su estado de salud en dependencias policiales), los del campo jurídico (integrantes de las defensorías y fiscalías que intervienen frente al inicio de causas penales derivadas de la situación) y el público en general (los que llaman a los uniformados para que “hagan algo”, aquellos convocados por personal policial en calidad de testigo, o bien auto-convocados para observar/objetar el procedimiento).

<sup>2</sup> En total realicé treinta entrevistas en profundidad y quince entrevistas breves para cotejar información específica del orden procedimental y normativo. La distribución institucional de los entrevistados fue la siguiente: PCBA (14), PFA (8), GNA (4) y PBA (4). Los informantes clave debían tener más de tres años de servicio y haber cumplido tareas de seguridad en el AMBA.

<sup>3</sup> Si bien este tipo de estrategias metodológicas presenta numerosas observaciones respecto de la fiabilidad, cuando se exploran poblaciones de difícil acceso resulta la única opción de abordaje realizable. Al respecto, recomiendo el artículo de Alloatti, M. (2014). *Una discusión sobre la técnica de bola de nieve a partir de la experiencia de investigación en migraciones internacionales*. IV Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales, 27 al 29 de agosto de 2014, Heredia, Costa Rica. La investigación social ante desafíos transnacionales: procesos globales, problemáticas emergentes y perspectivas de integración regional. En Memoria Académica. Disponible en: [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.8286/ev.8286.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8286/ev.8286.pdf)  
Respecto del consentimiento informado para esta investigación se siguieron las recomendaciones y pautas presentadas en Mondragón-Barrios L. (2009). Consentimiento informado: una praxis dialógica para la investigación. *Revista de investigación clínica; órgano del Hospital de Enfermedades de la Nutrición*, 61(1), 73–82.

<sup>4</sup> En la Policía de la Ciudad el personal femenino constituye el 28,58% del total de efectivos, en tanto en mi muestra las mujeres fueron el 13,33% de las personas entrevistadas.

<sup>5</sup> Término que los entrevistados emplean para referirse al policía de seguridad, otrora llamado “vigilante”.

<sup>6</sup> Véase: <https://www.laprimera Piedra.com.ar/2017/06/aumento-las-detenciones-resistencia-la-autoridad-violencia-institucional-la-orden-del-dia/>



# De eso no se habla

Accesibilidad de mujeres embarazadas, a tratamientos por consumo problemático de drogas.

**Vanesa Judith Jeifetz**

Lic. en Psicología y Mgter. en  
Salud Pública - UBA  
Facultad de Psicología/UBA

*vjeifetz@gmail.com*

**Lucía Lascialanda**

Lic. en Psicología (UBA).  
Especialista en Psicología Clínica  
Ex - Becaria de Investigación/  
Hospital Nacional en Red  
Especializado en Salud Mental y  
Adicciones "Lic. Laura Bonaparte"

*luli\_lascia@hotmail.com*

**Resumen**

Este trabajo se propone abordar el problema de la accesibilidad de mujeres embarazadas con consumo problemático de drogas, desde una perspectiva de género e integralidad en salud. Diversos estudios alertan acerca del creciente consumo de drogas en mujeres y han demostrado las dificultades en el acceso de esta población, a los servicios de salud (OAD, 2017).

En este marco, se han relevado las barreras de accesibilidad a los tratamientos por uso de drogas, desde las representaciones y abordajes de los profesionales de la salud que atienden a estas mujeres, en un Hospital Público y en un Centro de Adicciones de la Provincia de Buenos Aires. Asimismo, se analizaron las intervenciones de los profesionales y los mecanismos de articulación entre los distintos servicios del Hospital.

De lo recabado en la investigación, surge que las barreras de accesibilidad al tratamiento se relacionan principalmente con la estigmatización de estas mujeres, por contradecir los estereotipos de género que la sociedad válida para ellas y consecuentemente, con la falta de una perspectiva integral, en el abordaje de sus necesidades en salud.

**Palabras clave:** accesibilidad - embarazo - consumos problemáticos - perspectiva de género

**Abstract:** This work aims to address the problem of accessibility of pregnant women with problematic drug use, from a gender and health perspective. Various studies warn about the increasing consumption of drugs in women and have shown the difficulties in access of this population to health services (OAD, 2017).

In this framework, the aim is to describe the accessibility barriers to drug use treatments, from

the representations and approaches of the health professionals who care for these women, in a Public Hospital and in an Addictions Center of the Provincia de Buenos Aires. Likewise, the professionals' interventions and the articulation mechanisms between the different services of the Hospital were analyzed.

From what was revealed in the research, it appears that the accessibility barriers to treatment are mainly related to the stigmatization of these women, for contradicting the gender stereotypes that society validates for them and consequently, with the lack of an integral perspective in the approach of your health needs.

**Keywords:** Accessibility - pregnancy - drug addicts - gender perspective.

## Introducción

Este trabajo parte del interés de contribuir al estudio de la problemática del consumo de drogas, específicamente en mujeres que cursan un embarazo, desde una perspectiva de género y de integralidad en salud.

Numerosos estudios coinciden en que la cantidad de mujeres que consumen drogas, constituye un número relevante para la salud pública. En el contexto actual de nuestro país, se ha registrado en estos últimos años un aumento del consumo por parte de esta población (OAD, 2017). Sin embargo, en comparación con la población de varones, en las mujeres tanto la consulta como el acceso a tratamiento resultan llamativamente menores (OAD, 2017).

En el año 2016, la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el Problema Mundial de las Drogas (UNODC, 2016), reafirma la necesidad de abordar la problemática desde una mirada multifactorial, instando a los Gobiernos a la elaboración de programas y políticas que incorporen la perspectiva de género, difundiendo medidas que tengan en cuenta las necesidades y circunstancias específicas de las mujeres y las niñas en vías de garantizar la accesibilidad (UNODC, 2016).

El tema del consumo de drogas en las mujeres, puede asociarse a su vez a otra problemática: su invisibilización. Un estudio enmarcado en la perspectiva de género (Romo Avilés, 2006), explica tal invisibilización destacando el tipo de drogas que consumen las mujeres, que al ser en mayor medida sustancias legales, como por ejemplo psicofármacos, son en mayor medida, aceptadas socialmente: “usar una sustancia ilegal supone para las mujeres no sólo ser clasificadas de desviadas por sus usos de drogas, sino también por contraponerse a la definición social de lo que debe ser el comportamiento femenino” (Romo Avilés, 2006, P. 80).

Por otro lado, existe consenso acerca del estigma social que recae sobre las personas con problemas de consumo y que su reproducción en los discursos y las condiciones de los servicios de salud, genera barreras de accesibilidad cultural o simbólica (Vázquez, 2013).

En relación a ello cabe señalar un estudio, que plantea de qué manera el estigma repercute en la utilización de los servicios de salud, específicamente en las mujeres que consumen drogas, reflejándose en una menor cantidad de consultas (Jeifetz, 2016). “La representación social de las adicciones, está construida sobre la idea de un problema que afecta a los varones, sobre todo a adolescentes y adultos jóvenes, con marcados rasgos

anti-sociales” (Jeifetz y Tajer, 2010, P. 2). Así, se considera relevante estudiar la accesibilidad de los<sup>1</sup> usuarios de drogas a los tratamientos, atendiendo a los discursos sobre las drogas, en tanto condicionan la utilización de los servicios por parte de los mismos (Vázquez, 2013).

Las mujeres suelen ser más estigmatizadas y socialmente sancionadas, ya que se alejan de los roles y estereotipos femeninos tradicionales. Puede esperarse que las mujeres adictas que se encuentran cursando un embarazo, sean depositarias de tal estigma, en tanto se pone en juego una concepción de maternidad alejada de los parámetros y roles de género, que les son asignados socialmente.

La problemática de la accesibilidad, estudiada desde una perspectiva integral, implica entre otras cuestiones, estudiar el proceso salud - enfermedad - cuidado desde el paradigma de la Salud Colectiva (Stolkiner y Ardila, 2012). En el mismo sentido que la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, dicha conceptualización implica sostener una lógica de interdisciplinabilidad al incorporar “la dimensión subjetiva, histórica y social tanto en el abordaje de poblaciones como de sujetos singulares” (Stolkiner y Ardila, 2012, P. 64).

En este marco, hablar de accesibilidad supone considerar “el vínculo que se construye entre los sujetos y los

servicios” (Barcala y Stolkiner, 2000, p.283); es decir, que resulta de “una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Barcala y Stolkiner, 2000, p.283). Tal definición nos invita a considerar una perspectiva más compleja de las condiciones de accesibilidad, en tanto “se hace necesario pensar en la población, en los servicios de salud y en la relación entre los servicios y la población, en tanto los servicios son productores de discursos que se entran en representaciones y prácticas de la población, dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización” (Comes, et al., 2007, P. 203).

Por otro lado, incorporar la perspectiva de género en salud supone visibilizar el modo en que operan las asimetrías sociales entre varones y mujeres, que determinan diferencialmente el proceso de salud –enfermedad –atención (Tajer, 2012).

## Objetivos de la investigación

### Objetivo general

Identificar las barreras de accesibilidad en mujeres con consumo problemático de sustancias, que cursan un

embarazo, en un Hospital General de la Provincia de Buenos Aires.

### **Objetivos específicos**

Describir las intervenciones de los profesionales del Servicio de Maternidad y del Área Programática del hospital en estudio, sobre la accesibilidad de mujeres embarazadas, a la atención por su problema de consumo de sustancias.

- Describir las intervenciones de los profesionales del Servicio de Salud Mental, del Servicio Social y del Centro Provincial de Adicciones (CPA) sobre la accesibilidad a la atención, de mujeres con consumo problemático de sustancias que cursan un embarazo.
- Explorar los mecanismos de articulación entre los distintos servicios del hospital mencionado, por donde transitan las mujeres embarazadas que presentan un consumo problemático de sustancias.

### **Algunas cuestiones metodológicas**

Este trabajo corresponde a una beca de investigación, otorgada por el Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic Laura Bonaparte”, en el período 2018-2019.

La metodología utilizada para el estudio, contempló una estrategia de abordaje cualitativo, de diseño exploratorio-descriptivo, en tanto permitió la comprensión del imaginario en el que se apoyan las prácticas asistenciales en consumos problemáticos y permitió visibilizar los valores, ideologías y posiciones en cuanto al género que pudieran obstaculizar la accesibilidad al tratamiento (Simoes Barbosa y Oliveira Casanova, 2007).

El ámbito de estudio fue un Hospital Público de la Provincia de Buenos Aires, institución de referencia y único efector estatal de salud dentro de la zona, que cuenta con Sala de Maternidad donde se atienden los partos y puerperios de las mujeres que allí concurren. Cabe señalar que estas mujeres suelen pertenecer a sectores socio-económicos desfavorecidos, con escasas redes sociales de apoyo, víctimas de situaciones de violencia de género, además de padecer usos problemáticos de drogas.

La muestra seleccionada ha sido no probabilística e intencional. Se tomaron como unidades de análisis: los profesionales que integran el servicio de Maternidad, Área programática y Servicio Social de un Hospital General de la Provincia de Buenos Aires y los profesionales del Centro Provincial de adicciones (CPA) que atendieran mujeres embarazadas con consumo problemático de sustancias.

Respecto al Servicio de Maternidad, si bien se había proyectado entrevistar profesionales de distintas disciplinas que pudieran enriquecer el proceso de investigación, luego en el trabajo de campo, sólo fue posible acceder a los médicos obstetras del servicio, quienes mostraron una mayor predisposición hacia la realización de las entrevistas.

En relación al Área Programática, se entrevistó a la Jefa de este sector y en cuanto al Servicio Social, se realizó una entrevista a la Jefa del Servicio y a otra trabajadora social, integrante del mismo. En el Centro Provincial de Adicciones, se realizaron entrevistas a psicólogos y a una abogada, integrante del mismo.

En el transcurso de la investigación se consideró pertinente entrevistar, en tanto informantes clave: a una médica neonatóloga, debido a que los hijos de estas mujeres muchas veces son internados en el Servicio de Neonatología del Hospital; a la Directora de Atención Primaria y a una médica ginecóloga de un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS), ya que resulta habitual, que la mayoría de estas mujeres realicen su control de embarazo en el primer nivel de atención.

Se trabajó con fuentes de información primaria, las que resultaron de las entrevistas realizadas a los

informantes clave y a los profesionales de los servicios seleccionados. Para el relevamiento de la información se utilizaron entrevistas semi-estructuradas, a través de las que se buscó indagar las concepciones y prácticas de los profesionales.

Se realizaron 13 entrevistas en total, tomando el criterio de saturación, en tanto se observó la reiteración y agotamiento de las categorías en los discursos de los entrevistados (Glasser y Strauss, 1967).

Para el procesamiento de la información, se utilizaron técnicas del análisis del discurso (Orlandi, 2009). Todas las entrevistas fueron transcritas e impresas. En primer lugar, se realizó un análisis interno de cada una de ellas, priorizando la perspectiva de cada sujeto en relación a las categorías de análisis definidas. Luego, a partir de dichas categorías, se sistematizaron las distintas respuestas obtenidas, de los profesionales entrevistados.

## Resultados

### La perspectiva de género en la problemática del consumo de drogas

En consonancia con los estudios mencionados, los resultados de la investigación han permitido identificar

una menor consulta y continuidad en el tratamiento por su problemática de consumo, en las mujeres. Específicamente en el caso de mujeres embarazadas, no se han recibido consultas de forma espontánea en el Centro de Adicciones relevado, sino sólo a través de interconsultas con el Hospital General. Los profesionales entrevistados manifestaron que por lo general las mujeres llegan en un estado de gran deterioro psico-físico y son menos constantes en el tratamiento que los varones, requiriendo una mayor complejidad en el abordaje de esta problemática. Hubo coincidencia entre los profesionales, en que aparece como una forma de consumo más compulsiva que en el varón, asociada generalmente a situaciones de gran vulnerabilidad como violencia de género, prostitución, episodios de autoagresión, intentos de suicidio y trastornos alimentarios.

Otro aspecto en cuanto a la perspectiva de género que se ha podido recabar, hace referencia a que las mujeres por lo general se desvinculan de sus hijos mientras se encuentran consumiendo, pero que, a diferencia de los varones, en el tratamiento los hijos aparecen como punto de inflexión, para intentar un cambio en sus vidas.

Asimismo, se ha podido relevar que la menor cantidad de consultas de mujeres, no se encuentra relacionada con un menor consumo, sino que en general, las dificultades

de estas mujeres, para el acceso y la continuidad en el tratamiento, están relacionadas al rol de madres cuidadoras y a las tareas domésticas. Es así, que las pocas mujeres que concurren a tratamiento, lo hacen con sus hijos. Por otro lado, también se han referido dificultades a la hora de acceder a un tratamiento bajo la modalidad de internación, siendo pocas las instituciones que alojan a esta población, sobre todo para aquellas mujeres que tendrían que hacerlo junto con sus hijos.

*“Creo que el sistema de salud es deficitario en general... y en cuanto a la mujer con la complejidad que puede tener en una situación de embarazo o una mujer que tiene hijos a su cargo o lo que fuera... (...) sino no viene a atenderse, no tiene con quién dejar a sus hijos (Psicóloga).*

Si bien los profesionales perciben que el rol que ocupan estas mujeres en el cuidado de sus hijos dificulta la accesibilidad al tratamiento por su problemática, no se modifican las condiciones en el abordaje, lo cual genera un desencuentro con el sistema de salud, traducéndose como barreras en el acceso.

### **“Se llega tarde” La fragmentación en la consulta**

Los médicos del Hospital han referido una menor demanda de atención en los consultorios de control del

embarazo, en mujeres con problemáticas de consumo de drogas. En relación a ello han referido que puede deberse a que no llegan a la consulta o por el modo en que ellos mismos llevan a cabo la anamnesis durante la consulta.

*“...Nosotros, por ejemplo, ponemos un tilde...” ¿Fumás?” No, o sí ponele, “¿Te drogás?” No, “¿Tomás alcohol?” No. Entonces ahí termina la pregunta, ya está, me dijiste que no y paso a otra cosa. No nos detenemos a preguntar esas cosas” (Médico obstetra).*

Los médicos del Hospital entrevistados, han coincidido en que estas mujeres deberían realizar su control de embarazo, en el Consultorio de alto riesgo obstétrico. Sin embargo, no es frecuente la derivación de esas mujeres desde los Centros de Atención Primaria, siendo estos los efectores, donde generalmente realizan su control las mujeres embarazadas.

*“... nosotros no recibimos habitualmente el diagnóstico de derivación por adicción. Nosotros nos enteramos después, cuando vamos a darle los turnos para el nacimiento. Porque el bebé, en general, no es controlado en los Centros de Atención Primaria si no en un servicio especial de alto riesgo para bebés que hay acá, entre los cuales caen los hijos de madres adictas, porque o hacen síndrome de abstinencia al nacer, o son*

*prematuros o son bajo peso, por esa razón” (Médica del Área Programática del Hospital).*

Por lo general los médicos toman conocimiento de la problemática de consumo de estas mujeres, cuando ingresan al hospital en trabajo de parto; cuando son internadas de urgencia por amenaza de parto prematuro, desprendimiento de placenta, interrupción del crecimiento del bebé; o durante el puerperio, ante el nacimiento de un bebé de bajo peso por ejemplo. En algunas ocasiones el relato de las mujeres aparece durante la consulta por guardia por un problema obstétrico, donde ciertos indicadores son considerados como pautas de alarma, como por ejemplo un embarazo mal controlado. En estos casos, algunos profesionales manifestaron como estrategia en el abordaje, indicar la internación inmediata de la paciente, para realizar la articulación con psicología y servicio social del Hospital, cuestión que luego de la internación, pocas veces se concreta.

*“...hemos tenido chicas internadas acá, que consumen, entonces con la excusa de evaluar al bebé, de hacerle un seguimiento más estricto... es nuestra manera de poder aislarla del contexto” (Médico obstetra).*

Con respecto a la articulación entre el Hospital y el Centro de Adicciones en el abordaje de estas mujeres,

resulta relevante destacar: la escasa demanda de atención, que recibe el Centro de Adicciones, del Servicio de Maternidad; por lo general no se reciben interconsultas desde el consultorio externo de Ginecología y Obstetricia; y que ha habido coincidencia entre los profesionales entrevistados, en que tal articulación se realiza principalmente durante la internación obstétrica, en el último período de gestación de las mujeres o tras el parto.

*“...cuando ya aparece esto, en el relato que había consumido hasta el día anterior... cuando está por tener. No, los primeros meses, que es lo raro, no aparece nada. Yo no sé si es porque no se ha indagado mucho, no se ha preguntado mucho... como que al principio es todo así muy rápido” (psicóloga).*

Se ha podido relevar que en las pacientes que son internadas en la Sala de maternidad del Hospital, el relato acerca de su problemática de consumo no es espontáneo. Este surge en algunas ocasiones, de la indagatoria de los médicos. Ha habido coincidencia en que por lo general, al momento de solicitar la intervención al Centro de Adicciones, estas mujeres no se encuentran realizando tratamiento por su problemática de consumo y llegan sin control o con escasas consultas hechas por su embarazo.

