



Relatos de la transformación

Debates y Experiencias en Salud Mental





El encierro
no Cura



Relatos de la transformación

Debates y Experiencias en Salud Mental

Número 1

ISSN 2796-9878

Junio del 2022

Ministerio de Salud

Dirección Provincial de Salud Mental

Dirección: Dr. Zavalla 3361 (S3000GVW) Santa Fe

Provincia de Santa Fe



Directoras

*Celina Pochettino
Mariana Chidichimo*

Equipo Editorial

*María Eugenia Padrón
Luciana Galloni
Carla Carini
Mario A. Chavero
Laura Pallero
Enrique Stein
José Alberdi
Victoria Nardi
Melisa Puccini*

Equipo de comunicación

*Esteban Doyle
Ignacio Blaconá*

Diseño y Maquetación

Martín Peralta

Editorial 8

Entrevista a Franco Rotelli 12

Cuaderno de experiencias en salud

Cuerpo y escritura: una experiencia
de descolonización de subjetividades 18

Hernán Camoletto y Patricia Cuffia

Sobre experiencias inaugurales
y actos fundantes 24

Emilia Fraile, Laura Pallero y Paula Raviolo

*Ana L. Batistella; Paula J. Cardú; Alejo Farias; Candelaria Guerrero;
Alexis Lasso; Joaquín Patrouilleau; Agustina Peretti; Martina Ra-
mello; Camila, Zalazar*

Capullos de salud 33

Diego Sacchelli

Colaborador, Andrés Tonón

Transformaciones y modificaciones en el abordaje
territorial en contexto de Pandemia (COVID-19).

Aportes y desafíos actuales 38

M. Celeste Dutruel, Selva Victoria Torres,

Florencia Capllonh y Laura Kloster

Espacialidades y temporalidades donde
se aloja la hospitalidad 44

Vanessa Sosa, Sofía Bataglini, Fiorella Quarín Salas

Ezequiel Lorenzón, Franco Mazzuchini y Fernando Ceballos

54 Flor de Chipá

Carolina Muñoz, Yanina Páez y Sebastián Villar

Atención por Salud Mental en el Hospital

Modular 3:

desafíos en torno a una práctica

59 en la incertidumbre

Carla Delladonna y Sofía Ugarteche

Situaciones complejas y experiencias de un

65 trabajo compartido

Martín Cattáneo

Discusiones del campo

71 Perspectivas de la práctica

Maximiliano Mó

79 Retrabajo y soporte

Franco Ingrassia

Editorial

Nos proponemos hacer aquí registro escrito más allá de las marcas que el trabajo genera. Una revista que recoja y recupere las experiencias, pero también que las trascienda para orientar las construcciones respecto del derecho a la salud integral y comunitaria. Es vasto y diverso nuestro campo. Pretendemos poner en valor las apuestas cotidianas, jerarquizar y socializar las prácticas que se sostienen y visibilizar las múltiples voces que habitan el campo de la salud mental en nuestra provincia. La apuesta es convocarnos para hacerlo debatir en torno a sus conflictos y contradicciones. La sustitución del modelo actual de atención/cuidados nos requiere armando la trama de lo comunitario, centrado en las personas en perspectiva de derechos humanos. Superar el paradigma manicomial, requiere otros servicios, otros criterios, otras lógicas, otro protagonismo de las comunidades. La apuesta está desencadenada.

Pero esto no sucede solo ni naturalmente, requiere de voluntades que se propongan trascender también los movimientos esporádicos y coyunturales y apostar a cambios duraderos, con sentido de transformación. Es mucho lo que hay que transformar, y difícil. Estamos convencidas/os que no es sin la participación. He aquí una herramienta más para transitar este camino.

Nos proponemos poner en valor una clínica que desde una perspectiva ampliada no pierda su especificidad, que no invisibilice ni desoiga los malestares de la época, situada en un contexto complejo atravesado por

profundas desigualdades y crisis acumuladas por décadas. Una clínica sensible al sufrimiento que padecen nuestras poblaciones y que apunte a generar procesos de autonomía.

La pandemia nos mostró la capacidad de creación colectiva, de invención de un hacer posible aún en circunstancias excepcionales; también actualizó los debates en torno a los modelos de atención y cuidados en salud mental, mostró la necesidad y urgencia de avanzar en las transformaciones pendientes: de las políticas, de las prácticas, de la organización del sistema de salud/salud mental y de los estigmas aún vigentes en nuestra cultura.

Nos proponemos poner en debate una vez más, la importancia de la interdisciplina, porque nadie hace ni piensa en soledad y porque no todas ni todos hacemos lo mismo. Las hegemonías profesionales y el modelo manicomial impregnan toda la lógica del sistema de salud, pero también conviven en cada una/o de nosotras/os. Interrogar e interrogarnos es la clave de la apuesta para construir un modelo de atención comunitario, accesible y respetuoso de las diversidades.

Nos proponemos dar una disputa de sentido acerca de las representaciones sociales de la "locura" y la "normalidad"; poner en cuestión la segregación que estas representaciones implican. Cuidar nuestro lenguaje, nuestro humor, nuestros textos, nuestras lecturas es parte de esa tarea: yo puedo ser el otro/la otra.

Y fundamentalmente nos proponemos

construir una política orientada en la ética de la transformación, que logre potenciar y trascender las valiosas experiencias del campo, hilvanar la historia de los recorridos logrados, instituir. No pretendemos gestionar lo dado, lo posible; queremos transformarlo, transitar un proceso de sustitución que necesariamente es colectivo. Sabemos de las limitaciones y dificultades, pero también sabemos que no es sin otras/os, sin la historia de quienes nos precedieron y quienes vendrán.

En esta publicación que se inaugura apostamos a que todas las voces puedan ser escuchadas, de ahí que las experiencias relatadas, así como los debates enunciados, provienen de diversas regiones de nuestra vasta provincia de Santa Fe. Estas voces hablan de la identidad de nuestro territorio, así como de su pluralidad que nos enriquece y nos invita al aprendizaje colectivo.

En este primer número nuestras vivencias cotidianas en la trama de salud pública se reúnen en el apartado “Cuaderno de experiencias en salud”. En este transitar, la conformación de dispositivos sustitutivos a lógicas manicomiales encauza la lucha por la garantía de diversos derechos humanos. Apuntalando el derecho a la recreación y al juego, encontramos experiencias en Santa Fe y Reconquista: “Sobre experiencias inaugurales y actos fundantes” narra la constitución de Dispositivos Lúdicos Comunitarios; a su vez, “Espacialidades y temporalidades donde se aloja la hospitalidad” relata la experiencia de Patitos en fila, un dispositivo que funciona en el hospital de Reconquista. En el movimiento que pugna por apuntalar la garantía del derecho al trabajo encontramos los escritos de “Flor de Chipá (...)” en Venado Tuerto y “Capullos de salud” en Ataliva. En estos relatos, las oportunidades de producción artesanal de chipá y cría de gusanos de seda visibiliza la economía como un determinante claramen-

te incidiendo en los procesos de salud.

En consonancia con estas apuestas al encuentro, el relato “Situaciones complejas (...)” producido en la ciudad de Santa Fe destaca la importancia que adquiere el trabajo de articulación entre los diferentes actores/as y equipos de diversos sectores que intervienen en una determinada situación problemática, a diferencia de los efectos que se generan a partir de la implementación de prácticas desarticuladas y fragmentadas.

En estos relatos de la transformación, estamos convencidas/os que los procesos de salud y cuidado deben realizarse con la participación ciudadana, con las personas y comunidades, en un trabajo de horizontalidad, escucha y construcción conjunta. Así es que “Cuerpo y Escritura (...)” nos pone a todas y todos a escribir con nuestras voces y nuestros cuerpos en esta narración de un taller de escritura colectiva en Oliveros en el marco de las transformaciones de hospitales monovalentes hacia la salud comunitaria.

En medio de estos movimientos, la pandemia ha irrumpido en el campo de la salud pública generando la caída de certezas y el apremio por nuevas prácticas. A estas angustias y estas luchas también le damos voz aquí en los escritos “Transformaciones y modificaciones en el abordaje territorial en contexto de pandemia (...)” de la localidad de Rafaela y “Atención por Salud Mental en el Hospital Modular 3: desafíos en torno a una práctica en la incertidumbre” de la ciudad de Rosario, ya que poner en palabras es también una manera de construir salud.

Sabemos que el campo de la salud mental, con la heterogeneidad que lo caracteriza, está cargado de debates teóricos e ideológicos que conviven en su trama. Para estos diálogos presentamos la sección “Dis-

usiones del campo”, donde desplegamos aquí dos interrogantes. Por un lado, el escrito “Retrabajo y soporte (...)” evoca la noción de “soporte paideia” como proceso de cogestión que favorece instancias de pensamiento clínico, democratización de saberes y articulación disciplinar en función de la singularidad del caso por caso. Por su parte, “Perspectivas de la práctica” se interroga sobre los males de la civilización con la singularidad que los caracteriza, así como los modos posibles de tramitarlos desde la ética como orientadora de nuestras prácticas.

Incluimos en este número, a su vez, una entrevista al psiquiatra Franco Rotelli, integrante del equipo italiano de Trieste, pionero en las reformas en salud y salud mental, cuyo recorrido transformador nos orienta en lo que hay que abrir para cerrar el manicomio. Nos invita a las alianzas necesarias para habitar un mundo mejor. Estos y otros temas abren debate en estos diálogos.

Bienvenidas/os a habitar la transformación.

Dirección Provincial de Salud Mental



[Canal de Youtube de la Dirección Provincial de Salud Mental](#)



[Instagram de la Dirección Provincial de Salud Mental](#)



[Facebook de la Dirección Provincial de Salud Mental](#)



Entrevista

mismas son muy amplias y que no hay recetas ni fórmulas simples.

Entrevista a Franco Rotelli

La importancia de las alianzas

Entrevistadora Celina Pochettino¹

Celina Pochettino (en lo que sigue: CP): -Lo primero, es decirte que es un gusto Franco², poder compartir este momento con vos. Estamos con Ignacio y Esteban³, compañeros del equipo de la Dirección provincial de Salud Mental.

Franco, te hemos enviado un cuestionario adelantando las preguntas para conversar, como disparadores. Entendemos que las

Franco Rotelli (en lo que sigue: FR): -Sí, esto es así como decís. Recuerdo que hace 30 años un famoso psiquiatra suizo, Cristian Müller, envió un cuestionario a varios de sus colegas en ese entonces preguntando cuál sería el modelo de los servicios óptimos para desarrollar en un área pequeña, de 100.000 habitantes. Basaglia⁴ le respondió diciendo que no podía encontrar una respuesta a esa pregunta, porque cada realidad tiene una respuesta propia. No existe un modelo sino una práctica concreta, determinada por la situación política, social, económica, cultural del país, de los técnicos implicados, de los servicios implicados, de los políticos implicados. Por eso, a nivel abstracto, se pueden decir muchas cosas,

pero luego, en concreto, son las personas implicadas y la situación en que estamos las que determinan cuáles son las prácticas más adecuadas.

Entonces, puedo subrayar algo con especial énfasis, con un énfasis que yo pondría a partir del momento en el cual ustedes desarrollan este Plan Provincial para la Salud Mental. Me refiero al énfasis en las alianzas.

En otras palabras, a veces, nos imaginamos que la cuestión se trata de los técnicos: psiquiatras, psicólogos, enfermeros, etc., y de los administradores, es decir, los políticos y luego, la gente en general.

Yo creo que existen alianzas que, muchas veces, son descuidadas en este proceso de cambio, en

1 Psicóloga. Directora de Salud Mental de la provincia de Santa Fe

2 Entrevista realizada a Franco Rotelli por Celina Pochettino.

Intérprete en vivo (Trieste): Pantxo Ramas.

Transcripción y traducción: Prof. Nac. Jorgelina Quijano.

Realizada el 20 de septiembre de 2021, de manera remota, desde el Centro de Documentación en el Parque Cultural de San Giovanni-Trieste, Italia.

https://www.youtube.com/channel/UCotF35kbMgiRBsaKi73_KqQ/featured

3 Equipo de Comunicación de la Dirección Provincial de Salud Mental: Lic. Ignacio Blaconá y Tec. Esteban Doyle.

4 Franco Basaglia, psiquiatra y director del hospital psiquiátrico de Gorizia (1961 a 1970), donde tuvo intentos de humanizarlo. Al asumir la dirección del hospital psiquiátrico de Trieste (1971-1979) completó el objetivo cerrándolo. Se lo considera pionero y principal referente de la psiquiatría sin manicomios.

El proceso que confluyó en el cierre de la institución psiquiátrica, implicó un trabajo de transformación, rehabilitación y construcción de alternativas, realizado por un equipo de técnicos que ha involucrado instituciones, gobiernos locales, voluntarios y asociaciones de todo el mundo. Ya en 1980, bajo la dirección de Franco Rotelli, los servicios que operaban en el territorio habían remplazado las viejas formas de asistencia.

el intento de transformar y son alianzas muy importantes. Una alianza que nosotros realizamos aquí en Trieste⁵ y que nos sirvió muchísimo es la alianza con los artistas.

Es algo que muchas veces no se tiene en cuenta, no se hace o se hace improvisadamente y, por lo tanto, no se pone en agenda como una parte importante de un proceso.

Creo que en su provincia hay fuertes y potentes movimientos artísticos útiles para trabajar. La recomendación es la de buscar nuevas alianzas a lo largo de todo este proceso. Los artistas dirán: ¿qué tenemos que ver nosotros? Sin embargo, apenas los convoquen entenderán inmediatamente que tienen mucho que ver y sabrán dar respuestas que ni los técnicos “psi”, ni los administradores, serán capaces de dar.

CP: - Nos parecía que es importante hablar de los servicios que en Trieste fun-

cionan como clave, como núcleo de la Salud Mental Comunitaria. En nuestra región quedamos entre el hospital general y el primer nivel de atención, aquí aún no se han planificado esas instituciones intermedias como fuertes, capaces de armar estas alianzas con lo artístico, con otros sectores, con las organizaciones sociales. Por eso nos parecía aprovechar este encuentro para escucharte respecto de la estrategia de los Centros Territoriales de Salud Mental como núcleos de la planificación en Trieste.

FR: - Yo tengo una pregunta, me parece que ustedes se mueven como si tuvieran a disposición todas las opciones y entonces pueden decidir qué hacer. Mi pregunta es, y no quiero que lo tomen a mal, pero: ¿están seguros de que no tienen enemigos? Porque si uno no tiene enemigos puede desarrollar los servicios para hacer lo que quiere. En cambio, a veces, no es tan fácil y hay que mapear los enemigos,

tener en cuenta los que son los enemigos y pensar cómo se desarrolla ese partido de ajedrez con ellos.

Por esto, subrayo la importancia de las alianzas porque precisamente creo que ustedes quieren desarrollar servicios que lleven a las personas lejos del manicomio, lejos del hospital monovalente, que lleven a la gente a la comunidad, a vivir en la comunidad. Creo que ustedes desean construir servicios que estén en la comunidad y con la comunidad. Para hacer esto se necesitan las alianzas. Son necesarias las alianzas en el plano político, en el plano administrativo, en el plano cultural, se necesitan alianzas sobre la comprensión por parte de la gente, de lo que se está haciendo. Sin estas alianzas, estos servicios no surgirán, no nacerán nunca.

Es muy importante la ingeniería de los servicios. Muy, muy importante. Esta ingeniería de los servicios, esta capacidad de cons-

5 Desde más de 30 años la ciudad de Trieste (240.000 habitantes) vive sin manicomio. Un único lugar de atención, el manicomio, ha sido sustituido por 40 diferentes servicios, que garantizan distintas funciones y tareas, entre las cuales se destaca la atención domiciliaria y comunitaria. Desde 1987, la OMS ha reconocido la experiencia de Trieste como punto de referencia para un enfoque innovador en la atención psiquiátrica. En 2010, el Departamento de Salud Mental de Trieste ha sido confirmado como Centro Colaborador de la OMS para la Salud Mental. En los últimos 30 años, más de 50 países de Europa y de otros continentes han visitado sus servicios de salud mental para emprender caminos similares en el campo de la salud mental, con el apoyo técnico de los colegas de Trieste.

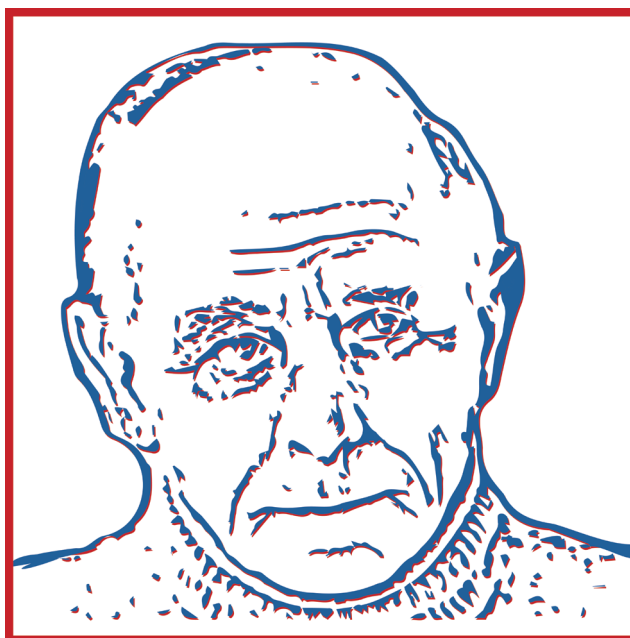
Disponible en: <http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/doc/BrochureTriesteESP.pdf>

truir los dispositivos apropiados no puede prescindir del consenso de las personas sobre qué es la enfermedad mental, sobre qué es la locura, sobre la estigmatización, sobre la peligrosidad del loco. Todas estas cuestiones están y no se puede hacer como si no existieran, como si estuviésemos hablando de cardiología o de neurología. Estamos hablando de una cuestión que pone en juego las modalidades de las relaciones entre las personas, la identidad misma de ellas, el imaginario que las personas tienen de sí mismas, de la normalidad, de la locura, del sufrimiento, de las crisis subjetivas, de la capacidad de comprender y de querer, de la convivencia civil, de la alteridad. Todas estas cosas, estas cuestiones están dentro de este proceso y es necesario considerarlas, tenerlas en cuenta y entonces, aparecen las alianzas para cambiar la cultura (en primer lugar, la nuestra) y, luego, la de todos aquellos que nos acompañan en el proceso, estas alianzas son preciosísimas.

Por ejemplo, la decisión de superar el hospital monovalente y de utilizar el

hospital general para hacer los servicios psiquiátricos en los hospitales generales es una opción progresiva porque superar el hospital monovalente es entender que la enfermedad mental es una enfermedad como las otras.

Entonces, pasamos de una visión de la enfermedad mental como en el siglo XIX, con un legado de peligrosidad,



de especificidad, a una visión médica en la cual decimos: ¡No! La enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra y, por lo tanto, el lugar donde puede y debe ser tratada es en el hospital general.

Entonces esto no es decisión organizativa, es una decisión cultural. Es la decisión de definir qué se piensa, qué se tiene en mente cuan-

do se habla de enfermedad mental. Y, por lo tanto, es una decisión que se propone a la población diciendo: "Como pienso que la enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra, creo y genero servicios en los hospitales generales que sean los puntos de referencia para las personas que están mal". Y todo esto muy lógico.

Sin embargo, sabemos que esto no es cierto, sabemos que esto es falso, ya que no es verdad que la enfermedad mental sea una enfermedad como cualquier otra. Pero es un momento progresivo. Pensamos, muchos de nosotros, que el pasaje del hospital psiquiátrico (monovalente) al hospital general es un momento progresivo en la evolución de la cultura

de las personas y en la evolución de un sistema moderno que va hacia una política de salud mental. Pero puede detenerse ahí. Si el pasaje para abandonar, para superar el hospital psiquiátrico es progresivo, entonces, el hospital general es un buen momento de transición.

Para muchos psiquiatras, en particular, este que podría ser un momento de

transición es, en cambio, un momento definitivo. Dado que, en el hospital general, encuentran finalmente la realización de sí mismos como médicos, en un determinado momento aceptan con gusto esta situación del hospital general porque piensan que la enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra y finalmente han encontrado el lugar correcto junto a otros colegas para hacer lo que todo buen médico hace: trabajar en el hospital general.

Cuando nosotros pensamos, en cambio, en servicios en la comunidad, en servicios intermedios, en viviendas, en centros de salud mental ubicados en la comunidad que tengan bajo su responsabilidad una población determinada (el sistema en Trieste está organizado más o menos de esta manera), cuando pensamos en las cooperativas sociales, cuando pensamos en casa, trabajo y socialización como tres bases, tres pilares sobre los cuales debemos trabajar, evidentemente, nos alejamos mucho de un modelo médico, vamos mucho más allá. Pero esto no es fácil de hacer.

Porque en la población siempre existirá quienes seguirán imaginando a un loco como un sujeto pe-

ligroso. Una parte empezará a considerar al loco como una persona que está mal y que debe ser curada por el médico, por los enfermeros, por la sanidad y, existirá, en cambio, otra parte que comenzará a pensar que se sabe muy poco sobre qué es la locura y, por lo tanto, el problema queda abierto, la solución no está y, mientras tanto, debemos buscar y crear un abanico, una gama de múltiples respuestas que comiencen a responder a las necesidades de las personas.

Por nuestra experiencia y también la de ustedes, los sindicatos, los artistas, los administradores públicos, los vecinos del barrio, las asociaciones de familiares... en fin la lista de los posibles aliados es larguísima y se debe colocar en primera plana, en primer lugar. Estas alianzas no son fáciles. Es necesario buscarlas, saber que existen si las necesitamos e ir a buscarlas y, a menudo, este trabajo no se realiza porque se piensa que no se necesita a lo largo del proceso. También es importante el rol del periodismo, por supuesto.

CP: - En ese sentido, Franco, el mayor desafío es la apuesta a lo cultural. Es-

tamos trabajando colaborativamente con personas trabajadoras de prensa, de la cultura, de las organizaciones, porque son quienes también vehiculizan los modos de hablar del sufrimiento de los problemas de salud mental. Además, con el equipo de comunicación, estamos produciendo algunos contenidos para la comunidad. En particular, se trabaja en un ciclo que se llama Pastillas: Otra Dosis, haciendo alusión a la medicalización de las vidas, cuestión clave de la época. La idea de la entrevista también es hacerte algunas preguntas de orden general sobre la locura, para luego sumarte a esa producción, material de difusión para la comunidad, donde también participarán personajes de la cultura, del deporte, entre otros.

FR: - Cuando hablo no creo decir cosas que ustedes no conocen. Una tarea que puedo tener es la de, como hacen los maestros, subrayar, destacar aquello que ustedes ya saben. Quiero hacer hincapié en algunas cuestiones porque en nuestra experiencia, con frecuencia, hemos entendido poco, otras, hemos entendido mucho y por lo tanto nos gustaría asegurarnos que ustedes no cometan los

mismos errores que hicimos nosotros.

CP: - Agrego que eso es fundamental por el acuerdo de cooperación entre ustedes⁶ y Santa Fe, acompañarnos con su experiencia, con lo que ustedes pueden subrayar, señalarnos no olvidar, qué poner en primera página es fundamental para nosotros, en este intento de transformación que venimos caminando.

FR: -Yo creo que nosotros trabajamos desde hace años imaginando que es necesario que el médico y el paradigma de la psiquiatría sean superados por un paradigma de política de salud mental. En salud mental hay políticas que se están desarrollando en distintos países, pero muy lentamente. Hay reformas, leyes nuevas, sin embargo, a menudo se comprende muy poco qué es una política de salud mental y entonces, imaginar una provincia como la de ustedes, que es muy importante porque creo que, después de Buenos Aires, es la provincia más importante de la Argentina, entonces, una provincia evolucionada culturalmente que pueda de-

sarrollar una política integral de salud mental, para nosotros, es una magnífica oportunidad.

En este momento no vemos a nivel mundial ninguna realidad de estas dimensiones, de esta importancia que plantee el tema de un cambio y el desarrollo de una política de salud mental integral e integrada. Por lo tanto, esto que ustedes están construyendo para nosotros es un desafío absolutamente fascinante y en esto estamos junto a ustedes totalmente, porque que una provincia como la suya sea capaz de desarrollar una verdadera política de salud mental sería un ejemplo para el mundo.

Sin dudas, ha habido, en las últimas décadas, experiencias importantes. Asturias, Andalucía, en nuestra región, en alguna otra región italiana Toscana, Umbría y en la zona francesa. Pero, desde hace muchos años, no hay una región importante que esté desarrollando una verdadera política de salud mental y esto puede impulsar muchas cosas desde el momento en que ustedes tienen como respaldo una buena ley general, una buena ley nacional que puede ser un importante punto

de referencia. Si no ha sido aplicada completamente en todos estos años, me parece que existen condiciones bastante extraordinarias que no se presentan con mucha frecuencia y para nosotros es natural, es vital observar lo que ustedes logren hacer y, si podemos, aún de ese modo, cooperar, colaborar, estamos aquí para eso.



Video de la Entrevista a Franco Rotellide

The background features a series of wavy blue lines in the upper right quadrant and a series of wavy orange lines in the lower left quadrant. A solid red shape is on the left side, and a solid blue shape is in the bottom right corner.