Si bien los médicos del Hospital, plantean que cuando se solicita la interconsulta con el Centro de Adicciones (mientras las mujeres se encuentran internadas por cuestiones relativas a su embarazo) se realiza un trabajo interdisciplinario, a través de sus relatos, se puede observar que existe un equívoco respecto a dicho trabajo.

*“La verdad que cada uno desde su especialidad aporta lo que tiene que aportar. Nunca nos hemos sentado a articular y a manejarlo conjuntamente, una vez que se hace la interconsulta, se escribe en la carpeta y se vuelve a re-citar o no. Ya te digo, no sé si los vuelven a re-citar extra hospitalariamente o a un consultorio externo, no lo sé eso” (Médico obstetra, Servicio de Maternidad).*

En general los médicos ponderan en sus intervenciones, la situación de embarazo y la salud del bebé, sin trabajar de manera articulada, con los psicólogos y trabajadores sociales, a los cuales les solicitan su intervención.

De lo relevado en las entrevistas, se desprenden intervenciones independientes entre sí, desconociendo el seguimiento de las pacientes, en cuanto a su problemática de consumo. Por lo general, el abordaje del Servicio Social del Hospital, culmina durante la internación de estas mujeres y el seguimiento se reduce a garantizar la atención ambulatoria para el control del recién nacido.

A los escasos pedidos de interconsulta, del Hospital al Centro de Adicciones, se agrega la dificultad para que, luego de haber tenido a sus hijos, las mujeres puedan realizar un tratamiento por su consumo problemático en este efector. Esta dificultad se debe a distintos problemas en la accesibilidad, siendo el principal, que estas mujeres no suelen contar con redes de apoyo para que cuiden a sus hijos, mientras asisten a un tratamiento, cuestión que dicho efector toma en consideración, pero no realiza ninguna práctica que dé respuesta a esta necesidad de las mujeres.

Es posible sostener que la falta de una perspectiva integral de la salud, necesariamente repercute en las prácticas, delineando las intervenciones de los profesionales y por lo tanto la ruta de atención de las mujeres. El modelo biomédico de atención lleva a ponderar el embarazo y la salud del bebé, de modo que mayormente estas mujeres egresan de la institución sin una atención adecuada y oportuna, por su problemática de consumo.

Si bien los médicos perciben que ciertos aspectos de la problemática exceden a la posibilidad de respuesta que su disciplina puede brindar, las intervenciones se realizan de forma aislada, desconociendo qué abordaje realizan otras disciplinas, sobre el problema en cuestión.

*“(...) para preguntar si vinieron o si tienen que venir (...) nosotros esa tarea social la tenemos un poquito de lado pero por el hecho de que tenemos tantas obligaciones como médicos, lamentablemente, que por ahí le dejamos esa agenda a la chica de Servicio Social” (Médica Obstetra).*

Los profesionales del Centro de Adicciones sostienen desde el discurso, una perspectiva integral de la salud, en tanto destacan la dimensión del padecimiento subjetivo en la conceptualización del consumo problemático de drogas, ubicando a su vez el atravesamiento de esta problemática por distintas dimensiones, como el impacto de las políticas públicas en las condiciones socio-económicas de la población, la fragilidad creciente de los lazos sociales, la falta de instituciones que puedan alojar a los sujetos así como los contextos de violencia existentes. Sin embargo, se ha podido relevar una distancia entre las representaciones y las prácticas de los profesionales, donde las intervenciones también se describen de forma parcial y aislada. En general, ha habido coincidencia entre los profesionales, en que la dificultad de trabajar de forma interdisciplinaria puede deberse al escaso contacto e intercambio entre las diferentes disciplinas, en parte relacionada a la falta de recursos materiales y humanos en dicho efector.

## El estigma en las mujeres que consumen drogas

Desde el Centro de Adicciones hubo coincidencia en que las pacientes con consumo problemático, así como la institución donde se aborda dicha temática, suelen tener un lugar de marginalidad respecto de otros servicios de salud. Se piensa que la adicción puede considerarse como una barrera de acceso en sí misma al sistema de salud, debido al estigma relacionado a lo delictivo, a posibles conductas de riesgo y violencia en la institución, conductas de manipulación, dificultad en el manejo y/o contención de las pacientes por su misma problemática y se percibe la dificultad de contemplar la dimensión del sufrimiento psíquico.

Una de las profesionales, ha manifestado que el abandono de tratamiento en mujeres con problemas de consumo, ha tenido lugar, luego de que relataran su embarazo.

*“Si son pacientes que quedan embarazadas, dejan de venir. Porque es demasiado, ya ahí opera algo del orden de la culpa supongo. No pueden dejar de consumir y no pueden sostener acá. Y acá tienen que asumir un compromiso con su bebé y con su tratamiento” (Psicóloga).*

Sin embargo, el cese del consumo como criterio de admisión al tratamiento, no es sostenido por todos los profesionales del Centro de Adicciones, cuya perspectiva de abordaje se dirige a trabajar sobre la posición subjetiva de las pacientes en relación al consumo, refiriendo como particularidad en estas mujeres, el trabajo en cuanto a su deseo respecto de ese embarazo y de ese niño.

Todos los profesionales coincidieron en que la mayoría de las pacientes que presentan consumo problemático, ocultan o niegan a los médicos su adicción, por temor a que les quiten la tenencia de su bebé y/o a ser juzgadas por el profesional como “malas madres”.

Ha sido posible relevar por parte de los médicos del Servicio de Maternidad, dificultades para hablar de estos temas, en las consultas con las mujeres. Todos han manifestado la importancia del vínculo que pueda establecerse con las pacientes. En algunos profesionales es la angustia ante el relato de estas mujeres, en otros el hecho de juzgar las prácticas de consumo de las mismas, aquello que dificulta alojarlas y dar alguna respuesta a su problemática en el uso de drogas.

*“La paciente se abre mucho más. Cuando vos le mostrás empatía, la paciente te responde, se anima a contarte cosas... Esta chica, por ejemplo, se largó a llorar*

*y me dijo “yo no quiero estar más en la calle” y fue después de que yo le hablé, porque cuando ella llegó todo el mundo estaba enojado con ella, como con la situación... O sea no enojados, pero nerviosos para que todo salga bien y salvar ese bebé, porque no es joda. Y yo después fui, le hablé de una manera más cercana o sea menos increpante” (Médica obstetra).*

En relación a este punto, una médica ha referido que el recambio generacional en los profesionales del Servicio, ha llevado a modificar ciertas prácticas que respondían más a un modelo médico-hegemónico, como por ejemplo, decidir de forma arbitraria la inhibición de la lactancia, en las pacientes que presentaran un consumo problemático.

### Conclusiones

Para las mujeres, el acceso a un tratamiento por consumo problemático de drogas, suele resultar una cuestión difícil (Jeifetz, 2016). Particularmente, las mujeres que presentan una adicción y que, además, se encuentran cursando un embarazo, no suelen consultar por su problemática de consumo, al sistema de salud.

En muchos casos, la atención del embarazo y/o parto aparece como uno de los pocos contactos con el sistema

de salud y por lo general, el padecimiento de estas mujeres no es alojado por los profesionales intervinientes, convirtiéndose así esas consultas, en “oportunidades perdidas”. Es posible identificar que en la atención del embarazo, el parto y los cuidados del puerperio, las intervenciones de los profesionales en cuanto a la salud de las mujeres, están dirigidas exclusivamente a los aspectos biológicos de su maternidad, dejando de lado su problemática con el consumo de drogas.

Aquí se observa que habría dos situaciones que entrarían en contradicción, para los profesionales que atienden a estas mujeres: por un lado, la maternidad, que implica una alta valoración social y por el otro, el hecho de ser una mujer consumidora de drogas, lo cual implica una práctica de gran rechazo social, valorada negativamente, por alejarse de los mandatos y estereotipos de género femeninos que la sociedad válida para las mujeres (Jeifetz y Tajer, 2010).

Al tener la maternidad, un alto grado de idealización en la sociedad en su conjunto y dentro de ésta, en los profesionales de la salud, no habría lugar, para alojar al mismo tiempo, un problema de salud tan estigmatizante y rechazado sobre todo para las mujeres (Romo Avilés, 2006), como el consumo de drogas. Esta sería la principal barrera en la accesibilidad de las mujeres embarazadas, a

los tratamientos por uso de drogas, en el Hospital estudiado. Cabe señalar que este punto, puede servir también para reflexionar sobre las prácticas de los profesionales, en otros servicios de salud, con características similares, con miras a contribuir en el respeto por el derecho a la atención en salud de estas mujeres.

### Agradecimientos

Al Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte”, el cual me otorgó una beca de investigación, a través de la cual, se financió este estudio. A los profesionales que me brindaron su tiempo y disponibilidad para realizar las entrevistas.

### Bibliografía

**Barcala, A. y Stolkiner, A.** (2000) “Accesibilidad a servicios de salud de familias con sus necesidades básicas insatisfechas (NBI): Estudio de caso”. Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología. UBA, Vol. VIII, 282-295.

**Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., y Stolkiner, A.** (2007). “El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios”, *Anuario de Investigaciones* Vol. XIV, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, p. 201-209. Recuperado el 15 de mayo de 2020 de: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943019.pdf>

**Glasser, B., Strauss, A.** (1967). “*The discovery of grounded theory: strategies for qualitative Research*”, New York, Aldine Publishing Company.

**Jeifetz, V., Tajer, D.** (2010). “*Equidad de género en la adherencia al tratamiento de adicciones: Representaciones y prácticas de profesionales y pacientes en un servicio de internación de un hospital público*”. *Anuario de investigaciones*, Vol. XVII Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, p. 317-320.

**Jeifetz, V.** (2016). *“Adicciones y Género. El problema de la equidad en la adherencia al tratamiento”*. XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población “Salud, sexualidades y derechos: cruces entre investigación, políticas y prácticas” 3, 4 y 5 de Agosto de 2016, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. CABA, Argentina.

**Ley N° 26.657.** *“Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la Protección de la Salud Mental”*. Decreto Reglamentario 603/2013. Boletín Oficial: 3 de Diciembre de 2010.

**Observatorio Argentino de Drogas/ Sedronar** (2017). *“Estudio Nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas”*. Argentina. Informe de los principales resultados sobre la población femenina. 2017, Bs.As. Argentina. Recuperado el 15 de mayo de 2020 de: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/INFORMEZGNEROZHOGARESZWEBZ1-3-19.pdf>

**Observatorio Argentino de Drogas/ Sedronar** (2017 b). *“Estudio Nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas”*. Argentina. Informe de los principales resultados sobre demanda de tratamiento. 2017, Bs.As., Argentina. Recuperado el 15 de mayo de 2020 de: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/CAPZDEMANDAZDEZTRATAMIENTOZ2ZdeZenero.pdf>

**Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).** *“Documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el Problema Mundial de las Drogas celebrado en 2016”*. Nueva York, 19-21 de abril de 2016. Recuperado el 15 de mayo de 2020 de: <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603304-S.pdf>

**Orlandi EP. A.** Linguagem e seu Funcionamento: as formas do discurso. Campinas: Pontes, 1987. En: De Souza Minayo, M.C. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2009. Técnicas de análisis del material cualitativo.

**Romo Avilés, N.** (2006). Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. En *Monografía Humanitas*, Fundación Medicina y humanidades médicas. 5, p. 69-83. Recuperado el 15 de mayo de 2020 de: <https://www.drogasgenero.info/documento/romo-nuria-genero-uso-drogas-la-invisibilidad-la-mujeres/>

**Simoès Barbosa R., Oliveira Casanova A.** (2007). Atención prenatal y transmisión del VIH: la perspectiva de profesionales de salud en Rio de Janeiro En: Magalhaes Bosi ML, Mercado F. Organizadores. *Investigación Cualitativa en los Servicios de Salud*. Buenos Aires: Editorial Lugar.

**Stolkiner A., Ardila, S.** (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas.

*Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*. 2012; XXIII (101): 52-56. Recuperado el 15 de mayo de 2020 de: <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex101.pdf>

**Tajer, D.** (2012). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En D. Tajer (Comp.). *Género y salud: las políticas en acción*, Buenos Aires, Lugar Editorial.

**Vázquez, A.** (2013). Barreras de accesibilidad de droga dependientes a servicios de salud. El caso de la Ciudad de Buenos Aires. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XX Jornadas de Investigación, Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado el 15 de mayo de 2020 de: <https://www.academica.org/000-054/310.pdf>

### Notas

Aun conociendo el carácter androcéntrico del español, optaremos por utilizar el masculino en los plurales para facilitar la lectura.



# Intersecciones iluminadoras: abrigo e internación

**Rubén Efron**

Médico

Psiquiatra Infanto Juvenil

Universidad Nacional de Lanús.

*efronruben@gmail.com***Resumen**

Existen entre el campo de la salud mental y el campo de los derechos de la infancia amplias intersecciones tanto en los modos como ambos se han ido constituyendo y transformando en el curso del tiempo así también como en algunas facetas centrales de sus respectivos contenidos. El abrigo en el campo de los derechos de la infancia y la internación en el campo de la salud mental son herramientas que responden a lógicas que es necesario desbrozar para que no queden encerradas como categorías rígidas e inamovibles. Es en ese sentido que el concepto de escansión que es utilizado para definir cortes, interrupciones en el devenir de algunos procesos puede ser el fundamento que le dé tanto al abrigo como a la internación una base no meramente empírica y que por lo tanto contribuya a otorgarle a las prácticas de ambos campos una posibilidad de despliegue y a sostener los procesos de subjetivación. Las concordancias entre los campos de la salud mental y los derechos de la infancia no

son meras especulaciones epistemológicas sino un cuestionamiento a las tendencias que propugna la fragmentación del saber y del conocimiento.

**Palabras clave:** Abrigo - internación - escansión - salud mental - derechos de la infancia

**Abstract:** Between the field of mental health and the field of children's rights there are wide intersections in the ways that both have been constituted and transformed in the course of time, as well as in some central facets of their respective contents. The shelter in the field of children's rights and hospitalization in the field of mental health are tools related to logics that need to be cleared in order not to keep them as rigid and immovable categories. In this sense the concept of scansion, used to define cuts, interruptions in the development of some processes, could be not merely an empirical basis for shelter and hospitalization, but also it would

contribute to the practices of both fields granting a possibility of deployment and to sustain the processes of subjectivation. Concordances between the fields of mental health and children's rights are not mere epistemological speculations but a questioning of the trends that advocate the fragmentation of knowledge.

**Key words:** Shelter - hospitalization - scansion - mental health - children's rights.

## Introducción

El objetivo de la siguiente presentación es en primer término poner en evidencia y visibilizar ciertas prácticas y procedimientos que se implementan por un lado en el campo de la salud mental y por otro lado en el campo de los derechos de la infancia que presentan coincidencias muy significativas, coincidencias que no son meras concordancias formales o especulaciones epistemológicas abstractas que responden a lógicas precisas que analizaremos. En segundo término el objetivo es proponer un marco teórico que permita conceptualizar dichos procedimientos para darle soportes coherentes que permitan implementar prácticas que no se sostengan en el puro empirismo sino en fundamentaciones consistentes.

## Fundamentos conceptuales

Tanto la Ley de Salud Mental como las leyes de protección integral son la expresión jurídica de nuevos paradigmas que reemplazan paradigmas anteriores que han sido cuestionados e impugnados de manera contundente. Siguiendo a Tomas Khun (2006), el surgimiento de un paradigma nuevo es consecuencia de la incompletud del anterior, dado que éste deja de responder a las nuevas preguntas que plantea el campo particular. A esa

incompletud que se podría considerar como una verdadera deficiencia Tomas Khun las llama “anomalías”.

Se trata de demostrar que la caída de los paradigmas viejos y su reemplazo por los nuevos responde en ambos casos a lógicas que se entrelazan e interpenetran y el basamento principal de esa lógica superadora que impuso los nuevos paradigmas es la vigencia e implementación en todos los terrenos de los derechos humanos. Sin embargo, esta caída no implica su desaparición ni total ni inmediata, porque permanecen de diversas formas en algunas prácticas que se sostienen en las mismas. Es decir, aun identificada y superada la “anomalía” ésta coexiste con el paradigma nuevo que ha surgido. Una de esas prácticas, tal vez la práctica “anómala” más significativa y que tiene una presencia e incidencia relevante en ambos campos y profundamente cuestionada, es el encierro o variantes del mismo encierro. Es justamente el encierro o/y sus variantes los que se pueden identificar como una de las principales “anomalías” de los paradigmas superadores.

## La Ley de salud mental y el sistema de promoción y protección de la infancia

El campo de la Salud Mental se constituye a partir de la sustitución del eje enfermedad mental por el eje

sufrimiento mental lo que implica la configuración de un territorio muy diferente. Los actores de este espacio no se ubican en base a supuestas jerarquías profesionales y toman su relevo las operaciones y los actores interdisciplinarias. Los fundamentos teóricos dejan de fundarse en rígidos y exclusivos criterios clasificatorios y se empiezan a incluir fundamentos socioantropológicos. Caen los abordajes individualistas desinsertados de lo social y pasan a tener prioridad los abordajes comunitarios y fundamentalmente queda absolutamente derribada toda la concepción manicomialista. No más manicomios. Frente a esto la ley prevé diversas instancias no manicomiales, alternativas que no ubican en el encierro el eje central del abordaje terapéutico y lo comunitario adquiere un papel preponderante. Pero, sin embargo, no se trata sólo de derribar los muros de los manicomios sino también los muros conceptuales que lo sostienen.

El campo de los derechos de la infancia instala el paradigma del niño como sujeto de derechos, consagrado inicialmente por la Convención Internacional por los Derechos del Niño y reemplaza el anterior paradigma del niño como objeto fijado por la anterior Ley de Patronato. De esta manera queda borrada la concepción menor para ser reemplazada por niño/a y adolescente. El niño sale de su posición pasiva y objetualizada y pasa

a ser un sujeto que debe ser escuchado. El territorio de la infancia no es monopolizado por el abordaje jurídico y aparecen los abordajes interdisciplinarios, así también como lo comunitario toma un lugar preponderante en contra de lo segmentado e individualista. Quedan cuestionadas las estructuras de encierro y aparecen modalidades y procedimientos nuevos.

### **Abrigo e internación**

La internación en el campo de la salud mental como el abrigo en el campo de los derechos de la infancia, son herramientas que deben ser reconsideradas y re fundamentadas para que no queden atrapadas y encorsetadas en los paradigmas anteriores. Si bien la idea de encierro es muy clara para referirse a la internación, no es menos posible referirse a formas indirectas de encierro para aludir al abrigo. Desarrollaremos las características de cada una por separado.

El sistema de protección integral de la infancia prevé medidas excepcionales de protección de derechos que pueden implicar la separación del niño de su medio familiar. Las características de esta intervención deben ser las siguientes: 1) excepcionalidad, 2) provisoriedad y 3) fundada en protección de derechos.

El abrigo definido por la Real Academia Española como “*auxilio, amparo, lugar defendido de los vientos*”, es la principal medida excepcional y se trata de un dispositivo superador en comparación a la internación tutelar. Sin embargo, se han ido estableciendo diversas aclaraciones y modificaciones que no han terminado de dilucidar en forma definitiva su funcionamiento porque éstas han sido sólo de forma y no han abordado los verdaderos desafíos de fondo. Uno de los aspectos superadores es que reemplaza a la internación prevista en la ley de Patronato de Menores y que puede ser ejecutada sólo por el juez de menores, el asesor de incapaces o la Subsecretaría en ejecución de los mandatos de los tribunales del fuero. El pasaje de la internación al abrigo tiene correspondencia con el cambio de paradigma de niño objeto a niño sujeto. La posibilidad de que la internación como eje en la concepción tutelar no impregne el paradigma actual, es decir el abrigo, depende de muchos factores y uno de ellos es que esta nueva práctica adquiera consistencia en sus fundamentos. Hay momentos en que el corte-separación es una medida indispensable para interrumpir un circuito que puede devenir en una situación de extrema gravedad. Se trata de considerar cómo esa medida se puede inscribir no como un mero corte burocrático y/o punitivo, sino como un acto que facilite la reconfiguración de toda una estructura de vínculos. Una condición fundamental para el cumplimiento de la

anterior condición es que el abrigo sea el resultado, la consecuencia (no necesariamente indeseada) de un proceso previo que se detiene, se interrumpe (el corte) en un determinado momento, luego del cual se reconfigura la situación. En definitiva, el abrigo se transformaría en un momento en el devenir de un niño y su familia en el que la separación de su medio familiar es un intervalo en la reconfiguración de su vida.

La Ley de Salud Mental considera la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo cuyo objetivo es obtener mayores beneficios terapéuticos que los empleados hasta ese momento. La ley prevé la necesidad de mantener los vínculos familiares, debe ser breve y con una perspectiva interdisciplinaria. Tanto para la internación voluntaria como la involuntaria, se consideran una cantidad de requisitos que fundamentalmente tienden a preservar y proteger los derechos de los pacientes, siendo uno de los más significativos, el consentimiento informado, requisito completamente desarrollado y establecido.

Si bien es central el marco de derechos humanos en que se inscribe la internación, es necesario que el concepto “mayores beneficios terapéuticos” no quede como una mera formulación administrativa o de buenas intenciones. La internación considerada desde la perspectiva del

mayor beneficio terapéutico -tal como lo define la ley- se la puede conceptualizar en términos de un momento en el proceso terapéutico en el que el corte tiene como finalidad una reconfiguración subjetiva. La faceta restrictiva -también definida así por la ley- no deviene en una condena o en cualquier tipo de intervención represiva, sino en una instancia de reordenamiento subjetivo.

### **Institución estallada y escansión**

La noción de institución estallada fue introducida por Maud Mannoni (1979), como el fundamento de su escuela para niños con problemáticas emocionales graves, para dar cuenta de una institución diferente que no cronificaba al niño dentro de sus paredes, ni lo coagulaba en sus síntomas a través de etiquetamientos desubjetivantes o con intervenciones estereotipadas, mecánicas y repetitivas. En definitiva, se proponía proteger al niño contra el peligro de su institucionalización a través de su transformación como “objeto” terapéutico y no como sujeto de deseo. Estallido no como destrucción, sino como apertura y creatividad. Mannoni (Ibidem, 70) plantea que el individuo no entre en simbiosis con la institución, perdiendo entonces toda identidad propia y por otra parte, que la institución acepte tomar por su cuenta cierto estallido. La institución estallada se ubica en una relativa centralidad organizativa y geográfica,

pero con partes autonómicas como antenas conectadas, pero no sometidas a un centro autoritario y monopolizador. Los niños podían circular por estos senderos sin programas rígidos ni curricularizados. Esta estructura es facilitadora de intercambios fluidos y de reciprocidades compartidas. Porque un intercambio basado en una relación de fuerzas sólo puede producir mutismo, amnesia o pasaje al acto. Una escuela ni segregativa ni etiquetante y -como parte de sus objetivos- la posibilidad de abrir una brecha para dar lugar a la palabra. El niño elige entrar o salir de los distintos espacios institucionales, pero hay algún momento en el devenir del estar del niño en la institución, donde ésta ya no responde a sus necesidades y a sus deseos y ése es el momento donde se produce el corte. El niño pasa a otros espacios no necesariamente institucionales, por ejemplo, estancias con campesinos, aprendiendo oficios o compartiendo su vida con artesanos. La institución deja de ser su refugio y su contención y se reconfigura su vida en otros espacios, con otros tiempos (la institución estalla).

Este corte que da lugar a un salir, pero que no impide el volver a entrar y siempre deviene en un reposicionamiento espacio-temporal subjetivo, es la escansión. Es importante señalar que la Escuela de Bonneuil es uno de los pocos lugares en el mundo que pueden dar cuenta de verdaderos éxitos terapéuticos en niños con

problemáticas graves emocionales particularmente ubicados en el espectro autista.

La palabra escansión se define como la división del verso en sus distintos componentes con fines analíticos y descriptivos, en busca de identificar las unidades, en particular en la música y en la poesía; aunque también es utilizada en medicina para describir un trastorno del habla de origen neurológico, en el que las sílabas de las palabras están separadas por pausas. Por otro lado, fue incorporada en la concepción de Lacan (1998) para definir la interrupción, el corte en algún momento no preestablecido de la sesión psicoanalítica, por lo que su duración siempre era variable, lo que modificaba la técnica aplicada hasta ese momento, donde la sesión tenía una duración siempre constante. Este corte no es arbitrario y tiene como finalidad un reposicionamiento del paciente. “Por eso la suspensión de la sesión de la que la técnica actual hace un acto puramente cronométrico desempeña un papel de escansión, que tiene todo el valor para precipitar los momentos concluyentes.” (p. 242).

Freud observa a su nieto de 18 meses deslizar un carretel y rápidamente recuperarlo mientras dice “fort” en el movimiento de ida y “da” en el movimiento de retorno y lo asocia a la partida de la madre, considerando al “fort” como la representación del momento de partida

y al “da” como su recuperación. Este ir y venir repetido, acompañado con los fonemas fort y da, Freud lo conceptualiza como una forma de elaborar y simbolizar la ausencia de la madre. Ésta es la trama fundante de lo simbólico. El niño en ese intercambio del ir y recuperar supera la ausencia de la madre, ésta es la auténtica construcción del símbolo, hacer presente lo ausente. Este movimiento de corte, de separación y reemplazo, se puede considerar como una escansión y de esta manera lo describe Maud Mannoni: “Por motivo de una separación con éxito el niño llega a ser sujeto en tanto es el objeto ausente y actúa en la elección o el rechazo de una vuelta al lugar anterior. Esta escansión alternando el aquí y allá pone en juego algo esencial en tanto el niño comienza a ocupar un espacio en un lugar imaginario hasta entonces deshabitado por él.” (Op. Cit., p. 70).

### **El abrigo y la internación mirados desde la escansión**

Tanto el abrigo como la internación son operaciones y herramientas de carácter excepcional y transitorias, pautados y desarrolladas en las nuevas normativas como instrumentos absolutamente superadores de las herramientas a las cuales reemplazan, en tanto se inscriben en el contexto y tienen como fundamento a los derechos humanos.

El abrigo en los marcos de las nuevas normativas es una alternativa superadora frente a las instancias tutelares ligadas a los anteriores procedimientos. En la actualidad el abrigo debe estar fundado en el interés superior del niño, consagrado por la Convención Internacional de los Derechos del Niño.

La internación en el marco de la ley de salud mental supera ampliamente las normativas y prácticas anteriores y se inscribe en el contexto de los derechos humanos en lo que atañe al respeto a la dignidad humana, violada tanto en las prácticas manicomiales, como en toda la concepción de encierro.

La noción de superación desde la lógica de Khun (op cit), se liga al hecho que los paradigmas anteriores han quedado atrapados en anomalías de las que no se han podido desprender y la anomalía principal es el encierro, en cualquiera de sus formas, tanto directas como indirectas.

A pesar de ello, tanto el abrigo en el campo de los derechos de la infancia, como la internación en el campo de la salud mental, no tienen todavía suficientemente desarrolladas las conceptualizaciones que vayan más allá de las precisiones jurídicas y normativas.

Una de las posibilidades de superar esta limitación en los códigos jurídicos y normativos, es considerar tanto la internación como el abrigo desde la perspectiva de la escansión.

La internación se produce en un momento en el devenir terapéutico de un sujeto, en el que un corte breve y transitorio se torna necesario para poner un límite a una situación intolerable y en la perspectiva de una reconfiguración de su proyecto vital. Es un corte no punitivo ni condenatorio. Es una interrupción en donde el después determina una organización diferente, no un mero aplacamiento. La interrupción de una cotidianeidad espacio-temporal para incorporarse a una radicalmente distinta, que vaya facilitando una recomposición subjetiva.

Es decir, hay una internación con finalidad simboliante y reconstituyente y una internación con finalidad condenatoria y punitiva.

Desde esta perspectiva la internación no es ni jerarquizada ni diabolizada, sino ubicada en un contexto donde el recurso es uno más y no el de mayor importancia dentro de un abanico de posibilidades.

El abrigo se debería producir cuando es el resultado de un proceso de acompañamiento previo, que requiere

en algún momento del mismo un corte necesario para poner un límite a una situación intolerable y en la perspectiva de la reconfiguración de todo un sistema y de los anudamientos y estrategias que se organizaron hasta ese momento. Frente a una internación (dado que en la concepción tutelar no se le consideraba como un abrigo) que es un mero arrancamiento condenatorio y punitivo, un abrigo basado en una concepción de derechos, implica una reconfiguración subjetiva y no un mero reordenamiento burocrático. La interrupción de una cotidianeidad témporo-espacial para constituir una nueva cotidianeidad, impone una diferente configuración subjetiva.

En síntesis, una internación o un abrigo han sido exitosos si algo de la escansión ha funcionado. No es un entrar o salir para permanecer en el mismo escenario; es un entrar y salir que permita una reconfiguración.

Dado que tanto la internación como el abrigo son el resultado de procesos o momentos de un devenir, se pueden pensar los fracasos como una consecuencia de las trabas e interferencias en el proceso de construir la escansión.

La concordancia en estos dos campos requiere tomar en cuenta dos aspectos que también son comunes, aunque con algunas diferencias entre ellos y haremos una alusión somera, porque requieren un análisis particular y exhaustivo.

## Los contextos familiares y las urgencias

Tanto en la internación como en el abrigo, aunque de distintas maneras, se producen transformaciones en los contextos, referidos fundamentalmente a los lugares de los miembros de la familia o/y de los distintos sujetos con presencia en ese territorio. En algunos casos, algunos sujetos adquieren presencia a partir del procedimiento, otros redefinen sus lugares, pero siempre se produce un impacto con consecuencias intensas en todo el entorno que deviene en una reubicación global. Es decir, la escansión que en un primer momento se despliega desde una perspectiva individual, en realidad, en el decurso del procedimiento, se generan movimientos en el medio, sobre el cual también puede tener sus efectos. Es un tema a desarrollar en otro momento: la escansión y sus consecuencias en el medio familiar.

Cuando la internación o el abrigo no son producto de un proceso terapéutico -en el caso de la internación o de un trabajo previo en el caso de un abrigo- sino circunstancias que implican amenazas graves para el sujeto u otros y que requiere el corte brusco e inmediato, no queda invalidado el concepto de escansión. Una internación o un abrigo como urgencias, pueden tener un efecto punitivo o condenatorio o un efecto subjetivante. Si la internación o el abrigo tienen un efecto subjetivo algo de la escansión ha operado.

## Conclusiones

Las ideas acerca de las coincidencias entre el campo de la salud mental y el campo de los derechos de la infancia que han sido esbozadas, son un punto de partida para establecer lazos que faciliten un entrecruzamiento reflexivo que contribuya a articulaciones en la práctica, en particular entre los actores de ambos campos. Estos lazos entre los campos, tienden a cuestionar la naturalización de una histórica disociación que es parte de la concepción fragmentadora y atomizadora del conocimiento y de las prácticas y, por consiguiente es un intento de contribuir a la construcción de una cultura contrahegemónica.

## Bibliografía

**Efron, R.** (2012). *Niños, niñas, adolescentes y jóvenes: Del malestar al protagonismo y las vicisitudes del acompañar*. Madrid. Editorial Académica Española.

**Efron, R.** (1996). Subjetividad y adolescencia. En *Adolescencia, pobreza, educación y trabajo*. Iren Konterllnik y Claudia Jacinto (compiladoras). Buenos Aires. UNICEF. Editorial Losada.

**Freud, S.** (1976). *Más allá del principio del placer*. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.

**Kuhn, T.** (2006). *La estructura de las revoluciones científicas*. Madrid. Fondo de Cultura Económica.

**Lacan, J.** (1998). Función y Campo de la Palabra y del Lenguaje en Psicoanálisis. En *Escritos 1*. México. Siglo XXI.

**Mannoni, M.** (1979). *La educación imposible*. Buenos Aires. Siglo XXI.

**Mannoni, M.** (1976). *Un lugar para vivir*. Buenos Aires. Crítica. Editorial Grijalbo.

**ONU** (1991). Convención sobre los Derechos del niño. UNICEF. Argentina.

**Ley Nacional N° 26061** de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes. (2005).

**Ley Nacional de Salud Mental N° 26657**. (2010).

**Ley De la Promoción de los Derechos de los Niños y Niñas** de la Provincia de Buenos Aires N° 13298. (2009).

# Salud Mental y Comunitaria en APS: una experiencia participativa y de organización comunitaria en Salud Integral desde el CIC Almafuerde, en el marco de la implementación de la ley N° 26.657.

## **Adriana Berra**

Lic. Trabajo Social. Posgrado en Administración de Organizaciones no Gubernamentales. Posgrado en Administración de Salud. Posgrado en Terapia Artística. Sec. de Ciencia Tecnología y Políticas Educativas de La Matanza. [adrianaberra06@hotmail.com](mailto:adrianaberra06@hotmail.com).

## **Laura Córdoba**

Operadora Social con Orientación en Promoción de la Equidad y Prevención de las Violencias de Género. [lauradelvcordoba@gmail.com](mailto:lauradelvcordoba@gmail.com)

## **Martín Elsesser**

Psicólogo Social. Subsec. de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género de la de la Prov. de Bs. As. [martindelsesser@gmail.com](mailto:martindelsesser@gmail.com)

## **María Harguindey**

Lic. Psicología. Prog. Envión Podés La Matanza. [licharguindey@gmail.com](mailto:licharguindey@gmail.com)

## **Laura Ramos**

Operadora Social con Orientación en Promoción de la Equidad y Prevención de las Violencias de Género. [lauramos8012@gmail.com](mailto:lauramos8012@gmail.com)

## **Cynthia Rivero**

Lic. Psicología. Posgrado en Niñez y Adolescencia. Sec. de Salud Pública de La Matanza. [riverocynthia@yahoo.com.ar](mailto:riverocynthia@yahoo.com.ar)

## **Claudia Suarez**

Terapeuta Grupal de Bioenergética. [claudiairmasuarez@outlook.com](mailto:claudiairmasuarez@outlook.com)

## **Marcela Varela**

Lic. Psicología. Posgrado en Psicoanálisis. Posgrado en Psicodrama. Posgrado en Grupos. Subsec. de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género de la Prov. de Bs. As. [marcevarel@hotmail.com](mailto:marcevarel@hotmail.com)

## **Carolina Wajnerman**

Lic. Psicología. Esp. en Arte terapia, en Psicodrama y en Organizaciones de la Sociedad Civil. Secretaria de Salud Pública de La Matanza. [carolinawajnerman@gmail.com](mailto:carolinawajnerman@gmail.com)

## **Resumen**

En este texto se describe una experiencia de atención en Salud Mental basada en la articulación socio-comunitaria, en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657). Esta experiencia se desarrolla en un Centro Integrador Comunitario (CIC) en la localidad de San Justo del Partido de La Matanza, Provincia de Buenos Aires. El artículo relata el trabajo realizado en conjunto con los distintos actores sociales en el abordaje de las problemáticas en Salud; haciendo una descripción de los distintos dispositivos y acciones conjuntas llevadas a cabo con un alto grado de participación de la comunidad.

**Palabras Claves:** Participación - Salud Mental Comunitaria - Atención Primaria de Salud.

**Abstract:** This text describes an experience about Mental Health Care based on the public community participation, within the framework of the National Mental Health Law (N° 26.657). This experience has been developed in a Community Integration Center (CIC) in the town of San Justo, Partido de La Matanza, Province of Buenos Aires. The article describes the actions performed in collaboration with the different social actors in addressing health issues; including a description of the different proposals and actions developed with a major community participation.

**Key Words:** - Participation - Community Mental Health - Primary health-care.



## Introducción

Nos proponemos dar cuenta de la experiencia de atención basada en la comunidad del área de Salud Mental y Comunitaria en la Sala de Salud Almafuerte, dependiente de la Secretaría de Salud Pública del Municipio de La Matanza y ubicada dentro del Centro Integrador Comunitario Almafuerte en la localidad de San Justo. Esta experiencia se inicia en marzo del 2015 y actualmente cuenta con un *Equipo Ampliado* de trabajo que se constituye por profesionales y vecinos/as. El proyecto promueve la participación y acción conjunta de diferentes actores sociales en la creación y desarrollo de estrategias y acciones en salud. La estrategia incluye la articulación entre promoción, prevención y asistencia para dar respuesta a la complejidad de problemáticas en salud que se presentan en la zona.

El proyecto de Salud Mental y Comunitaria en la Sala de Salud Almafuerte forma parte de la Red Territorial de Salud Mental de la Municipalidad de La Matanza, implementada desde la Secretaría de Salud Pública desde hace 8 años. La Red incluye a todos los efectores de salud del Municipio que brindan atención en Salud mental, y se propone dar cumplimiento a la Ley Nacional de Salud Mental en La Matanza.

Las principales fuentes de nuestro marco normativo están constituidos por la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657) y la Ley Nacional de Protección de Derechos de Niños/as y Adolescentes (Ley 26.061). El proyecto se basa principalmente en los desarrollos de la Psicología Comunitaria Latinoamericana y en la noción de Salud Comunitaria. Asimismo, es importante destacar la noción de participación comunitaria en salud. Uno de los conceptos y factores de importancia en la promoción de la salud es la participación comunitaria (OMS/OPS, 2005), entendiendo como tal al proceso a través del cual las personas y grupos de una comunidad se constituyen como sujetos activos ante las problemáticas que les atañen (Montero, 2004).

Desde la Sala Almafuerte se promueve un protagonismo activo de los actores en la elaboración de un diagnóstico de situación de problemas, definición de prioridades y la planificación de potenciales resoluciones. Tanto en el diseño como en la implementación y desarrollo de las actividades, estuvieron y están involucrados actores y redes comunitarias e institucionales. Se promueve el fortalecimiento del papel del Estado como garante de los derechos y el posicionamiento de los sujetos como titulares de Derechos con capacidad para participar, y no como meros beneficiarios de una política pública.