Cuaderno de
experiencias en salud

Cuerpo y escritura: una experiencia de descolonización de subjetividades

Hernán Camoletto⁷

Patricia Cuffia⁸

1. La idea

Sacar el cuerpo y la palabra, moverse, pensarse, decirse desde y hacia afuera. Alucinar bien, delirarse bien, sacarse bien, estar productivo bien, fugarse bien. Revertir el signo que el manicomio imprime en nuestros cuerpos, en nuestras voces, en nuestras historias, en nuestros vínculos. Ésa fue la apuesta del espacio que construimos en la comunidad de Oliveros que, con el tiempo, llamamos “Cuerpo y escritura”. Cuerpo y escritura como acople. Cuerpo y escritura como zonas de un mismo territorio a develar, a crear y recrear desde las posibilidades del movimiento, las articulaciones, las elevaciones y los descensos, las rotaciones e inflexiones de un cuerpo-voz, de un ser-que-se-dice-en-el-mo-

vimiento. Un cuerpo singular y una escritura singular como formas de resistencia a la masificación institucional.

2. La experiencia

La previa

La experiencia comienza los martes por la mañana, temprano. Nos reunimos en el Centro Cultural del Hospital a las 9 en punto. A las 9.30 pasará el Tata que nos llevará al pueblo. Allí, en el espacio de la Biblioteca Popular “José Pedroni”, nos convocará el taller de “Cuerpo y escritura”. Cada jornada es un reinicio: el número de personas usuarias varía como varía el clima – puede haber sol, niebla o llover a cántaros – y la frecuencia del colectivo; quienes emprenderemos el viaje, nos fijamos que el dinero para los pasajes, los pases gratuitos de les usuaries que cuenten con ese recurso (por cada pase pueden viajar dos personas: le beneficiarie y un acompañante) estén, que estén, asimismo, los permisos de salida transitorios tanto de les usuaries participantes como de quienes coordinamos la actividad. En ese armado nos queda claro que ninguna propuesta, ninguna experiencia, ningún movimiento escapa del ojo total de la

7 (San Jorge, 1976). Es docente en Letras, coordinador de espacios de abordajes clínicos a partir de la producción escrita y artista visual. Desde 2001, ejerce la docencia en los niveles secundario, terciario y universitario. En 2007, comenzó a coordinar el taller de escritura de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros. Esa experiencia devino en “GUAU! | espacio de escritura”, dispositivo desde el cual usuaries y no usuaries de salud mental se han reunido, han debatido, han producido y hecho circular su escritura en libros, fanzines, revistas así como en medios digitales y medios masivos de comunicación. En 2013 comenzó a dictar “La Pesquisa”, taller de escritura para artistas. Vive en Rosario, trabaja en Rosario, Pérez, Oliveros y Córdoba. Mail de contacto: hernan.camoletto@gmail.com

8 (Resistencia, 1974). Es Musicoterapeuta, Instructora de Yoga y Esferoquinesis e Investigadora del Movimiento. Desde 2000, coordina espacios de salud, abordando el hacer en diferentes áreas: salud, salud mental, discapacidad. Ofrece clases de yoga y alineamiento consciente. En estos espacios trabaja el desarrollo y la ampliación tanto sensorial como perceptiva en relación con los conceptos de ser/habitar un cuerpo. Mail de contacto: patricuf@gmail.com

institución⁹. Entendemos que algo de la espontaneidad y el deseo se endurecen y que es tarea colectiva – al decir de Ulloa – resguardar la brizna, reavivar la llama (D’Agostino, 2007).

En la garita, en la ruta, pasada la barrera de ingreso (de salida, en este caso) se arma un entramado de voces. Alguien pregunta “¿cómo estás?”, alguien cuenta un sueño, un deseo, un problema, un chisme y en esos intercambios sin rumbo comienzan a aparecer los materiales con los que trabajaremos cuando llegemos al pueblo. En general, no vamos con actividades preestablecidas. Las propuestas llegan con el registro de lo que acontece en esos cuerpos, nuestros cuerpos, mientras pareciera que el taller aún no arrancó. Pero arranca el viaje. Subir al colectivo lleva su tiempo. La tierra de la banquina frente a la parada se fue desgastando y hay una hondonada que hace que el primer escalón del coche quede muy alto; hay que apagar los puchos; debemos reunirnos de a pares quienes viajamos con pase y sacar el dinero quienes podemos pagar nuestro viaje. Los 4 km de ruta 11 que hay entre la Colonia y el pueblo son transitados por nuestros cuerpos y nuestras voces o nuestros silencios. Algunas nos sentamos adelante, otras preferimos el medio o el fondo; hay a quienes nos gusta charlar con el chofer, con nuestros compañeros de asiento y también estamos quienes

miramos el paisaje sin hablar y también les que miramos para abajo como rehuendo a las miradas entre confusas y temerosas que indefectiblemente sentimos sobre nosotros porque todo en nosotros grita que somos parte del neuropsiquiátrico (como señala el cartel verde que marca la entrada al lugar que para nosotros – profesionales y usuaries – es el ámbito de trabajo, la casa o la condena o el olvido).

Llegamos al pueblo y el grupo se divide. La mayoría se encamina hacia el edificio de la biblioteca – una vieja estación de trenes recuperada – ubicada en medio de una plaza llena de eucaliptus, juegos y flores; un par vamos a la Santa Isabel a buscar las facturas que nos donan para el desayuno con el que abrimos cada mañana de taller. Al rato, limpiamos la mesa, nos levantamos y ponemos los cuerpos y los deseos – un tanto reavivados por el estar juntos – en acción.

3. El taller

*Presentación*¹⁰

El Taller de Escritura Experimental es un espacio amable y contenedor donde el cuerpo es mirado y concientizado como disparador para buscar en el lenguaje escrito un relato, una historia, un recuerdo, un espacio, un tiempo. El taller es un lugar de liberación de

9 El entramado de las instituciones totales repercute en la autonomía de quienes transitan por ellas (trabajadores y usuaries). Claramente hay responsabilidades de las que el hospital (en este caso) no se puede desentender y nosotros no pondremos en discusión ese punto, aunque sí el modo en que se actualiza. Cada vez que una usuarie desea participar de una actividad debe pedir permiso a les profesionales de su sala. Este modo institucional no solo burocratiza y muchas veces demora las actividades planificadas sino que va en detrimento de la autonomía que sería deseable manejaran les sujetos que transitan esos espacios. Según nuestro criterio, sería una cuestión a considerar un permiso general para la participación o no de las actividades según las estrategias de los equipos en relación con la situación subjetiva de les usuaries y no que el permiso de salida deba pedirse permanentemente (incluso para ir a otra sala o a la cantina del hospital). Incluso el concepto de “permiso” debería repensarse dado que implica diferentes grados de poder entre les actores cuando el encuadre clínico plantea otro tipo de vínculo.

10 Este texto surgió de la reflexión colectiva acerca de nuestro espacio de trabajo e introduce “Espacio nenúfar. Banco de alimentos”, publicación en la que reunimos producciones y propuestas de trabajo de las experiencias 2018 y 2019 (Camoletto & Cuffia, 2017).

nuestras experiencias en un marco de libertad. Libertad como experiencia beneficiosa.

Beneficiosa la escritura que permite bajar ideas, pensamientos, memorias, emociones, sensaciones. Cuando trabajamos el cuerpo (que es un texto) y luego trabajamos la escritura se restablece una conexión entre dos planos que, generalmente, transitamos paralelamente.

El cuerpo es un lugar de cruce, la escritura es un lugar de cruce. El cruce entre cuerpo y escritura permite destrabar algunos bloqueos, que caigan algunas barreras que construimos sin darnos cuenta, olvidando la unidad que somos.

¿Cuánto influyen la sociedad y los modos ajenos en nuestros modos, en nuestros tiempos? ¿Cómo podemos restituir algo de lo propio en la producción que es (casi) siempre para otros?

4. Algunas producciones

Me gusta la música, toda clase.

Y moverme y cantar también.

Soy así, de bailar.

Cuando bailo, siento que mi cuerpo está bien,

Las piernas ágiles

los brazos sueltos y sola.

Las caderas bien movidas.

Me gusta la cumbia y la música que me haga levantar el cuerpo.

H.L.

Soy gorda

las piernas gordas

el cuerpo gordo

las manos gordas

los ojos marrones

el pelo negro con rulos.

Soy linda.

C. W.

El torero

Me va a pasar con los paños color rojo y atravesar hasta hacerme caer al suelo. No quiere decir nada superior para el torero. ¡Coño! Qué traición parecía un brazuelo.

M.A.A.

Un gato

El gato el oso el mar y el sauce.

Movimos los brazos los pies y el talón,

Cabeza, cintura.

Yo tengo un gato. Salta,

juega y camina arriba de la mesa y maúlla.

El sauce se cría en los montes se puede subir.

El gato se puede subir al sauce y al mar y esconderse de los otros.

E.N.

Todo empieza con un oso. Es bello y se encuentra con un gato y se hacen amigos. Luego, se van al mar. Encontraron un sauce. Justo en ese momento se dieron un abrazo y sus pies y talones estaban calientes y sus cinturas se movían con la brisa del mar. Por un momento empezaron a sentir un fuerte dolor de cabeza pero ellos estaban muy felices.

M.R.A.

Fui a la Municipalidad y me dijeron que me iban a dar trabajo. Me puse contento.

J.V.

Me siento bien cuando estoy solo y nadie me molesta. Me siento bien cuando mi abuela me hace tortas asadas y me hace empanadas de jamón y queso.

J.V.

Cuando empecé a sentir que tocaba la guitarra, sentí mucha emoción y contento.

Aguante los dientes torcidos.

Cuando era chica, toqué el órgano. Toqué una sola tecla.

M.R.A.

Recuerdo el palpar de mi corazón en el momento que di a luz a Ludmila.

Cómo propulsa vida mi corazón, cómo fluye amor la sangre. Desde el interior de mi corazón siento alegría, felicidad, amor interminable.

Siento un dulcísimo cariño, alegría, salud y bienestar. Amo a mi hija con el alma y con mi corazón.

M.R.

Estaban los hematíes o glóbulos rojos muy activos buscando oxígeno y de golpe vieron que entraban corpúsculos raros en el torrente sanguíneo y no sabían qué era y les preguntaron qué pasaba y estos le dijeron: – Me pa-

rece que son virus.

Los glóbulos blancos les dijeron a los hematíes o glóbulos rojos: – No se preocupen, esto es un problema nuestro. Los glóbulos blancos entraron en batalla ardua y, al final, la perdieron.

Una historia sin final feliz pero fue una historia.

A.O.

Me había olvidado de la fuerza que hay que hacer para tocar el piano. Igualmente me sentí bien tocando. ¡Gracias a Dios!

G.Z.

Me siento muy bien cuando estoy feliz. Que estoy contento que mi familia me quiere. Mi hermana tiene tres hijos: Chiara, Evelyn y Benjamín. Mi otra hermana tiene una nena que se llama Francesca. Mi mamá se llama Gabriela, hija de un policía. Mi abuela materna vivía en una casa muy linda con plantas de girasol, maíz y salían a laburar al amanecer en la Comuna.

J. V.

Me gustan los libros. El miedo es no poder leer. Las teclas son duras suaves. La calculadora.

E. N.

Descubrir sin avistar cuándo oír algo.

M. A. A

Había una vez una virgencita, la hija de la virgen, Dios y el padre de Dios. Estaban rezando en la iglesia cristiana evangélica que queda en Oliveros. Dan facturas, chocolates, leche. Voy los sábados con una amiga, Domínguez. Tocamos la guitarra y la armónica. Yo toco la guitarra. Toco bien. Volvemos bien

C. W.

5. Algunas propuestas de trabajo

Cuerpo y escritura

- 1) Escribiremos un texto sobre las sensaciones, imágenes, percepciones, recuerdos que te atraviesan cuando escribís.
- 2) De acuerdo a tu experiencia:
¿Qué parte/s de tu cuerpo se activa/n cuando escribís?
¿Cómo está tu espalda?
¿Qué posición toman tus pies?
¿De qué manera agarrás la birome?
¿Cuánta presión ejercés sobre el papel?
¿Qué hace tu boca mientras escribís?
El otro brazo, ¿dónde está?
¿Cómo es tu respiración?
¿Tomás alguna pausa?
- 3) ¿Te animás a dibujar tu cuerpo escribiendo?

Recorrido externo para un armado interno

- 1) Vamos a recorrer un espacio abierto (¿cuál?). Es muy importante prestar atención a los estímulos sensoriales (olores, imágenes, colores, sonidos, texturas, etc.).
- 2) En este recorrido, vamos a elegir un elemento tangible y lo guardaremos.
- 3) Con los elementos recolectados, construiremos la imagen de un cuerpo. Recordá que estamos jugando (muy en serio, como siempre, pero jugando así que el cuerpo que armes puede ser como lo deseés).
- 4) Ahora, le daremos un nombre a este ser cuyo cuerpo creamos y lo vamos a describir (la descripción puede ser oral o escrita).

Tu cuerpo es como...

- 1) Elegiremos un tema musical que nos guste y propondremos un paso de baile al resto del grupo. Mientras bailamos, pondremos atención a qué partes de tu cuerpo movemos. ¿Y les otros? ¿Qué sensaciones se generan en nuestro cuerpo a partir del movimiento y la observación? Tratemos de recordar lo que observamos y sentimos.
- 2) Ejercicio de escritura (sentades en la mesa de escritura):
 - a) Elegí un compañere y compartí con elle todo lo que hayas visto, pensado, sentido durante el baile.
 - b) Elegí una parte del cuerpo de tu compañere, describile y comparale con un elemento imaginario.

Ej.: la cabeza de X es como un melón porque cuando bailaba se le mueve para todos lados.

Cada grupo compartirá con el resto las comparaciones que hayan surgido.

Me escucho / me...

- 1) Vamos a elegir un libro que nos guste/nos interese por alguna razón.
- 2) Seleccionaremos un fragmento.
- 3) Vamos a hacer la prueba de grabarnos (con el celu) mientras lo leemos en voz alta.
- 4) Ahora, vamos a escuchar la grabación. ¿Qué sensación te produce oírte? Al oír tu lectura, ¿aparecen recuerdos, sensaciones, emociones? ¿Cuáles?

Recorridos

Los desplazamientos físicos son también desplazamientos subjetivos.

- 1) Elijamos un espacio exterior (un patio, el barrio, etc.) para dar un paseo.
- 2) Durante la caminata, prestaremos atención al paisaje. ¿Cómo es el espacio? ¿Hay casas, negocios? ¿Hay animales? ¿Hay árboles? ¿Y personas? ¿Cómo son?
- 3) Cada participante compartirá la experiencia con los demás. Cuando terminemos de intercambiar experiencias, cada uno escribirá un texto a partir de lo observado, sentido, percibido.

Consideramos que en el trabajo, aunque sea individual, siempre se pone en juego otre. No podemos hacer si no es desde, con, contra, junto, para, ante otros. Es en el encuentro donde nos es posible – al menos apostamos a esa posibilidad – habitar en nuestras singularidades. Sabemos quié-

nes somos justamente asomándonos a las historias, los tiempos, las voces de otros.

Este relato intenta dar cuenta de una experiencia que fue comandada por esa idea, que intentó abrirse a esa posibilidad. Y en ese sentido, esperamos que esta experiencia constituya otre desde el cual cada uno de ustedes pueda encontrarse en lo comunitario, en la maravilla del hacer colectivo.

Bibliografía

Camoleto, H., & Cuffia, P. (2017). Espacio Nenúfar. Banco de alimentos. Argentina: GUAU! espacio de escritura.

D'Agostino, L. (2007). Fundamentos de la práctica en el hospital de día. En I. Vegh, Una cita con la psicosis (págs. 67-79). Argentina: Homo Sapiens.

Sobre experiencias inaugurales y actos fundantes

Emilia Fraile¹¹

Laura Pallero¹²

Paula Raviolo¹³

Ana L. Batistella; Paula J. Cardú; Alejo Farias; Candelaria Guerrero; Alexis Lasso; Joaquín Patrouilleau; Agustina Peretti; Martina Ramello; Camila, Zalazar¹⁴

Nuestra escritura quiere ser reflexión y al mismo tiempo homenaje

*a la difícil tarea que convoca a los ofi-
ciantes de cada día.*

*Korinfeld, Daniel (Frigerio & Korinfeld,
2019, pág. 25)*

I- Introduciendo a las y los imprescindibles (o la categoría de agentes estatales)

El presente escrito intenta, en primer lugar, homenajear¹⁵ a aquellas/os “compañeras/os imprescindibles”¹⁶, a aquellas/os actores fundamentales de una experiencia inaugural que, por tanto, aspira a un “estar-siendo” fundante¹⁷. Experiencia que, sin perder su potencia instituyente, ansía proclamarse como un modo particular de “Habitar el Estado” (Abad & Mariana, 2013), de transitar la común-unidad. Es decir, el territorio de lo común¹⁸ y lo comunitario.

En segundo lugar, y no por ello menor, este escrito es pensado como acto de mantener viva la llama de esos “(...) fueguitos que arden la vida con tantas ganas (...)” (Galeano, 1989, pág. 5), a esas niñeces que arden – y nos encienden – en la calidez de cada encuentro y con el solo hecho de invitarles a remontar vientos de juego. A ellas y

11 Terapeuta Ocupacional; Área de Infancias y Juventudes- Dirección Provincial de Salud Mental (DPSM); Ministerio de Salud; (areainfanciasmsf@gmail.com)

12 Psicóloga; Área de Infancias y Juventudes- DPSM; Ministerio de Salud; (areainfanciasmsf@gmail.com)

13 Psicóloga; Área de Infancias y Juventudes- DPSM; Ministerio de Salud; (areainfanciasmsf@gmail.com)

14 Residentes Culturales (cohorte 2021); “La Redonda. Arte y Vida”; Ministerio de Cultura

15 Tanto las y los residentes –como los espacios lúdicos en donde se desarrolló la experiencia– estuvieron acompañadas/os y sostenidas/os por integrantes del Equipo Pedagógico de La Redonda: Mercedes Rondina, y Nicolás Prust. A ellas/os también va este homenaje.

16 Parfraseando al poema de B. Brecht e inmortalizado por Silvio Rodríguez en su Canción “Sueño con Serpiente” incluida en su disco ‘Días y flores’ (1975): “Hay hombres que luchan un día/y son buenos/Hay otros que luchan un año/y son mejores/Hay quienes luchan muchos años/y son muy buenos/Pero hay los que luchan toda la vida/Esos son los imprescindibles.”

17 Kusch, R. (1978) hace referencia a un “estar-siendo como juego”. Para el autor el “(...) vivir significa recorrer los senderos contradictorios entre el estar y el es para lograr con la mediación del juego la coincidencia feliz del fundamento. Desde este ángulo la fórmula de estar-siendo implica la paradoja de lo humano mismo, donde el obrar apunta al es, pero dentro de lo que ya está dado en lo impensable de lo que está. De ahí lo gerundivo del es (...) Lo lúdico abre un área de interpretación de lo humano que no es fija sino dinámica. A partir de aquí no tiene sentido trazar modelos rígidos, sino en todo caso en movimiento. Y en tanto no se trata de tomar en cuenta algo sustancial, sino lo dinámico, cabe la variedad tipológica del hombre, pero también su unidad en todas sus gamas” (pp.60-61).

18 Rolnik, S. (2019, pp. 19-20) lo define de la siguiente manera: “(...) lo común como campo inmanente de la pulsión vital de un cuerpo social cuando este la toma en sus manos, de manera tal de direccionarla hacia la creación de modos de existencia que pide paso.”

ellos nuestra gratitud, con ellas y ellos nuestra apuesta.

Realizadas las menciones precedentes, el relato recupera las voces, en primera persona, de las y los residentes culturales de la Redonda¹⁹, quienes acompañadas/os²⁰ por un equipo (dis)posicionado en la intersección “entre-discursiva” de dos campos referenciales: “cultura” y “salud (mental)”²¹; y anudados por la pertenencia a un tercer campo de “lo público” – con sus espacios y temporalidades particulares –, hicieron de esta apuesta un acierto.

En este punto es preciso indicar a qué nos referíamos en el subtítulo de este apartado con “Agentes estatales”. Siguiendo a Abad y Cantarelli (2013) podemos definirlos como:

(...) aquel grupo de actores que ocupa un espacio en las instituciones estatales y tiene por ello algún tipo de implicación en el planeamiento, ejecución y diseño de una política pública. No hay duda de que las competencias, las tareas y las escalas son muy distintas según el espacio que se ocupe, pero también es cierto que en todos los espacios existe alguna clase de implicancia subjetiva.

Sin más prolegómenos, tanto niñeces como residentes son definidos aquí como

estas/os actores imprescindibles por su implicación en lo que definimos como experiencia inaugural.

II- Sobre mundos, tramas y umbrales (o dispositivos en clave de hibridación)

“(…) la hibridación (…) expresa en los estudios sociales

los procesos socioculturales en los que estructuras o prácticas discretas,

que existían en forma separada,

se combinan para generar nuevas estructuras, objetos y prácticas.”

(Altobelli & Grandal, 2019)

El nudo Borromeo²² puede presentarse como una metáfora potente para intentar asir el acontecimiento producto de la intersección entre tres campos discursivos.

En esa intersección ubicamos la experiencia inaugural de lo que se convertirá en un proyecto para la conformación de Dispositivos Lúdicos Comunitarios²³, sustitutivos a lógicas totalizantes²⁴.

La estructura topológica de este nudo

19 Este antiguo taller de locomotoras, edificio de alto valor patrimonial, fue recuperado y refuncionalizado para su uso público en 2009 por el Gobierno de la Provincia de Santa Fe. Es un proyecto cultural, social y pedagógico que busca propiciar el cruce y los vínculos intergeneracionales a través del juego y el contacto con las diversas materialidades. Este proyecto se desarrolla, no sólo con las propuestas lúdicas y constructivas en cada espacio, sino también con una serie de programas orientados a la formación de jóvenes y adultos.

20 Cabe mencionar a las y los compañeras/os Psicol. Ariel Banchio y Méd. Lourdes Fassino y a través suyo a los equipos de los Centros de Atención Primaria en Salud de los Barrios Varadero Sarsotti y Gutiérrez quienes se aventuraron en la apuesta, alojaron la propuesta y principalmente se apropiaron de los procesos de cuidados.

21 “Salud ele (Mental)”, diría Fernando, Ulloa y agregaría, “Con toda la mar detrás”, título de su libro publicado en 2013 (Ulloa, 2013)

22 La utilización de la metáfora del nudo Borromeo, escapa a la conceptualización lacaniana en torno a los registros Real – Simbólico – Imaginario (RSI). Aunque no descartamos su potencial explicativo, producto de una licencia teórica interesada en ahondar en la profundización de este entrecruzamiento, esa empresa excede los objetivos del presente escrito.

23 Se puede encontrar más información en los siguientes enlaces, a saber: <https://youtu.be/9EO5AIJdVQ>; <https://www.youtube.com/watch?v=wI2aweceNQQ>

24 Proyecto por presentar a la Dirección Provincial de Salud Mental de Santa Fe para su futura formalización

implica un modo singular de consistencia por el cual tres términos se enlazan entre sí sin que ninguno prevalezca sobre los demás, por un lado, y, por otro, el hecho de que basta que una de las cuerdas se corte para que todo el conjunto anudado se desanude. Entonces entendemos que, la posibilidad de escalar un dispositivo como el que inauguramos con esta experiencia dependerá necesariamente de la participación de los tres campos: la experiencia cultural, salud y el espacio de lo público (como modo de habitar el Estado y sus instituciones).

Al respecto se vuelve ineludible citar a Donald Winnicott. Este autor

(...) nos enseña que el lugar de ubicación de la experiencia cultural es el espacio potencial que existe entre el individuo y su ambiente. Usa experiencia cultural como expresión que amplía el territorio de los fenómenos transicionales y del jugar, y sitúa la zona de juego como la parte de la mente dónde se encuentra esa experiencia cultural. (Winnicott, D; citado por Altobelli, H. y Grandal, L.; 2019)

Ahora bien, es momento de traer estas voces protagónicas para dar materialidad a nuestros derroteros teóricos:

Esta experiencia única y transformadora, me ayudó a tener un posicionamiento político mucho más sólido sobre lo que respecta al juego, el espacio público y la salud mental y como esos tres mundos (que creía separados e imposibles de juntarse) pueden tejer una trama en la que muchísimas infancias pueden crecer libres, felices, jugando y lograr transformaciones que jamás hubiese imagi-

nado. (Camila; Residente Cultural; 2021)

Estoy muy agradecido por la posibilidad de haber sido parte de un proyecto como este donde se integran los espacios culturales con el juego, la salud y el espacio público. Un proyecto que sienta las bases para pensar políticas a largo plazo en torno a estas temáticas. (Alexis; Residente Cultural, 2021)



Muchas veces hemos ofrecido la idea de “umbrales mínimos” (Benedetti, Abordaje de consumos problemáticos en distintos niveles de Salud, 2019), de exigencias o requerimiento, ante las preguntas ansiosas y anticipatorias de las/los residentes y compañeras/os. “¿Qué niñeces convocaremos? ¿Qué niñeces acudirán al encuentro? Ante esta pregunta, nuestra respuesta, amplia – como la clínica

que queremos instaurar – inclusiva, por momentos incierta, solo cobró sentido après-coup²⁵: todas las niñeces que se sientan convocadas por la invitación a jugar.

III- Sobre espacios que proponen “aceptarlo todo”

Ante la pregunta: “¿qué se espera que hagamos?”²⁶ Respondíamos “estar disponibles” para propiciar ese jugar-jugando²⁷.