A partir de nuestra práctica reflexionamos sobre la noción de atención, que es una palabra de uso cotidiano y permanente en el campo de la salud. Desde el punto de vista de la salud comunitaria, no se trata solamente que el equipo “*atienda*” (modelo centrado en profesionales), sino que mediante la participación, las personas y progresivamente la comunidad, puedan “*prestar*” atención. El atenderse y atendernos, en plural, se traduce en la modalidad de abordaje en muchas de las propuestas del equipo, que impulsa experiencias de lazo social, vinculadas a procesos comunitarios de salud.

El CIC (Centro Integrador Comunitario) Almafuerte se encuentra en la “frontera” entre Barrio Almafuerte (Villa Palito) y el barrio Villa Constructora, en fuerte relación al proceso de urbanización de Villa Palito impulsado por la organización vecinal. Allí funciona la Sala de Salud Almafuerte y el área Sociocultural del CIC, ambos dependientes del Municipio de La Matanza. Los programas que funcionan en el área Sociocultural del CIC son: Programa FINES, Orquesta Escuela La Matanza y Punto Digital, que cuenta con un espacio de informática y una juegoteca con biblioteca.

La Sala de Salud cuenta con las siguientes especialidades y servicios de atención: Clínica médica de adultos, Enfermería, Vacunación, Odontología para adultos/

as y niños/as, Trabajo Social, Ginecología, Obstetricia, Pediatría, Análisis de sangre y orina, Entrega de medicamentos y de leche, Psicología, Psicopedagogía, Psiquiatría.

Actualmente en el área de Salud Mental y comunitaria, participan aproximadamente 450 personas siendo aproximadamente un 70 % vecinos y vecinas de la zona, el 25% restante de otras zonas del Municipio y un 5% de otras localidades.

El marco institucional tiene por anclaje principal a la Secretaría de Salud de La Matanza y cuenta con el apoyo de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género de la Provincia de Buenos Aires y la Secretaría de Desarrollo Social de La Matanza, articulando con instituciones y organizaciones locales para fortalecer la propuesta.

La primera etapa de trabajo, desde marzo hasta noviembre del año 2015, se orientó a la conformación y consolidación del equipo de profesionales y a la familiarización de éstas/os con la comunidad, con otras organizaciones e instituciones de la zona y con las distintas áreas del CIC. A partir de esto, se consolidó la propuesta y se elaboró un proyecto de trabajo que se actualiza año a año en función de los lazos y redes en territorio. El proceso de familiarización es continuo y nos invita a

una lectura social sobre los temas en el marco del trabajo en red. Concebimos que no se trata solamente de una serie de personas que llegan a consultar, a quienes tenemos que responder individualmente, sino que somos actores sociales que participamos en una lectura abierta y permanente sobre la demanda y, también sobre aquello que nadie demanda.

Como equipo fuimos construyendo los dispositivos y las respuestas en base a disponibilidades, recursos y potencias, a sabiendas de los límites, los desafíos y los obstáculos, tanto del equipo como del territorio. Sobre todo, pudimos darnos la posibilidad de suspender criterios, modos instituidos y los paradigmas que operan en nuestro rol.

En la elaboración del proyecto de trabajo, los objetivos que se plantearon fueron: *1) Favorecer la Salud Mental y Comunitaria mediante el fortalecimiento de redes y lazos a nivel familiar, social y comunitario, para el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas; 2) Propiciar la atención, asistencia y acompañamiento de situaciones vinculadas con la Salud Mental, especialmente de niños, niñas y adolescentes.*

Actualmente el *Equipo Designado* a nivel oficial se encuentra conformado por cuatro psicólogas, un

psicólogo, una psicopedagoga, un operador socio-terapéutico, un psicólogo social y un psiquiatra. Dos de las psicólogas y el operador socio-terapéutico dependen del nivel provincial, y el resto, depende del nivel municipal. A su vez, se consolidó lo que denominamos como el *Equipo Ampliado*, al cual integran, además del equipo designado, siete personas que se fueron incorporando al equipo por voluntad y decisión, para formar parte de los dispositivos. Conforman el Equipo Ampliado: vecinos/as, que se fueron sumando a partir de la afinidad con la propuesta y el interés en aportar; una psicóloga que es parte del equipo territorial del programa Envión Podés del Municipio de La Matanza; y una trabajadora social de la Secretaría de Ciencia, Tecnología y Políticas Educativas de la Municipalidad de La Matanza. Podemos decir que el equipo ampliado surgió como resultado de un proceso de articulación territorial y de participación comunitaria, de modo que las personas que lo integran fueron tomando un rol progresivamente activo y protagónico. Un dato relevante, ha sido el interés, por parte de los vecinos y las vecinas, de iniciar procesos de formación con el fin de aportar y afianzar sus saberes al entramado comunitario.

En diciembre del año 2017 consolidamos este modo de desarrollar nuestra práctica generando la primera reunión del Equipo Ampliado. Hoy, comenzamos a ver

los efectos de dicha práctica en la salud, y por eso nos estamos preparando para sistematizar aquello que estamos haciendo, y de ese modo reflexionar sobre nuestra práctica. Ésta es una tarea que fortalece el quehacer cotidiano del equipo ampliado.

En la formulación inicial del proyecto se establecieron dos áreas de trabajo: el área asistencial y el área comunitaria, entendiendo a ambas como estrechamente relacionadas. En la práctica actual no hacemos esta distinción en forma tajante, pues ambas se retroalimentan en nuestra labor. Consideramos que los dispositivos de inicio a procesos de consulta y/o tratamiento nos acompañan a llevar adelante esta perspectiva: la “Orientación familiar” para niños/as, y en el caso de adultos/as es la “Charla de primera vez”.

### **Orientación Familiar y Charla de 1ª vez**

El espacio de Orientación Familiar, constituye el primer acercamiento ante las consultas y solicitud de atención para niños/as y adolescentes; y Charla de 1ª vez para adultos/as. Se considera parte de la intervención terapéutica y construcción del vínculo y conocimiento de las situaciones a acompañar.

El objetivo de dichos espacios es establecer el encuadre, produciendo un primer encuentro de orientación mutua, en el cual las personas puedan conocer el modo de abordaje, y el equipo se orienta en relación a los motivos de consulta. En estas charlas, comentamos la importancia de los espacios grupales, de incluir el cuerpo, las artes y el juego como modo de atención, y las cuestiones organizativas del proceso terapéutico. Asimismo, las personas que asisten pueden plantear preguntas y realizar comentarios acerca de experiencias e ideas previas en relación a consultas en salud mental. Otro punto para destacar, es que no hay “lista de espera”. Las personas concurren a las charlas comentadas recientemente y se retiran con la posibilidad de comenzar a asistir a los distintos espacios en los días subsiguientes. En tal sentido, preferimos hablar de trayectos terapéuticos más que de “tratamiento”, como modo de nombrar el recorrido particular de cada sujeto en los distintos dispositivos. Este uso del lenguaje se debe no solamente al hecho de que una misma persona puede transitar por distintos espacios de manera simultánea o alternativa sino también porque en la práctica notamos que las continuidades y discontinuidades, y la vinculación entre lo terapéutico en términos clínicos tradicionales y lo comunitario inherente a la propuesta, nos llevó a la necesidad de ampliar el concepto, más orientado a una clínica comunitaria.

Siguiendo a Ussher (2016), los dispositivos psicosociales que buscan trabajar en función de una clínica comunitaria tienen, entre otras, las siguientes características:

- a. Perspectiva situacional.
- b. Anclaje territorial - trabajo intersectorial.
- c. Ecología de saberes: trabajo en equipo, interdisciplina, interculturalidad, reflexividad.

Consideramos que en la propuesta de trabajo del CIC Almafuerte en el área de Salud Mental, conjugamos los tres puntos. Uno de los principales aspectos que hicieron al anclaje territorial y la perspectiva situacional en la primera etapa de nuestra inserción fue la vinculación que fuimos tejiendo especialmente con las personas que forman parte de la sala de salud y el área de desarrollo social del CIC; consolidando el trabajo preexistente y fortaleciendo nuevas articulaciones intersectoriales.

A continuación, mencionaremos los principales dispositivos que se generaron como actividades del proyecto y que continúan en la actualidad:

### **Facilitación Social**

Espacio mensual de capacitación y reflexión abierto. También lo llamamos “*cómo prestar ayuda*”. Se conformó

un grupo con el objetivo de multiplicar la empatía y asumir roles de apoyo y sostén en distintos niveles ante situaciones complejas. Consideramos que todas las personas, tengamos una intencionalidad o no, lo planifiquemos o no, podemos ser facilitadoras de procesos a nivel social, por lo que éstos deben necesariamente basarse en diferentes tipos de experiencias y saberes, no solamente los técnicos/profesionales.

Actualmente Facilitación Social es un curso que cuenta con el aval institucional y aprobación del área de capacitación del municipio. Se conformó un equipo de trabajo, la propuesta forma parte de la Red territorial de salud mental del municipio, y se ha dictado en diferentes instituciones de La Matanza.

### **Arte-terapia con niños/as**

Tiene como objetivo el abordaje creativo y terapéutico para los/as niños/as así como con incidencia en el nivel familiar. Se orienta a niños/as entre 6 y 10 años. Se trabaja en forma grupal, principalmente desde las artes visuales y la música, bajo el encuadre del Arte-terapia. Funciona semanalmente.

### **Juegoteca con niños/as**

Se orienta a potenciar los recursos a nivel psíquico y favorecer lazos a nivel grupal mediante el juego como reorganizador del psiquismo. Destinado a niños/as entre 6 y 11 años. Se realizan actividades de juego con familias. Se han desarrollado encuentros de confección de juegos y juguetes, y encuentros de juego con escuelas del barrio. El espacio funciona en la juegoteca que coordina el Punto digital del CIC. Frecuencia: semanal.

### **Juego, luego existo**

Espacio de taller de juegos y artes para niños/as. Tiene una frecuencia semanal y es un dispositivo grupal para niños/as entre 6 y 11 años.

### **Taller de promoción de la lectura**

La propuesta surgió a partir de la reflexión de la red de infancia y adolescencia de Barrio Almaguero sobre las dificultades en la alfabetización de niños/as en la primaria, y la reinauguración de la Biblioteca del CIC. Participan niños/as de 6 a 8 años junto a referentes familiares. Se realizan actividades de lectura buscando aprender a leer jugando y con el acompañamiento de adultos/as buscando generar posibilidades de disfrute en la lectura.

### **Arcutra: Arte y cultura para la transformación**

Taller semanal sobre teatro y artes, para jóvenes y adolescentes participantes del Programa Envión-Podés sede San Roque (Barrio Almaguero) y abierto al público. El espacio surgió como continuidad del proyecto de Teatro Comunitario que veníamos realizando en el CIC desde el 2015. Luego de reunirnos con referentes de organizaciones del Barrio Almaguero, decidimos enfocarnos en adolescentes y jóvenes, quienes eligieron el nombre del taller. Desde el inicio en el año 2018, se han realizado funciones en el salón, intervenciones callejeras y escenas en la escuela del barrio y en otras instituciones.

### **Movimiento, danza y respiración**

El taller se orienta a mejorar las condiciones de salud de las personas en general, a la vez que ofrecer un espacio para procesar mediante el cuerpo, la danza y la respiración las problemáticas que se encuentre atendiendo el equipo.

Convocamos a integrar pensamientos, emociones y lo corporal en el abordaje desde el arte. Enfatizamos la importancia de sentir-nos y atender-nos, y la circulación de la afectividad en los vínculos. Si bien en los inicios del taller solo participaban mujeres, hoy nos resulta importante e interesante la participación sostenida

A. Berra | L. Córdoba | M. Elsesser | M. Harguindey  
L. Ramos | C. Rivero | C. Suárez | M. Varela | C. Wajnerman

de varones. Con una frecuencia semanal, el espacio está pensado para todas las edades y géneros.

### **Acompañamiento familiar: Espacio para referentes de familia**

Es un espacio grupal de frecuencia quincenal orientado a abordar cuestiones vinculadas con la crianza de niños/as y adolescentes, y sobre lazos familiares así como en la relación de las familias con otras instituciones (escuela, juzgados, etc.). Está orientado principalmente a referentes adultos/as que se presentan a la Orientación Familiar o que asisten a otros dispositivos; también participan personas que conocen el espacio por recomendación y solemos generar un espacio para niños/as que asisten a acompañar a referentes familiares. El objetivo general apunta a contribuir al fortalecimiento de los recursos a nivel psíquico y vincular, así como la generación de lazos a nivel grupal como parte de los trayectos terapéuticos.

### **Arte y Tejido**

Actividad que comenzó hace cuatro años para abordar temas relacionados a género. La idea fue propuesta por una vecina que había sufrido distintos tipos de violencia y concurría a la sala. Tiene una frecuencia semanal y se brinda en el mismo horario que la actividad para

niños/as “Juego, luego existo”. El objetivo es el acompañamiento y fortalecimiento de las familias que participan de dicho espacio. En el 2018 se sumaron varones al espacio. Actualmente es coordinado por una integrante del equipo ampliado con formación en género.

### **Taller Cine Comunitario**

Dispositivo semanal con el objetivo de crear un espacio de participación comunitaria mediante la utilización de la herramienta que brinda el lenguaje audiovisual, promoviendo el ejercicio del Derecho a la comunicación como parte de la implementación de estrategias de Prevención del Consumo Problemático y la Promoción de la Salud Mental. El mismo comenzó en Agosto de 2018, y el grupo denominó al taller HDP (Hacedores de películas). En el marco de la 1er Jornada de Arte y Salud (agosto 2019) que se realizó en el CIC, se presentó la primer producción llamada “Solo por hoy”, el cual aborda la temática del consumo problemático.

### **Grupo de psicopedagogía**

Se abordan cuestiones familiares, vinculares e individuales en relación a lo psicopedagógico desde la importancia de la palabra, los vínculos y el juego. Se trabaja con referentes familiares y con niños/as.

### **Proyecto sociolaboral Bumerang**

Ante los tiempos que corren, la repercusión a nivel sociolaboral es aún mayor cuando afecta a las personas con padecimientos y dificultades en su salud mental. A inicios de año esta situación comenzó a hacerse más notable y a partir de reunirnos con la Sociedad de Fomento La Fragata queda a 4 cuadras del CIC, decidimos iniciar un espacio de conformación de un proyecto sociolaboral basado en la Economía Social y Solidaria. Actualmente nos encontramos desarrollando productos en arte y reciclado, fortaleciendo la identidad del proyecto y fortaleciendo la comercialización.

### **Ronda de música y juegos**

Es un espacio de frecuencia quincenal, dirigido a mamás, niñas y niños de 2 a 4 años, destinado a fortalecer el vínculo entre ambos/as. Se trabaja a través de la música, de juegos y cuentos.

### **Ovillando Sentidos: Encuentro de mujeres y Restauración subjetiva**

Grupo destinado a mujeres con vulneración subjetiva a raíz de haber sufrido violencia de género en múltiples formas. Se trabaja principalmente con propuestas

vinculadas a los sentidos y a las artes, para fortalecer el autocuidado y el cuidado mutuo: los sentidos “sentidos” para historizar lo vivido en una trama de sostén. Tiene una frecuencia quincenal.

### **Taller de Música**

Creamos el taller de música a partir de la necesidad de generar un grupo contenedor, para fortalecer vínculos con especial énfasis en los cuidados mutuos ante situaciones de vulnerabilidad, mediante la expresión y la creatividad. Se utilizan técnicas de respiración, movimientos suaves y de relajación y ejercicios vocales, para luego compartir e interpretar canciones, a través del canto grupal, el recitado y la escritura y la percusión. Funciona de forma quincenal.

### **Grupos terapéuticos de adultos/as y adolescentes**

Dos (2) grupos terapéuticos de adultos y uno (1) grupo terapéutico de adolescentes llamado Espacio Creativo. Uno de los grupos terapéuticos, es un grupo de personas adultas, y se trabaja quincenalmente mediante propuestas psico-dramáticas y arte-terapéuticas. Otro de los grupos terapéuticos se orienta al abordaje de situaciones problemáticas de consumo de sustancias. El grupo llamado Espacio creativo está orientado a

A. Berra | L. Córdoba | M. Elsesser | M. Harguindey  
L. Ramos | C. Rivero | C. Suárez | M. Varela | C. Wajnerman

adolescentes entre 13 y 20 años aproximadamente e incluye técnicas expresivas y lúdicas.

Cabe agregar que más allá de los distintos dispositivos mencionados recientemente realizamos además otras acciones en conjunto con distintos actores sociales. Relataremos brevemente algunas de ellas:

### **Acompañamiento a organizaciones e instituciones**

Mediante técnicas artísticas y expresivas realizamos acompañamientos frente a situaciones de complejidad a la orquesta que funciona en el CIC, como a instituciones educativas de la zona y a grupos que trabajan en la parroquia del barrio.

### **Acciones específicas**

- Realizamos talleres en conjunto con distintos profesionales brindando herramientas de prevención en escuelas y organizaciones sociales.
- Jornadas comunitarias: en agosto del 2019 se llevó a cabo la primera jornada de Arte y Salud, donde se propició el intercambio de experiencias del territorio asociadas a una mirada integral de salud y que se nutren de expresiones artísticas como herramientas para la transformación. Se

han organizado además, numerosas actividades festivas en relación a fechas especiales, jornadas colectivas, espacios de encuentro. Se está planificando un festival al aire libre en el predio que se encuentra frente al CIC. Participaran vecinos y vecinas del barrio realizando actividades artísticas como canto, baile entre otras y exposición de cortometrajes.

Este año nos proponemos abordar y profundizar en proyectos de ampliación de derechos en tres ejes: tercera edad; comunicación comunitaria y prevención de abuso sexual infantil.

### **Almas Fuertes**

Con el objetivo de fortalecer la organización comunitaria, luego de varias ediciones de los encuentros de Facilitación Social, se realizó una reunión para reflexionar sobre la participación de las personas en procesos de acompañamiento y ayuda mutua, que no podía ni correspondía reducirse a la atención dentro del CIC como respuesta a nivel institucional. De esta manera nace el movimiento Almas Fuertes, como respuesta en común ante una sociedad que tantas veces nos separa. Es la posibilidad de hacer una fortaleza distinta, diferente, llena de empatía. Surge del deseo

de acompañarnos a sanar entre más personas, creyendo que es un derecho el cómo y cuándo sanar. Como forma de acción, comenzamos a realizar “*Mate con escucha*”. Nos proponemos realizar otras como por ejemplo una huerta comunitaria, y reuniones con referentes de la Sala de Salud para aportar al acceso a la salud de las personas del barrio haciendo un nexo con las diferentes áreas de la Sala.

### **Mate con escucha**

Espacio quincenal coordinado por 2 vecinas del barrio integrantes del equipo ampliado. Este espacio es abierto y de encuentro al cual concurre la comunidad para promover la escucha, donde las personas comparten sus experiencias, inquietudes con los otros/as. Se formó como propuesta itinerante que se reúne el segundo y el cuarto jueves de cada mes a las 15 hs., al aire libre o en la Sociedad de Fomento La Fragata.