Nosotras hablábamos del “disponibilidad” como “(...) disposición interior sin disposición que se abre a la diversidad” (Jullien, 2013, pág. 32). Para el autor “(...) la disponibilidad consistirá en mantener el abanico completamente abierto –sin rigidez ni eva-

sión– de manera de responder plenamente a cada solicitud que surge” (Jullien, 2013, pág. 35 y 36). En otras palabras, hablábamos de la disposición a no ocupar ninguna posición para poder ocupar todas las que sean necesarias en algún momento, pero Ana Laura fue la responsable de ofrecernos esta otra distinción:

Hay espacios que exigen “entenderlo todo”. Estos espacios acostumbran a tener paredes y techos que resguardan a las personas, así como las personas que están allí suelen ser comprendidas mediante esquemas y teorías. El otro es otro: un diagnóstico, una clasificación, un concepto. Por lo que uno tiene que luchar por mantenerse cuerdo en este tipo de espacios. (Ana Laura, Residente Cultural, 2021)

(...)

Sin embargo, también tuve la oportunidad de participar en espacios que proponen “aceptarlo todo”. Pienso que la plaza de al lado del Centro de Salud Varadero Sarsotti fue un sitio de este tipo. Sin más techos que el cielo con su sol o con sus nubes y sin más paredes que las del viento. El lugar estaba delineado por calles de tierra y era habitado tanto por los chicos que llegaban en ramilletes, solos, con familiares o acompañados por algún perro. Cada lunes la plaza se abría para invitarnos, a grandes y a chicos al arte y el juego. (Ana Laura, Residente Cultural, 2021)

Así también, Ana Laura, nos trajo el discurso de Chesterton y del arte:

25 Fenómeno temporal de retrosignificación.

26 Pregunta puesta en circulación tanto por las/los residentes como por los integrantes de los equipos de salud.

27 No podemos evitar no tentarnos en traer aquí una frase de Deligny, F.: “Tu muletilla deber ser: – A qué vamos a jugar?” (Deligny, 2017, pág. 40)

La poesía es cuerda porque flota sin esfuerzo en un mar infinito; la razón pretende cruzar el mar infinito y hacerlo así finito (...) Aceptarlo todo, es un ejercicio; entenderlo todo, es un esfuerzo (...) El poeta sólo pretende entrar su cabeza en el cielo. El lógico es el que pretende hacer entrar el cielo en su cabeza (...). La frase común que se aplica a la insania, desde este punto de vista es errónea. Loco no es el hombre que ha perdido la razón. Loco es el hombre que ha perdido todo, menos la razón. (Ana Laura, Residente Cultural, 2021)

Estas dos palabras (arte y juego) tienen un potencial increíble. El arte porque como dice Chesterton, nos permite contemplar la infinitud del cielo sin reducirla. Nos regala una nueva perspectiva: el asombro. Todo es novedoso porque lo miramos desde una curiosidad inagotable. El arte nos desacomtumba, nos saca de la rutina para volvernos más conscientes, nos enfrenta al espejo y nos interpela. El juego, por otro lado, porque es el tiempo del disfrute. Lo lúdico permite un ensayo de la vida en donde los “errores” se toman con risa. Así el juego va aflojando el miedo a equivocarnos, la timidez y la vergüenza y va tejiendo vínculos con los demás a medida que los va implicando en la misma acción. Así como también hubo niños que mediante el juego desafiaron los límites de sus diagnósticos. Siempre procuramos que nuestra mirada hacia ellos sea desde la posibilidad, sin preconceptos. (Ana Laura, Residente Cultural, 2021)

IV- Sobre efectos y afectos (de la efectividad a la efectuación)

Junto a Levi-Straus podemos decir que la eficacia de nuestras prácticas implica

una creencia en ellas,
en este caso una creencia política.

Arias, Delfina (Arias, 2021, pág. 112)

Muchas veces nos hemos preguntado sobre los efectos de los dispositivos grupales, entendiendo que, para que un proyecto pueda considerarse como política pública debería justificar su eficacia en la posibilidad de otorgarle un “valor” (cuantía) a sus efectos subjetivantes. Pero la pregunta por ese valor nunca fue fácil de responder.

La dificultad aquí radica en que quizás, a veces, seguimos anclados en una ilusión “totalizante” cuando explícitamente nos embarcamos en proyectos sustitutos a estas lógicas. Entonces, será mejor apostar a “lo común”.

Ni científicismo, ni moralismo. Para Abad y Cantarelli (2013) los efectos del tipo de pensamiento clasificado como estatal es la producción y sostén de lo común.

Al respecto postula: “El pensamiento estatal – en oposición al pensamiento mercantil o corporativo – concibe el pensar como proceso de construcción de una unidad artificial que hace de una multiplicidad étnica y cultural situado en diversos espacios locales, un sujeto ciudadano en un territorio.” (Abad & Mariana, 2013, pág. 82)

Rafael De Piano (2019) comparte esta preocupación por la efectividad de la práctica y dice: “(...) esta preocupación refiere sobre todo a la capacidad de efectuar diferencias, es decir, de potenciar otros devenires en relación con los oficios en los que nos toca actuar (...). Por ello llevamos efectividad a efectuación.” (De Piano, 2019, pág. 193)

En los escritos de las y los residentes, en-



contramos, por doquier, demostraciones de estos efectos subjetivantes y su implicación en “(...) el diseño, ejecución y sostenimiento de una marcación que decide sobre el lugar de la particularidad y las formas de su posible articulación.” (Abad & Mariana, 2013, pág. 82) Operaciones distintivas del pensamiento estatal y sus agentes.

Recuperemos nuevamente sus voces para hacer lugar al relato de la experiencia:

Lo que más me llevo de esta experiencia es poder ver el cambio en cada uno de los niños gracias al juego, uno puede estudiar mucho sobre el juego, pero el poder ver estas transformaciones me sirvió muchísimo para valorarlo más (...) (Camila, Residente Cultural, 2021)

Aún más, recorriendo las valiosas bitácoras de las/los actores que nos ocupan encontramos en acto lo que De Piano describe en la siguiente cita:

(...) partimos de los puntos problemáticos desde los sensible, no en el sentido de quien reacciona siempre a una situación ordinaria de una misma manera, sino en el del que trata de disponer esa sensibilidad, como entrenamiento y percepción de las fuerzas que advierte y que dan cuenta de que algo distinto está ocurriendo, y que aún, no sabemos qué. (De Piano, 2019, pág. 193)

Siguiendo esta idea, las participantes refieren:

Fue mi primera experiencia de trabajo sociocultural y me llevo herramientas útiles... también hallazgos a nivel personal como por ejemplo un desarrollo de mi sensibilidad, la posibilidad de conocer, nutrirme y conectar con otras realidades, reflexionar acerca de la mi realidad, compartir y retroalimentarse con mis compañerxs. (Alexis, Residente Cultural, 2021)

Me llevo los momentos donde (ya sea dentro de las consignas pautadas o no) pude ver (y sentir) ese cruce de frontera del cual hablamos. El juego por el juego en sí. Los vínculos, entre los niños, nosotros e incluso entre nosotros mediados a través de juego. (Paula, Residente Cultural, 2021)

Creo que en el intercambio²⁸ con el otro es cuando uno crece, en el intercambio con mi compañero, mi coordinadora, el equipo de salud, les niñez, siento que fue en ese intercambio donde pude crecer, enriquecerme, aprender y transformarse. (Camila, Residente Cultural, 2021)

Me van a quedar guardados los momentos donde me maravillaban los aportes

28 Graciela Frigerio en su Prólogo al libro “Cosas Dichas y Des-dichas (...)” (Frigerio & Korinfeld, 2019, pág. 9) hace hincapié en esta búsqueda de “intercambio”, antecedentes de los escritos que componen el mencionado libro.

de los niños, su imaginación y sus maneras hermosas de crear. (Paula, Residente Cultural, 2021)

Winnicott en Realidad y Juego define a la creatividad como aquello que “(...) hace que el individuo sienta que la vida vale la pena de vivirse.” (Winnicott, 1993, pág. 93)

La plaza cada lunes se colmaba de arte y de juego. Y aunque contemplábamos los frutos de estas actividades en los niños, los beneficios también se expandieron a las familias (...). Este tipo de espacios son de suma importancia porque en ellos se crean comunidades y se generan vínculos. Y cuando las interacciones se potencian se potencian también los aprendizajes. (Ana Laura, Residente Cultural, 2021)

V- A al final... siempre es una invitación a confiar

La apuesta siempre implicó confiar, desde un inicio y, aún más ahora, en el legado para su continuidad.

Todavía me acuerdo de los nervios del primer día, toda esa mochila cargada de miedos, incertidumbres con la que llegamos, el no saber si iba a haber niños, si iban a querer jugar con nosotros, si íbamos a poder crear un lazo, entre tantos otros. Pero ahí estaban ellos, acompañados por su familia esperándonos con una sonrisa y con muchas ganas de jugar. Esos miedos se fueron aplacando y se convirtieron en ansiedad y alegría de que llegue el lunes para volver a encontrarnos. Así empezamos nuestro camino de construcción, crecimiento, intercambio y sobre todo juego. (Camila, Residente Cultural, 2021)

Es sumamente gratificante, al momento de hacer una reflexión sobre el proceso que se llevó a cabo, observar la evolución que hubo en todo lo anteriormente mencionado. Poder notar cómo la incertidumbre y las inseguridades propias de lo nuevo, fueron mermando en mí (y creo que en todos mis compañeros) a lo largo de cada encuentro y se volvieron progresivamente un intercambio fluido de confianza, cariño y aprendizaje mutuo con los niños. (Alexis, Residente Cultural, 2021).

Para Cornu, L. (2007) la “confianza emancipadora” es una forma de “hacer compañía”, que se transmite en la experiencia compartida (Cornu, 2007, pág. 108).

Una vez más, la experiencia en primera persona nos revela su puesta en “situación”:

Antes de empezar Cari²⁹ me hizo a mí el juego del comecoco y me di cuenta que ya estaba en confianza. Ella y Blanca se sentaron al lado mío (...). Por ser la primera visita nos fue muy bien, logramos tener su atención y su confianza. Quizás el próximo paso sea que se empiecen a conocer más entre ellos. (Ana, Residente Cultural, 2021)

Creo que cada momento del encuentro se desarrolló con el tiempo que requería, y que pudimos ser flexibles y adaptar la actividad. Me interesa que en los próximos encuentros se pueda potenciar la confianza para habilitar el hacer. (Paula, Residente Cultural, 2021)

Considero que sin dudas que se ha dado un gran paso a futuro y no hubiese sido posible sin la predisposición de todos los involucrados a tirar para el mismo lado, trabajar en equipo y confiar. (Alexis, Residente Cultural, 2021)

29 Los nombres de las niñas son ficticios a fin de preservar la confidencialidad.

Dice Cornu: "El ejercicio de un acompañamiento presupone una conciencia de que alguien vendrá atrás suyo. El acompañamiento es entonces el cuidado de los que aprenden a cuidar de un objeto en común. Es la entrada de la reciprocidad". (Cornu, 2007, pág. 113)

Entrada que, a modo de premonición teórica y en retrospectiva, aparece en los relatos de esta experiencia.

La reflexión y la conclusión que me quedó es la reciprocidad que se genera en este tipo de propuestas y lo mucho que tenemos para aprender no sólo en el ámbito profesional o académico de cada uno, sino sobre todo, en el aspecto personal. (Alexis, Residente Cultural, 2021)

Finalmente, y casi como un designio, en esta conciencia de que alguien vendrá atrás suyo, para el cuidado de lo común, nos resuenan estas palabras: "Me quedo con la pregunta de ¿Cuándo vuelven?, que me demuestra una vez más la importancia de estar, sentir, crear, reír y jugar con otros". (Paula, Residente Cultural, 2021).

Bibliografía

- Abad, S., & Mariana, C. (2013). *Habitar el Estado*. Argentina: Hydra.
- Altobelli, H., & Grandal, L. (2019). Diseño de dispositivos de intervención clínica en clave de hibridación: montaje en bricolage. En *Entreveros y afinidades 2*. Argentina.
- Arias, D. (2021). El gesto de la hechicería. En G. Frigerio, & D. Korinfeld, *Cosas dichas y desdichas. A propósito de los oficios del lazo*. Argentina: Seisdedos.
- Benedetti, E. (14 de 08 de 2019). *Abordaje de consumos problemáticos en distintos niveles de Salud*. Santa Fe, Santa Fe, Argentina: s.e.
- Benedetti, E. (s.f.). *Abordaje de consumos problemáticos en distintos niveles de Salud*.
- Chesterton, K. G. (1908). *Una mirada desde el arte y el juego*.
- Cornu, L. (2007). El oficio de hacer humanidad. En G. Frigerio, D. Korinfeld, & C. Rodríguez, *Trabajar en Instituciones: los oficios del lazo*. Argentina: Noveduc.
- De Piano, R. (2019). Oficio del lazo, conflictos de saberes. Resonando hacia una fragilidad común. En G. Frigerio, D. Korinfeld, & C. Rodríguez, *Las instituciones saberes en acción. Aportes para un pensamiento clínico*. Argentina: Noveduc.
- Deligny, F. (2017). *Semilla de crápula. Consejos para los educadores que quieran cultivarla*. Argentina: Cactus.
- Frigerio, G., & Korinfeld, D. (2019). *Cosas dichas y desdichas (a propósito de los oficios del lazo)*. Argentina: Seisdedos.
- Galeano, E. (1989). *El libro de los abrazos*. Argentina: Siglo XXI.
- Jullien, F. (2013). *Cinco Conceptos Propuestos al Psicoanálisis*. Argentina: El Cuenco de Plata.
- Korinfeld, D. (2021). Dichas y desdichas. En G. Frigerio, & D. Korinfeld, *Cosas dichas y desdichas. A propósito de los oficios del lazo*. Buenos Aires: Seisdedos.
- Kusch, R. (1977). Esbozo de una antropología filosófica americana. *Revista de Filosofía Latinoamericana y Ciencias Sociales*. Fundación OSDE (5/6), 101-146. Recuperado el 13 de enero de 2022, de <https://asociacionfilosofialatinoamericana.files.wordpress.com/2018/12/kusch-esbozo-de-una-antropologia-filosofica-americana.pdf>
- Ulloa, F. (2013). *Salud ele (Mental). Con toda la mar detrás*. Argentina: Libros del Zorzal.
- Winnicott, D. (1993). *Realidad y juego*. España: Gedisa.



Videos sobre el texto “Experiencias inaugurales y actos fundantes”.

Capullos de salud

Diego Sacchelli³⁰

Colaborador, Andrés Tonón³¹

Los actos son motores transformadores de la realidad. En este sentido, los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de las localidades de Lehmann y de Ataliva funcionan, con un equipo que se fue ampliando con la incorporación de profesionales de distintas disciplinas, desde hace aproximadamente diez años. Brindan un servicio de clínica médica, pediatría, odontología, enfermería y salud mental. Entre los actos que llevan a cabo, escuchar y asociar libremente han sido los primeros. El territorio, la práctica, sus actores e intereses son los referentes para el desarrollo de un trabajo integrador donde salud, educación y comunidad se conciben como campos que se integran para el encuentro con los otros, para el desarrollo de las posibilidades y oportunidades. Es oportuno recuperar la idea de que amar y trabajar, tal como Soave et. al. (Soave, y otros, 2015) retoman de Freud, es salud.

El trabajo, el territorio, la cotidianeidad, la demanda, desplazan y alejan de las teorías a los equipos de salud y los centran en la práctica. En este sentido, debieron renovar la integración con la comunidad. Es importante explicar que nuestro ámbito son pueblos con amplia zona rural, pero muy cercanos a ciudades grandes como Rafaela y Suncha-

les. Esta situación de cercanía debiera ampliar las posibilidades económicas, culturales, sanitarias, entre otras. Sin embargo, las dificultades de accesibilidad limitan las oportunidades. Por ello, el trabajo de los equipos de salud implica la permeabilidad para reconocer necesidades y acompañar los procesos organizativos de los vecinos para darles respuesta. Por ejemplo, en el marco de reuniones de las que el CAPS participaba en Nueva Lehmann³² sobre las cuestiones de salud, surgieron otras problemáticas como el acceso al agua potable, la educación secundaria, la recolección de residuos, entre otras. El CAPS no puede dar respuesta a ellas pero sí ser parte facilitadora en un entramado que, partiendo de la escucha y la apertura, convierte la vinculación para el trabajo en una práctica cotidiana. Así, “Al abordaje”, “Bancos de salud”, “Echar raíces”³³, fueron distintos momentos y actividades de proyectos que, a pesar de una formalización escrita escueta, siempre han tenido en común la práctica y el trabajo en terreno.

Desde salud se propuso como trabajo un cambio de paradigma: dejar de ser “el dispensario”, el Servicio de Atención Médica a la Comunidad (SAMCo), que dispensa salud o atiende la enfermedad para ser lo que hoy podemos definir como productores de salud. En relación con ello, se entiende a la salud como un bien social, que abarca comunidad, educación, trabajo, instituciones estatales y

30 Psicólogo de Centros de Atención Primaria (CAPS) de Lehmann y Ataliva

31 Director de la Escuela N° 199 “General José de San Martín”

32 Nueva Lehmann es una pequeña localidad cercana a Lehmann que depende administrativamente de este lugar.

33 Todos estos proyectos implicaron la intervención de los equipos de salud, junto con otras instituciones, en la ruralidad.

demás, que sean generadores de posibilidades y oportunidades para todos los actores.

Integrando la ruralidad

El origen de todos los proyectos en los que se participó fue la actitud de acercamiento de la Atención Primaria de la Salud a la ruralidad, detectada en las salidas realizadas por el equipo de salud del CAPS Lehmann a las escuelas de este ámbito. Así surgió la inquietud de relevar las necesidades de salud de la población rural. Asimismo, reconocimos la necesidad imperiosa de desarrollar un modo de intervención propio que promueva y brinde los accesos necesarios a este derecho, sobre todo en ámbitos tan alejados, ya que en tanto actores de la salud pública es nuestra responsabilidad garantizarlo. Además, se destaca la importancia de contribuir al desarrollo de una representación social que permita significar la salud como un bien común, compartido y consensuado, y tratar de optimizar las estrategias que faciliten mejorarla en todos los sentidos: social, comunitario, psíquico, biológico, nutricional, ambiental, familiar, etc.

En este sentido, la experiencia que este artículo pretende relatar involucra a la Escuela N° 199 "General José de San Martín", de Ataliva. Esta organización escolar inició un trabajo con sericultura, a partir de un encuentro entre integrantes del Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA) Rafaela y el director de la escuela. Así, llegaron los primeros gusanos para una cría educativa. El interés por una actividad productiva que trascienda los

límites del aula e impacte en lo comunitario comenzó a crecer y ambas instituciones presentaron en la Cámara de Senadores de la Provincia de Santa Fe, en 2018, el proyecto "Enhebrando capullos: la cría del gusano de seda, modo de promover la inclusión y la recuperación de los espacios y materiales para una comunidad rural integrada en su medio desde el trabajo compartido". y lograron apoyo económico de parte de este cuerpo. Durante su desarrollo y para resolver problemas relacionados con la materia prima que se obtenía, los capullos, se establecieron contactos con la división "textiles" del Instituto Nacional de Tecnología

Industrial (INTI) y se llevó a cabo un taller de devanado y elaboración de schappe, es decir el hilo de seda obtenido mediante hilatura convencional a partir de desperdicios de seda de todo tipo. Este espacio sirvió no solo para abordar una respuesta puntual sino para seguir promoviendo la actividad, sumar actores institucionales y emprender un nuevo desafío: la convocatoria a participar del Fondo de Apoyo a la Sericultura del Proyecto Seda, a través del Programa Adelante³⁴.

Oportunidades y posibilidades, educación, formación, trabajo como lazo social e integración motivaron ampliar la convocatoria a las comunas, escuelas cercanas, centro de salud y demás actores. Con el trabajo en común, se potenció la posibilidad para el desarrollo de la sericultura.

Recibieron aprobación tres proyectos de nuestra región: "Hilando esperanza, la producción de capullos como manera de fortalecer

34 Adelante es un programa de la Unión Europea para la cooperación triangular, que busca fomentar las relaciones horizontales entre los países de América Latina y el Caribe y de éstos con Europa.

la inclusión social desde una actividad productiva” Proyecto Comuna de Ataliva; “Mujeres de la Seda” de la cooperativa de tejedoras Oreja de Negra, Rafaela y “Entretejidos, devanando oportunidades. Centro demostrativo de formación y capacitación para la cría de gusanos de seda, producción de seda y sus derivados” del que forman parte las Escuelas N° 199 de la zona Rural de Ataliva, Núcleo Rural E.S.O N°1565 orientación Agro y Ambiente y la N° 6145 Evaristo Carriego de Colonia Raquel, a través de la participación conjunta de la Secretaría de Investigación y Transferencia Tecnológica, Centro de Investigación Aplicada UNRaf TEC de la Universidad Nacional de Rafaela. Igualmente, aquellos que no fueron beneficiados se comprometieron a continuar cerca, siendo eslabones en una cadena comunicativa sobre los diferentes niveles estatales para actores que presentan interés en su desarrollo personal y en comunidad³⁵.

Centros demostrativos pertenecientes a instituciones educativas de nivel inicial, primario, secundario y superior, unidades de producción y unidades de procesado de la producción establecieron un circuito que continuaba ampliando posibilidades para actores e instituciones intervinientes. La cuarentena necesaria por la situación epidemiológica de la pandemia, ralentizó por algunos meses la evolución de las actividades. Con la reactivación, también hubo una renovación de actores con interés que se comprometieron, aportando más posibilidades y oportunidades para continuar anclando, tejiendo y entramando una red inclusiva de los sujetos intervinientes con instituciones de diferentes niveles del Estado, que procuraron tecnología aportando a la construcción de sentido co-

munitario e individual.

Se hizo imprescindible realizar actividades grupales, talleres, prácticas de capacitación concretas que incentiven perspectivas de proyectos personales para sostener, en el corto plazo, el interés del mediano y largo plazo. Los grupos fueron diagramando su propia dinámica y pertenencia pues, si bien el objetivo se encuentra consensuado, las particularidades caracterizan tránsitos distintos. Los grupos, además, generan una retroalimentación dentro del propio ámbito y subjetivamente en cada actor de modo personal. Se resignifican los vínculos, las particularidades, las angustias, lo laboral, la crianza y se pueden seguir sumando efectos que aportan salud desde la sanación, la reparación, el encuentro, la producción, la educación, a la vez que fortalecen el entramado social.

En articulación con el proyecto, se inicia un grupo independiente en Lehmann; el espacio se genera por invitación, en principio, a mujeres con situaciones de vulnerabilidad. No obstante, es una inquietud involucrar a otras personas vulneradas, respetando siempre la dinámica y la identidad que se ha construido. La generación del consenso y empatía son dos de los ejes principales. Otro grupo en el cual también nos encontramos incluidos como agentes de salud es el de Ataliva. Aunque su impronta es productiva, también se puede promocionar la salud desde la cooperación, el trabajo en equipo y el desarrollo de las oportunidades y posibilidades compartidas.

35 Es común, sobre todo en ruralidad, que los vecinos desconozcan los modos de llevar adelante gestiones y tramitaciones para la obtención de beneficios varios. La participación en proyectos les incorpora a redes de vínculos a la vez que les permite acceder a información –por ejemplo, la existencia del Plan ProHuerta del INTA–. De este modo, se contribuye a la superación de la situación de vulneración de sus derechos.

Entendemos que es necesario poner en acción algunas de las características que fundamentan la APS, entre ellas, que todas las personas integrantes del equipo de salud trabajen en el proyecto alternando tareas y funciones, e integrando a cada actor que se sume intersectorialmente. Así, la accesibilidad, la integración, la coordinación, la transversalidad y la longitudinalidad se presentan como ejes que atravesarán las acciones e intervenciones.

Este tipo de proyecto posibilita la concreción de otros propósitos, entre los que se destacan:

- ① **Visibilizar necesidades y deseos de la comunidad rural, analizarlos y canalizarlos a través de tres ejes organizadores posibles: productivo, formativo e integrador**
- ② **Generar de manera creciente la participación de la población que habita el medio para intervenir su realidad, transformarla desde la toma de conciencia solidaria**
- ③ **Facilitar el conocimiento, la intervención y articulación de las instituciones y organizaciones vinculadas directa o indirectamente en el territorio rural**
- ④ **Ampliar las posibilidades para visibilizar las situaciones de niñez y género**

Para finalizar, la realidad de las poblaciones rurales zonales, con dificultades de accesibilidad y disponibilidad, por ejemplo, torna imprescindible pensar los abordajes necesarios que permitan brindar la mayor

cobertura de salud posible. Para ello son necesarios el empleo de las tecnologías adecuadas, el financiamiento posible y sostenible, la programación orientada a desarrollos sociales, el estímulo a la cooperación y a las nuevas modalidades de organización que se adecuen al ámbito y a diferentes actores, articulando la intersectorialidad y los recursos humanos disponibles e incorporando aquellos no convencionales para favorecer el tránsito desde la dispensa a la producción de salud con perspectiva comunitaria. Ya en el cierre del proceso de escritura de este artículo, aparece una nota que también propone una mirada semejante. En ella, Sonia Tessa entrevista al médico generalista Ricardo Cordone, quien hace mención sobre las acciones igualadoras desde la Atención Primaria de la Salud. Cordone afirma:

Fue muy virtuoso. Eso mostró un modo de trabajo y tiene que ver con cómo nosotros entendemos la salud y cómo tiene que estar organizado el sistema de salud, no desde la pasividad, sino de una cuestión activa de producir salud. Nuestra función no es curar enfermos sino producir salud, que son dos cosas totalmente distintas. A veces, producir salud puede ser curar enfermos, pero no es solo eso, sino mejorar las condiciones de vida y de existencia la gente para que viva mejor, para que sea feliz. Desde nuestro sector contribuimos a la mejora de la calidad de vida, porque los virus no son las causas de lo que nos pasa, son las condiciones en la que vivimos. Los virus, como decía Carrillo, son pobres causas, comparadas con la pobreza y el infortunio de los pueblos. Entonces, debemos trabajar en las condiciones de vida y hace ya varios años que se viene incorporando dentro de los determinantes de la salud a los servicios, al modo en que la gente se entiende. O sea, vos te enfermás por cómo vivís, por

lo que comés, etcétera, pero además, por el modo en que te atendés. Fijate lo que te decía de los dientes, no se te caen porque tenés hijos, se te caen porque no tenés odontólogos, además porque no tenés una buena alimentación, porque no tenés agua potable, porque no te podés cepillar. (Cordone, 2022)

La construcción del sentido de la salud como bien comunitario y propio, más allá de la enfermedad, es el fundamento del trabajo que se realiza, donde a través de la intersectorialidad y la interinstitucionalidad intentamos entramar el sentido de la salud desde la integralidad. Así educación, investigación, producción, trabajo, economía, comunidad y Estado pueden acercarse a les sujetos con un propósito transformador para la perspectiva de todes. La equidad es uno de los ejes más importantes en Atención Primaria de Salud y es nuestra labor garantizarla.

Bibliografía

Cordone, R. (30 de 01 de 2022). La pandemia es más que un virus. Entrevistado por Sonia Tessa. Página 12, págs. <https://www.pagina12.com.ar/398507-la-pandemia-es-mas-que-un-virus>.

Soave, M., Bazán, M. E., Chávez, L. P., Ferrer, C., Huespe, T., Muszio, S. V., . . . Villagra, L. M. (2015). Aproximación al Concepto de Salud Mental Vigente desde una Perspectiva Psicoanalítica. En Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología - Volúmen 2 (págs. 54-72). Argentina: Universidad Nacional de Córdoba.

Transformaciones y modificaciones en el abordaje territorial en contexto de Pandemia (COVID-19).

Aportes y desafíos actuales

M. Celeste Dutruel³⁶

Selva Victoria Torres³⁷

Florencia Capllonh³⁸

Laura Kloster³⁹

Matías Grazioli⁴⁰

Élida Gómez⁴¹

Mónica Vivas⁴²

Sobre los orígenes de los equipos territoriales

La Secretaría de Desarrollo Humano⁴³ de la ciudad de Rafaela, tiene como objetivo principal el diseño y la aplicación de diversos

programas municipales orientados a la atención de necesidades básicas de la población, articulando con otras áreas municipales.

La misma está conformada por diferentes áreas: Oficina Municipal de Violencia de Género, Coordinación de Servicio al Discapacitado, Oficina de Asistencia Directa, Centro de Atención a la Mujer Embarazada y al Niño por Nacer (CAMENN), Subsecretaría de Salud, Deporte, Servicio Local de Protección, Prevención y Promoción de la Niñez, Adolescencia - Familia y tres Agencias Territoriales: Oeste, Norte y Sur. Sus nombres hacen referencia a la zona de actuación de cada una de ellas.

Las Agencias son creadas con el objetivo de trabajar en el reconocimiento de las situaciones sociales que viven las/os vecinas/os de la ciudad de Rafaela y acompañar en la potencialidad de sus capacidades, en pos de superar las problemáticas que los atraviesa.

El inicio de las mismas se produjo en el año 2007 ubicándose en diferentes puntos de la ciudad: Equipo 1 en el Bº Monseñor Zaspe,

36 Licenciada en Trabajo Social (FCJS-UNL). Integrante del equipo Agencia Sur de la Secretaría de Desarrollo Humano de la Municipalidad de Rafaela, Santa Fe.

37 Trabajadora Social. (ISMP). Integrante del equipo Agencia Sur de la Secretaría de Desarrollo Humano de la Municipalidad de Rafaela, Santa Fe.

38 Licenciada en Psicología (UCES). Integrante del equipo Agencia Sur de la Secretaría de Desarrollo Humano de la Municipalidad de Rafaela, Santa Fe.

39 Agente Territorial. Integrante del equipo Agencia Sur de la Secretaría de Desarrollo Humano de la Municipalidad de Rafaela, Santa Fe. Estudiante de la carrera Educación Especial en Discapacitados Intelectuales (Instituto Superior del Profesorado Dr. Joaquín V. Gonzales).

40 Agente Territorial. Integrante del equipo Agencia Sur de la Secretaría de Desarrollo Humano de la Municipalidad de Rafaela, Santa Fe.

41 Agente Territorial. Integrante del equipo Agencia Sur de la Secretaría de Desarrollo Humano de la Municipalidad de Rafaela, Santa Fe.

42 Agente Territorial. Integrante del equipo Agencia Sur de la Secretaría de Desarrollo Humano de la Municipalidad de Rafaela, Santa Fe. Contacto: agenciasur.rafaela@gmail.com

43 Secretaría de Desarrollo Humano de la Municipalidad de Rafaela. Sitio web: <https://www.rafaela.gob.ar/Sitio/#/Secretaria/24>

Equipo 2 en B° Villa Podio y 2 de Abril, Equipo 3 en B° Barranquitas, Equipo 4 en B° Güemes y Martín Fierro, Equipo 5 en B° Jardín y 17 de Octubre y Equipo 6 en B° Mora.

Comienzan a denominarse Agencias Sur, Norte y Oeste, debiendo cubrir los cuadrantes de la ciudad. En este sentido Myriam M. Villafaña⁴⁴ menciona, en una entrevista con el diario La Opinión:

Con el tiempo nos dimos cuenta que nos dio resultados muy importantes, porque nos permitió reacomodarnos como equipo y dar respuestas. Desde ahí es que los antiguos equipos territoriales que había seis en la ciudad, hoy son tres y son agencias territoriales, donde pudimos lograr que cada una de estas agencias cuente con todos los servicios que brinda la Secretaría, que no solo tiene que ver con cuestiones sociales, sino con cuestiones de salud, educación. Trabajamos situaciones de género, de niñez, de discapacidad y la verdad que esta pandemia nos ha permitido poder pensar de una manera distinta el trabajo en el territorio; la escucha atenta es muy importante, la cercanía con los rafaelinos y las rafaelinas es fundamental. (Diario La Opinión, 2021)

Avanzada la pandemia, las agencias

fueron sufriendo cambios respecto a su composición y funcionalidad, en otras palabras, se ha diversificado la cantidad de integrantes, incorporando otras profesiones o disciplinas.

En cuanto a la Agencia Sur (AS), denominada anteriormente como equipo territorial N°2, en sus inicios se encontraba en donde está actualmente el Centro de Atención Primaria para la Salud (CAPS) N°10 "Verónica Sereno"⁴⁵ del barrio 2 de Abril donde funcionaba la vecinal del barrio junto al Ómnibus Sanitario⁴⁶. En ese momento, el equipo estaba constituido por una trabajadora social, una psicóloga y un agente territorial⁴⁷.

En tiempos de pandemia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara el 30 de enero de 2020 a la enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19) como una emergencia de salud pública de preocupación internacional en el marco del Reglamento Sanitario Internacional 2005 (RSI 2005) y finalmente el 11 de marzo de 2020 la OMS declaró el estado de pandemia⁴⁸. La caracterización de pandemia significa que la epidemia se ha extendido por varios países, continentes o todo el mundo, y que afecta a

44 Miryam M. Villafaña es responsable de la Secretaría de Desarrollo Humano de la Municipalidad de Rafaela. Entrevista disponible en: <https://diariolaopinion.com.ar/contenido/294921/el-trabajo-territorial-se-ha-fortalecido-y-ha-mostrado-en-la-ciudad-su-impacto-p>

45 CAPS N°10 ubicado en Cortazar y Cetta del barrio 2 de Abril de la ciudad de Rafaela.

46 Ómnibus Sanitario: es un dispositivo que surge del programa "Rafaela en Acción" iniciado en mayo del 2018, cuyo objetivo es llevar los diferentes servicios de la Municipalidad de Rafaela a los barrios, acercando a cada vecina/o, el acceso a trámites y actividades. El ómnibus funciona de 7:30 a 12:30 hs. y ofrece servicio de enfermería a diario, y ecografías transvaginales, ginecológicas, abdominales, renales, vesicales, prostáticas, de martes a jueves con turno previo y pedido médico. Sitios web: <http://rea.rafaela.gob.ar/node/25> y <http://rea.rafaela.gob.ar/node/37>

47 Agente territorial: persona perteneciente al barrio donde se encuentra la agencia y tiene conocimiento del territorio en el cual se trabaja. (Agencia Sur, 07/03/2022)

48 Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/coronavirus-vacuna-plan-estrategico-vacunacion-covid-19-diciembre-2020.pdf>

un gran número de personas⁴⁹.

Es por esto que las acciones en territorios se reformulan a fin de dar respuesta a las demandas, necesidades y urgencias del momento. De esta manera, se implementa el programa “Estamos Cerca”⁵⁰.

La llegada de la pandemia ha llevado a potenciar el trabajo territorial y la toma de decisiones en función de las permanentes demandas. Asimismo, ha obligado a reorganizar equipos de trabajo y diagramado nuevos programas, acordes al momento y a las necesidades de la ciudadanía.

A partir de comprender al territorio como el conjunto de actores que lo habitan, como un lugar de encuentro de personas, grupos y organizaciones donde transcurre la vida comunitaria, es que se despliegan nuestras intervenciones como equipo de trabajo. En este sentido, el territorio es considerado como espacio físico, pero también como lugar simbólico “donde se producen las interacciones entre personas, donde emergen las dificultades y donde se crean las respuestas posibles, a partir de las características de los agentes reales que afrontan esas problemáticas” (Villar J, 2008, p. 272).

Algunas de las acciones en territorio, llevadas a cabo por la AS en contexto de pandemia, fueron, por un lado, el acompañamiento en salud realizando gestiones a fines

de facilitar el acceso al sistema de salud de personas que se encontraban sin referentes afectivos que puedan responsabilizarse por sus cuidados. Las Agencias fueron mediadoras entre la necesidad y los recursos. A modo de ejemplo, el traslado a turnos y estudios en salud, retiro y entrega de medicación, entre otros. También, se llevó a cabo seguimiento telefónico a fin de conocer cómo se encontraban transitando el aislamiento, cuáles eran sus necesidades, y en otras ocasiones, brindando contención para mitigar los efectos psicológicos generados por la pandemia.

El 29 de diciembre de 2020, inicia el operativo de vacunación Covid-19 con el objetivo de que toda la población pueda tener acceso a la misma, es por esto que se facilitó y se continúa haciéndolo la inscripción en el Registro Santa Fe Vacuna, de la Provincia de Santa Fe.

Asimismo, otra línea de acción fue la de brindar asistencia. Desde las Agencias se entregó asistencia alimentaria a domicilio a fin de cuidar la salud de las personas de riesgo⁵¹ consideradas por el Ministerio de Salud de la Nación y en pos del cumplimiento de las medidas sanitarias.

Por otro lado, desde las Agencias se brindó la información a las/os vecinas/os que cumplían con los requisitos para obtener el beneficio del Ingreso Familiar de Emergencia (IFE)⁵². Además de facilitar la inscripción

49 Según la OMS. Disponible en: <https://www.paho.org/es/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>

50 Estamos Cerca: es un programa del Municipio de Rafaela que está destinado a la atención de las necesidades de adultos mayores de 60 años, con escasa o sin red social de apoyo, mientras dure el aislamiento por la pandemia del Covid-19. El mismo pertenece a la Secretaría de Desarrollo Humano y es coordinado por el Área de Salud. Disponible en: <http://desdecasa.rafaela.gob.ar/archivos/10678>

51 Los trabajadores y las trabajadoras mayores de 60 años de edad, embarazadas o incluidas en los grupos en riesgo según fueran definidos por el Ministerio de Salud de la Nación, y aquellas cuya presencia en el hogar resulte indispensable para el cuidado de niños, niñas o adolescentes, están dispensados del deber de asistencia al lugar de trabajo en los términos de la Resolución del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación 207/2020, prorrogada por la Resolución 296/2020. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/disposiciones/grupos-riesgo#:~:text=Los%20trabajadores%20y%20las%20trabajadoras,est%C3%A1n%20dispensados%20del%20deber%20de>

a quienes no disponían de acceso a internet.

En la actualidad, la AS está ubicada físicamente en el Dispositivo Integral de Abordaje Territorial (DIAT)⁵³ que desde agosto de 2020 al momento actual, el equipo lo conforman dos trabajadoras sociales, una psicóloga, y cuatro agentes territoriales.

Los barrios de la ciudad de Rafaela que abarca la AS son: 2 de Abril, Central Córdoba, Villa Podio, Fátima, La Cañada, Pizzurno, Mosconi, Juan de Garay, El bosque, Villa del Parque, Ilolay, San Martín, Plaza Grande, Brigadier López y asentamiento “Esperanza”.

En la actualidad, las acciones que se llevan a cabo como equipo parten de la importancia de concebir al sujeto desde una mirada integral, orientadas en el desarrollo pleno de sus potencialidades, entendiendo que la modificación de las situaciones individuales y colectivas deben ser simultáneas, es por eso que las acciones no solo abarcan los aspectos materiales, recursos sino también sus proyectos, deseos, costumbres, e historias. Se trata de construir con otras/otros, de escucharlas/os, atenderlas/os, darles lugar a poder decir y hacer. Alfredo Carballeda

menciona: “(...) ese otro implica un lugar de lo verdadero, el espacio donde se expresan tanto la dificultad como la resolución a ésta.” (2013, p. 3)

Dentro de las distintas intervenciones y espacios que habita la Agencia Sur se menciona la participación de la Red Territorial⁵⁴ que está compuesta por diferentes instituciones y organizaciones del barrio Villa Podio que persigue un trabajo en red en pos del mejoramiento del barrio. A través de este trabajo en red, se incorpora a aquellas personas significativas de la comunidad, es decir, a las personas que habitan el territorio, pues, es el territorio el que determina la naturaleza de las problemáticas y también las posibilidades de construir respuestas (Vilar J, 2008).

Por otro lado, la AS también participa en el acompañamiento de talleres de niñas/os, en el marco del programa Pido Gancho (PG)⁵⁵. En este sentido, se llevan a cabo dos espacios semanales de PG. Uno de ellos, “El Circo” ubicado en el asentamiento Esperanza y otro, “Taller de arte” en el CAPS N°10 del barrio 2 de Abril. Ambos con la participación de talleristas del Liceo Municipal coordinando las actividades conjuntamente con AS.

52 IFE: medida excepcional implementada por el gobierno nacional que se lanzó en abril de 2020 y consistió en el pago de una prestación monetaria no contributiva de carácter excepcional (bono de \$10.000 pesos), con el objetivo de paliar el impacto de la emergencia sanitaria sobre la economía de las familias argentinas más afectadas. Para mayor información acceder al sitio web: <https://www.argentina.gob.ar/economia/medidas-economicas-COVID19/ingresofamiliardeemergencia>

53 Dispositivo Integral de Abordaje Territorial (DIAT): son centros preventivos asistenciales gratuitos, de abordaje integral ambulatorio, para personas del subsector público que se encuentren en situación de vulnerabilidad social frente a las problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. Las actividades que allí se realizan están orientadas a la atención primaria de la salud mediante estrategias de abordaje psicosocial, educativo, cultural, recreativo y laboral. Dichos centros surgen luego de la creación del Programa Nacional de Abordaje Integral para la Prevención, Capacitación y Asistencia de las Adicciones, por Resolución SEDRONAR N° 172/14. Para mayor información acceder al siguiente sitio web: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/162835/20170426>

54 Red Territorial: Es un espacio formado por distintas instituciones del Barrio Villa Podio que trabaja en busca de un mejoramiento barrial. (Agencia Sur, 07/03/2022).

55 Pido Gancho: es un programa municipal de la ciudad de Rafaela cuya línea de acción es promover y fortalecer las condiciones para la participación real, directa y activa de las chicas y chicos como ciudadanos críticos. Este incluye diversas acciones, orientadas a sensibilizar a la sociedad rafaélina sobre los derechos de nuestras infancias. Incluye propuestas para chicas y chicos y también para el mundo adulto, quien tiene la responsabilidad de escuchar y facilitar su participación activa en la ciudad de hoy. Disponible en: <https://www.rafaela.gov.ar/Sitio/#/Programa/270>

El objetivo de estos espacios es el facilitar diálogos y acciones para la promoción y protección de los derechos de las infancias y juventudes, favoreciendo la escucha, el vínculo en cada encuentro que posibiliten que los chicos y chicas se expresen con su voz.

En tiempos de aislamiento preventivo y obligatorio⁵⁶ (ASPO), medida definida por el gobierno nacional, la AS recorrió el territorio con el fin de estar presentes para todos los niños y niñas que asistían a los espacios de PG dejándoles pequeñas actividades y propuestas, acompañadas de mensajes alentadores y palabras de ánimos, para que puedan hacer en casa con sus familias. De esta manera, se tendió a fortalecer los lazos sosteniendo los vínculos de AS con las familias en un contexto de salud excepcional.

Otros de los espacios que se desprenden del trabajo del equipo Agencia Sur son los talleres pertenecientes a Santa Fe Más, “Un programa provincial de inclusión que apunta a la restitución de derechos como jóvenes, acompañando en el recorrido formativo y educativo brindando herramientas para la inserción en el mundo del trabajo⁵⁷” (Provincia de Santa Fe, 2021), llevándose a cabo de forma virtual en tiempos de pandemia. Uno de ellos funciona en vecinal del barrio Villa Podio denominado “Reparación de electrodomésticos”, y el otro espacio, es el de “Cocina”, en la vecinal del barrio Pizzurno compuesto por jóvenes entre 16 y 30 años que se encuentran fuera del mercado laboral formal y/o su recorrido escolar se vio interrumpido por diversos motivos.

En este sentido, el abordaje territorial se vio modificado por el contexto sociosanitario. Se exigió la coordinación con múltiples actores sociales y/o instituciones presentes en el territorio, a fines de movilizar los recursos y así generar estrategias que se adecuen al contexto en el cual se interviene, para garantizar la continuidad del trabajo en territorio.

Al mismo tiempo, el abordaje interdisciplinario facilitó la producción de conocimientos e intercambios, y la construcción de saberes a fines de evitar una intervención fragmentada de las problemáticas (Elichiry, 2009).

Aportes y Desafío en el abordaje territorial

Pensar en los escenarios actuales de intervención en lo social, requiere una mirada reflexiva del encuentro entre lo macro social y micro social. Dicha intervención “(...) se transforma en un proceso que intenta reconstruir para comprender, visibilizar las causas que construyeron la demanda yendo desde lo micro social hasta lo macro.” (Carballeda, 2013, p.6)

En este sentido, es necesario entender el territorio atravesado por diversas dimensiones (sociales, políticas, económicas, culturales) que se desprenden desde la realidad local, nacional; por esto es que se debe pensar un abordaje territorial que permita la coordinación con las diferentes instituciones

56 El aislamiento preventivo obligatorio y las acciones de cuidado tomadas en los inicios de la pandemia (30 de diciembre de 2020) se encuentran detalladas en el artículo 7 del Decreto 260/2020. En el año 2021 se reformula dicho Decreto 867/2021 vigente desde 01/10/2021 al 31/12/2022. Disponibles en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-260-2020-335423/texto> - <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/medidas-prevencion>

57 Fragmento extraído de la página web del Ministerio de Desarrollo Social, de la Provincia de Santa Fe. Disponible en: [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/235705/\(subtema\)/93754](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/235705/(subtema)/93754)

presentes en el territorio, y formular en conjunto las acciones a trabajar.

Al mismo tiempo, el contexto sociosanitario provocado por la pandemia Covid-19 ha modificado la labor territorial como se narra en el texto. En este sentido, el abordaje territorial tuvo que reestructurarse y/o reinventarse, en la búsqueda de sostener los lazos con la comunidad. Es por esto que, se buscó sostener los vínculos con las familias desde otros espacios, por medio de la virtualidad.

Reflexiones finales

A fin de seguir reflexionando, las ideas expuestas en este artículo invitan a pensar en el abordaje territorial desde una perspectiva crítica y situada en el contexto de pandemia. En este sentido, se construyó colectivamente el siguiente concepto:

El abordaje territorial apunta a la construcción colectiva de saberes generando participación activa de actores que habitan la comunidad, creando espacios de intercambio para que en el marco social en el que se encuentren, como en este caso, la pandemia, se logre un acompañamiento y enfrentamiento de las transformaciones sociales, culturales, económicas y políticas que sufren los grupos familiares. (Agencia Sur, 2022).

Para finalizar, la construcción colectiva de este artículo permitió al equipo resignificar la labor de la Agencia Sur con los saberes y experiencias de cada integrante, pudiendo ser insumo para futuros escritos sobre abordaje territorial.

Bibliografía

Altschuler, B. (2013). Territorio y desarrollo: aportes de la geografía y otras disciplinas para repensarlos. *Theomai*, (27-28), 64-79.

Carballeda, A. J. M. (2013). La Intervención en lo Social desde una perspectiva americana. Algunos aportes de Enrique Dussel y Rodolfo Kusch. *Revista Margen Edición*, (70).

Carballeda, A. J. M. (2014). La intervención social en los escenarios actuales: una mirada al contexto y el lazo social. *Revista Intervención*, (3), 57-60.

Elichiry, N. (2009). Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. En *Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educativa*. Buenos Aires: Manantial (Capítulo 9). Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/elichiry_importancia_de_la_articulacion.pdf

El trabajo territorial se ha fortalecido y ha mostrado en la ciudad su impacto positivo. (4 de enero de 2021). *La Opinión*. Recuperado de: <https://diariolaopinion.com.ar/contenido/294921/el-trabajo-territorial-se-ha-fortalecido-y-ha-mostrado-en-la-ciudad-su-impacto-p> Consultado el 30 de noviembre de 2021.

Vilar, J. (2008). Implicaciones éticas del trabajo en red y la acción comunitaria. *Cultura y Educación*, 20(3), 267-277.

Santa Fe Provincia. (2021). Desarrollo Social. Programas Sociales. SANTA FE MÁS. Sitio web: [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/235705/\(subtema\)/93754](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/235705/(subtema)/93754) Consultado el 07 de marzo de 2022.

Espacialidades y temporalidades donde se aloja la hospitalidad⁵⁸

Vanessa Sosa⁵⁹

Sofía Bataglini⁶⁰

Fiorella Quarín Salas⁶¹

Ezequiel Lorenzón⁶²

Franco Mazzuchini⁶³

Fernando Ceballos⁶⁴

Pensar la salud mental dentro del hospital general en esta provincia fue y es una lucha contra el manicomio. Es una construcción desde las personas trabajadoras de la salud para producir políticas públicas que sustituyan lógicas manicomiales incrustadas en prácticas de salud segregatorias, discriminatorias y represivas.

Hoy todavía hablamos de salud y salud mental que, por cierto, debería ser una sola, pero también es cierto que hablamos cada vez más de salud mental y menos de psiquiatría, hablamos cada vez más de internación que de encierro, hablamos cada vez más de usuario sujeto de derecho que de paciente objeto de una práctica, hablamos cada vez más de equipo de salud que de médico, hablamos cada vez más de padecimiento mental que de trastorno o enfermedad, hablamos cada vez más de posibilidades que de incapacidades.

Desde esta perspectiva se pensó el dispositivo Patitos en fila. No se trata, evidentemente, de cualquier espacio, tampoco se trata de ilusiones irreverentes que se terminan cuando se termina el encuentro. Se trata más bien de momentos que no niegan lo protocolar, pero tampoco lo endiosan como absoluto. Encuentros que permiten la posibilidad de un después. Son efecto de una preocupación por fundar territorios habitables, hospitalarios,

58 Este artículo ensayístico, relata la experiencia del dispositivo sustitutivo a las lógicas manicomiales Patitos en fila, que funciona en el servicio de salud mental del Hospital Central de Reconquista "Olga Stucky de Rizzi" (HCR), el cual es un efector de última generación inaugurado en noviembre de 2019, de tercer nivel de complejidad, siendo el hospital regional más importante de todo el norte santafecino que incluye a departamento Vera (51500 habitantes), General Obligado (176400 habitantes) y la mitad de San Javier (15000 habitantes).

Esta región cuenta además con 22 hospitales de segundo nivel de atención y 65 centros de atención primaria de la salud (caps) de primer nivel de atención. Además de las centrales de derivación y urgencia DIPAES-107 en Vera, Intiyaco, Villa Ocampo, Las Toscas, Avellaneda. Con una población total de aproximadamente 250000 habitantes, concentrando casi un 60% Reconquista y Avellaneda, donde además se concentra casi toda la asistencia de la parte privada (sanatorios y clínicas).

El servicio de salud mental del Hospital Central Reconquista no tiene su reconocimiento administrativo, pero realiza las funciones de un servicio. Recibe la demanda de toda la región. Es un equipo interdisciplinario integrado por psicólogas/os, trabajadoras/es sociales, psiquiatras, acompañantes terapéuticos/os y enfermeras/os. El horario de trabajo es de lunes a viernes de 8 a 20 horas. Tiene como funciones la evaluación y asistencia de las personas que llegan con algún padecimiento mental a la guardia, asistencia y cuidados en la internación, asistencia en consultorios externos y articulación con otros efectores de la red de salud. En horario de la tarde (14 a 20 horas) funciona el dispositivo Patitos en fila, acompañando las situaciones internadas en clínica médica, guardia y/o pediatría.

59 Acompañante terapéutica y Trabajadora Social

60 Acompañante terapéutica y Trabajadora Social

61 Acompañante Terapéutico y Lic. Ciencias de la Educación

62 Acompañante Terapéutico

63 Acompañante Terapéutico, estudiante avanzado de Psicología

64 Enfermero ex RISAM

amigables, de ternura, de miradas devueltas, de escucha, de contactos de corporalidades, de creatividad; en fin, espacios que potencian la vida sin envilecer sus deseos.