### **Conclusiones, resultados o reflexiones:**

Nos parece importante destacar que los roles más tradicionales en el campo de la Salud Mental, es decir el de profesional y paciente, toman características diferenciales en función de nuestro proyecto. Cabe aquí recuperar la propuesta de Sánchez Vidal (1991) en relación

a las características diferenciales de los roles psico-comunitarios: complejidad y diversidad, carácter social y educativo, generalismo y flexibilidad y facilitación y dinamización. A partir de un contexto en el cual hay un conjunto de situaciones problemáticas que inciden en múltiples niveles en las vidas de los sujetos, consideramos que este enfoque en nuestro rol da cuenta sobre la diversidad de perspectivas, tareas y funciones que exceden los modos tradicionales.

Desde una perspectiva de reconocimiento del otro como sujeto con capacidad de transformación y como sujeto de derechos, pensamos que el rol de la coordinación no debe basarse en un enfoque disciplinar según el cual una persona o varias que se asumen en posesión de un conocimiento específico sobre transferirán a otras su saber, sino que la tarea principal está en facilitar la circulación de la palabra para promover el diálogo, el despliegue de preguntas, el compartir de las historias y miradas en interacciones que favorezcan la reflexión y la construcción colectiva de saberes.

En nuestro encuentro de reflexión como *Equipo Ampliado* en Salud Mental y Comunitaria, concluimos que lo más importante de nuestro abordaje es la participación de la comunidad en el proceso. Siguiendo a De la Aldea y Lewcowicz, “*no se trata de conocer más y más técnicas y*

*teorías para intervenir eliminando los problemas, sino de legitimar el trabajo de construir una subjetividad comunitaria”.*

A diferencia de otros abordajes en Salud Mental en los que las personas se dirigen a quienes puedan ofrecer una respuesta a una necesidad puntual desde la lógica del consumo buscando una satisfacción, desde esta propuesta se promueve que cada vez más personas ligadas a la comunidad puedan formar parte en la planificación en salud. Más allá de que en la Ley Nacional de Salud Mental hay un marco para eso, en nuestra tarea nos proponemos que no sea solo una enunciación, sino una acción concreta, asumiendo que somos Estado y el Estado debe ir en esa dirección. Finalizamos este escrito destacando que creemos que, si bien observamos que nuestro modo de abordaje resulta innovador, esperamos que la participación comunitaria en salud sea cada vez menos una innovación y más frecuentemente una realidad. Agradecemos y valoramos el apoyo que recibimos por parte del Municipio de La Matanza, especialmente desde la coordinación de la Red Territorial de Salud Mental Municipal y de la Secretaría de Salud Pública de La Matanza. Asimismo, queremos destacar el apoyo de las personas del área de Salud y de Desarrollo Social del CIC Almafuerde, que comparten cotidianamente la construcción colectiva de un “nuevo, pero no tan nuevo” modo de hacer y pensar la salud pública.

## Bibliografía

- De la Aldea, E.; Lewcowicz, I.** (1999) *La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias en salud.* Texto de la conferencia realizada en el Hospital Durand el 7 de julio de 1999. Elaboración post-mortem a cargo de Elena De la Aldea y colaboradores. Buenos Aires.
- Montero, M.** (2004) *Introducción a la Psicología Comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos.* Paidós. Buenos Aires.
- OMS, OPS** (2005) *Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas.* Washington.
- Sánchez Vidal, A.** (1991) *Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y operativas, métodos de intervención.* PPU. Barcelona.
- Ussher, M.** (2016) *Intervención Comunitaria y subjetividad. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación. Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.* Facultad de psicología. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.

# Mirar con otros ojos: sexualidad y discapacidad

**María Noel Míguez**

Coordinadora de la Red Temática de Discapacidad (Retedis) de la Universidad de la República. Coordinadora del Grupo de Estudios sobre Discapacidad (GEDIS) de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

*marianoel.miguez@cienciassociales.edu.uy*

Pareciera que el ejercicio de la sexualidad es para todes; pero, ¿realmente lo es? Toda naturalización mediada por un “nosotros” tiende a perder de vista que en ese “todes”, no entran todes.

“Nada sobre nosotros/as, sin nosotros/as” versa la frase que embandera las luchas por el reconocimiento de las personas en situación de discapacidad (PsD) desde hace casi medio siglo. Con ella se sintetiza lo que ha sido el devenir de la discapacidad como producción social, política, económica, cultural y simbólica en las sociedades modernas desde fines del siglo XIX. Surgida como lema de los disability studies anglosajones en la década del '60 del siglo pasado, con el novel milenio llega a América Latina enmarcada en el modelo social de la discapacidad, haciendo frente a un legitimado, anquilosado y hegemónico modelo médico rehabilitador.

La “necesidad” de cuerpos capaces, eficaces y eficientes, rentables y explotables para y por las lógicas del capital,

fueron “haciendo carne, luego callo” (Scribano, 2007) en una potente demarcación entre un “nosotres” autorreferenciado desde la “normalidad” y les “otres” ubicados por el nosotres en la “anormalidad”. Políticas asistencialistas, magros derechos, nula participación de las PsD en todo lo hecho en su nombre y una responsabilización sistemática de esta situación en quienes la encarna(ba)n en sus propios cuerpos, son algunas de las aristas que caracterizan la historia de la discapacidad del último siglo y medio. Con la llegada del modelo social de la discapacidad se comienza a tensionar al “nosotres”, no al “otres”, interpellando las barreras, las exclusiones, las segregaciones en la participación, las prenociones interiorizadas, las demarcaciones arbitrarias, las etiquetas clasificatorias y calificatorias.

Paralelamente, en términos genéricos, la construcción de la sexualidad en la modernidad se fue materializando como sustancia medular para el despliegue de lógicas de poder, de normatividades, de heteronomías, de demarcaciones entre géneros contruidos arbitrariamente, en una tirantez constante con toda posibilidad de sentir, ejercer y decidir autónomamente sobre los deseos y las pasiones. En este entramado, la sexualidad quedó identificada solo por uno de sus tantos pliegues: lo coital (cualificado erróneamente por una cuantificación masculina del acto sexual). Demasiado lejos quedó la sexualidad como espacio de encuentro, de autonomía, de libertad, de reconocimiento, de

disfrute, de derecho, etc., ante dicho reduccionismo coital mediado por lógicas de eficacia y eficiencia propias del capitalismo moderno, patriarcal y heteronormativo.

La llegada del nuevo milenio trajo consigo nuevas sensibilidades que habilitaron el escenario para luchas contemporáneas por el reconocimiento de la diversidad (en su amplio espectro). La sexualidad comienza a reivindicarse como parte constitutiva de los sujetos, necesaria de ser desplegada en sus distintas formas y con derecho a ser ejercida. Sin embargo, la relación sexualidad - discapacidad se continúa meciendo entre lo no dicho, lo no pensado, lo no reconocido desde un “nosotres” normalizado y normalizador ante un “otres” ubicado en situación de discapacidad, asexualmente asumido, creído sin pasiones y deseos. Vaya contradicción la que aquí se genera y cuánto camino resta por desandar, más allá de los giros teórico-metodológicos y ético-políticos generados a partir de la expansión del modelo social de la discapacidad.

Tal como se plantea desde Tandem-Team (2016), organización catalana que forma y ofrece la figura del Acompañante Íntimo y Erótico para PsD con dependencia severa, “la renuncia al ejercicio de la propia sexualidad sólo puede ser fruto de una decisión libre: nunca puede ser impuesta por otras personas” (p. 63). Pareciera una obviedad, pero lamentablemente no lo es cuando de PsD se trata, más aún

en situaciones de dependencia severa. Un sinfín de interrogantes de abren: ¿Cómo se ejerce una sexualidad libre y autónoma con una dependencia severa en lo motriz cuando los movimientos corporales resultan casi nulos con relación a la sensaciones y percepciones que se viven? ¿Cómo se ejerce una sexualidad libre y autónoma con una dependencia severa en lo mental cuando la dificultad de tocar y ser tocado se da de bruces con las sensaciones y percepciones que se viven? ¿Cómo se ejerce una sexualidad libre y autónoma con una dependencia severa en lo intelectual cuando en la mayoría de las situaciones se les trata como niños ante la literalidad de un diagnóstico de coeficiente intelectual descendido con similitudes a las infancias en sus primeros años de vida? ¿Cómo se ejerce una sexualidad libre y autónoma con una dependencia severa en lo sensorial cuando los despliegues corporales trascienden las posturas normativas del “nosotros”?<sup>1</sup>

En un nuevo horizonte de sentidos, surge la posibilidad de generar una novel figura orientada a brindar las garantías necesarias para el despliegue autónomo de la sexualidad de PsD con dependencia severa que la soliciten, en la materialización de un rol que halla diversas aristas según los países en los cuales se está llevando adelante (legal, ilegal o alegalmente). Se trata de la figura nominada hasta el momento como Acompañamiento Sexual, Asistencia Sexual o Acompañamiento Íntimo y Erótico.

A partir de aquí, vuelven a abrirse varias preguntas, no tanto en torno a la existencia o no de esta figura, sino, fundamentalmente, con relación a la concreción de su rol: ¿Cómo sería la puesta en acto (rol) de esta figura? ¿Qué países lo están llevando adelante y en qué condiciones? ¿Cómo vivencian las PsD con dependencia severa su sexualidad y la posibilidad de generarse esta figura?

Una primera descripción de este rol y figura refiere a personas que se formen en discapacidad y sexualidad. ¿Su rol? Generar espacios para el despliegue autónomo de la sexualidad de PsD con dependencia severa. Esto puede materializarse de tantas maneras según los consensos que se establezcan entre las PsD y la/el/le acompañante sexual. Por ejemplo, puede ejercer su rol poniendo su propio cuerpo como parte del deseo de la PsD (llegando o no a lo coital); o mediando en encuentros sexuales entre PsD que requieran de un tercero para el despliegue autónomo de sus sexualidades; etc. De la pluralidad de sujetos surgen formas plures de encuentros sexuales. Lo fundamental estará dado en el respeto de cuerpos y corporalidades de unos y otros.

En cuanto a los países que están llevando adelante este rol y figura<sup>2</sup>, se pudo identificar el estado del arte de varios países europeos y latinoamericanos, datos que se presentan en la tabla que sigue a continuación:

	<b>Formas de nombrar</b>	<b>Estado del arte</b>
<b>Argentina</b>	Acompañamiento Sexual Asistencia Sexual	Las luchas por el reconocimiento en torno a la temática han aparecido desde la academia, no desde los movimientos de PsD, siendo una figura medular en todo este proceso Silvana Peirano, quien resulta de referencia para la mayoría de los referentes entrevistados en los distintos países, tanto de Europa como de América Latina.
<b>Bélgica</b>	Asistencia Sexual	Legalizada en 2018 la figura de la Asistencia Sexual en la Bélgica flamenca, no así en la parte francesa de dicho país. Se lo desliga del trabajo sexual, el cual es ilegal en este país.
<b>Colombia</b>	Acompañamiento Sexual Asistencia Sexual	Figura no reconocida legalmente, más allá aparecen algunas luchas por el reconocimiento que nuclean a PsD y referentes de la academia para su creación. De todas maneras, se lo ve lejano en sus posibilidades de concreción reconocida por el Estado.

<b>Costa Rica</b>	Acompañamiento Sexual	Desde el año 2016, a partir de la aprobación de la Ley de Autonomía Personal, se han ido materializando varias de las luchas por el reconocimiento de PsD y organizaciones de la sociedad civil. Desde la arena política existe apertura para pensar este rol y figura.
<b>España</b>	Asistencia Sexual Acompañamiento Íntimo y Erótico	No se ha legalizado este rol y figura. Algunos plantean que este rol es similar al trabajo sexual y otros se oponen radicalmente, siendo "a-legal" el trabajo sexual en este país.
<b>Francia</b>	Asistencia Sexual Acompañamiento Sexual	Más allá de llevarse al Parlamento la temática en el año 2012, se resolvió que no se legalizaría. La mayoría de los discursos lo ubican como trabajo sexual, el cual es ilegal en este país, donde se sanciona a quien lo consume no al/a la trabajador/a sexual.
<b>Holanda</b>	Asistencia Sexual	No se ha planteado la legalización de este rol y figura en tanto utilizan el trabajo sexual y su marco normativo (legalizado) como encuadre.

<b>Inglaterra</b>	Asistencia Sexual	No han habido específicamente luchas por el reconocimiento para llevar esta temática a lo normativo. El trabajo sexual es ilegal en este país.
<b>Suiza</b>	Asistencia Sexual	La asistencia sexual es reconocida normativamente en el cantón de Ginebra. El resto del país lo toma como trabajo sexual, lo cual es legal a nivel nacional.
<b>Uruguay</b>	Acompañamiento Sexual, por el momento, ya que desde las PsD se plantea la posibilidad de nombrarla como Facilitador/a Sexual.	En el marco del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, en los últimos tres años se trabajó conjuntamente desde la arena política, arena sindical, academia, organizaciones de PsD y, fundamentalmente, PsD con dependencia severa en el pienso de esta figura, habiendo acuerdos en su creación. En marzo de 2020 hubo cambio de gobierno, asumiendo el poder una coalición de partidos conservadores, luego de 15 años de gobiernos progresistas, razón por la cual quedó estancado todo lo que se había trabajado al respecto. El trabajo sexual es legal en Uruguay, más allá se estaba pensando esta figura en su trascendencia.

Con relación a las sensaciones y percepciones de PsD con dependencia severa con las cuales se generaron distintos diálogos de saberes en el marco del trabajo de campo mencionado, surgieron cuestiones potentes que invitan a la reflexión colectiva de la temática, a saber:

“La sexualidad es un derecho. Y si hablamos de autonomía, parte de ésta es decidir cómo, con quien, dónde.” (PsD, activista, psicóloga, San José -Costa Rica-, febrero de 2019)

“La sexualidad no pasa solo por lo genital, en estas vivencias descubrimos otras formas de vivir la sexualidad, que capaz a veces no se puede por diferentes circunstancias llegar a lo coital y tenemos que vivirlo de otra manera y buscarle la vuelta.” (PsD, Montevideo -Uruguay-, marzo de 2018)

“Son las personas en situación de discapacidad las que deben expresar sus necesidades, decir qué quieren, cómo lo quieren. No son las personas sin discapacidad las que tienen que hacer eso. (...). Toda vida es equivalente a otra vida, no hay unos superiores y otros inferiores, y la sexualidad hace parte de la vida.” (PsD, activista, Presidenta de “Cuerpos solidarios”, Lausana -Suiza-, julio 2017)

Que las PsD sean parte de todo proceso que se genere con relación a ellos es parte sustantiva del modelo social de la discapacidad, respetando explícitamente la consigna “Nada

sobre nosotres, sin nosotres”. Por ende, todo proceso de pienso, creación, puesta en marcha, etc. de este rol y figura debe contener en su esencia sensaciones, percepciones, opiniones de las PsD a través de sus propias voces y acciones.

En síntesis, la relación sexualidad - discapacidad vista desde el modelo social de la discapacidad y con una perspectiva de sexualidad como sustancia medular y derecho de todo ser, lejos de visualizar cuerpos asexuados, sin capacidades, sin deseos, reconoce cuerpos plurales en la diversidad de lo humano, con pasiones, necesidades, fantasías, etc. que requieren de su exteriorización y materialización para generar intersubjetividades inclusivas. Ello permitirá trascender demarcaciones reproducidas acríticamente como “cuerpos normales” de “cuerpos anormales”, “cuerpos deseables” de “cuerpos no deseables”, “cuerpos deseantes” de “cuerpos no deseantes”. Apelar a ello se entiende sustancial en este entramado, en el convencimiento que todo cambio que se genera potencia no sólo a grupos concretos, sino a la sociedad en su conjunto.

## Bibliografía

**Granja, F.** (2016) *Sexualidad en diversidad funcional o intelectual*. Barcelona: Tandem-Team.

**Míguez, M. N.** (2020) *Discapacidad y Sexualidad en América Latina. Hacia la construcción del acompañamiento sexual*. Bogotá: Nómadas, en proceso de edición.

**Míguez, M. N.** (2019) *Discapacidad y Sexualidad en Europa. Hacia la construcción del acompañamiento sexual*. Madrid: Revista Española de Discapacidad, 7 (I): 95-115.

**Scribano, A.** (2007) *Mapeando interiores. Cuerpo, conflicto y sensaciones*. CEA-CONICET-Universidad Nacional de Córdoba. Jorge Sarmiento Editor: Córdoba.

## Notas

<sup>1</sup> Las manos son sustanciales: les cieguen miran a través de sus manos, les sordos hablan a través de éstas. Cualquiera de las dos cuestiones tensiona la normatividad de ver con los ojos y hablar con la boca, propia de la hegemonía impuesta por el “nosotres”.

<sup>2</sup> A partir del trabajo de campo realizado en el marco del Posdoctorado en Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires de quien suscribe.

# El rol de las universidades públicas en las políticas de accesibilidad y discapacidad

Un análisis de las acciones impulsadas desde la participación de la UNLa en la Red Interuniversitaria de Discapacidad del Consejo Interuniversitario Nacional

## **Marcela Mendez**

Docente-Investigadora y Coordinadora de la Comisión Asesora de Discapacidad (Vicerrectorado) y el Programa de Inclusión Universitaria para Personas con Discapacidad (Dirección de Bienestar Universitario de la Secretaría de Bienestar y Compromiso Universitario) de la UNLa.  
*mmendez@unla.edu.ar*

## **Gladys Martínez**

Docente-Investigadora. Coordinadora del Centro del Adulto Mayor (DESACO) e integrante de la Comisión Asesora de Discapacidad de la UNLa.

## **Juliana Cabeza<sup>1</sup>**

Docente-Investigadora del Departamento de Humanidades y Artes e integrante de la Comisión Asesora de Discapacidad de la UNLa.  
*inclusiondiscapacidad@unla.edu.ar*

## **Introducción**

Sabemos que la naturalización de la “normalidad” es exactamente lo opuesto a la problematización, historización y construcción de una política del conocimiento que pueda desmentir verdades “indiscutidas” que resisten los tiempos. La discapacidad es una de ellas, ya que son los dispositivos políticos, institucionales e ideológicos quienes la han construido (y la continúan sosteniendo) como categoría legítima de clasificación y asignación de identidad.

También sabemos que la verdad sólo puede situarse en el terreno de lo relativo y de lo político. Consecuentemente, es fundamental deslocalizar a la discapacidad del territorio de la hegemonía biológico-médica para resituirla en el campo de los Derechos Humanos, asociada a los mecanismos de opresión y desigualdades en la distribución del poder.

A partir de estas premisas, en el presente artículo analizamos la construcción de la Red Interuniversitaria de

Discapacidad (RID)<sup>2</sup> perteneciente al Consejo Interuniversitario Nacional (CIN), desde la participación de la UNLa en el mismo. Las acciones políticas de esta Red se orientan a impulsar transformaciones ideológicas y culturales que - trascendiendo la estigmatización, la discriminación y “la experticia”- avancen hacia el activismo por la defensa de los derechos estructurantes de la condición humana, habilitando nuevas formas de ser / hacer y estar en la vida universitaria.