Acrobacias institucionales que desafían clínica y políticamente las certezas del discurso absoluto. Creaciones que irrumpen más allá de las espacialidades y temporalidades que imperan en la linealidad temporal del sistema de salud. Arrebatos que se escabullen e irreverencian entre las marañas discursivas hegemónicas y las lógicas manicomiales, y llegan plenos a esa persona que sufre y que necesita ser escuchado y no clasificado, porque convengamos que toda persona que llega al hospital lo único que necesita imperiosamente, más allá de su diagnóstico, es ser alojado en su sufrimiento.

Invenções que provocan a esas sensibilidades aplastadas por la química del último psicofármaco, a revelarse, a ir más allá de esas docilizaciones impuestas a la palabra o por el aparato biomédico. Espacios para certificar la importancia de estar disponibles para habilitar iniciativas adormecidas y negadas por lo procedimental, y así generar esa confianza que potencia la potencia del otro. Espacios que instalan siempre una posibilidad, esa posibilidad que se brinda al extranjero, a la llegada de ese otro etiquetado y normalizado por dispositivos de bioseguridad, y que busca consuelo en la escucha, el cuidado y la atención.

Patitos en fila es ese lugar amoroso que encuentra aquella persona que llega desbastada por un derrotero de prohibidos, negaciones, controles, confesiones, encierros y/o pócimas tranquilizadoras. Patitos también es ese momento en donde se encuentran singularidades que llegan perdidas por la masificación de un diagnóstico, o invisibilizadas por el número de una cama, y explotan allí en

la inmensidad de un cuidado en donde las bombas se transforman en fuegos artificiales.

Los integrantes de Patitos en fila crean, producen, denuncian, instalan momentos que deambulan, y a la vez fijan otros espacios deshabitados para producir clínica: el bar, el pasillo, la habitación, la terraza, el comedor, el patio, el confesionario del psiquiatra, la sala de espera, un aula, la biblioteca, la guardia. Cualquier lugar disponible es posible para acampar. Y ahí nomás, todo lo que está en la mochila sirve. Primero se arma el ambiente agradable a través de una invitación al encuentro de semejantes, herramienta fundamental para juntar, y después aparecen el jenga, una mesa de pinturas, el uno, lápices de colores, un juego de parecidos, algunos canutillos y un pedazo de tanza, un teatro de sonrisas o simplemente una sentada en el piso. Ingenios de genios que intentan permanentemente impregnar de ternura y hospitalidad cada acción, cada gesto, cada mirada, cada creación.

En medio del mal plan

Por Fiorella Quarín Salas

El cuerpo me pesa, me molesta. Esta cama es incómoda, esta habitación oscura es incómoda, tiene ese mismo olor que impregnaba todo el lugar en el que estuve antes, ese lugar en donde tuve que haberme quedado... para siempre.

No quiero mirar para mi lado derecho, ahí está la ventana y a veces, según el momento del día, me devuelve el reflejo, se convierte en espejo.

No quiero. No quiero este color de mi alrededor envolviéndome con el amarillo viejo de las paredes. No quiero ese olor, este sabor

a nada y a fármacos, que ya lo sentía antes, que no es nuevo para mí. Pero no lo quiero.

Me salió mal el plan. Tendré que encontrar nuevas formas, y ya las voy a encontrar. Necesito soledad. ¿Sabén las enfermeras que no las escucho? ¿Sabrá el médico que no recuerdo lo que me dijo ayer? y si no saben, no importa.

Ya pasó la hora del almuerzo, ya no me aturden desde ahí afuera, ya va a hacer efecto lo que sea que contenga ese líquido, éste que me entra por las venas... ya voy a tener sueño, ya voy a dormir, ya voy a dejar de pensar.

Y una vez más alguien en la puerta... ¿Por qué golpea? ¿Por qué no pasa nomás? ¿Por qué no hace su trabajo y se va de una vez?

¿Quién es?

¿Qué hace estx dándose permiso a entrar en mi habitación? ¿Qué hace estx dándose permiso a entrar? ¿Por qué me mira? ¿Por qué no deja de mirarme? Me pregunto: no hay acaso un protocolo, entre tantos de los que estructuran este lugar, que se anteponga entre él/ella y yo.

Dice trabajar acá, dice estar para acompañarme.

¿Cómo es que funciona este sistema de salud? Siempre inverso, siempre patas para arriba, lo sabía. Pero...

Llevo años, llevo vida no vivida, llevo una porción muy grande de la totalidad de mis días esperando una mirada posar en mí. Así como me mira elle. Posar en mí, o posarme yo en elle; dejarle un ratito esto que me pesa, que lo sostenga por un rato. Que sostenga esto que dentro de mí me dice hace tanto tiempo no querer más.

Llevo cansancio, llevo todo el cansancio de cada uno de los pasos caminados a mi

alrededor, los míos y los de otrxs; los de ida y los de vuelta.

Llevo todas las palabras dichas cargadas en la piel: las de aliento, esas que no penetraron hasta los huesos, a pesar de mis anhelos de que así sea. Y llevo, por dentro, más palabras. De las no dichas, de las que rompen, de las que abren piel, de las que destruyen a paso hormiga... de esas que se ramifican desde mí y para mí, palabras que brotan con la rapidez con la que se expanden los males aquellos que nunca alcanzo a comprender, la misma rapidez con que se esconde la parte de uno que los de afuera no aceptan, la rapidez con la que lo negado se vuelve clandestino. La misma rapidez con la que se instalan leyes para sólo no fundamentar el porqué de aquellos que todxs ya asumimos como prohibido.

Como sea. Llevo tiempo esperando una sonrisa tan ilusa como ésa que está haciendo elle.

¡Qué ridículx se ve! ¿No? Hablando y sonriéndose sólo, ante mi indiferencia.

¿Será que también vendrá a verme mañana?

El laberinto que nosotros llamamos Duelo

Por Franco Mazzuchini

“¡Me estoy volviendo loca!”, me dice ella al momento de despertarse en la sala de internación.

“Siento que se me es insoportable la vida”. ¿Cómo hacer esa vida soportable? Pienso.

“Mi marido ya no está y se llevó todo con él”. Levanta la mirada y noto las lágrimas que caen por sus mejillas.

Apostamos en todo acompañamiento a la escucha y al cuidado. Lo demás vendrá después, nos escuchamos decir...

¿No es ese justamente nuestro trabajo en momentos de tanta angustia? ¿Soportar un dolor ajeno, sostener una mano, dar lugar a la subjetividad adormecida de tanta medicación; a una sociedad que suele promover el descarte de lo diferente o de lo improductivo?

La semana siguiente luego de la extirpación ella se hizo presente en el taller grupal que realizamos dos veces a la semana en el hospital. Su mirada era la misma, pero su voluntad no, había atravesado las miles de excusas para no venir, y se hizo presente en el lugar.

Al tomar la palabra nos dice "(...) quiero salir adelante, pero no sé cómo". Una demanda imposible de responder, pero sí de acompañar.

Lograr darle sentido al sin-sentido de la pérdida real de un ser querido, es un camino que amerita ser cuidado. No alcanza sólo con escuchar.

El acompañante terapéutico, es en este sentido, un prestamista. Da su boca, cuando el sujeto le falta la voz, insiste ahí donde hay interferencia. Sale al rescate cuando el cuerpo del acompañado padece los dolores propios de los achaques de la vida. Antepone sus ojos como espejos que devuelven hospitalidad, allí donde solo había rechazo.

Decir prestamista, no refiere a una lógica determinada por una ganancia materialista propia del neoliberalismo. Nuestra utopía se basa en la creencia firme de que solo es posible pensar la salud mental a partir del paradigma de la donación. En todo acto de donar hay una pérdida, eso entendemos por amor. Esa es nuestra economía, la de la ter-

nura que posibilita lazos donde la amorosidad se hace presente.

La eternidad aparente del duelo por la pérdida de un ser amado, es una situación recurrente detrás de cada internación por intento de suicidio en el hospital.

La muerte es desesperanza, es el fin del horizonte, es la renuncia del futuro por los tormentos del pasado. Una discontinuidad que divide al sujeto.

Se sufre por la pérdida, y ese dolor es desbordante, las palabras vehiculizan el dolor, pero no son suficientes para frenarlo. Eso es claro, por lo menos al inicio.

Se lo espera, pero no regresa. Aquello perdido no retorna, y el tiempo se resetea. Del mismo modo en que lo hacen las agujas del reloj... retornando al punto inicial de la angustia frente a la pérdida.

¿Cómo acompañar ese dolor? Nos preguntamos. No hay respuestas absolutas. Eso también lo sabemos. Por tanto, no hay duelos equiparables.

No trabajamos con máquinas disfuncionales, sino con cuerpos cansados, miradas traslúcidas, dolores difusos, pensamientos agobiantes.

La sensación existencial de la atemporalidad del duelo como angustia que se vive como eterna, se vuelve soportable en el mismo momento en el cual se comprende que no es cuestión de olvidar el dolor, sino más bien de aprender a vivir a pesar de él.

El horizonte aparece cuando hay esperanza, y es en el espacio de la grupalidad donde los efectos vinculares vehiculizan afectos que permiten ser abrazados.

El fantasma rumiante del suicidio es aquel horizonte que hay que atravesar, aceptando la pérdida del objeto. Sino será para

el sujeto, lo que el padre de Hamlet fue para él, un retorno imaginario, de un real padecimiento trágico. Si el sujeto se deja atrapar por la desesperanza, la muerte se convertirá en el mejor remedio para el dolor.

Por último, una certeza aparece. Una luz en el camino.

Hay que ser imperativos en esto.

Existen otros caminos, difíciles, imperfectos, pero que tienden hacia la vida.

Emancipación de lo sensible

Por Fernando Ceballos

Ese martes soleado y fresco, pega de lleno a las cinco de la tarde la presencia incipiente del otoño, en la desolada sala de espera del hospital. Allí nos encontramos un grupo de ocho personas intentando gestar un acontecimiento de cuidado. Este espacio, tiene la particularidad de pensar todo antes, para no hacer casi nada de lo pensado después. Eso nos pone expectante a la sorpresa. A lo que pueda emerger de ese encuentro, un estar en común de varios. Y nos introducimos en ese universo impensado que nos propone la vida de las personas. Una ronda de sensaciones personales abre la puerta a la palabra certera de lo que pasa o pasó. Se habla de tristezas. En general, casi siempre se empieza a hablar de tristezas. Hay como un momento catártico muy necesario, para después dar paso a lo que se pueda crear. Catarsis que puede sensibilizarse o simplemente vomitarse desde unas tripas enlentecidas por años de psicofármacos.

Ahí los martes y los jueves intentamos focalizar procesos del sentir. Modos de oír y escuchar, ver y observar, tocar y abrazar. Umbrales, intensidades, ritmos, disonancias,

derrames, potencias, resistencias más allá del diagnóstico. Modos de una suerte de gobierno de lo sensible (Foucault, 2009), a decir de Foucault. "Estas particiones y reparticiones de lo sensible se corresponden, entonces, con fracturas que la desigualdad social, la segregación territorial, la composición poblacional, los patrones laborales y programas asistenciales, las relaciones de género, y los modos de padecer, enfermar y morir." (Epele, 2015)

De repente, ella llora desconsolada un llanto seco. Sus lentes empañados le nublan la mirada, y ese hecho que la enceguece, la envalentona a seguir. Su boca abierta detrás del barbijo, no se ve, pero se puede imaginar por la expresión de sus ojos y el desfiguramiento del rostro. La mirada llora, sin lágrimas, sin boca y sin palabras. Una especie de gruñido marca el final del sollozo para que entre aire de nuevo a sus pulmones. Y arremete nuevamente con otro llanto desgarrador. La ronda no se paraliza, espera. Soporta, por momentos incómodamente, esa presencia sufriente que busca miradas, atención, pre-ocupación. Su abuela madre que vino a acompañarla, se inquieta, pero logra sostenerse en la escena de cuidado, igual que todas y todos los que estamos presentes. La escena ronda la ronda. Ha quedado ahí un sufrimiento que desgarrar, provoca, insiste, apabulla. Parece la más loca, pero sólo parece la más loca. Es intensidad que deja huellas sensibles en los demás. Después de unos minutos, cuando los sollozos amainan. Otro agarra la palabra, y la viste de su realidad. Y así se suceden otros y otras en la inmensidad de una tarde que va dejando paso a la tardecita.

Un juego que junta y arma dos equipos. Personajes conocidos se escriben en un papel que luego se pegan en la frente y el que tiene ese nombre debe adivinarlo. Sólo se puede hacer una pregunta. Y después se

le da paso a otro participante. A ella le tocó Palito Ortega. El del lado, ya vio quien le tocaba a él. No dice nada. Arma creativamente una escena mentirosa y poco creíble, como para hacernos creer que no sabía. A la segunda pregunta no se aguantó y adivinó el nombre sembrando muchas sospechas en el grupo opositor. Ella pregunta y se le responde. Y no adivina. De pronto una sonrisa desacomoda su barbijo. Luego una carcajada contagia y desencadena la risa del resto. Alguien le dice que tiene una hermosa risa. Sus ojos se iluminan atrás de sus lentes nuevamente empañados, pero ahora de otra humedad. El juego sigue. Otra también adivina su personaje, pero sin trampas. Y después otro, y otra y otro. Y queda ella sin poder saber quién es. Su abuela madre, le canta: La felicidad, ja, ja, ja. Y nada. Otro le tira la punta sobre el palito bombón helado. Nada. Y otra pregunta de ella, que entre las risas inunda el barbijo de babas. Y sigue. Es un cantante conocido. Es viejo, de mi época, dice la abuela madre. Y adivina siguiendo lo del helado. Y dice Palito, y después entre todos y todas sosteniendo ese apellido en la punta de lengua, abrimos grandes los ojos y la boca. Y ella dice, Ortégaaaa. Una alegría colectiva se adueña de la escena. Algunos no se contienen, y violan el protocolo y la abrazan.

Cuando bajan los festejos y el cierre de la tarde es inminente, la abuela madre da paso a un relato. Y cuenta que cuando estaba de novio con su marido, abuelo padre de ella, Palito había venido a la ciudad. Pero resulta que no me invitó, dice. Se fue solo a verlo y después me entero porque al otro día lo veo en una foto en el diario, colgado de un poste de la luz. El grupo todo se relaja escuchando esa anécdota. Ella, deja la risa y nuevamente toma al llanto como manera de estar presente. Alguien se acerca y la abraza.

Juana

Por Fiorella Quarín Salas

Tiene la cara paspada, las manos heladas, la mirada cansada.

Siente negado el porvenir, dice que de no estar internada se va a morir.

Tiene los sentimientos explotados, desbordados, por eso ríe mucho cuando ríe.

Ríe hermoso, ríe a carcajadas.

Llora mucho, cuando llora. Llora sin sonido.

Pareciera que entiende lo que sí está permitido.

Tiene los sentimientos explotados, y las sensaciones vedadas.

Cada vez que la abrazo se sorprende... pero no se desprende.

Tiene de agresivo, lo que tiene el abandono. Pero siempre menos.

Lo que brota cuando brota son las presencias rotas, un solo par de medias y unas ojotas.

Lo que brota cuando brota es la renuncia consecutiva de roles, instituciones, familia.

Lo que brota cuando brota es la resistencia al olvido, y aprieta fuerte un pedido:

“Que alguien me quiera hoy, que alguien se quede conmigo”.

Dolor

Por Vanessa Sosa

Dolor. Dolor que muchas veces no se ve

Una charla con Dios

Por Ezequiel Lorenzón

a simple vista porque va más allá del dolor físico. Dolor que sensibiliza a quien acompaña, que traspasa cuerpos, profesionales, muros. Dolor por sentirse abandonado, dolor por no poder brindarles lo mejor a los hijos. Dolor que atosiga, atormenta, que se transforma en sufrimiento, con ideas persecutorias, con imágenes que no pertenecen al mundo real.

Las personas que soportan este tipo de dolor son valientes, fuertes, son personas con ganas de vivir, de salir adelante, de que alguien las vea y les tire un salvavidas, que les dé un abrazo, o simplemente les diga una palabra de aliento, “acá estoy, yo te veo, yo te escucho, yo te entiendo”.

Todos los días nos encontramos atravesados por este tipo de dolor en el hospital, vemos, oímos el dolor del otro, generando sensibilidad en nuestros cuerpos, pero, si ello no lo hace: ¿Qué es lo que nos sensibiliza? ¿Qué no estoy pudiendo ver en el otro que no me genera empatía? ¿Por qué la sociedad rechaza este tipo de dolor? ¿Por qué se cega ante él? ¿Será que es un mecanismo de defensa, porque mucho dolor uno no puede soportar? ¿Será que la rutina las/os corrompió como seres humanos? ¿Por qué la gente no puede ver ese sufrimiento? O, ¿es el individualismo que les juega una mala pasada y no los deja ver más allá de su propio ombligo? O, ¿es el capitalismo que nos inculcó que las personas solo somos aptas cuando producimos, que si no lo hacemos pasamos a ser parte de esa población que es excluida? Es ese sistema que genera a esos excluidos, que los aísla, los señala, los marca para ser rechazados, y les incrusta subjetivamente ese dolor en sus cuerpos.

Era uno de esos días de media estación que ya quedan pocos. En mi caminata hacia el hospital, como era habitual para ir entrando en calor, iba pensando en cómo encarar la actividad hoy. Y así al toque se me vino a la cabeza la posibilidad de hacer algo fuera de la sala de clínica médica, y pensé en salir un rato al patio.

Las camas del hospital viejo eran una mierda, era un comentario recurrente entre algunos usuarios y familiares. Néstor, el de la sala de aislamiento, decía: me aburro mucho y encima no tengo los 60 pesos que te cobra la cooperadora por la ficha de la tele. Julián, el de la 14, uno con neumonía crónica, se quejaba: no nos dan bola cuando los llamás, y encima no hay agua caliente para bañarse, entre otros abandonos de un hospital que no da para más. Entendíamos que la trama era así, si estás internado era como que la tenés que pasar mal. Y eso se naturaliza de tal manera que se hace cuerpo, se incorpora. Ese rasgo de crueldad que habita las instituciones de salud que deben brindar hospitalidad. Innecesario. Tal vez sea otra acción más de disciplinamiento del sistema para seguir colonizando subjetividades dóciles y vulnerables.

A la pobreza de recursos, se le suma una institución ya decadente, no sólo por los años, sino también por las prácticas que la habitan. Prácticas vetustas en donde el otro se objetiva, cristalizándose en meros procedimientos normalizadores, más allá de la predisposición de algunos pocos trabajadores y trabajadoras del establecimiento por querer hacer de su práctica algo diferente. En ese marco institucional y hostil nos incorporamos como

acompañantes terapéuticos que veníamos a hacer algo que nadie quería hacer: cuidar a los locos. Al comienzo, como todo lo nuevo, es resistido, pero con el correr de los meses nos fuimos instalando de a poquito, más allá de aquellos que seguían cuestionándonos. Cuestionándonos prácticas que ellos no se animaban a hacer. Nosotros andábamos con el mate (prepandemia) para todos lados, era nuestra “herramienta de trabajo”. El mate une, acerca, comparte. Para estos trabajadores y trabajadoras colonizados por el sistema, el mate está prohibido, entonces se hace clandestinamente, en soledad, a escondidas. Esa libertad nuestra los enervaba y los enerva, los hace sentir que invadimos una lógica de prohibidos. Y realmente es así. “¿Quiénes son estos pilinchos que vienen acá a tomar mate y sonreír? ¿No ven que es un hospital?”.

Esa tarde había dos situaciones en las cuales debíamos enfocarnos particularmente. Una adolescente que había ingresado el día anterior por un intento de suicidio, situación que, lamentablemente, veíamos de forma regular. Y la otra situación, un muchacho joven, con un diagnóstico de psicosis, algo raro, nadie sabía su padecer, sólo lo que decía el papel, ese frío papel firmado únicamente por el médico, que los mal marcaba de por vida. Una mezcla de precarización familiar histórica e imposibilidad de encontrar espacios de escucha tanto familiar como estatal, fueron edificando una historia de vida que los aislaba del mundo por “locos”.

Contaba con la suerte de tener una compañera de trabajo tan inmensa como disparatada, su forma descontracturada complementaba mi rectitud y eso me ayudaba mucho a relajarme, sabía que la tenía al lado.

Con solo mirarnos nos dimos cuenta de lo que había que hacer, la pregunta fue mu-

tua, “¿quieren salir un rato al patio?”, la respuesta fue inmediata, se notaba el agobio del encierro dentro de esas cuatro paredes amarillentas y un silencio que solo era interrumpido por ruidos de puertas abriéndose por doquier, ruido a bandejas de chapa donde ponían los instrumentos usados para la atención, pasos y pasos por el pasillo que nunca se convertían en una visita de esas que te sacan una sonrisa, o una lagrima, o del espanto de la orfandad. La soledad en un lugar lleno de gente se siente mucho más.

Comenzamos a caminar, los cuatro caminamos al patio, tuvimos que bajar por una escalera auxiliar porque nos habían cerrado la que usábamos habitualmente, ese tipo de trabas eran habituales para producir insistentemente un desgaste. En el momento de salir nos dividimos, ambos entendimos que era lo que necesitábamos y es ahí donde me encuentro con el pibe a solas. Nos sentamos, el sol todavía estaba pleno y pegaba de lleno en el cemento de la parte de adelante del hospital, el ruido de los autos que pasaban por la ruta nacional N° 11 frente a nuestras vistas era ensordecedor. Y estábamos ahí mirando los autos parar por el semáforo y salir raudamente en busca de sus destinos. Una leve brisa todavía cálida nos acompañaba. “¡Qué hermoso día!, me encantan los días de otoño, le dije como para romper el hielo. Él me mira y responde: sí, lindo día che, lástima que estoy encerrado. Hice silencio, dentro mío pensaba, claro que boludo que soy. Tenés razón, le digo, pero ahora estás acá, y está hermoso. Sí, necesitaba salir un rato, respondió.”

En todo este tiempo que estaba internado, nadie se le había acercado, nadie había hablado con él aún. Esa forma hostil que tienen estas instituciones de invisibilizar al paciente con una “distancia óptima” a través de un cúmulo de signos y síntomas.

“¿Y cómo te sentís?, consulto, responde rápidamente. Bien, bien, así noma e la cosa. Típica frase para rellenar nada más. Hasta que se me ocurrió hablarle de fútbol. Pensando tal vez en que a él pudiera gustarle. Eso lo activo, se notaba su fanatismo por el deporte, me contó varias historias de él jugando y de su equipo de fútbol, de Independiente (lo que luego me iba a parecer una ironía), que siempre miraba. Casualmente, el día después jugaba la selección argentina por la Copa América, le digo: che te voy a conseguir una ficha para que mañana mires el partido, ¿querés?”. Sí, re bien, gracias de verdad, me dice.”

Charlamos durante media hora quedamos en silencio y luego de un momento me dirige una mirada pesada como una decisión importante e incisiva como una puñalada, y me pregunta:

“¿Sabes quién soy yo? - No, sé tu nombre nomas. ¿Pero no sabés quién soy? No, ¿quién sos? Soy Dios... Ah, y ¿cómo te diste cuenta de que sos Dios? Porque a Dios le pasan cosas malas, y a mí me pasan cosas malas, y yo escucho como la gente me desea el mal, como a Dios, por eso yo soy Dios. Cuando me desean el mal, tiembla mi cuerpo y me quedo mirando al cielo y no puedo hacer más que sufrir, por eso soy Dios.”

En ese momento hubo un silencio de sorpresa y desconcierto, sabía que había leído que también padecía epilepsia, pero no podía ir en contra de su relato, entonces pregunté. “¿Cuáles son esas cosas malas que te pasan?” Me miró, hizo silencio. Volvió a mirarme. Presentía como que estaba intentando medir lo que me iba a decir. No quise invadirlo ni apresurarlo, solo por un momento dejé que el silencio hiciera lo suyo. Al ratito se suelta, empieza a decir. “Tengo un pariente, que cuando yo era más chico, tenía creo

que 8 o 9 años, no me acuerdo bien de eso, un día entró a mi casa y abusó de mí.” Me quedé mudo, volvió a hablar. Y contó de otra situación cuando era más grande. Y siguió hablando hasta desahogar ese sufrimiento que lo atormenta desde pequeño.

Los detalles que contó en su relato me impresionaron, podía ver el dolor en sus ojos, y escucharlo en sus palabras. A ese niño le habían arrebatado su infancia. La indiferencia familiar primero y luego el sistema no lo acompañaron. Ese dolor se instaló en su historia y definió el resto de su vida. No dije nada, solo me quedé ahí para que supiera que estaba ahí. Luego de un silencio me dice: “¡Gracias por escucharme!”

Sentí que se sintió aliviado. No es fácil contar estas cosas, y menos a un desconocido. Pero siempre hay posibilidades si se habilita un espacio hospitalario y confidente. Pudo expresar en palabras ese sufrimiento que lo conmueve, en ese momento entendí que se sintió contenido, entendí que para eso estábamos haciendo lo que hacíamos. Y le empecé a dar sentido a mi trabajo. Para él había certeza en esa realidad alternativa, que le aliviaba un ratito el inmenso dolor que lo arrasaba. Descontracturar los espacios para producir otra cosa, muchas veces ayuda a algunas personas a relajarse y poder decir lo que les pasa. Enfrentar el dolor es muy difícil, es un sentimiento que no sabemos sobrellevar los humanos, porque el sistema instala que el dolor no es parte de la vida, que debemos hacer cualquier cosa para adormecerlo, pero el dolor sigue presente y no debemos ser indiferentes a él, y más aún, en este contexto social donde vemos cada vez más y más sufrimiento, hay que comprometerse y entender, que a la salud mental la hacemos todos.