Para ello, el aporte científico y la responsabilidad social inherentes a la Universidad Pública Argentina, brindan el marco propicio para estimular en las autoridades, docentes, personal administrativo, estudiantes y comunidad en general, la interpelación de las lógicas homogeneizantes y hegemónicas que circulan en la praxis académica cotidiana. Son ellas las que constituyen barreras – físicas, comunicacionales, actitudinales y/o académicas –que se anteponen al ejercicio efectivo de los derechos de las personas en situación de discapacidad, por lo cual su deconstrucción supone la promoción de una comunidad universitaria reflexiva y crítica, con herramientas teóricas, metodológicas y de gestión pertinentes para construir una Universidad y una sociedad no excluyentes.

¿Qué preguntas nos permiten pensar / gestar / habilitar otras formas de ser y estar en la Universidad?

Pensar una deconstrucción de la “normalidad” implica la aceptación de los sesgos y omisiones en nuestros propios saberes y modos de construir el conocimiento. Por ejemplo, preguntarnos:

¿Desde qué paradigma pensamos la situación de discapacidad en las Universidades Públicas?

¿Qué conjunto de relaciones, condiciones y motivaciones habilitan la producción de accesibilidad con perspectiva de discapacidad en las mismas?

¿Qué barreras normativas, procedimentales, culturales, físicas, comunicacionales, pedagógico didácticas operan como obstáculos para el ejercicio efectivo del derecho a participar en la vida universitaria?

¿De qué manera es vivida y experimentada la situación de discapacidad en el ámbito universitario?

¿Qué estrategias de resistencia/adaptación/reapropiación se ponen en juego ante las coordinadas homogeneizantes y hegemónicas de la “ideología de la normalidad” dominante en las instituciones universitarias?

¿Cuáles son los cuerpos/as impensados/as por las normativas / prácticas / procesos internos de la Universidad?

¿Qué aspectos de esas experiencias interrumpen / inciden / interpelan procesos y prácticas opresivas y excluyentes?

¿Qué interrogantes habilitan otras perspectivas fundadas en los derechos humanos - constituyendo, recuperando y preservando otras formas de ser y estar en el mundo (y en la Universidad)?

En el marco de estas preguntas que interpelan las lógicas de la praxis académica dominante, la RID del CIN emitió una Declaración a fines del año 2019 – entre otros documentos fundacionales generados por este espacio interuniversitario:

Las universidades públicas -en tanto miembros integrantes del Estado Argentino- están obligadas a cumplir y hacer cumplir la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. El derecho a la educación superior es un bien social, público y gratuito y un derecho humano que debe ser asegurado operativamente para todas las personas con discapacidad sin exclusiones de ninguna naturaleza y respetando la diversidad, ya que todas las condiciones de discapacidad con sus diferentes maneras de comprensión de la vida y del mundo que nos rodea enriquecen la condición humana y fortalecen su dignidad inherente a ella. Por todo lo expresado, la RID del CIN afirma su compromiso ético, legal e institucional

para la remoción de las barreras que impidan el ejercicio operativo del derecho a la educación superior, apoyando las acciones de reflexión y revisión de aquellos actos que constituyan obstáculos que afectan a las personas con discapacidad y sus derechos humanos en cada institución universitaria. (Declaración RID CIN, 2019).

Esta Declaración fue el motor que impulsó seguidamente, la generación de otro documento recientemente aprobado por el conjunto de Rectoras/es en el 83° Plenario del CIN: “Documento de Ampliación, Profundización y Operativización del Programa Integral de Accesibilidad para las Universidades Públicas” (Res. CE CIN N° 1503/20 ratificado por Acuerdo Plenario N° 1104/20) El mismo constituye la guía y el insumo para generar un salto conceptual, ético y político – con la participación de las personas en situación de discapacidad - en pos del diseño, planificación e implementación de políticas universitarias accesibles con perspectiva de discapacidad. Su valor estratégico es que establece los principios - como metas o valores – siendo algunos de ellos claves para impulsar una planificación a mediano y largo plazo en el Sistema Universitario Nacional.

La Universidad Pública y el cumplimiento efectivo de los derechos humanos de las personas con discapacidad:

Entre las múltiples opiniones sobre el sistema educativo, escuchamos que el sistema educativo todo ya no va más, que así no funciona, que las/os niñas/os, adolescentes y/o personas adultas pobres no pueden aprender, que las/os “discapacitadas/os” necesitan una atención diferencial, que las/os docentes carecen de la formación de otros tiempos, que no fueron formadas/os para estar con personas con discapacidad, que las escuelas/universidades no están preparadas desde su infraestructura, mobiliario, tecnología, etc.

Comprender la responsabilidad de las Universidades Públicas – y el Sistema Educativo todo – nos obliga en principio a comprender esta situación como multidimensional, heterogénea y compleja, para luego realizar una lectura aguda de las barreras existentes y avanzar- profundizar acciones tendientes a su eliminación. Las mismas van más allá de la accesibilidad física e incluyen las barreras comunicacionales en todas las áreas, dependencias y actividades en todos los ámbitos y niveles del sistema educativo. Además, es necesario reconocer especialmente las barreras culturales y educativas propias del tradicional vínculo establecido entre docentes, estudiantes y conocimiento, que ha cristalizado en un modo único de enseñar y aprender.

Eduardo Rinesi (2019) deja claramente planteada esta responsabilidad en el prólogo de la 2ª Publicación de la RID<sup>3</sup>:

sosteniendo que no hay derecho - que es un escándalo - que no puede ser, que una determinada condición (de discapacidad) determine que no sea efectivo y operativo el derecho a la educación, entonces lo que se desprende es que es imprescindible “... hacer algo, hacer alguna cosa, para que eso que decimos que es un derecho universal (...) lo sea de una vez por todas.” (...) “Ese algo, esa “alguna cosa” que el escándalo nos invita a hacer tiene, por supuesto, nombre, lo llamamos política.” (Rinesi, en Mendez y Misischia, 2019; p.14)

Entendemos que para hacer efectivo el derecho a la educación no alcanza, entonces, la enunciación de la igualdad de derechos, ni el ingreso irrestricto y la gratuidad, ya que los puntos de partida son muy desiguales. Se requieren políticas activas tendientes a modificar el sentido homogeneizante que circula en el sistema educativo y en la praxis académica dominante. Es hacia la deconstrucción de la “normalidad” -como lo único existente / válido / aceptable / productivo- donde deben dirigirse las acciones, ya que es su lógica la que invisibiliza y precariza el derecho a vivir con dignidad, profundizando la desigualdad y replicando una matriz sistémica de opresión/exclusión. Esto supone, por tanto, cuestionar los modos únicos y rígidos de vincularse con el conocimiento y de acreditarlo.

Sólo a través de un cambio cultural podremos hacer realidad el ejercicio operativo de los derechos que plantea la

Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006)<sup>4</sup> y de la legislación respectiva vigente en la República Argentina, basados en los principios de toma de decisiones, autonomía y libertad en iguales condiciones con los demás. Al respecto, es fundamental destacar la Ley de Educación Superior N° 25573 (modificatoria de la Ley N° 24.521), la cual representa una legislación de avanzada - con artículos específicos en términos de producción de accesibilidad con perspectiva de discapacidad en y desde las Universidades - estableciendo los lineamientos para orientar el diseño y planificación de nuestras políticas y prácticas en el ámbito universitario en línea con el modelo social de la discapacidad.

Aportes del Documento RID de Ampliación, profundización y operativización del Programa Integral de Accesibilidad para las Universidades Públicas.

Este proceso implica asumir una nueva forma de pensarlos como comunidad, visibilizando - en un marco de diversidad - otras formas de “ser” y “estar” en el mundo, en el barrio, en la Universidad. Como instituciones críticas de la sociedad - en tanto Universidades Públicas - tenemos mucho para aportar en esa deconstrucción de lo instituido como barrera en pos de convertir “desgracias privadas” en “injusticias públicas.” (Oliver, 1998).

Es indispensable avanzar hacia una reinterpretación del derecho a la educación y demás derechos humanos inherentes a la dignidad “... resignificados como luchas minoritarias que resisten a las fuerzas de la normalización y regulación del biopoder. En efecto, regular, normalizar - ejercicio del biopoder - no es otra cosa que quitar lo no viviente, diríamos nosotros: los diferentes” (Chávez y Magoja, 2013; p. 13) Entonces, en esa deconstrucción con su implicancia de la resignificación está claro que “la resistencia no es un acto únicamente de negación: es un proceso de creación; crear y recrear, transformar la situación, participar activamente en el proceso, eso es resistir.” (Chávez y Magoja, 2013; p. 29)

Aquí, en esa resistencia transformadora, se instala, consecuentemente, el precitado Documento de la RID. En ese marco, es relevante citar sus aportes que operativizan esa transformación, a saber: a) Principios y propósitos generales que constituyen metas o valores que guían todo diseño de política pública universitaria, b) Herramientas estratégicas, destacándose el fortalecimiento de los Consejos Regionales de Planificación de la Educación Superior - para la implementación de una mirada federal en el desarrollo económico y social a partir del conocimiento como valor agregado y c) Dimensionalidad de la accesibilidad física, comunicacional y académica.

El documento también aporta dos principios disruptivos: transversalidad e interseccionalidad. Al respecto plantea que "... la transversalidad es un concepto y a la vez, un instrumento ya que como concepto asegura el compromiso de una organización (la universidad) para trabajar desde cualquier perspectiva (de la discapacidad), enfoque (modelo social de la discapacidad), visión (derechos humanos) y problema (detección de las barreras y su eliminación) y a la vez, es un instrumento organizativo que pretende desarrollar estrategias, herramientas y dispositivos que permitan la detección de las barreras y su eliminación, teniendo en cuenta la realidad multidimensional e intersectorial" y en relación a la interseccionalidad sostiene que "visibiliza que las identidades sociales o mejor dicho las personas, en su identidad, no son acumulativas sino interseccionales<sup>5</sup> por lo que ostentan pertenencias a distintas categorías sociales de discriminaciones y opresiones que influyen sobre el acceso que pueda tener en el ejercicio de derechos y aprovechamientos de oportunidades sociales." (CIN, 2020).

En ese contexto, el documento cierra con la siguiente conclusión "Es necesario destacar la urgencia de políticas equitativas universitarias de accesibilidad que incorporen a todos los grupos con discapacidad en estas interseccionalidades, sosteniendo las existentes en torno a las barreras físicas, comunicacionales, académicas y sumando políticas, para colectivos que requieren con-

figuraciones de apoyo / ajustes razonables que transforman las concepciones en torno a las capacidades cognitivas y socioafectivas en los procesos de aprendizaje y enseñanza. (Discapacidad intelectual, discapacidad psicosocial, entre otras)." (CIN, 2020)

A decir de Iris Marion Young (2000), la justicia no refiere sólo a la distribución, sino también "a las condiciones institucionales necesarias para el desarrollo y ejercicio de las capacidades individuales, de la comunicación colectiva y de la cooperación... la injusticia se refiere principalmente a dos formas de restricciones que incapacitan, la opresión y la dominación" (I. Young, 2000; 71-72).

El modelo social y sus modos de resistencia son algunas de las herramientas para generar acciones concretas frente a esas formas de injusticia. La recuperación de los "cuerpos o funcionalidades deficitarias", los silencios, las dimensiones ocultadas de las vidas cotidianas tiene un sentido político y contrahegemónico.

En estos tiempos de pandemia y de excepcionalidad, la UNLa es parte de este acontecimiento histórico, que interpela a esa "normalidad" instituida o "ideología de la normalidad" (Rosato y Angelino, 2009). Su aporte a los procesos de democratización de las Universidades Públicas implica la revisión crítica para la eliminación de

barreras que limitan o impiden la operativización de los derechos de las personas en situación de discapacidad, como así también su acceso al sistema universitario en particular y a la vida digna en sociedad en general.

## Bibliografía

**Chávez C. y Magoja E.** (2013) *Los Derechos humanos como contrapoder inmanente de las minorías. Una lectura a partir de la obra de Michel Foucault*. Revista Filosofía del Derecho - Cuestiones epistemológicas y normativas. Discusiones, notas y reseñas; Año II, número 3; 2013; INFOJUS; pp13/29.

**Consejo Interuniversitario Nacional** (2020) *Documento de Ampliación, Profundización y Operativización del Programa Integral de Accesibilidad para las Universidades Públicas*. (Res. CE CIN N° 1503/20 ratificado por Acuerdo Plenario N° 1104/20).

**Oliver, M.** (1998) *¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada?* En L. Barton (Ed.), *Discapacidad y Sociedad* (pp. 34), Morata/Fundación Paideia, Madrid.

**Organización de Naciones Unidas** (2006) *Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad*.

**Rinesi E.** (2019) *No hay derecho*. En Mendez, M.; Mischia, B. (2019) (comp) *Red Interuniversitaria de Discapacidad. Políticas en Educación Superior en las Universidades Públicas*. Universidad y Discapacidad. Período 2014 - 2016. Editorial Eudene 1ª ed., Corrientes. <http://bibliotecadigital.cin.edu.ar/handle/123456789/2385>

**Rosato, A. y Angelino, A.** (2009) *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*. Noveduc, Buenos Aires.

**Young, I. M.** (2000) *La justicia y la política de la diferencia*. Universitat de València, (Vol. 59).

## Notas

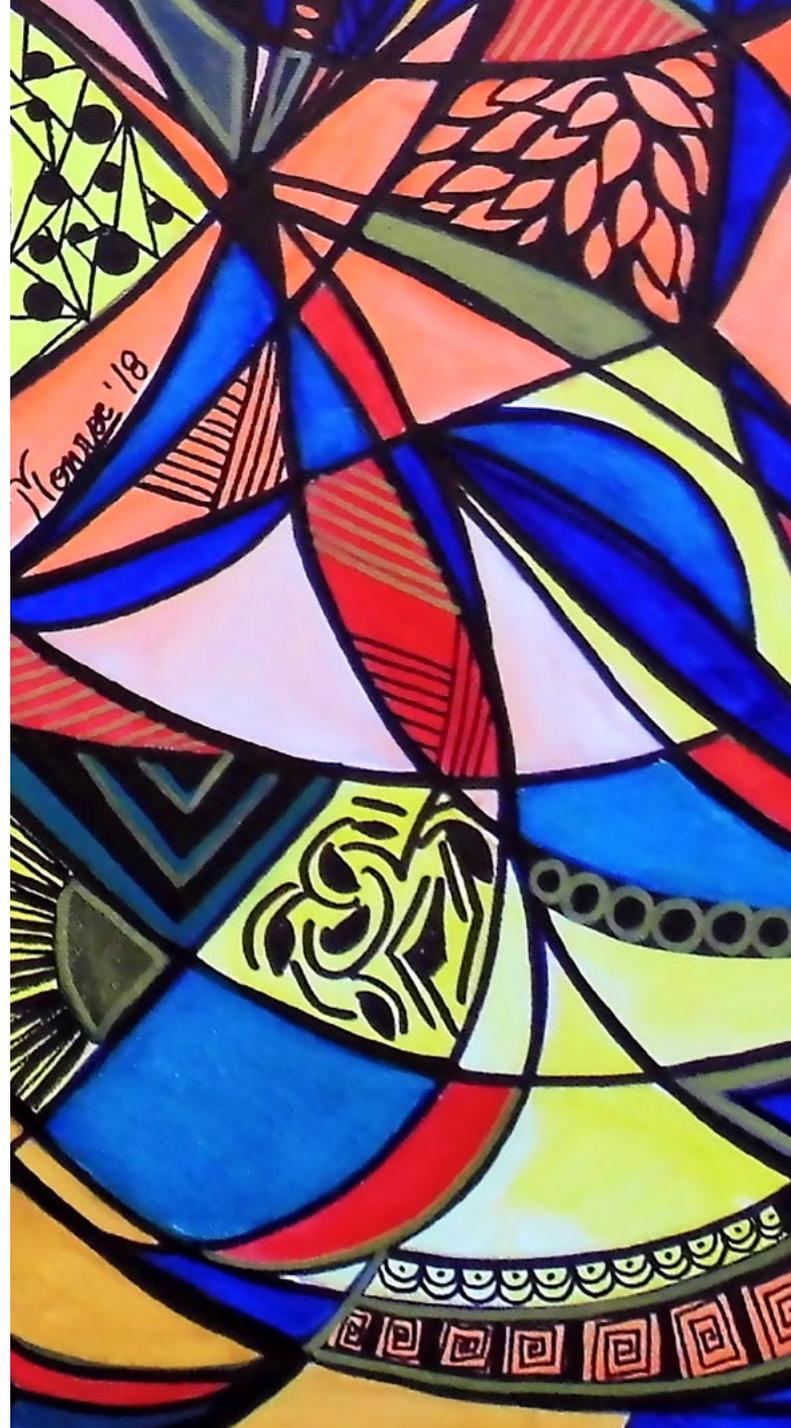
<sup>1</sup> Equipo de representación institucional UNLa ante la Red Interuniversitaria de Discapacidad del Consejo Interuniversitario Nacional Representante titular Marcela Mendez (Coordinadora Ejecutiva de la RID CIN (2014 /2016) y (2019 / 2021) Docente investigadora y Coordinadora de la Comisión Asesora de Discapacidad y el Programa de Inclusión Universitaria para Personas con Discapacidad. Representantes suplentes: Gladys Martínez (2014 / 2017) -Docente Investigadora Departamento de Salud Comunitaria / Coordinadora del Centro del Adulto Mayor) y Juliana Cabeza (2017 /2021) – Docente investigadora Departamento de Humanidades y Artes y Asesora Legislativa y Redactora de Proyectos de Ley en la HCDN desde 2000 y por el periodo 2020 -2021 en las Comisiones de Discapacidad; Ciencia y Tecnología; Presupuesto y Hacienda y Economías y Desarrollos Regionales.

<sup>2</sup> La RID del CIN, es coordinada por el Equipo de representación UNLa en período 2014 / 2016 y en la actualidad desde 2019 hasta principios del 2021), y ejerce la Coordinación Ejecutiva de este espacio, junto a la Comisión Ejecutiva conformada por la Universidad nacional de Jujuy, Universidad Nacional del Nordeste, Universidad Nacional de Río Cuarto, Universidad Nacional de Santiago del Estero, Universidad Tecnológica Nacional, Universidad Nacional de Chilecito, Universidad Nacional de Río Negro, Universidad Nacional de General Sarmiento, acompañando al Rector Coordinador Bioing. Anibal Sattler (Rector UADER).

<sup>3</sup> Biblioteca CIN: La UNLa fue parte impulsora y gestora activa de la 2ª publicación de la RID “Políticas en educación superior en las Universidades Públicas. Discapacidad y Universidad. Período 2014 2016” <http://bibliotecadigital.cin.edu.ar/handle/123456789/2385> -. En la misma, se plasma la descripción de distintas dimensiones de la política universitaria de accesibilidad y discapacidad a nivel nacional – producción que es resultado de un trabajo interuniversitario de cuatro años.

<sup>4</sup> Aprobada por Ley N° 26378/2008 y con jerarquía constitucional conforme Ley N° 27044/2014

<sup>5</sup> Así, la situación de discapacidad puede reflejar una intersección con situación de género, clase, etnia, migrantes, edad, de pertenencia a pueblos indígenas o afrodescendientes, entre otras.