Antes de ser lo que queremos ser, pri-

mero, hay que ser humanos.

Bibliografía

Epele, M. E. (2015). Entre la escucha y el escuchar: psicoanálisis, psicoterapia y pobreza urbana en Buenos Aires. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, volúmen 25, número 3, 797-818.

Foucault, M. (2009). *El gobierno de sí y de los otros*. Curso del College de France. Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Frigerio, G., Korinfeld, D., & Rodríguez, C. (2019). *Las instituciones: saberes en acción. Aportes para un pensamiento clínico. Los oficios del lazo*. Volúmen 3. Argentina: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.

Flor de Chipá

Inclusión y producción

Carolina Muñoz⁶⁵

Yanina Páez⁶⁶

Sebastián Villar⁶⁷

Etapa preparatoria

Flor de Chipá es un dispositivo sustitutivo de la lógica manicomial; basado en la noción foucaultiana de dispositivo expresado como resultado de un conjunto compuesto por elementos heterogéneos que da respuesta a un problema práctico y ético-político, una invención de procedimientos y técnicas para enfrentar la urgencia (Heredia, 2014). En consecuencia, aborda diversas problemáticas en salud mental de manera integral, específicamente la inserción laboral que a su vez deviene en el acompañamiento de integración comunitaria.

Como bien se puede suponer, Flor de Chipá elabora y vende un producto artesanal de nombre chipá, de origen guaraní, que

va mutando en su fórmula dependiendo del lugar donde se elabore.

A mediados del 2021, bajo la escasez de ofertas laborales y las dificultades del sistema productivo local en integrar a personas usuarias con padecimiento en salud mental, profesionales municipales de la zona este de Venado Tuerto comienzan a pensar las posibilidades de generar un emprendimiento-dispositivo que ofrezca una integración laboral efectiva.

Luego de un intenso debate sobre la cuestión social como "(...) conjunto de problemas económicos, sociales, políticos, culturales e ideológicos que delimitan la emergencia (...) como sujeto socio-político" (Moleda, 2016, p.100), y sobre cómo se interpreta la demanda a modo de refracción, es decir que se presenta como "(...) si fuesen una ilusión óptica, que no permite ver de donde surgen en realidad. En forma abstracta se recortan segmentos de la vida social para intervenir en ellos, como si nada tuviera que ver con la relación capital-trabajo." (Moleda, 2016, p.100). Se concluye que, si el mercado no ofrece estas oportunidades y el Estado tampoco llega a proveerlas, lo más sensato sería elaborar una nueva propuesta, ya que en el campo de la salud mental queda bastante por hacer.

65 Carolina Muñoz es técnica en acompañamiento terapéutico en salud mental y adicciones de la Universidad Gran Rosario (UGR). Cursa 6to año de la carrera de psicología en la Universidad Nacional de Rosario (UNR). Se desempeña como acompañante terapéutica para la Dirección Provincial de Salud Mental de Santa Fe.

66 Yanina Paez es Trabajadora Social del Instituto Católico de Enseñanza Superior (ICES), acompañante terapéutico de la Fundación SISTIRE de la localidad de Córdoba. Cursa la Licenciatura de Trabajo Social en la Universidad Nacional de Villa María (UNVM). Se desempeña como trabajadora social en la Secretaría de Salud y Desarrollo Social de la Municipalidad de Venado Tuerto, Zona Este.

67 Sebastián Villar es psicólogo de la Universidad Nacional de Rosario (UNR), docente universitario en el Instituto Universitario Italiano de Rosario (IUNIR). Cursa actualmente una maestría en salud mental en IUNIR. Se desempeña como psicólogo en la Secretaría de Salud y Desarrollo Social de la Municipalidad de Venado Tuerto, zona este. Email de contacto e Instagram: villar.s.d@hotmail.com - <https://instagram.com/flordechipaok>

El dispositivo se inicia de manera mixta, es decir con aportes del sector público y privado, y de gestión pública-privada, porque en el plano particular Flor de Chipá introduce la inserción laboral y sus consecuentes efectos. En el plano general se presenta como una señal doble: por un lado, expone al mercado las condiciones de posibilidad para integrar en el circuito comercial a las personas usuarias de salud mental, despejando una multiplicidad de prejuicios como por ejemplo, la ausencia de productividad, la peligrosidad, la dificultad, y la volatilidad; por otro lado, expone la falta de una planificación clara de integración y producción por parte del Estado y de sus funcionarias/os - trabajadoras/es que estén dirigidos concretamente a este sector de la salud mental, ya que actualmente no estamos en conocimientos de otros proyectos en la ciudad que logren una conjunción entre productividad e integración de la salud mental.

Modificar las instituciones desde adentro como propone Rotelli (1987), entendiendo que el mercado y el Estado son instituciones permeables y susceptibles de ser modificadas y que en la actualidad intentan convivir con mayor o menor armonía. Pensar que cumplir las leyes y llevar adelante la inclusión de las personas usuarias de salud mental es sólo una tarea del Estado, sería recostar una labor fundamental sobre los hombros de un solo agente, teniendo en cuenta que el mercado no sólo es una fuente de ingresos para el Estado, sino un articulador fundamental de esta misma tarea.

Salud, economía y educación íntimamente relacionadas

Generalmente, los abordajes en salud mental comienzan desde una perspectiva psíquico - biológica - asistencial⁶⁸, de corto plazo, en la celeridad, donde puede conseguirse un período de estabilización mediante la utilización de mediación y de la escucha por parte de las/los profesionales, tanto de psicología como de trabajo social⁶⁹. En algunas situaciones lo relatado es suficiente, pero en otras al poco tiempo se pierde la estabilidad, es así que los equipos intentan nuevamente estabilizar con la misma metodología la situación, posiblemente obteniendo peores resultados, expresando una versión acotada del proceso de salud; sin embargo, la Ley Nacional de Salud Mental, N° 26.657 en sus primeros artículos promueve un paradigma diferente:

ARTÍCULO 3º.- En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. (Ley Nacional de Salud Mental, N° 26.657)

Flor de Chipá, a diferencia de otros abordajes, propone no quedarse en la primera premisa psíquico - biológica - asistencial, sino pasar a una segunda, a una tercera e inclusive a una cuarta. La segunda premisa consta de analizar el contexto socio-económico y cultural donde se dan los proce-

68 Una conjunción entre lo que Rotelli (1987) planteaba como el modelo médico, el modelo de ayuda social y parte del modelo de escucha/terapéutica, pero sin privilegiar la vivencia subjetiva.

69 Vale aclarar que esta primera etapa está compuesta por varias subetapas, pero por limitaciones de los alcances del texto, no las desarrollaremos.

sos de salud-enfermedad, tomar las particularidades de cada situación y elaborar desde esta las tácticas pertinentes, es decir, elaborar junto a la persona usuaria las posibilidades de integración, bajo el paradigma estratégico del trípode sustitutivo salud, economía y educación, que requiere que los equipos sean objetivos y prácticos a la vez. Las particularidades nos llevan directamente al campo de la toma de decisiones y de cómo estas se llevan a cabo. Bien sabemos que el campo de la salud mental es un campo político y el traspaso de un paradigma a otro se dio en un juego de fuerzas e intereses. El paradigma manicomial ha tenido como columna vertebral la política del control, cuyas consecuencias han sido nefastas, como la excesiva medicación, la ausencia de escucha, el maltrato físico y verbal, la sustracción de la categoría de persona, entre otras.

El paradigma sustitutivo a las lógicas manicomiales que elegimos para este emprendimiento-dispositivo, es la política de la administración, y su correcta aplicación que requiere de una planificación sustentable, es decir, comprender que la orientación del dispositivo no puede estar signada solamente por la praxis de los profesionales, sino más bien por la participación activa de todos los actores que lo integran, siempre y cuando sea su voluntad hacerlo.

La planificación no sólo apunta al ámbito contable, económico, sino también, y de un modo principal, a la construcción de objetivos, a la apropiación del proyecto y a la circulación de la palabra en un marco comunitario que involucre a todos los actores implicados. Al estar en el campo de la salud mental, la óptica no está sólo puesta en la productividad, que sería el punto focal de cualquier

emprendimiento, pues ha de enfocarse también, y de un modo especial, en la particularidad de la persona usuaria y su proceso de integración social como parte capital de este dispositivo.

La productividad y la integración conforman así una ecuación de equilibrio, pues el dispositivo requiere de la productividad para lograr una integración eficaz, para no posicionarse como un dispositivo aislado, sino como parte del aparato productivo de la ciudad, generando fuentes de ingresos genuinas y participación comunitaria de quienes lo integran.

La tercera premisa para llevar adelante el dispositivo sostiene que quienes lo integran deben formarse constantemente, si es que así lo desean, en saberes disciplinares y también en saberes no disciplinares: desde la contabilidad hasta la bromatología, desde la cocina hasta la venta. La formación no acaba aquí, pues también se agrega el valor adicional de la comunidad, que son aquellas personas que sin tener una base disciplinar en salud mental, se interesan por el proyecto y quieren aportar a su crecimiento o desarrollo, ya sea con un halago, un consejo o un reconocimiento, que por lo observado constituyen un verdadero combustible para el motor central del dispositivo, esto es, la autonomía de las personas usuarias⁷⁰.

La cuarta premisa es la mencionada autonomía de las personas usuarias, como devenir necesario de las premisas anteriores. "Invertir mucho menos en los aparatos de control y asistencia [énfasis agregado] y mucho más en las personas, menos en alimentar las instituciones y su burocracia y más para potenciar la autonomía de las personas" (Rotelli,

70 Dicha conjunción es lo que Stolkiner (1999) propone como inter-saberes.

1987, p.185). Por autonomía, comprendemos autonomía con inclusión, donde se borran las barreras entre personas usuarias y personas no usuarias, y todos se mancomunan por el trabajo y la visión a futuro.

En algunos momentos hablamos de integración y en otros de inclusión, y es que justamente Flor de Chipá comienza como un proyecto de integración que busca la inclusión, es decir el respeto por la particularidad y la diversidad de cada persona trabajadora, sin recurrir a las categorías de “personas usuarias” y “personas no-usuarias” o de “personas con discapacidad” o “personas sin discapacidad”. En la actualidad, hasta donde llega nuestro conocimiento, no abundan los proyectos de inclusión, sino más bien aquellos llamados de integración, para los cuales se requiere una tarjeta de identificación o un diagnóstico para gozar de tal o cual beneficio. En Flor de Chipá los beneficios son múltiples y se aplican a la particularidad, por eso recientemente se incluyó una persona trabajadora que no es persona usuaria, aboliendo toda diferencia de clasificación y centrando todos los esfuerzos en la particularidad y diversidad.

El paradigma de la inclusión permite a Flor de Chipá acompañar a las personas trabajadoras en una red que contempla al territorio, permitiendo así generar las condiciones de creación en conjunto de nuevas formas de relacionarse con otros proyectos que promuevan de igual manera el devenir común, incentivando la participación en la comunidad y la circulación en el territorio, siendo este el espacio privilegiado donde se despliegan las relaciones, los afectos y las experiencias.

Flor de Chipá es una idea devenida en concepto

Actualmente Flor de Chipá ha llegado a una fórmula artesanal de panificación en su receta que sólo conocen sus integrantes, luego de varias pruebas de calidad y preferencias. Consta de tres sabores: los chipá tradicionales, los chipá de salame y los chipá de queso azul, que por un lado se venden congelados por vía online, Instagram o WhatsApp, y por otro horneados en el momento en ferias municipales o privadas.

El lugar de elaboración es la vecinal del barrio Güemes, donde los profesionales de la zona este de la dirección de Desarrollo Humano trabajan diariamente, por lo que desarrollo, salud y producción pueden coordinarse en un edificio sin problemas. Los días de elaboración se planifican grupalmente semana a semana, así como también las horas de trabajos por jornada, proyectando la asistencia a ferias, la venta de congelados o la implementación de promociones para días festivos. El transporte es una conjunción entre movilidad personal y recursos que vuelca una de las profesionales prestando especial atención a las eventualidades.

La participación en la toma de decisiones, regida por las particularidades de quienes integran el dispositivo se expresan en aspectos como, la imagen y la construcción de identidad del proyecto, la expansión de las ventas y sus diferentes modalidades, el control de calidad del producto, la difusión, popularización y eventual enriquecimiento del dispositivo, el ingreso de nuevos integrantes, entre otros. Toda esta participación claramente también está sometida a voluntad, así como la posibilidad de salir del proyecto e ingresar nuevamente, sin coto alguno.

En estos momentos, estamos completando la primera etapa productiva e iniciando paralelamente la segunda etapa, que consiste en construir un carro para la venta al público de chipá recién horneados en lugares estratégicos de la ciudad de Venado Tuerto durante la semana. Esto permitiría generar más fuentes de trabajo e inclusión, y hacer aún más visibles las señales al mercado y al Estado que en un primer momento nombramos.

A modo de cierre recordamos como parte de nuestra inspiración al maestro Escotado (2018) “Ser occidental [para nosotros trabajar en salud mental], significa de alguna manera tener sitio en el corazón para un atar donde lo venerado es la igualdad humana, principal motivo de orgullo para nuestra cultura (...)” (p.25). Por lo tanto, una tercera etapa productiva está en las salas de la planificación, esperando que las señales surtan efecto, reanudando el intenso debate que anhela no quedar cerrado en un pequeño circuito.

Bibliografía

Escotado, A. (2018). Los enemigos del comercio, una historia moral de la propiedad I. Editorial La Emboscadura S. L.

Heredia, J. M. (2014). Dispositivos y/o agenciamientos. Contrastes. Revista Internacional de Filosofía, XIX (1), 83-101.

Moleda, M. (2016). Cuestión social, fundamentos y debates en trabajo social. Aportes para el análisis de los procesos de formación e intervención en trabajo social. En Martín, A. M. y Rossi A. (Ed.), Cuestión social, políticas públicas y trabajo social: tendencias en Argentina y Brasil desde una perspectiva comparada (1ª. Ed. pp. 83 - 102). Universidad Na-

cional de Mar del Plata.

Rotelli, F. (1987). Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los países avanzados). Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. 7(21), 165-187.

Stolkiner, A. (1999). La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. EL CAMPO Psi. www.campopsi.com.ar

Atención por Salud Mental en el Hospital Modular 3: desafíos en torno a una práctica en la incertidumbre

Carla Delladonna ⁷¹

Sofía Ugarteche ⁷²

Coronavirus: grupo de riesgo.

No salgas de casa. Compra guantes.

Toma la temperatura.

No vayas al médico. Llama por teléfono.

Mira los síntomas.

Ten cuidado. Compra medicación. Coge la mascarilla.

Cuatro paredes me recuerdan que me ahogo todos los días.

Compra comida. Recoge las pastillas. Deja de colapsar mercadona.

Ponte a la cola. Viene la policía. No queda rollo de papel.

Te he dicho que no cojas más carne. No vayas a clase. Quedate en casa.

Cancela tus planes. Estado de alerta.

Estado de ¡alarma!

Colapsan las emociones buscando gestionar la pandemia.

Benjamín Santiago (2020)

En el presente trabajo daremos cuenta de la atención por Salud Mental llevada a cabo en el Hospital Modular Nro. 3 (en adelante Modular 3), el cual se encuentra emplazado en el Hospital Escuela Eva Perón de la localidad de Granadero Baigorria desde el año 2020 hasta la actualidad⁷³. Las prácticas que recuperamos en este escrito fueron realizadas durante el primer año de pandemia.

El Hospital Escuela Eva Perón es un hospital de tercer nivel de complejidad, que forma parte de la red de salud pública de la provincia de Santa Fe. Ubicado en la localidad de Granadero Baigorria, recibe demanda de atención de la población localizada en la zona norte de Rosario, así como de todo el cordón industrial, que comprende desde la localidad de Granadero Baigorria hasta la de Puerto General San Martín, aproximadamente. El Modular 3 es uno de los 12 hospitales de emergencia construidos en el país para abordar la gran demanda que implicó el comienzo de la pandemia⁷⁴. El mismo se cons-

71 Carla Delladonna. Psicóloga egresada de la UNR. Residente de 2do año de la RISaM- Granadero Baigorria.

72 Sofía Ugarteche. Psicóloga egresada de la UNR. Residente de 3er año de la RISaM- Granadero Baigorria.

73 Al momento de la escritura del presente trabajo, el hospital Modular continúa funcionando, pero con distinta distribución de las salas, abocado a la atención de pacientes con covid y con otras condiciones clínicas no asociadas al covid.

74 En marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce como pandemia a la enfermedad por Sars Cov2 que, para ese entonces, se había esparcido por diferentes puntos del mundo. En ese mismo mes

tituyó en una de las primeras instancias en la red de salud para aquellas personas usuarias que, por la complicación de su cuadro clínico, no pudieron ser abordadas en un hospital de menor complejidad. Este hospital se inauguró formalmente el día 28 de julio del 2020 con 24 camas de terapia intensiva y 48 camas de mediana o baja complejidad distribuidas en dos salas. La distribución de camas y funcionalidad de cada sala se fue modificando en el transcurso de la pandemia según criterios sanitarios.

En la presente producción nos interesa recuperar el trabajo con la dimensión subjetiva de las personas usuarias y su entorno afectivo a partir de tres dispositivos⁷⁵ implementados. Esta práctica se articuló entendiendo como eje insoslayable la construcción de estrategias interdisciplinarias que tengan en cuenta la singularidad de cada caso y contemple las particularidades que implica un aislamiento en condiciones extraordinarias⁷⁶.

A partir de los efectos de la pandemia en nuestro país, en marzo del 2020, el hospital atravesó distintas modificaciones de manera inmediata, comenzaron a circular nuevos elementos de cuidado: alcohol en gel, equipos de protección personal (en adelante EPP), barbijos quirúrgicos y N95⁷⁷. Junto con ello, la dinámica vincular también cambió debido a los cuidados que se debían sostener por el alto índice de contagios de Covid-19: los protocolos implementados tanto a nivel ins-

titucional como estatal, evaluación del tiempo de exposición, almuerzos no compartidos, mates distintos.

Como trabajadores/as de la salud comenzamos a preguntarnos qué hábitos rutinarios ya no podían ser del mismo modo. La pandemia atravesaba desde el ámbito más público hasta lo más privado. En este contexto es que nos empezamos a interrogar qué tipo de práctica articular en un hospital abocado a la atención de pacientes con Covid-19, y qué sucesos estaban emergiendo y no llegábamos a pesquisar.

Nuestra primera práctica en el Hospital Modular, se realizó a partir de los pedidos de interconsultas realizados desde el servicio de Clínica Médica al servicio de Salud Mental, sin embargo, se volvió indispensable repensar algo más en torno a esto, incorporar otras formas de intervenir.

Se comenzaron a implementar espacios de encuentro con las personas trabajadoras del hospital para construir el encuadre y la práctica, a partir de las situaciones clínicas que comenzábamos a abordar. En este marco se articuló un trabajo entre el servicio de Salud Mental y trabajadoras/es del Hospital Modular la elaboración de un protocolo de visitas a personas internadas por covid, proceso que se llevó a cabo en los meses de agosto y septiembre del 2020. Se dio comienzo a partir de esto a reuniones periódicas con trabajadores de la Unidad de Terapia Intensiva

comienzan en Argentina las medidas de distanciamiento social y obligatorio a los fines de evitar el esparcimiento de este virus. Los primeros casos de la enfermedad, se reportaron en diciembre de 2019 en la ciudad china de Wuhan.

75 Michael Foucault (1984) refiere que un dispositivo es "(...) una especie -digamos- de formación que, en un momento histórico dado, tuvo como función mayor la de responder a una urgencia. El dispositivo tiene pues una posición estratégica dominante", "(...) es todo aquello que tiene, de una manera u otra, la capacidad de capturar, orientar, determinar, praxis".

76 Las/los usuarios/as que transitaban una internación en el Hospital Modular debían estar aislados en una misma sala, sin poder salir ni interactuar presencialmente con personas por fuera de esa sala que no hayan ingresado con equipos de protección personal (EPP).

77 N95, es la mascarilla requerida como parte del EPP en los protocolos de atención de los pacientes con Covid-19.

(en adelante UTI), así como encuentros con las/los enfermeras/os y médicas/os clínicos/as. Estas reuniones se volvieron espacios de debates que habilitaron a ir transformando nuestra propia práctica, así como un lugar en dónde poder tramitar colectivamente algo de lo que trabajar en este contexto insólito implicaba.

Los dispositivos

Se hizo necesario construir un modo de trabajo en conjunto para un abordaje integral que contemplase las diferentes dimensiones que alcanzaba esta coyuntura tan particular. Desde el servicio de Salud Mental y la RISaM⁷⁸, surgieron una serie de discusiones. La incertidumbre dio lugar a la necesidad de implementar algo que pudiese considerar lo novedoso de esta situación, es decir, no se trataba solo de un cuerpo enfermo postrado en la cama de un hospital, sino también, del estar recluidos en habitaciones donde únicamente otras personas contagiadas con el mismo virus podían habitarlas, ser atendido por profesionales que debían protegerse con un EPP, el contacto reducido con respecto a su entorno afectivo, a su vida habitual, y todo un imaginario social y simbólico que circulaba socialmente cargando de sentidos, ese proceso que debían transitar.

En este sentido, mencionaremos los dispositivos implementados en el Hospital Modular:

Una interconsulta implica el pedido de intervención de otro servicio hospitalario al servicio propio (en este caso al servicio de Salud Mental), dichos pedidos fueron en su mayoría provenientes del servicio de Clínica Médica. Los motivos de intervención eran variados, sin embargo, podíamos encontrar algunos denominadores comunes en el discurso de las personas usuarias: la angustia por el temor a su enfermedad o propia muerte, la lejanía física de los vínculos afectivos, el enojo con quién/es suponían que los habían contagiado, entre otros.

Es a partir de esto que se nos planteó la inquietud sobre cómo acompañar cuando la palabra está dificultada en las personas usuarias, no sólo por lo irrepresentable de algunas temáticas como la muerte, sino también por cuestiones orgánicas ¿qué tipo de acompañamiento sostener?

Entendíamos que era necesario poder estar allí brindando una escucha respetuosa de los tiempos ajenos, a la vez que devolviendo una presencia, un gesto de ternura o una mirada que indicara que se estaba escuchando a quién se encontrara del otro lado del teléfono o del EPP, aun cuando el cansancio físico del paciente ya casi no permitiera un decir hablado. En un hospital construido sobre las premisas del aislamiento y de reducir la cantidad de tiempo de exposición al virus, se hacía necesario, por un lado, poder

78 La sigla alude a la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental. La premisa principal de la formación en las RISaM es que el profesional en salud mental, ante todo, debe tener aptitudes para formarse como trabajador de la Salud Pública, integrando equipos interdisciplinarios dentro de la estrategia de APS -atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva- y debe estar enmarcado en la perspectiva del enfoque de derechos. En el caso de la RISaM de Granadero Baigorria la duración es de tres años, habiendo dos residentes psicólogos/as por año, dos residentes médicos/as por año y un/a residente trabajador/a social por año, constituyendo un grupo de 15 residentes.

discernir en qué situaciones era pertinente la presencialidad en la intervención y cuáles podían ser abordadas de manera virtual, es decir, si la persona tenía condiciones físicas para sostener un teléfono, y también si podía subjetivamente sostener una conversación de ese modo o requería otro tipo de presencia más cercana. Así como pensar que modos de acompañamiento realizar durante la internación.

Dispositivo de intervención en sala general del hospital Modular

Este dispositivo estuvo pensado en torno a la necesidad de generar mejores condiciones de habitabilidad de las salas de internación, en dónde su capacidad era de hasta 24 personas en condiciones de aislamiento.

Para ello se recaudaron una serie de materiales que se pusieron a disposición de quienes se encontraban allí cursando una internación. De este modo se intentó generar condiciones que propicien el armado de una escena que pueda mitigar ese estar en un aislamiento tan particular de las personas que se encontraban allí alojadas.

Cómo parte del trabajo se armó un recursero con una serie de elementos, los cuales estaban siempre disponibles en las salas y se reponían según demanda y disponibilidad. Dentro de los mismos era posible encontrar: elementos recreativos lúdicos como cartas, juegos de mesa, revistas, crucigramas, algunos elementos de librería (varios de ellos recaudados mediante donaciones), entre otros. Asimismo, se contaba con auriculares disponibles para aquellos pacientes que no tuvieran la

suficiente fuerza para sostener el celular, de este modo tratábamos de garantizar mayores posibilidades de comunicación con su entorno afectivo. Se solicitó la instalación de red wifi y dos televisores. Los mismos fueron gestionados, pero al momento de la instalación transcurrieron varias semanas sin poder conseguir algún/a trabajador/a que esté dispuesto a ingresar al Modular a instalarlos. Finalmente fueron las/os enfermeras/os quienes se ofrecieron a esto y posibilitaron su funcionamiento. Otro elemento que se solicitó fueron credenciales con fotos de los rostros descubiertos de las personas trabajadoras, para que de esta manera las personas usuarias pudieran conocer las caras de quienes entrábamos con el EPP colocado, vestimenta que no permite ver el rostro de la persona que lo está utilizando.

También nos encontramos con que algunas personas internadas no contaban con celular u otra forma de comunicación, ni los recursos para gestionarlos. En estos casos, envolvíamos el celular perteneciente al servicio de Salud Mental en papel film para ingresarlo y así poder garantizar algún tipo de comunicación diaria con sus familiares, esto a veces implicaba reproducir audios, así como realizar llamadas telefónicas.