# Discapacidad y familia

La importancia de la familia y su acompañamiento en el armado del esquema y la imagen corporal del niño con parálisis cerebral<sup>1</sup>

**Sonia Olmedo**

Lic. en Psicología.  
Trabajadora de la Universidad  
Nacional de Lanús.  
Autora del Blog Virtual  
“Hablemos de Discapacidad”.  
Co-directora de Rizoma Consultora.

[olmedosonia86@gmail.com](mailto:olmedosonia86@gmail.com)

*“El diagnóstico médico, por más preciso que sea,  
no basta para determinar la identidad del niño,  
su destino, su futuro, ni el de su familia”*

Blanca Núñez

El nacimiento de un/a niño/a con Parálisis Cerebral (en adelante PC) o su posterior diagnóstico en los primeros años de vida representa un hecho traumático para la familia. Desde el momento del embarazo, o incluso antes, se irá armando una representación del/a hijo/a que se espera, surgirán expectativas y deseos que pondrán en él/ella, y se le irá abriendo un lugar en la dinámica familiar. Sin embargo, el/la hijo/a real, aquel/la que nace nunca será igual al/la soñado/a. Esta diferencia es aún mayor en los casos de niños/as con discapacidad y demandará a los padres un gran trabajo psíquico procesar y acomodarse a esta situación inesperada; más aún cuando la marca se encuentra en el cuerpo del niño. Las “diferencias” del/la niño/a con PC con otros/as niños/as se visibilizan desde temprano y se van acentuando según pasan los años.

Como menciona Esteban Levin; todos/as los/as niños/as, al nacer, presentan inmadurez motriz y necesitan de un Otro que signifique estos primeros intercambios que se dan a través de un cuerpo que aún no está preparado para organizar sus respuestas. Con el tiempo se espera que el/la niño/a vaya adquiriendo la madurez neurológica que le permita ordenar sus respuestas y poder reaccionar voluntariamente a los estímulos; pero el aspecto de maduración neurológica por sí sólo no alcanza, será necesario un Otro para que ese niño se constituya como sujeto.

Podemos preguntarnos entonces ¿qué pasa en los casos de niños/as con PC en quienes esa instancia de respuesta voluntaria se ve dificultada porque el/la niño/a se encuentra con un cuerpo que no responde como él/ella quisiera? Cómo el/la niño/a tolere y procese estas dificultades estará muy relacionado con la significación dada por sus padres previamente a su discapacidad, sus secuelas, las dificultades motrices y la información que el/la niño reciba de estos temas por parte de ellos. “La estructura sensorio-motriz no es innata; desde el origen conlleva la intervención escénica del campo del Otro como el horizonte humanizante del niño” (Levin, 2008, p.93).

Los padres irán libidinizando el cuerpo de su hijo/a a medida que lo acarician, lo sostienen e interpretan sus movimientos. Es así como el desarrollo motriz acompaña la

estructuración subjetiva (Íbid, 2008) y gracias a ese Otro el/la niño/a puede apropiarse de cuerpo y su historia.

No se puede obviar que todo este proceso que se ha mencionado hasta el momento se da dentro de una sociedad cuyo protagonismo ya no puede dejarse de lado. Uno de los grandes hitos que ha marcado la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha sido poner el foco en el rol de la sociedad como productora de barreras para el desarrollo de la vida cotidiana de las personas con discapacidad y se puede agregar de su entorno cercano. Aquí cabe la pregunta acerca de qué recursos comunitarios están disponibles para las familias de niños/as con discapacidad para acompañar a sus hijos/as cuidando y promoviendo la Salud Mental de todos/as. De hecho la Convención mencionada ha sido un antecedente importante para la elaboración de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657 de la República Argentina. Ambas normativas se enmarcan en una perspectiva de derechos y enfatizan en el rol protagónico de la sociedad y la comunidad.

### **Esquema e imagen corporal en el niño con PC**

En la Parálisis Cerebral “la marca de la discapacidad” está puesta en el cuerpo, es notoria para todos/as y para el/la propio/a niño/a desde muy temprano en su infancia.

Françoise Dolto en su libro “La imagen inconsciente del cuerpo” define al esquema corporal como una realidad de hecho que se estructura a través del aprendizaje y la experiencia, está relacionado a lo biológico, a aquello que nos caracteriza como especie y puede ser independiente al lenguaje. La imagen del cuerpo, por otro lado, está ligada al sujeto, a su historia y a aspectos inconscientes, es soporte del narcisismo y se estructura mediante la comunicación entre sujetos; en palabras de la autora es “la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales” (Doltó, 1986, p.21).

La imagen del cuerpo se articula con el esquema corporal pero también puede hacerse independiente de él. Según Doltó, las alteraciones orgánicas tempranas pueden provocar trastornos en el esquema corporal y estos a su vez pueden llevar a modificaciones en la imagen del cuerpo. Esto no siempre es así ya que puede suceder que en un mismo sujeto coexistan un esquema corporal “inválido”<sup>2</sup> y una imagen corporal sana cuando la discapacidad motriz sobreviene luego de los 3 años, momento vital en que es esperable tener adquiridas la marcha, el control de esfínteres, y en palabras de la autora “el saber concerniente a su pertenencia a un solo sexo (castración primaria)” (Íbid, p.18). Pero también, como sería el caso de los niños con PC, cuando la discapacidad se haya presentado antes de dicha edad mientras se sos-

tenga una relación flexible y satisfactoria con los padres y el entorno, para ello será de suma importancia que los padres puedan hablar abiertamente de la discapacidad con el/la niño/a y de sus diferencias con los/as demás niños/as. Poder recibir desde temprano información verídica sobre su estado físico, le permitirá al/la pequeño/a poder expresar y fantasmaticar sus deseos ya sea desde la palabra o del lenguaje gestual.

Dicha autora plantea que esta posibilidad de brindar información adecuada al/la niño/a dependerá de si los padres han aceptado o no la discapacidad en el cuerpo de su hijo/a.

El riesgo será que tanto los padres como el/la niño/a queden fijados en el daño orgánico obturándose la posibilidad de crear una imagen corporal adecuada e incluso de ser alguien más que un diagnóstico, sus posibilidades quedarán marcadas por los límites que le impone su cuerpo. Así, el diagnóstico se va transformando poco a poco en una sentencia, en una condena que implica una sola posibilidad: ser la discapacidad y padecerla.

Resumiendo, podemos decir que los padres que hayan procesado de forma adecuada el duelo por el/la hijo/a que esperaban y que puedan entablar con este/a hijo/a real con discapacidad una relación emocional satisfactoria que implica reconocerlo/a como sujeto de sus de-

seos, sujeto a quien aman, sujeto de derechos, entender que lo orgánico solo representa una parte de lo que es y será el/la niño/a; podrán transmitirle la información necesaria para que el/la pequeño/a pueda formar para sí una imagen corporal adecuada. Por el contrario; cuando los padres quedan abrumados por la situación y el vínculo temprano se ve dificultado, es poco probable que logren comunicar al/la niño/a información referida a su condición física y por ello el/la pequeño/a no logrará constituir una imagen corporal adecuada.

Se observa de esta forma, la importancia de la familia en la constitución del esquema e imagen corporal en el niño con discapacidad, más aún cuando la discapacidad involucra al cuerpo de una forma tan directa como en la PC.

Nuevamente, en este punto, se enfatiza en la necesidad de contar con dispositivos comunitarios de acompañamiento para familias. Si bien, desde el sistema de salud tanto público como privado se cuenta con diferentes dispositivos de acompañamiento para las personas con discapacidad (centros de estimulación temprana, centros terapéuticos, hospitales de día, diversos talleres comunitarios, etc.); las familias suelen quedar relegadas de la posibilidad de acceder a dispositivos que las ayuden a transitar los distintos procesos que van atravesando.

### **La comunicación con el niño: La importancia de que cuente con información sobre su discapacidad**

Como se mencionó en el apartado anterior, resulta de suma importancia que el/la niño/a con PC o con cualquier discapacidad motriz pueda contar con información sobre su estado físico. Esto le permitirá no sufrir su discapacidad de forma pasiva sino poder involucrarse de forma activa con su historia y apropiarse de su propio cuerpo, de esta forma se podrá lograr también instaurar pautas de cuidado del mismo. Su realidad física deberá estar ligada a la palabra.

En la mayoría de los casos al recibir el diagnóstico de un/a hijo/a, los padres suelen informarse al respecto por distintos medios: a través de los profesionales e incluso de fuentes poco confiables (Internet por ejemplo). Pero esta información con la que los padres cuentan, no siempre es transmitida al/la niño/a y si se logra hacerlo muchas veces es deformada o suavizada.

Es importante aclarar que la información que se brinde al/la niño/a sobre su condición física, deberá ser actualizada periódicamente, debido a que lo que oír y comprenderá variará según el momento vital que este atravesando y también porque la PC implica que

este/a niño/a, debido a las secuelas motrices, deba verse sometido/a a aplicaciones de botox, ejercitaciones e intervenciones quirúrgicas muchas veces complicadas que resultan situaciones traumáticas tanto para el niño como para la familia, donde nuevamente el cuerpo está en juego y donde pueden quedar nuevas marcas. Es de suma importancia que estas intervenciones sobre el cuerpo del/la niño/a puedan ser procesadas por los padres para que puedan transmitir al/la niño/a información sobre lo que va a suceder y preparar de esta manera al/la pequeño/a. No olvidemos que estas nuevas intervenciones sobre el cuerpo pueden reactualizar viejos traumas (Cantis, 2011).

### **El rol de los profesionales de la Salud Mental**

Para los profesionales de la Salud Mental que tengan la oportunidad de acompañar a una familia con un integrante con discapacidad será significativo intentar (al menos por momentos) sacar del centro de la escena familiar al miembro con discapacidad para permitir que surjan en la familia espacios en que puedan pensarse por fuera de ese tema; por ejemplo: poder pensar qué espacios tiene la pareja para su intimidad, poder analizar si hay deseos de otro/s hijo/s y los miedos o fantasías que puedan circular en torno a un nuevo embarazo, poder analizar y trabajar en los proyectos personales que tie-

nen los distintos miembros de la familia y en proyectos en conjunto (favoreciendo así el desarrollo personal de cada miembro y el de la familia en conjunto).

En cuanto a la dinámica familiar; será importante trabajar para favorecer la comunicación entre los distintos miembros de la familia, es decir que todos puedan expresar su percepción con respecto a la situación que están viviendo y también sus sentimientos, sobre todo los ambivalentes. Permitir que estos sentimientos ambivalentes comiencen a circular favorecerá que los miembros de la familia puedan reconocer el carácter de normalidad en los mismos. Asimismo, muchas veces se observa que las comunicaciones entre los distintos miembros de la familia están cargadas de reproches y críticas, se deberá tratar de fomentar la validación y el reconocimiento entre los miembros de la familia; que puedan reconocer aspectos positivos los unos en los otros y que puedan respetar los tiempos de procesamiento de la situación que tiene cada uno de ellos. En esta línea, también se podrá intervenir para tratar de favorecer la distribución de roles en la familia de una forma flexible (evitando que los roles queden fijados de manera rígida).

Este punto también deberá implicar que se trabaje con la familia la comunicación con el niño con discapacidad para que puedan brindarle información sobre su salud y

para que puedan escuchar lo que el niño tenga para expresar con respecto a su propia situación y sus dificultades; también se deberá incluir a los/as hermanos/as (si los hubiera). Esto permitirá que, de a poco, se pueda comenzar a trabajar en la planificación del futuro.

Será muy valioso poder orientar a la familia en la importancia de la recreación, el tiempo libre y el juego. Muchas veces la rutina familiar está confinada a cumplir con todas las terapias que los profesionales tratantes creen necesarias e incluso algunas otras que agregan sus padres, sumado a la escuela, consultas y estudios médicos; esto hace que el tiempo familiar dedicado a actividades lúdicas sea escaso o nulo. Los profesionales de las distintas disciplinas y en especial los de la Salud Mental deberán enfatizar en la importancia del juego, la recreación, los paseos dentro de la rutina y dinámica familiar.

En muchas familias puede ocurrir que la cargada agenda familiar suele tornar dificultoso que la misma cuente con espacios de socialización por fuera de los espacios terapéuticos y educativos. El rol del profesional de la Salud Mental, en estos casos, deberá orientarse a fomentar que la familia pueda crear y permitirse la participación en estos espacios (clubes, organizaciones comunitarias, plazas y paseos, etc.) así como también deberá indagar y ayudar a fortalecer las redes sociales y comunitarias con las que

cuenta la familia. Fomentar el encuentro con otros permitirá que la familia no se aisle y que pueda ir armando redes socio-afectivas y comunitarias.

Otra cuestión importante a tener en cuenta es el hecho de poder fomentar en las familias el pedido de ayuda externo cuando lo crean necesario. Si la familia puede aceptar esta ayuda externa seguramente sea menos el estrés que sienta.

Para finalizar, una función sumamente importante de los profesionales será la de brindar apoyo y contención a la familia si las cosas no salen como lo esperan. Los logros y adquisiciones de cada etapa de la vida de los/as niños/as con discapacidad pueden no darse en los tiempos y formas en que la familia lo espera, es por ello que será necesario el sostén del profesional para tolerar la frustración. Esto también puede ser trabajado con el equipo tratante (kinesiólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, docentes, etc.) para brindarles herramientas que permitan que ellos también puedan sostener y contener a la familia.

## Bibliografía

**Boletín Oficial** (2010) *Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones* N° 26.657.

**Cantis, J.** (2001) *Discapacidad, subjetividad, vitalidad interior y familia en Trabajo Psicoanalítico con Niños*. Argentina, Ed. R. Vergara.

**Cantis, J.** (2011) *De las intrusiones corporales al encuentro con un niño. Reflexiones psicoanalíticas*. Presentado en VI Congreso FLAPPSIP. Buenos Aires, Argentina.

**Dolto, F.** (1986) *La imagen inconsciente del cuerpo*. Buenos Aires, Ediciones Paidós.

**Levin, E.** (2008) *La imagen corporal sin cuerpo: angustia, motricidad e infancia*. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, Vol. 10, Núm. 1, pp. 91-112. Universidad Intercontinental, México.

**Levin, E.** (Sin Fecha) *Belleza y discapacidad ¿Un paradigma posible?*. Disponible en [www.lainfancia.net](http://www.lainfancia.net)

**Núñez, B.** (2015) *Familia y Discapacidad*. Buenos Aires, Lugar Editorial.

**ONU** (2006) *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Disponible en <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

**Tallis, J.; Blanco, M. C.; Cattáneo, M.; Innocenti, G.; Marrón, J.** (2007) *La autorepresentación a través del dibujo de los niños con parálisis cerebral infantil*.

**Tallis, J.; Blanco, M. C.; Casarella, J.; Bottini, P.; Papalís, M.; Cattáneo, M.; Saavedra, C.; Innocenti, G.; Staszauer, M.; Marrón, J.; Bofiarin, A. M.; Calméls, D.; Leonard, A. y Reboiras, J. C.** (2007) *Trastornos en el desarrollo infantil*. España, Editorial: Miño y Dávila.

## Notas

<sup>1</sup> La Parálisis Cerebral (en adelante PC) es un trastorno permanente y no progresivo producido por una lesión en el Sistema Nervioso Central del/la niño/a en etapas tempranas de su desarrollo; ya sea antes, durante o luego de su nacimiento (en los primeros años de vida). Esta condición afecta principalmente la motricidad: los movimientos, el tono muscular y la postura del/la niño/a; aunque también puede implicar alteraciones sensoriales, cognitivas (de comprensión, comunicación, lenguaje, etc.), epilepsia, etc.

La PC se diferencia de otras patologías por el hecho de ser no evolutiva, esto significa que la condición no se agravará con los años; lo que no implica que las secuelas de la misma se vayan haciendo cada vez más manifiestas y vayan afectando distintos ámbitos de la vida de la persona. La Parálisis Cerebral es una de las causas más frecuentes de discapacidad infantil.

<sup>2</sup> Palabra textual de la autora mencionada.

# Instituciópatas

Ensayo sobre prácticas manicomiales en un Hospital General de Tomás Pal

**Alejandro Vainer**

Lic. en Psicología (UBA).  
Psicoanalista. Docente y supervisor  
de residentes de Salud Mental.  
Coordinador General de la  
revista Topía, publicación de  
Psicoanálisis, Sociedad y Cultura.

*alejandro.vainer@topia.com.ar*

Las presentaciones de los libros suelen ser aburridas.  
Las reseñas escritas aún más.

Este es un libro diferente, un libro “distinguido”, en el sentido que le daba a ese término Fernando Ulloa en sus intervenciones institucionales. “Distinguido” como quien se distingue en un grupo. Aquí, por varios motivos. Porque ganó la primera mención del Sexto Concurso de ensayo de la Revista y la Editorial Topía. También porque relata de una forma implicada su trabajo clínico e institucional. Hay muy pocos libros “jugados” en nuestro campo, donde la formalidad se convierte en elogio y aburrimiento.

En Psicoanálisis y Salud Mental del siglo XXI, los textos suelen ser serios y prudentes. De vez en cuando alguien tiene un trazo de humor... pero son excepciones, como este autor, que retoma una forma que en la Argentina abrió Emilio Rodrigué. Y que no tiene muchos continuadores. El Rodrigué de El Antiyoyó específicamente, donde

criticaba a la burocracia del psicoanálisis esclerosado de la IPA y que se reprochaba por no haberle dado la mano a un paciente terminal internado debido a seguir religiosamente el culto a la abstinencia. Si hay una filiación internacional posible, probablemente sea un David Cooper o los textos más autobiográficos de Ronald Laing de un lado del canal de la mancha y un François Perrier nadando por translacania (o transresidencia en castellano).

El libro comienza con un epígrafe de Oesterheld, donde reafirma que el único héroe es el grupo. Aquí, aunque veamos un autor individual, tenemos que tener presente un grupo que ayudó a su producción. Los agradecimientos dicen algo de esto. Pero también la institución responsable del título.

El prólogo de Alicia Stolkiner abre algunas líneas de lectura. Ella se pregunta si es oportuno mostrar las “miserias” de los servicios estatales de Salud Mental. Hay quienes piensan que no es así. Dicen que se les hace un juego a quienes atacan. Creo que esa postura no hizo sino debilitar nuestro campo de Salud Mental. Donde se toman críticas como equivalente de ataques. No siempre son sinónimos. Si no hay espacio para las críticas es imposible avanzar porque sólo encontramos fieles complacientes de un lado y enemigos en el otro. Un ejemplo. Fernando Ulloa presentó en el V Congreso Argentino de Psiquiatría (1972),

organizado por la FAP (la “desaparecida” Federación Argentina de Psiquiatría, un gremio de los más luchadores en el campo de la Salud), donde analizaba las condiciones de trabajo de los Trabajadores de Salud Mental en Centros de Salud Mental, Hospitales Generales y Manicomios. Ahí, ya entonces señalaba las prácticas manicomiales en la internación de un hospital general. Creo que es un precedente indispensable, ya que una de las hipótesis es que lo manicomial no son las paredes del manicomio.