Se festejaron cumpleaños usando guantes de latex como globos, ingresaron profesionales que contaban con formación en música para hacer sonar alguna melodía, entre otras actividades. Se intentó con esto que el Hospital Modular se vuelva un lugar que propicie un estar más confortable, dentro de las posibilidades con las que contábamos.

De alguna forma, el Modular 3 se fue transformando, propiciando este cambio, las propias personas usuarias y trabajadoras implicadas. A través de estas propuestas lú-

dicas o artísticas se apostó a que el cuerpo pudiera, por un rato, no reducirse a las mediciones de oxígeno o los valores vitales, sino también permitirse pulsar al ritmo de cada historia, de cada sujeta/o que habitaba este lugar. Marcelo Percia (2020) habla de coreografías del cuidado: “Esas coreografías no merecen el nombre de distanciamientos social, ¿cómo nombrar vidas que hablan con los ojos, con la voz, con los gestos, que tra-man cercanías a dos metros? ¿Cómo nombrar esa protección necesaria?”.

Por nuestra parte, con el paso del tiempo comenzamos a ganar más confianza con respecto a cómo movernos dentro del modular, los procedimientos de colocación de EPP estaban más incorporados y podíamos pensar con menos limitaciones las distintas intervenciones y cambios para hacer allí, nosotras también pudimos comenzar a habitar el modular de otra manera.

Protocolos de visita a personas internadas por covid

El protocolo de ingreso de familiares/referentes afectivos de personas internadas por sospecha o confirmación de covid-19 se inició en el año 2020, en el marco del primer pico de contagios y con la capacidad de camas del Hospital Modular en su totalidad completas.

Este protocolo - aún vigente, aunque menos frecuente- consiste en el ingreso de tales referentes al modular durante 15 minutos para poder tener un encuentro con la persona internada. Para esto la persona a ingresar mantiene previamente una entrevista con un equipo o profesional de Salud Mental

para que se le transmitan cómo será el ingreso, pasos a seguir, y firme un consentimiento informado. Luego de esto, la persona ingresa con EPP a las salas de aislamiento acompañado por personal de enfermería. Según la situación, se realiza seguimiento posterior a través de entrevistas de acompañamiento.

En un principio, este ingreso se habilitó en función del criterio médico asistencial del paciente en el momento en que su cuadro clínico se evaluase como potencialmente irreversible. Dichos criterios se fueron reformulando a lo largo de la pandemia, permitiendo el ingreso de familiares y referentes afectivos en función de lo que se evaluaba pertinente para cada caso. Estos encuentros entre persona que ingresaba y persona internada solían estar cargados de emotividad. Si bien, los ingresos en UTI eran generalmente con el/la paciente sedado, esto no impedía que se construyese una escena afectiva en torno a esto: desde decorar la cama, llevarle dibujos de las/os niñas/os de la familia, reproducir audios, cantarles, algo de lo familiar que comenzaba a investir y subjetivar ese cuerpo intubado.

Las preguntas sobre lo que pasará con esa persona era algo que aparecía recurrentemente en las entrevistas previas y posteriores a su ingreso, siendo el temor sobre la evolución del cuadro algo que insistía. Aparecía enojo, angustia, frustración, desencuentro.

Se trataba de acompañar la espera: tanto del momento previo del ingreso al modular como de lo que pudiera acontecer con esa persona amada, implicaba el desarrollo de una práctica, nuevamente, con lo incierto.

A modo de conclusión

A partir de los dispositivos desarrollados en el presente trabajo intentamos dar cuenta de algunas de las intervenciones realizadas desde Salud Mental frente a la irrupción de la pandemia. Ante la rigidez de los protocolos que fueron necesarios para los cuidados de la población en este contexto, los dispositivos mencionados apelaban a la creatividad como posibilitadora de potencias que hagan más habitable el Hospital Modular. Se pensaron intervenciones orientadas a quienes transitaban cada sala de manera más general, así como la vertiente que contemplaba la singularidad de cada situación, y así intentábamos construir líneas de fuga que permitan escapar, al menos un poco, de esa totalidad en el que se constituía la enfermedad y la pandemia en su inicio, tanto para la persona usuaria como para su entorno afectivo.

Con el correr del tiempo se fue transformando el hospital junto a los procesos de trabajo a partir de los efectos que la pandemia iba produciendo en esta población a cada momento. Las/los trabajadoras/as no estuvimos por fuera de estos movimientos epidemiológicos y de las consecuencias de los mismos. Los miedos y preocupaciones por la salud propia y la de los afectos, el impacto emocional que implicaba el trabajo en el modular, y los efectos de esto en la subjetividad de los/as trabajadoras/as es algo que aún hoy continuamos elaborando. Quizás sean los tiempos venideros donde podamos poner nuevas palabras a lo acontecido.

Intentamos, en las experiencias relatadas apostar a prácticas humanizadas, que se vuelven imperantes para poder sostener estas tareas en el terreno de lo incierto. Por último, nos interesa destacar la potencialidad de los abordajes interdisciplinarios en tanto

permitieron el intercambio y la articulación de otros modos de trabajo posibles.

Bibliografía

Percia, M. (2020). Arriba que la vida sigue. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/noticias/arriba-que-la-vida-sigue-por-marcelo-percia>

Situaciones complejas y experiencias de un trabajo compartido

Martín Cattáneo⁷⁹

El presente escrito tiene como principal objetivo puntualizar respecto de la importancia que adquiere el trabajo de articulación entre los diferentes actores/as y equipos de diversos sectores que intervienen en una determinada situación problemática, tanto para quienes resultan ser las personas involucradas en la misma, como así también para quienes, a partir de estar convocados/as a participar, realizan sus acciones. A diferencia de los efectos que se generan a partir de la implementación de prácticas desarticuladas y fragmentadas.

Y cómo, en ocasiones, para que ese trabajo resulte posible, es necesario un abordaje específico que contemple aspectos propios que hacen al funcionamiento de el/los equipo/s, además de propiciar o favorecer la implementación de espacios de trabajo grupal y de intercambio. Siendo estas, funciones principales del Dispositivo de Soporte Regional para Equipos de Salud Mental (en adelante SM) y abordaje estratégico de Situaciones

Complejas (en adelante Dispositivos de Situaciones Complejas).

Este dispositivo surge a fines del año 2017 con el objetivo de realizar tareas de supervisión de casos clínicos destinada a los equipos de SM de los efectores de salud de la región de Santa Fe (ciudad de Santa Fe y alrededores).⁸⁰

A partir de las experiencias producidas desde la práctica, se advierte la necesidad de ampliar sus alcances, considerando la importancia que adquiere el hecho de abordar la multiplicidad de malestares por las que atraviesan los integrantes de los equipos de SM, ya que los mismos suelen incidir significativamente en sus prácticas y, en consecuencia, en las intervenciones destinadas a personas usuarias del sistema de salud.

A su vez, a partir del exponencial crecimiento que ha ido adquiriendo en este último tiempo el trabajo virtual, precipitado por la irrupción de la pandemia, se ha ampliado también el alcance territorial. Actualmente el dispositivo se encuentra trabajando con equipos de distintas localidades de todo el territorio provincial. Durante la pandemia participó del diseño y ejecución de un plan de contingencia de acompañamiento a los equipos de salud con el fin de amortiguar sus efectos, denominado “Lazos Cuidados”.

79 Psicólogo egresado de Facultad de Psicología de la UNR (1993). Formación en psicoanálisis y Salud Mental. Trayectoria profesional en el ámbito público, comunitario y privado; integrando equipos interdisciplinarios en instituciones que abordan problemáticas vinculadas a infancias y adolescencias, consumos problemáticos, víctimas de delito, madres solteras, entre otras. Desde el año 2000 al 2017 ejercicio como profesional en “Casa del Sol” de Santa Fe. Desde el 2017 a la fecha integrante y referente del “Dispositivo de soporte regional para equipos de salud mental y abordaje estratégico de situaciones complejas”. Ambas dependientes de la Dirección Provincial de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

80 Entonces conformado por la Psga. Ana María Peiteado y el Psgo. Martín Cattáneo. Desde agosto de 2021 hasta la fecha, conformado por la Lic. en Psgía. Noelia Cabrera, el Lic. en Psgía. Aníbal Mendiburo, y el Psgo. Martín Cattáneo.

Además, tiene la función de realizar tarea de soporte cuando es convocado a intervenir a partir de determinadas situaciones como ser episodios disruptivos, eventualmente traumáticos, que se producen en un territorio determinado, sobre todo cuando las instituciones o el entorno en el que se desencadenan tienen su capacidad operativa y subjetiva de intervención excedida respecto a su función y respecto a la propia subjetividad.

Particularmente, cuando dicha situación afecta parte de la red que interviene en el cuidado y/o la atención de la población, teniendo en cuenta, precisamente el alcance de su incidencia.

Para los abordajes se diseñan modos de intervención de acuerdo con las particularidades y complejidades de cada contexto, priorizando los espacios grupales con los integrantes implicados en cada una de las situaciones.

Relato de una experiencia de abordaje intersectorial y algunas consideraciones respecto a la actividad de soporte con equipos de trabajo del campo de la salud mental

A partir de un pedido de intervención realizado por un Equipo Socioeducativo dependiente del Ministerio de Educación de la Provincia de Santa Fe a la Dirección Provincial de SM toma participación el Dispositivo de Situaciones Complejas.

En ese momento (2018) la situación planteada refería a una problemática familiar, la cual se venía suscitando a lo largo del tiempo, con un agravamiento último. Dos de los niños, integrantes de dicha familia, presentaban serias dificultades para sostenerse en el ámbito escolar, protagonizando algunos episodios de violencia física con pares. El último de ellos (el cual resultó determinante

para la realización del pedido de colaboración a la Dirección Provincial de Salud Mental (en adelante DPSM) revistió gravedad ya que puso en riesgo la integridad física de un compañero. Cabe mencionar que en el seno de la familia de los niños se habían producido episodios de violencia con desenlace fatal.

Además, uno de ellos presentaba una serie de manifestaciones que hacían suponer la presencia de fenómenos alucinatorios. No habiéndose producido, hasta ese momento, una instancia de valoración clínica al respecto.

A su vez, hacía poco tiempo, había fallecido el padre de los niños, quien ejercía el rol de autoridad familiar. Desde el ámbito escolar, a partir del riesgo que implica el estado de la situación se decide restringir en horarios y días la asistencia de los niños a la institución. Previo a ello, se habían intentado diversas estrategias de intervención, entre ellas convocar al Equipo Socioeducativo correspondiente de acuerdo con la región a la que pertenece. Una vez tomado conocimiento de la situación, el Dispositivo de Situaciones Complejas decide abrir a la escucha y comenzar a generar encuentros con aquellos equipos que, de manera paralela, es decir, con escasa articulación, venían interviniendo en la situación, provenientes desde diversos ámbitos: infancia (equipo local), educación, salud y ONG. En cada encuentro se explicitan las dificultades que cada equipo tenía respecto a la implementación de las estrategias de intervención y lo fallido de sus efectos y el consecuente desgaste ocasionado al interior de estos.

Es por ello por lo que se advierte la necesidad de fortalecer el trabajo articulado. En los espacios de encuentros entre los participantes se producen nuevas instancias de in-

tervención, a partir de los intercambios que se van produciendo, propiciando la construcción o revisión de manera consensuada de las estrategias de acción y los modos de implementación escogidos.

Todo ello implica un proceso tan complejo como necesario de trabajo particularmente, en aquellas situaciones que, por sus características, interpelan los saberes adquiridos. Además, la complejidad no refiere únicamente a la diversidad de variables que inciden en una situación problemática determinada, sino también, a la multiplicidad de sujetos-actores/as, disciplinas, grupos, sectores, entre otro, que intervienen en la misma. Las primeras reuniones para el abordaje de la problemática descrita se realizaron con los diversos actores/as del ámbito educativo (directivos, profesionales y docentes) quienes además de relatar la situación de los niños, explicitan las dificultades que se les presentaban para abordar tan compleja realidad.

Preocupaciones por el estado de situación, malestares, interrogantes, enojos y quejas hacia la familia y otros equipos, conforman parte del material desplegado durante esos encuentros.

Este tipo de expresiones suele ser una cuestión con la que se encuentra el dispositivo cuando realiza una actividad de soporte con los equipos que intervienen en el territorio. Si bien, en ocasiones, resulta necesario alojarlas desde la escucha, también situarlas como obstáculos para emprender la tarea.

Por lo que, si bien “hacer catarsis” durante alguna instancia de reunión resulta necesario, para que de ese modo parte del malestar pueda expresarse, su acotación posibilita eventualmente dinamizar el trabajo grupal,

de lo contrario la repetición y la retroalimentación del malestar se instala, dificultando las posibilidades de generar un movimiento tendiente a la toma de decisiones y a ejecutar acciones.

Se escuchan expresiones del estilo “estas reuniones no sirven para nada, es siempre lo mismo, si no cambia tal o cual, o si no se hace (otro) tal cosa no va a cambiar”. De este modo se depositan expectativas en acciones que, en todo caso, podrán producir otros/as. Quedando por fuera del entramado la posibilidad de generar los cambios esperados.

Por lo que, ante aquellas instancias en las que los procesos de trabajo de los equipos encuentran un punto de detenimiento, resulta necesario que, desde una externalidad, se puedan poner a trabajar al interior de estos los aspectos que obstaculizan el funcionamiento. Siendo esta una de las principales funciones que tiene el Dispositivo de Soporte.

Cuando se re trabaja una situación clínica, la cual implica el trabajo con otros/as para pensar y discutir (tendiente a posibilitar una orientación o reorientación de las intervenciones y el diseño o la revisión de las estrategias), en ocasiones resulta ineludible revisar cuestiones propias del funcionamiento del equipo o de los equipos que intervienen.

Durante una segunda etapa de la situación problemática planteada, y advirtiendo la necesidad de que adquiriera mayor incidencia el sector salud e infancia, se promueve la realización de encuentros con el equipo de salud del primer nivel de atención y el equipo local de infancia. Quienes también realizaban un seguimiento de la situación.

Ambos equipos plantean dificultades

respecto a las posibilidades de intervenir, adjudicando a la familia y particularmente a la madre de los niños tal dificultad. Quien solo en ocasiones llevaba a sus hijos a los controles de salud, a turnos asignados para psicología o accedía a las visitas domiciliarias realizadas por los integrantes de los equipos. A su vez, la situación de los niños tanto en la escuela como en el barrio, empeoraba.

Es necesario puntualizar que este tipo de lectura deja por fuera cómo las situaciones de violencia estructural (desempleo, deterioro de las condiciones de vida, entre otros) impactan en las familias de sectores populares, a la vez que naturaliza el trabajo que "le corresponde a una madre" invisibilizando cuestiones referidas a las problemáticas de género.

La modalidad de intervención implementada hasta ese momento consistía principalmente en abordar a la madre a través del diálogo o de la firma de actas acuerdos, intentando que asumiera el compromiso de ocuparse de sus hijos en el cuidado, como ser asistiendo a los controles y a los turnos asignados. Instancias con las que ella cumplía en principio, pero luego no sostenía.

A consecuencia de ello algunos de los integrantes de los equipos intervinientes plantean la necesidad de tomar medidas de protección hacia los niños tendientes a su institucionalización, haciéndole saber a la madre dicha posibilidad.

Este punto resulta sumamente significativo en cuanto a que una línea de acción desplegada hasta determinado momento consistía en un seguimiento y control respecto del cumplimiento del compromiso asumido por la madre. Incluso se acuerda en uno de los encuentros reforzar esa estrategia, entendiendo que no venía teniendo los efectos

esperados porque no era sostenida por todos los equipos y resultaba necesario que la madre advirtiera que había un criterio acordado en común. La continuidad de la implementación de dicha estrategia continuó resultando fallida.

A su vez, comenzó a trabajarse durante los encuentros, los cuales comenzaron a ser virtuales, pandemia mediante, en otras opciones de intervención, al advertir la posición sostenida de la madre, como así también la de los equipos.

A partir de allí surge la idea de intentar un mayor acercamiento a la madre, ya no desde una mirada que controle, sino desde un acompañamiento. Para ello se piensan en algunas alternativas y se termina optando, una vez confirmada la viabilidad de contar con esa posibilidad, la de incorporar un recurso nuevo y diferente, el de un/una acompañante terapéutico/a (en adelante AT). En esta instancia se suma a las reuniones el Dispositivo de Acompañamiento Terapéutico dependiente de la DPSM.

Una vez acordada la estrategia, no sin momentos de desacuerdo y resistencias, resultó necesario realizar todo un trabajo previo. Porque, además, debía implementarse de un modo particular, diferente a como se practica usualmente.

Se determina como conveniente, al menos en esta primera instancia, que la solicitud y la interacción con la AT que se incorpora con el primer objetivo de acompañar a la madre y que esto beneficie los procesos de cuidado y acceso de los niños en salud y educación, sea llevado a cabo por el equipo socioeducativo y no el equipo de salud del primer nivel de atención.

Dicha estrategia es la que, actualmente,

se está implementando y hasta el momento con buenos resultados. En cuanto a salud, los niños van teniendo mayor acceso a las consultas, estudios, controles en distintos niveles de atención y en cuanto a educación un progresivo aumento de días y horas de asistencia a la institución educativa. Otras cuestiones son y eventualmente continuarán siendo abordadas en el espacio de trabajo colectivo conformado por los equipos que desde los distintos sectores intervienen.

La apuesta a la construcción de redes, a partir del trabajo con otros, en el encuentro con lo común y lo diferente, con la diversidad del aporte de valiosas experiencias e ideas, posibilita muchas veces la construcción de estrategias para abordar las situaciones complejas que se presentan en el campo de la SM, buscando el beneficio no sólo de las personas usuarias del sistema de salud, sino también de aquellos/as que sostienen desde el trabajo cotidiano, su funcionamiento.

Propiciando, de ese modo, a partir del sostenimiento de los espacios de encuentros para pensar y dialogar con otros/as las estrategias de intervención con el objetivo mejorar, no solo, los procesos de cuidado y acompañamiento de personas usuarias sino también, los de los propios trabajadores/as.

En general, de acuerdo con las experiencias a partir de los abordajes que se van produciendo desde el Dispositivo de Situaciones Complejas, los espacios destinados a reuniones de equipo, ya sean al interior de los mismos o con otros equipos para trabajar las situaciones que, por su particularidad, ameritan la discusión, el diálogo y el intercambio, se ven dificultadas en su instalación y/o sostenimiento, resultando necesario dimensionar su importancia reconociéndolos como parte fundamental de las prácticas.

Muchas veces la tarea de los equipos se encuentra ligada a un permanente abordaje de lo contingente. Adjudicando al exceso de la demanda de atención, la multiplicidad de las tareas a realizar y la escasez de recursos para dar respuesta a las mismas como las causas de esa modalidad de trabajo, la cual es sostenida, en general, no sin el malestar de sus integrantes.

En estas situaciones la angustiada sensación de que no alcanza el tiempo para hacer otra cosa, más allá de atender lo contingente, barre con la posibilidad de la generación de espacios para, por ejemplo, pensar, y organizar las tareas y el funcionamiento ante una realidad en la que efectivamente puede haber un exceso de demanda y escasos recursos.

Los equipos que intervienen en el campo de la SM forman parte de instituciones, las cuales, de acuerdo con sus características, realidades, modos de gestión, entre otros factores., inciden en la conformación, funcionamiento y el trabajo de estos, a veces facilitando, a partir de una valorización de la tarea que se realiza y en otras dificultando.

Es por ello que resulta necesario, inclusive en las instituciones de salud, fortalecer el intercambio y la interlocución con otros campos, ajenos al de la salud mental, ya sea explicitando, dando a conocer, participando. Como así también la conformación y consolidación del trabajo en equipo.

The image features an abstract graphic design. In the top right, there are several parallel, wavy blue lines. On the left side, there are several parallel, wavy orange lines. A solid red, irregular blob is positioned on the left side, partially overlapping the orange lines. A solid blue, irregular blob is positioned in the bottom right corner. The text 'Discusiones del campo' is centered in the right half of the image.

Discusiones
del campo

Perspectivas de la práctica

Maximiliano Mó⁸¹

El campo de la praxis

El trabajo en el ámbito de la salud mental se caracteriza por desarrollarse en un campo abierto, de debate necesario, donde la singularidad de cada situación es precisamente lo que excede a las categorías con las que cada discurso intenta abordarlas, comprenderlas, tratarlas. Tal es así que, para captar la singularidad de un acontecimiento subjetivo, es necesario permanecer en el instante de ver y no refugiarse demasiado pronto en dar algo por comprendido. Se trata de una perspectiva ética, que tiene consecuencias en la práctica.

Esta cuestión es crucial en toda praxis, no solo en el campo de la salud mental sino también en la ciencia en general, donde el ideal que presume que la observación directa asegura un conocimiento exacto, no es algo que esté garantizado. En el campo de la ciencia, la experiencia emerge en categorías ordenadas, es decir ya no se trata de lo real puro sino de lo que aparece traducido en representaciones; desde ahí, lo que capta y define como “fenómenos” está determinado de antemano por los límites del método: al tomar el modelo de la matemática, sólo aparece lo que puede ser integrado a lo medible, y los demás aspectos de lo abordado se

tornan indiscernibles. Desde allí se estructura una visión que predispone a interpretar desde la perspectiva adoptada, invisibilizando lo que no se adecua. Por ejemplo, al observar por su telescopio, Galileo explica las luces y sombras de la Luna a partir del relieve lunar, es decir encontrando montañas, valles y otros accidentes geográficos que plasman los contrastes (Stiglits, 2022) (Heisemberg, 2013) (Murray, 1974). Lo considera así por una disposición a interpretarla comparándola con la Tierra, hipótesis que le permitía refutar la teoría del universo de Ptolomeo, dominante hasta la época, que consideraba a los “cuerpos celestes” como una perfección esférica – que serían garantía de la eternidad de los Cielos –, diferente de la imperfección terrestre. Ahora bien, es por efectos del discurso sobre la Tierra que las manchas lunares se transforman en montañas, en valles, al punto tal que en las sombras Galileo “vio” hasta los “mares de la luna”, que efectivamente no existen. Es decir que entre la observación y lo que interpreta no hay continuidad, hay un salto, donde hay una toma de posición, un saber previo que orienta, en que lo visto se asimila a lo que supone. O, más actuales, los estudios por imágenes de las neurociencias en torno al autismo extraen conclusiones que más que demostrar persuaden con técnicas argumentativas o retóricas y que luego otros estudios contradicen; en fin, un galimatías, pero que muchas veces derivan en intervenciones intrusivas, en un uso de poder. Esto da cuenta de que observar no significa saber. La ciencia aborda un real velado, tratado por lo simbólico, las investigaciones si-

81 Lic. En Psicología. Psicoanalista Trabajador en Salud Pública, en diversos dispositivos (DPSM - Rosario). Docente universitario (UAI) y en diversos espacios de transmisión de Psicoanálisis.

guen el camino que le trazan sus supuestos previos. Esto ha permitido muchos avances al servicio de la vida pero también de muchos tropiezos, algunos funestos. Esto último sucede cuanto más queda sumida en sus representaciones, como si su imagen del mundo agotara lo que es el mundo, donde a partir de ciertos aspectos se funda una unidad que invisibiliza lo que no se integra, y usualmente se habla mucho de hipótesis y poco se dice sobre el saber que falta. Como diría Macedonio Fernández, “No toda es vigilia la de los ojos abiertos.” (Fernández, 1928, pág. 1) Tal vez el considerar a la ciencia sin desentenderse de los problemas de sus fundamentos, permita apreciar sin triunfalismos ilusorios pero también sin desprecio injustificado, los límites y la fuerza de este saber.

La misma dificultad enfrentamos en nuestro campo de la salud mental cuando, inmersas/os en una visión – ya sea en la psicopatologización como también en otras narrativas que preinterpretan –, se va al encuentro con la comprensión incorporada de cuál es el problema y hacia dónde habría que ir, por ejemplo en cuestiones ligadas al consumo, a problemáticas de género, entre otras, donde inadvertidamente todo esbozo de excepción queda nivelado, todo misterio pierde su fuerza y surgen los forzamientos y las impotencias. Y entonces, heideggeriana-mente podemos decir que por ocuparnos en dar respuestas olvidamos las preguntas. Es el punto en nuestra práctica en el que ir del optimismo al pesimismo o a la inversa, no resuelve la cuestión. Se trata, al contrario, de poder situar los rasgos de excepción cuando alguien consulta, de ubicar el saber que hay de su lado, no del nuestro, para que desde su lógica y desde sus posibilidades se pueda propiciar una salida más deseable.

Entonces, ese punto de apertura, esa

inconsistencia que hace a los debates del campo de la salud mental, es precisamente el valor y la fuerza de su campo, donde el fundamento mismo es resguardar lo que cada situación tiene de incomparable, respetar lo más propio de cada quien. Pero también por ello, esta apertura en los debates no autoriza a cualquier cosa. Es insuficiente creer que con el pretexto de que no hay verdad universal sólo quedaría el sí mismo y sus fantasías, “yo y mi opinión”, donde la paradoja es que ahí cada cual se plantea como verdad, y sólo quedaría el relativismo que supone un mundo sin real, o más bien se desentiende de él. El pensamiento tiene límites pero conlleva una respuesta ante algo, siempre traducido con equívocos pero con efectos ineludibles en la vida, y es por ello que la ética se orienta no por consignas sino en la perspectiva de las consecuencias. De modo que un saber, una práctica, una decisión, vale por lo que posibilita.

El hábitat del lenguaje

Nuestra práctica en salud mental se funda en escuchar, y para ello es necesario dar lugar a la palabra de cada quien y orientarse desde ahí, sin que ningún supuesto se adueñe de antemano del campo del sentido, con el fin de preservar su singularidad para responder a lo que no se sabe, a lo contingente, a su propio enigma.

El ser hablante es el único ser que habita en un medio no natural, que es un medio de lenguaje: la realidad en la que estamos inmersas/os es una red de lugares que circunscriben y regulan las incertidumbres de la existencia, hilvanando la economía subjetiva de nuestros afanes y evitaciones. Esa trama constituye el medio propio de cada ser ha-

blante, el de la ficción que habita de un modo personal e incomparable, que sostiene su modo de orientarse en la existencia, la marca singular por la cual se inserta en los lenguajes compartidos. Esa red de referencias circunda nuestra noción del ámbito en que estamos, por ejemplo si disponemos de las coordenadas de tiempo y espacio podemos no sufrir por un imprevisto que ocurre “lejos”. Cuando no se dispone de esas coordenadas puede ser más inquietante, como hemos podido constatar a propósito del virus del COVID 19, que tanto cuesta localizar. La irrupción de la pandemia demostró cómo ante una apertura de esa red, ante la conmoción de ese horizonte habitual de comprensión que compone nuestra realidad, aflora su fondo fuera de norma, ya sea en una sensación inquietante donde faltan las palabras para decir aquello que de tan real parece del todo irreal, o la proliferación de suposiciones, incluso de delirios en el intento de restablecer los puntos de apoyo. Sucedió, por ejemplo, que mientras no había demasiados casos en el país predominaba una alarma general y, a la inversa, cuando más habían subido los contagios se incrementaban los descuidos. Esto patentiza lo difícil que resulta transitar la incertidumbre y permanecer en el momento de ver, y en cambio, aparece una propensión a cerrarla, a dar por comprendido, ya sea desde la desesperación de suponer el riesgo en todos lados, o la negación de suponerlo ausente. En esa instancia, cada cual se incluyó de un modo personal en el contexto colectivo, en virtud de cómo se encontró con la contingencia y, también, de cómo cada quien responde.

En este punto la experiencia de la clínica psicoanalítica puede aportar cierta elucidación. Freud y Lacan pudieron captar una dimensión fundamental para pensar el malestar en la civilización, y es que no sólo está la

dimensión ficcional que depara cierta fragilidad óptica del ser hablante en cuanto a sus modos de reconocerse, sino que también hay un goce que está presente en sus repeticiones, en sus fantasmas, un indecible que agita en el seno de la experiencia, en las tentativas íntimas de situarse en la existencia. De allí que algo de lo que se pone en juego en esos embrollos de la ficción pueda afectar de modo tan real como lo que llamamos realidad.

Del mismo modo, por ejemplo, el lenguaje atraviesa el organismo volviéndolo cuerpo, anudándolo a una ficción personal, nombrándolo, vistiéndolo, tatuándolo, o marcando el modo en que se lo cuida o rechaza. Es lo que hace que poseamos un cuerpo – a diferencia del organismo –, donde incluso en esa dimensión de ficción no siempre hay fronteras claras, por ejemplo entre adentro y afuera, y se puede hacer de una ofensa una sensación dolorosa, de una incertidumbre un temblor, o, en la sensibilidad expectante, el menor imprevisto puede tomar un valor inquietante, con efectos a nivel físico. Así la existencia del organismo es atravesada por las resonancias del lenguaje en el cuerpo. De allí que hay diversas maneras de habitarlo según sea la relación que cada cual tiene con el lenguaje y con la propia historia, con los modos en que ha ido nombrando lo indecible.

Entonces, en términos generales, el padecimiento subjetivo conlleva un tropiezo de las certidumbres en que alguien se sostenía, una conmoción de los puntos de apoyo donde están concernidos su lazo con el deseo y con la vida. Esto puede presentarse desde lo más tenue en una vacilación en la cotidianidad hasta lo más disruptivo que llega a interrumpirla, introduciendo zonas de deriva, incluso de ruptura.

Es en este punto que la civilización ofrece diversos modos de tratamiento ante el dolor de existir. Nuestra época, profundamente marcada por el discurso capitalista y sus modos de incidencia en la subjetividad, impele de un modo permanente a encontrar el goce que falta, insiste en diversas instancias, como un totalitarismo sutil, blando, disfrazado de las mejores intenciones, en un empuje al acceso inmediato al goce. Notamos entonces la inmediatez de acceso en diversos órdenes y su incidencia social, el consumo constante, la accesibilidad de los objetos tecnológicos, de las relaciones líquidas, la lógica del rendimiento en las modalidades más íntimas, la proliferación de técnicas de vida en oferta por doquier – sin ningún respeto por la singularidad de cada situación –, listas para llevar. Por otro lado, encontramos que el malestar aparece incluido en una nueva temporalidad, la prisa por resolver, que conlleva un cambio en la relación con la palabra. Y surgen las problemáticas de lo súbito, de un tiempo sin espesor que pueda transitarse, donde se incrementan las urgencias subjetivas, las problemáticas del acto, del consumo, las crisis de angustia y diversos modos de inmediatez que tienden a anular la capacidad discursiva para tramitar el malestar.

La tramitación subjetiva por la vía del lenguaje posibilita una mediación simbólica, una distancia ante lo real: permite establecer referencias donde cada cual pueda encontrar su lugar y cierta orientación, posibilitando transitar una circunstancia sin quedar saturado. Su trasfondo, es que sostiene una imposibilidad de acceso pleno a las vivencias que nos movilizan, donde hay algo que siempre falta y causa el deseo. Esto viabiliza cierto tratamiento del malestar que comporta, no sólo una baja en su intensidad, sino un cambio de naturaleza: ante una conmoción

permite que haya algo que resta por indagar, que lleva a diferir el acto, a seguir la búsqueda. Esta contingencia da lugar a modos que permiten una elaboración e invalidan menos, que dan pie a posibilidades menos agobiantes, y eventualmente, más deseantes.

Es la dificultad que hallamos en el empuje actual a encontrar el goce que falta, ese punto donde la lógica que insiste en colmar acrecienta la ilusión de un acceso pleno y sus efectos de angustia, donde la inquietud va en ascenso cuanto más se pretende llenar el vacío, ya sea en los lazos amorosos, en las autoexigencias, en el consumo, entre otros. Y es que, como correlato, lo que se sostiene es la avidez de lo Uno, de lo que se unifica a la propia imagen o anhelo, segregando lo que no se adecua al ser vivido como lo que lo pone en cuestión. Como consecuencia, aparece la exacerbación imaginaria: cada cual es la reacción inmediata a lo que viene del otro lado – ya sea en los antagonismos a nivel del lazo, como a nivel del cuerpo en las crisis de angustia, por ejemplo –, donde queda anulada la posibilidad de mediación, de indagación, de diferir la certidumbre imaginaria, despertando la desesperación del ser o los arrebatos. En esta caducidad de las mediaciones simbólicas vemos crecer la indefensión o la dureza. Entonces sucede por ejemplo en la pareja, cuando se pierde el amor o se produce un desencuentro, si no hay un sostén en esa reacción a lo que viene del/a otro/a, si no hay enigma que atempere ni nada por indagar más allá, la salida puede ser tan drástica que se suscitan los desenlaces trágicos. En este escenario, el pasaje al acto es la forma extrema pero también aparecen otras formas menores de violencia, no menos trágicas.

Así, con la reivindicación del goce, no venía la liberación prometida sino una fijación

a un régimen muy funcional al amo donde el efecto fascinación-rechazo tiende a asegurarse. Y cuando los impasses del lazo social abren un abismo, solo queda la propia sed, y es allí donde suelen engendrarse las salidas segregativas, desde lo más íntimo hasta sus incidencias sociales. Pero el límite al goce no es lo inverso en espejo, la arbitrariedad, sino atisbar por dónde iría la vía de lo deseable, que incluya un saber sobre los impasses, sobre los límites de las falsas ilusiones, que permita otro lazo al servicio del deseo de vida y esto sólo constituye un avance si su horizonte conlleva posibilidades colectivas.

Es allí donde cabe referirse especialmente a la función social de las políticas de salud, de las redes de asistencia, de las instituciones que fundan su trabajo en la vía de la recomposición del lazo. Esto cobra especial valor en circunstancias donde la vulnerabilidad conlleva para las personas un quedar a solas con su agobio, punto donde las redes de asistencia permiten abrir a otras posibilidades, propician una respuesta que desde lo social permite la restitución de un lazo con la vida. Es en este terreno de la época actual donde nuestra práctica ha de vérselas con sus posibilidades, donde hemos de movernos sin excesivas generalizaciones, en cada situación, una por una.

Variaciones en torno a la práctica

Las modalidades que adopta el malestar en la civilización están marcadas por las condiciones sociales, económicas y culturales, los contextos en que la existencia se conduce. Pero también es crucial cómo cada cual responde ante ello. El malestar surge de un modo singular en la vida de cada cual, cuando su ficción – y el saber que anida – no le alcanza para responder a la contingencia que se le presenta. El campo del saber se ha

tornado tan angosto que resulta difícil orientarse, dar respuesta. Incluso en su extremo, cuando desfallece todo sostén en cualquier representación que pudiera explicar un dolor que se torna inasimilable, puede conducir a actos desesperados, a zonas de deriva, incluso de ruptura.

En este punto cabe situar que no todas/os las/os seres hablantes tienen la misma relación con el lenguaje, y esto trae consecuencias diferentes en el modo de orientación en el mundo, donde hay diversos modos de habitar la existencia y el cuerpo.

Hay posiciones subjetivas que habitan la lengua desde un lazo simbólico, que permiten establecer una trama de significaciones que organiza la experiencia, localizando ciertos puntos subjetivos de orientación sobre un fondo de variación o sustitución posible. De manera que ante una conmoción de la posición que sostenía, ya sea en una crisis vital, un duelo, un desencuentro en los lazos, pueda tener ocasión de separarse de una identificación y armar otra respuesta, donde a través del trabajo con la palabra, la angustia pueda ser tratada, atemperada, permitiendo abrir a nuevas formas de situarse.

Ahora bien, hay otras modalidades en la existencia que se sostienen prescindiendo del anudamiento simbólico, donde hay una dificultad para localizar los puntos de orientación subjetiva a través del lenguaje; y si no están esas coordenadas, es difícil establecer el lugar del sujeto. Entonces como correlato puede surgir una indeterminación inquietante, donde la experiencia se vuelve cargada de un exceso difícil de tratar ya sea a nivel del lazo, del cuerpo o del pensamiento. Ahora bien, ¿cómo responde cada cual a una conmoción o una afección que cuesta interpretar? Hay diversas posibilidades, donde

aparece como fundamental el recurso a la invención singular para ubicarse en el mundo. Y también puede aparecer allí la dificultad de establecer una distancia y un uso de los recursos para situarse, y entonces, o bien surge una dificultad fundamental para coordinar el malestar a una trama, o hay una coordinación fija, sobre el fondo de un exceso difícil de tratar – suele ser el caso de la ideación delirante, sólida en su intento de reintegrar en una narrativa que suture la inconsistencia –. Se producen entonces formas del asedio – ya sea en el plano del cuerpo que es sede de irrupciones inquietantes, o del lazo, vivido como estar a expensas de una invasión amenazante –, que tienden a dejar sin respuesta o que impelen al esfuerzo constante para mantenerse a resguardo, para reconstruir un sentido que se deshace, para pacificar algo que no cesa.

Desde este contexto podemos preguntarnos sobre las prácticas posibles para tratar el malestar. Cuando alguien, en su coyuntura dramática, puede sostener un trabajo por la palabra, puede desplegar su discurso y desplazarse interrogando sus propias respuestas, es más que oportuno poder acudir a un espacio de escucha que se sostenga en el tiempo, donde esclarecer las coordenadas de su dificultad y armar otra salida. Y este espacio puede darse en el consultorio, ya sea privado o público, pero también puede propiciarse en ámbitos no tradicionales como ser una guardia en un hospital, a pie de cama en una internación, una visita a domicilio, u otros ámbitos donde puedan darse las condiciones para el trabajo con la palabra.

Ahora bien, sabemos que hay otra vertiente de la clínica diferente de aquellas que habitualmente se dirigen a la demanda de escucha, y es allí que las instituciones de salud integral ocupan un lugar crucial en nuestras

comunidades, ya que alojan situaciones que exceden a una consulta puntual referida a tal o cual especialidad. Lo que motiva la existencia de las redes de asistencia institucional es que están destinadas a alojar, a asistir diversas modalidades del sufrimiento: tienen la función de responder ante lo que Freud llamó el malestar en la civilización (Freud, 2018). Y es en este punto que hay una cuestión ética y política fundamental. Como señala Alfredo Zenoni (Zenoni, 2006), antes que tener un objetivo terapéutico, la institución es una necesidad social; antes de afrontar curar, la institución existe para ayudar, resguardar, es necesaria en su función social más que en su finalidad terapéutica.

Se trata de tener en cuenta las problemáticas que recepcionan y su función de asistir a posiciones subjetivas diversas y a situaciones marcadas por problemáticas sociales complejas. En cierta medida, responden a una clínica constituida por el pasaje al acto, por los fenómenos psicósomáticos, la epilepsia, entre otras, muchas de las cuales están marcadas por la dificultad de embarcar el malestar en el lenguaje. Es donde encontramos la clínica del sufrimiento que retorna en el cuerpo y en el actuar, del pasaje al acto riesgoso o suicida, la automutilación o la agresión, la errancia, el estupor y la inmovilidad, la ausencia de toda iniciativa, el uso estragador de sustancias. Lo que motiva la existencia de las redes asistenciales y su práctica de asilos, de cuidado, es la necesidad de respuesta a fenómenos clínicos que pueden exponer a consecuencias dramáticas a la persona que las sufre o a su entorno. Es allí que la clínica misma exige la respuesta de una práctica social e institucional.

Entonces, por un lado, la institución y su práctica entre varias/os permite enlazar a referencias, ya sea a las consultas, a diversas

actividades como un taller, o a las personas que las integran. En definitiva, a una red que permita ciertos anclajes, con reglas, horarios que conlleven cierta regulación, por fuera de las cuales, quienes transitan una coyuntura de fragilidad, corren el riesgo de quedar a solas con su agobio o la deriva, a veces incluso en la errancia devastadora de consumos o pasajes al acto. Por ello, el trabajo en este campo implica registrar esos movimientos limitando lo que podría desencadenarse de modo devastador; podríamos pensar también en esta vía el recurso a la medicación, o incluso en momentos acuciantes, una intervención en función de evitar un mal encuentro en la coyuntura, por ejemplo evitar un pasaje al acto que expondría a un desenlace dramático. En este sentido la práctica colectiva e interdisciplinaria en la institución contribuye a sostener los modos de estabilización en el mundo de las personas implicadas. Dicha práctica tiene lugar fundamentalmente por la necesidad de respuesta a un inasimilable del malestar en la civilización, no reducida a objetivos terapéuticos.

Como podemos constatar, hay en este campo una diversidad irreductible, no obstante, esta práctica puede ser orientada o esclarecida por coordenadas lógicas. Para ello cabe situar dónde se ubica para cada cual ese malestar que se torna inasimilable – en el lazo, en el cuerpo, en el pensamiento – y cómo intenta tratarlo, para discernir desde qué posición intervenir. Si el problema es la disolución de la realidad, la descomposición en un malestar difícil de localizar, será necesario situar en el testimonio de la persona lo que permita un anudamiento, ya sea localizar su modo de nombrar un goce indecible, o un punto de anclaje en lo que se torna infinito, como ser a través de una actividad, de una pasión, entre otras, para fortalecer lo que permite sostenerse, es decir, las investiduras

que permiten una vida. O si la dificultad es que el lazo se torna inquietante, vivido como un quedar a expensas ante una figura amenazante – que puede estar encarnada en algún Otro o en suspensión en el mundo, presta a surgir –, se tratará de localizar modos que permitan un resguardo, una separación. Para ello es necesario no ubicarse de formas que puedan resultarle invasivas, ni como criterio de verdad o en la iniciativa permanente, más bien que esa referencia se pluralice entre varias/os o se vaporice en el plano impersonal de las reglas, para contribuir a presentificar una figura pacificante del Otro y propiciar un lazo más calmo. De este modo, el trabajo en el campo de la vulnerabilidad subjetiva se orienta en torno a cómo acompañar a localizar un recurso que permita una pacificación, a mantener un lazo con la vida. Para ello, se trata de poner como central el saber que el sujeto guarda y extraer una lógica desde ahí. La oportunidad de incidir es captando su lógica y desde ahí armar otra salida, desde la posición y las posibilidades de cada cual, alojando el valor de su respuesta, de su modo de sostenerse en la vida.

Como notamos, el ámbito en el cual emergen las prácticas de salud mental conlleva una heterogeneidad muy amplia y variable. Más aun tomando en cuenta el misterioso lazo de cada ser hablante con la vida. Desde ahí, lo fundamental de nuestra ética consiste en el respeto por lo más propio de cada quien, siendo ésta la juntura de donde todo surge y a donde todo retorna. Se trata de que cada cual pueda encontrar su propia respuesta, de volver a decidir sobre aquello que marca una discontinuidad en su vida o la retenía en una repetición.

Por otro lado, tanto en el campo de las ciencias como en el de las humanidades, es imposible absorber la variedad de lo real en

el ámbito de lo representable. Esta imposibilidad nos convoca a mantenernos despiertas/os, a diferencia del encierro en la ilusión, que a poco de andar entra en el desánimo o se vuelve fundamentalista, ambos modos de la impotencia. Asumir tal imposibilidad más bien implica una apertura, a que no está todo visto, de modo que pueda haber atención a lo que resta por ver, a inventar otra perspectiva, abrir a otras posibilidades: que se vuelva posible otra opción, por supuesto sin la pretensión de saber lo que a cada cual le conviene. Tal vez así no evitemos los imposibles, pero difícilmente caigamos en la impotencia. Es el punto en que podemos confrontarnos con el valor de nuestra praxis, y por el cual podamos, cuando así se requiera, contribuir a hacer surgir la dignidad de la existencia.

Bibliografía

Fernandez, M. (1928). No toda es vigilia la de los ojos abiertos. Argentina: Unab Ku.

Freud. (2018). Malestar en la cultura. Argentina: Amorrortu.

Heidegger, M. (1995). Caminos de bosque. España: Alianza Editorial.

Heisenberg, W. (2013). La imagen de la naturaleza en la física actual. Antwan.

Murray, C. (1974). El mito de la metáfora. México: Fondo de cultura económica.

Stiglits, G. (17 de 03 de 2022). La complejidad de la validación científica. Saber y poder. Obtenido de AMP Blog. Blog de Asociación Mundial de Psicoanálisis: <https://uqbarwapol.com/la-complejidad-de-la-validacion-cientifica-saber-y-poder-por-gustavo-stiglitz-eol/>

Zenoni, A. (2006). Orientación analítica en la institución psiquiátrica. Lazos N° 5. Argentina: EOL Rosario.

Retrabajo y soporte

El efecto paideia como recurso para la formación interdisciplinaria en Salud Mental

Franco Ingrassia⁸²

01. La formación interdisciplinaria supone un desafío: no se trata de transmisión de saberes ni de modos de hacer “específicos”, ya que ello implicaría hacer de la interdisciplina una disciplina (o, peor aún, una metadisciplina) caracterizada por su propia “especificidad”.

02. Esa ausencia de especificidad es lo que, paradójicamente, caracteriza a la interdisciplina en tanto tal. Pero entonces ¿cómo se transmite una “ausencia”?

03. ¿Cómo se generan procesos de formación basados no tanto en la transmisión de saberes sino en el desarrollo de capacidades de pensamiento singularizado que utilicen la pluralidad de saberes como recursos?

04. En este trabajo se propone recurrir

a la noción de “soporte paideia”, una función gerencial ideada por el sanitarista brasileño Gastão Wagner Sousa Campos, para construir una aproximación a un dispositivo de formación interdisciplinaria constituido por dos vectores fundamentales: la práctica del retrabajo y la práctica de soporte.

05. Dicho dispositivo es utilizado desde hace más de 3 años al interior de la RISaM del Hospital Escuela Eva Perón de Granadero Baigorria⁸³, tomando como punto de partida del aprendizaje situaciones de crisis subjetivas abordadas en el marco de las guardias interdisciplinarias sostenidas por equipos de la residencia⁸⁴.

06. ¿Qué es un retrabajo? Comencemos por decir que tiene algunas condiciones: tiene que existir un equipo interdisciplinario; tiene que haber una situación clínica, abordada por dicho equipo; tiene que darse un punto de dificultad en dicho abordaje; tiene que haber una disponibilidad en el equipo para convocar a alguien más con el objetivo de retrabajar dicho punto de dificultad; y, finalmente, tiene que existir una disponibilidad en la persona convocada para sostener el retrabajo⁸⁵.

82 Instructor de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental. Hospital Escuela ‘Eva Perón’. Granadero Baigorria. Contacto: francoingrassia@gmail.com

83 La Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) está emplazada desde hace tres décadas en el Hospital Escuela Eva Perón de Granadero Baigorria es un sistema de formación integral de postgrado remunerado. Se trata de una capacitación en servicio, a tiempo completo y con dedicación exclusiva. Actualmente está integrada por residentes de medicina, psicología y trabajo social y se orienta a formar profesionales con un perfil acorde con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y la Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772.

84 Las guardias interdisciplinarias en Salud Mental forman parte del Dispositivo de Atención de la Crisis Subjetiva de la RISaM del HEEP, que constituye uno de los ejes estructurantes de la experiencia de formación en servicio propuesta por la residencia.

85 Habitualmente, el Instructor de la Residencia, el jefe de Residentes o los Profesionales del Staff del Servicio de Salud Mental que sostienen la función de Referencia del Equipo de Guardia. En caso de consultar a una persona externa al Servicio para pensar una situación clínica, utilizamos el término ‘supervisión’ y no ‘retrabajo’. En la

07. Dadas las condiciones, la operación inicial consiste en constituir al punto de dificultad en punto de no-saber. Existiendo al menos un punto de no-saber, están dadas las condiciones para el pensamiento.

08. En esa instancia, la experiencia del re-trabajo deviene ejercicio de la inteligencia colectiva. Una inteligencia que, como se ha dicho, le hace lugar a las desinteligencias. La lógica de la intervención al interior del re-trabajo se orientará hacia la posibilidad de componer las desinteligencias de modo tal que constituyan tensiones productivas.

09. Para cierta orientación que define a la clínica como la invención de posibilidades existenciales que hace de la autonomía subjetiva su horizonte, el punto de dificultad de los abordajes tenderá a quedar articulado a la dimensión singular de la situación en cuestión.

10. Es, entonces, a causa de esta dimensión singular que el punto de dificultad se revela como punto de no-saber, es decir, como elemento de la situación no abordable por ningún saber previo disponible.

11. El pensamiento clínico precisa movilizar recursos, herramientas lógicas y conceptuales, para imaginar intervenciones singulares que relancen el abordaje de la situación.

12. La formación será entonces, un “efecto colateral” de los re-trabajos en su recurrencia. Se apuesta a que quienes participan repetidas veces en la experiencia, comiencen a desarrollar cierto “saber-hacer con el no-saber”. Una ampliación de la capacidad de pensar.

13. Es en función de propiciar la práctica del re-trabajo que se propone pensar la función de la instructora o instructor de la residencia en términos de soporte.

14. Sousa Campos propone la expresión “soporte paideia” para señalar una posibilidad de reformulación de los procesos de supervisión:

Se trata de un modo interactivo, un modo que reconoce la diferencia de roles, de poder y de conocimiento, pero que busca establecer relaciones constructivas entre los distintos actores sociales. Así, la supervisión y evaluación deberían comprometer a los propios evaluados tanto en la construcción de los diagnósticos como en la elaboración de nuevas formas de accionar; o sea, formas democráticas para coordinar y planificar el trabajo. Formas que aprovechen y consideren la experiencia, el deseo y el interés de sujetos que no ejercen funciones típicas de gestión. El soporte paideia depende de la instalación de alguna forma de cogestión. (Campos, 2005)

15. Se trata de acompañar no sólo mediante la transmisión de saberes sino, fundamentalmente, de disposiciones para la producción de estrategias singularizadas, estimulando procesos de aprendizaje donde lo que se aprende, esencialmente, es a desplegar un pensamiento clínico allí donde los saberes disponibles no permiten construir intervenciones eficaces.

16. La función del instructor será construir condiciones de posibilidad para ese trabajo de elaboración, para las hilvanaciones

dinámica de la residencia los re-trabajos son cotidianos, mientras que las supervisiones se dan con una frecuencia menos habitual.

de las lecturas teóricas con las lecturas situacionales a partir de las cuales se trama el texto clínico.

17. Se trata de instaurar una lógica organizacional en la cual la práctica de pensar la práctica, la dimensión reflexiva de la experiencia, constituye el núcleo fundamental de lo que suele denominarse “formación en servicio”.

18. La lógica del “soporte paideia” implica entonces generar, en las instancias de pensamiento clínico, una puesta en suspenso de las jerarquías institucionales que no implique una indiferenciación, sino justamente, una articulación de las diferencias en función de la eficacia clínica, más allá de la lógica institucional.

Bibliografía

Campos, Gastão Wagner Sousa. (2005). Paideia y Gestión: Un Ensayo sobre el Soporte Paideia en el Trabajo en Salud. Salud colectiva, 1(1), 59-67. Recuperado el 12 de enero de 2022 de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652005000100004&lng=es&tlng=es.



La vida no cabe
en un diagnóstico

Relatos de la transformación

Debates y Experiencias en Salud Mental



Gobernador

Omar Perotti

Ministra de Salud

Sonia Martorano

Directora de Salud Mental

Celina Pochettino