En la introducción Tomás nos muestra cómo este libro es fruto de su pasaje por la residencia y de un caso clínico que nos lleva a mostrar el funcionamiento de un Servicio de Salud Mental con internación en una institución hospitalaria.

### Qué temas podemos encontrar a lo largo del libro

- 1) El llamado “entramado manicomial post edificación”, tal como lo llama el autor. La burocratización de las instituciones, que terminan funcionando como manicomios.
- 2) La crítica o la “autopsia” de las hegemonías. En este caso, el biologicismo y “el psicoanálisis milleriano, poslacaniano, freudo-lacanian, comórbido, freudo-newtonista o psicoanalismo”...

Ambas corrientes comparten “el reduccionismo, el esencialismo y el rechazo de la función historizante, al igual que la omisión de la contextualización histórica de los objetos de estudio y de las propias prácticas” (pág. 31).

3) La formación en las residencias de Salud Mental (en la ciudad de Buenos Aires, Argentina). El libro transita desde el primero hasta el último día de la residencia. Y describe todos sus avatares.

Estas tres líneas tienen un particular tratamiento, el estilo de Tomás Pal. Transcribo algunas líneas para que los lectores puedan “palparlo”:

En el inicio: “Desperté a mi compañera y nos dirigimos a la entrada, entregados a la dramática tarea de llevar a cabo una re-internación sin aire acondicionado” (pág. 37).

O la desazón de los psiquiatras varones en el día que Tomás ingresó a la residencia porque eran tres psicólogos varones: “Los psiquiatras macho tenían un fastidio evidente... Luego de un año de especulación... ¿Ninguna chica? Sueños disipados por una aberración del azar. ¡Tantísimas fantasías de guardia hechas trizas!” (pág. 40).

“A sedación soberbia, la entrevista se abrevia” (pág. 41).

Definir al neurólogo Facundo Manes como “neuropolítico argentino” (pág. 43).

Describir los tipos de glúteos para la inyección intramuscular (pág. 46).

Situar el Trastorno Límite del Profesional (pág. 56) para una forma de patología de los Trabajadores de Salud Mental.

Podría seguir con estas transcripciones, pero creo condensan la observación, la inteligencia y el ácido humor del autor.

Pero lo central en el libro es la relación con Víctor, aquel paciente reinternado, al cual le asignaron dos médicos porque no sólo tenía diagnóstico de esquizofrenia sino también un traumatismo craneoencefálico con pérdida de masa cerebral e innumerables secuelas. Un fierrazo en la cabeza.

No lo dejan salir para las fiestas y atraviesa un vidrio de la puerta con su puño. Después empieza a tirar cascos a las ventanas. Claro, no tenía psicólogo porque no tenía nada para decir. “Si no me pinchan la cola no van a hacerme callar” (pág. 59). Por qué no preguntarse por qué arrojaba cascos, “adormecidos en el conformismo de la peligrosidad” (pag. 60). El autor pone manos en el asunto. Y lo empieza a ver esa misma semana y comienza el encuentro del paciente con el autor.

## Hay perlas en el relato de esta historia clínica

El vínculo con Víctor nos muestra a un terapeuta, que “no practica las teorías, sino que teoriza prácticas” (un aforismo tan potente de Fernando Ulloa). Pocos diálogos en el consultorio, sino muchos caminando por el hospital, como Freud con Katherina, Freud con Mahler... y tanto de ese espíritu que en nuestro país representó Enrique Pichon-Rivière, de construir el espacio clínico a la medida del vínculo y no un diván de Procusto. Empieza en una complicidad entre ambos, como se refleja en cuando entra otro paciente buscando a Tomás a los gritos “los extraterrestres”. Tomás sale y cuando vuelve, Víctor, afectivizado y para nada descerebrado le dice “este está peor que yo”.

En el relato se afianza un vínculo terapéutico. Le empieza a dar plata para cigarrillos que retribuirá Víctor con sándwiches de milanesa para “almorzar juntos” en el hospital. Después de eso, hay un diálogo crucial. De esos que no pueden ser planificados y cambian el rumbo de un tratamiento.

“Estoy enojadísimo, voy a romper todo, ya van a conocer –farfulló fatídicamente mientras constreñía sus puños con una fuerza deliberada.

“¿Vamos a hablar de lo triste que estás o vas a seguir haciéndote el áspero?”

Aunque el autor hace una o varias interpretaciones lacanianas de “ello”, para el caso no importa. Cualquiera puede interpretar algo sobre este hecho. Darle una teórica a una experiencia clínica transformadora. Víctor comenzó a llorar en un nanosegundo. “Nuestras conversaciones cambiaron para siempre”, dice el autor.

Diálogo, alta tras 5 meses y medio. La lucha por las cuestiones básicas de la vida de alguien que estuvo internado en un hospital y padece además de lo llamado mental estar en el borde de una sociedad capitalista, que no alberga sino que ni siquiera importa en medio de burocracias. El libro también es un diario de la propia residencia de Salud Mental. Y sirve para poder repensar la formación en Salud Mental. Lo que implica varios tópicos:

La interdisciplina y no tomarla como un mandato superyoico o un ideal utópico. “Hoy, la supuesta interdisciplina parece más bien un centro comercial de varios pisos aislados entre sí, cuya delimitación de las incumbencias responde a una visión demasiado anodina sobre la demarcación disciplinaria aprendida en los estudios de grado.” (pág. 103).

La subjetividad de los Trabajadores de Salud Mental. O qué hacer con la angustia que promueve la capacitación. Cómo usar sueños pro-

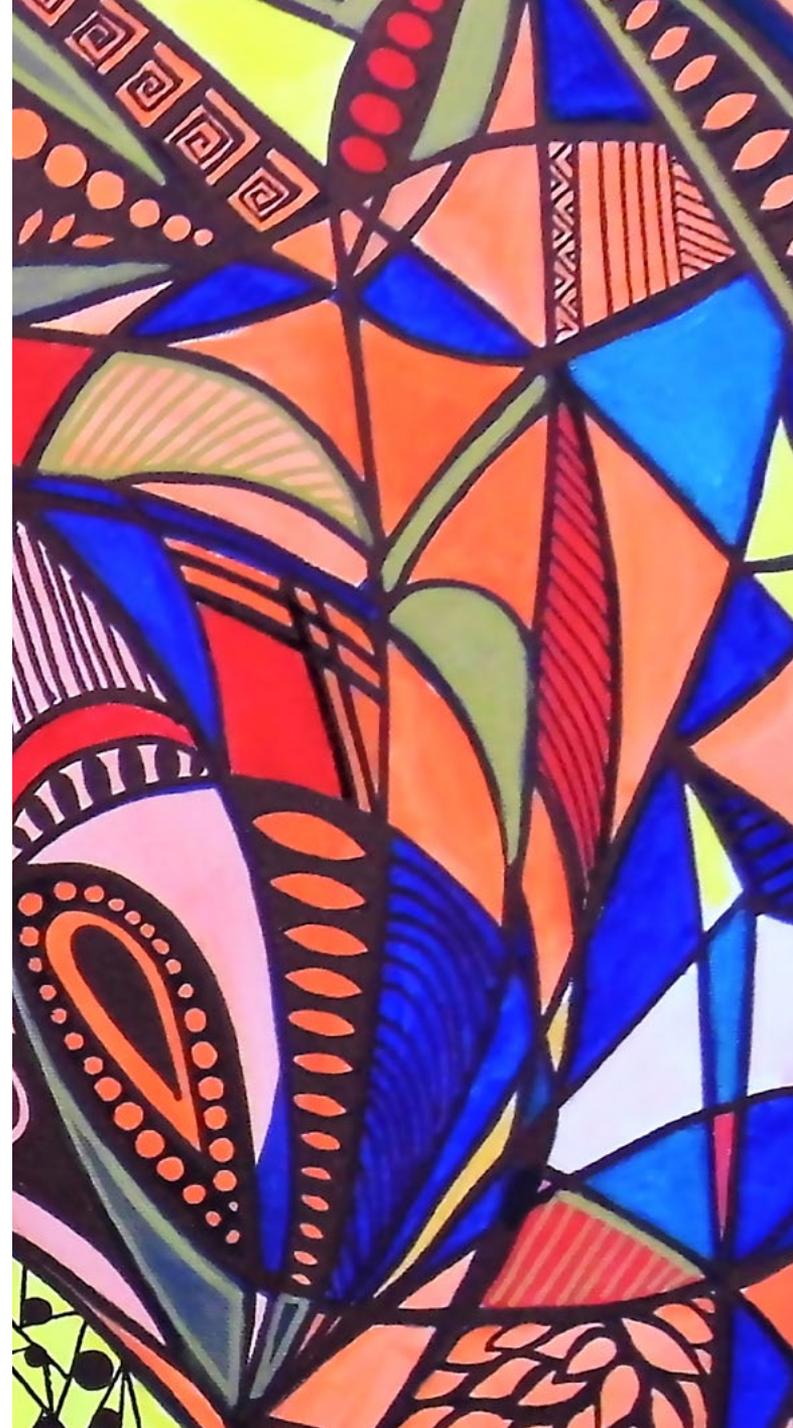
pios que son metabolizadores de la formación, herramientas contratransferenciales.

El trabajo en equipo. O la inquietante leyenda futbolera: “equipo que gana no se toca”, aplicada a la medicación. La historia de esta leyenda está en el libro, pueden leerla.

La crítica a las hegemonías: “Luego de 3.500 horas de guardia interna sin supervisar, incontable cantidad de tratamientos y un cuestionable promedio de cinco libros leídos al año, ambas disciplinas terminan transformándose en un oficio oscurantista intrahospitalario, cuando no, en una práctica tecnocrática que forcluye su dimensión ética.” (pág. 109).

Todo esto en medio de las peripecias del tratamiento y alta de Víctor, donde la escena final parece sacada de un libro, como el que espero el lector se encuentre.

Un libro donde el autor se abre y además nos abre muchos caminos. Lo mejor que le podemos pedir a cualquier texto. Que nos lleve hacia otros lugares que no habíamos ido antes de leerlo. Espero se encuentren con el libro y disfruten el viaje.



# Una comunidad de saberes y experiencias para reconocer y escuchar a las infancias y las juventudes

Reseña del libro Salud mental y Derechos Humanos en las infancias y adolescencias. Investigaciones actuales en Argentina de Alejandra Barcala y Laura Poverene (comp)

**Pablo Vommaro**  
Docente e investigador  
UBA/CONICET/CLACSO

*[pvommaro@gmail.com](mailto:pvommaro@gmail.com)*

Elaborar la reseña de un libro constituye siempre un desafío y una invitación. Compartir algunas líneas que, fieles al cometido que declaran desde el título, abran al pensamiento colectivo, interpelen, conviden, provoquen.

En este caso el desafío es doble ya que se trata de un libro que recoge las presentaciones y las investigaciones compartidas en el Encuentro “Salud mental y derechos humanos en las infancias y adolescencias”, del que participé. Agradezco a las compiladoras de este trabajo el hacer posible que esté presente en estas páginas y a las autoras y autores de los capítulos por compartir sus investigaciones.

Abordar las relaciones entre salud mental, derechos humanos, infancias y adolescencias en la Argentina actual conlleva dar cuenta de múltiples procesos vinculados con las desigualdades sociales, las diversidades y las resistencias.

Según diversos indicadores, hoy América Latina es el subcontinente más desigual del mundo. Y estas desigualdades

son cada vez más multidimensionales. No alcanza con abordar las vinculadas con aspectos socio-económicos, de ingresos, fiscales o de posición en la estructura social. Es necesario avanzar hacia la incorporación de las desigualdades de género, las vinculadas con sexualidades e identidades no hegemónicas, las de raza y grupo étnico, de religión, las territoriales, las generacionales, las relacionadas con las migraciones, la justicia, con la cultura, la educación, el trabajo. Esta multidimensionalidad de las desigualdades sociales nos acerca a un abordaje interseccional de las mismas, poniendo de relieve, además de la dimensión generacional, la de género y diversidades sexuales, la territorial y la de clase. En la trama de estas cuatro dimensiones se configuran gran parte de las condiciones de vida desiguales de las infancias, las adolescencias y las juventudes en la Argentina actual.

Pensar las desigualdades en esta multidimensionalidad implica también visibilizar una situación en la cual muchos indicadores mejoran, pero las desigualdades sociales persisten. Es decir, podemos analizar que en las últimas dos décadas se produjo un proceso de paulatina ampliación de derechos y de creciente consideración de las diversidades sociales en la Argentina y en América Latina. Esta dinámica de incorporación de derechos y de reconocimiento de las diversidades involucró especialmente a las y los jóvenes, que muchas veces fueron las y los principales beneficiarios de estos nuevos derechos y también los

protagonistas de las luchas para lograrlos. Así, las denominadas tercera y cuarta generación de derechos humanos se profundizaron y ampliaron en la región e incorporaron los de diversas minorías (étnicas y sexuales entre las principales) y algunos vinculados al medio ambiente y los recursos naturales, traduciendo movilizaciones y anhelos sociales en objetos de derecho y políticas públicas. Desde ya, este ensanchamiento en el campo de los derechos, de lo que es legítimo exigir y garantizar, dejó diversas dimensiones pendientes, siendo la de los derechos de las mujeres la más acuciante en el caso argentino.

Este doble proceso de ampliación de derechos y persistencia de las desigualdades fue interpretado por varios autores en clave de tendencias contrapuestas, paradójicas y ambivalencias. Nuestro acercamiento destaca además las dimensiones relacional y situada, fundamentales para pensar las desigualdades contemporáneas.

Las desigualdades múltiples configuran condiciones de vida precarizadas para las infancias, adolescencias y juventudes que las experimentan<sup>1</sup>. Estas vidas degradadas se entranan con dispositivos sociales de estigmatización (desacreditación de modos de vida, aniquilamiento subjetivo e identitario), segregación (separación y confinamiento espacial, ciertos trayectos y recorridos consagrados y otros sancionados) y criminalización (que habilitan

el aniquilamiento físico, el encierro y la persecución contra ciertas formas de existencia infantil y juvenil).

Enunciar las infancias, adolescencias y juventudes en plural implica incorporar la multiplicidad del término y asumir las diversidades como marca epocal, generacional. Es decir, pensar las diversidades en términos de producción de la diferencia, de potencia y capacidad y no como fragmentación o vulnerabilidad.

Estas diversidades que configuran los modos de ser, estar y presentarse de infancias y juventudes, los modos de producir y producirse, son muchas veces negadas, invisibilizadas, censuradas o criminalizadas. Se abre así un camino de análisis que invita a profundizar en las dinámicas entre desigualdades y diversidades, entre igualdad y diferencia. ¿Es posible construir una igualdad que no sea unívoca ni homogeneizadora? ¿una igualdad pensada desde la diferencia?

Parte de las respuestas a estos interrogantes se alimentan de las posibilidades de que el reconocimiento de las diversidades no legitime o naturalice las desigualdades; así como también de la posibilidad de desentrañar y contrarrestar las dinámicas de producción y reproducción de las desigualdades sociales.

En esta coyuntura de diversidades y desigualdades que signan las vidas de las infancias, adolescencias y juventudes argentinas y latinoamericanas en la actualidad se producen distintas experiencias de politización que, gestadas muchas veces en ámbitos cotidianos y articulando esferas culturales, artísticas, estéticas, comunicativas, políticas y sociales, ocupan espacios públicos y disputan territorios y sentidos. Estos procesos de resistencia expresan emergencias, innovaciones y creaciones protagonizados por niñas y niños (u organizaciones que trabajan con ellos) y por diversos colectivos y grupalidades juveniles.

Asimismo, expresan posibilidades políticas de establecimiento de relaciones generacionales e intergeneracionales, a la vez que tienden puentes entre las movilizaciones de estos grupos y las de otros movimientos y expresiones sociales colectivas más o menos instituidas. Así, sostenemos que estas movilizaciones superan ampliamente los límites sectoriales (y aun los generacionales) para convertirse en procesos que dinamizan diversas luchas sociales más amplias y expresan impugnaciones al sistema y las lógicas dominantes.

Parte de estas resistencias e innovaciones está signada por lo que podemos denominar las disputas por lo público. Es decir, un proceso de conflictividad que disputa el uso, la apropiación y la producción de lo público,

tanto en lo relacionado a los espacios y territorios como a los sentidos de la educación pública, de la salud y de la puesta en producción de los recursos naturales.

Entonces, la ampliación de derechos empujada por los movimientos y asociaciones, la asunción de las diversidades como constitutivas de las juventudes contemporáneas y una política que se configura generacionalmente en una situación atravesada por desigualdades multidimensionales, conforman una trama que define muchos de los rasgos de las vidas infantiles, adolescentes y juveniles en la Argentina de los últimos años.

Por último, y retomando las palabras iniciales de este texto, considero importante destacar algunos rasgos del Encuentro “Salud mental y derechos humanos en las infancias y adolescencias” que da origen a este libro.

En primer lugar, organizarlo desde la Universidad pública como una muestra de compromiso e incidencia, una apuesta a un espacio de conocimiento que se propone crear comunidad, reconocer los ámbitos colectivos de investigación y de intervención, trabajando con y desde los sujetos más que sobre ellos.

En segundo término, mostrar que es posible hacer ciencia rigurosa, de calidad, que a la vez comprenda e inter-

prete el mundo para transformarlo. Una ciencia vital, dinámica y desafiante.

En tercer término, el Encuentro es una expresión de la ciencia pública y la ciencia abierta. Ciencia comprometida con lo público, con su ampliación y defensa. Un conocimiento que se propone abierto, democrático, colaborativo, riguroso, relevante. Que reconoce saberes y se enuncia desde el diálogo y la participación. Que busca construir lo común desde la diversidad.

Las y los dejo con este libro entonces, seguro que los textos aquí incluidos nos interpelarán de modos diversos y singulares para seguir trabajando por más derechos, más igualdades, más espacios, más escuchas, más reconocimientos y mejores condiciones de vida para las infancias, las adolescencias y las juventudes de la Argentina y de América Latina.

## Notas

<sup>1</sup> Según estadísticas públicas de 2018, en la Argentina un 48,1% de los niños, las niñas, las y los adolescentes pueden ser considerados pobres, porcentaje que se eleva al 54,2% en la Provincia de Buenos Aires. De ellos, un 17,6% tiene problemas de alimentación y un 8,5% pasó hambre en algún momento de su vida. Asimismo, entre el decil más pobre de la población el 7,2% son mujeres y el 2,8% son varones, mientras que, en el decil más rico, el 3,7% son mujeres y el 6,3% son varones.



***Odisea***

Técnica mixta sobre tela.

80 x 100 cm.

Chile, 2018.

El Centro de Salud Mental Comunitaria  
“Mauricio Goldenberg” de la Universidad Nacional de Lanús agradece al  
artista Monroe (Karen Pinto De La Calle) por autorizar la publicación  
de la obra que acompaña esta edición.

**Diseño de publicación**

Dirección de Diseño y Comunicación Visual | UNLa

**Director** Claudio Loiseau

**Coordinadora** Andrea Michel

**Equipo** Iñaki Bolón García | Fátima Murphy Púpparo | Luciana Schiavi

**Suscripción y correspondencia**

saludmentalycomunidad@unla.edu.ar