

Aportes de la salud colectiva al abordaje de la salud mental en las prácticas de promoción y protección de derechos de niños, niñas y adolescentes

Trabajo Final de Integración de la Carrera de
Especialización en Psicología Social con
Orientación Comunitaria

Lic. María Alicia Harguindey



Trabajo se encuentra bajo licencia CC BY-NC-ND 4.0

Resumen:

Este trabajo destaca aspectos del modelo de abordaje de la salud mental producido principalmente en Brasil en el marco del Movimiento de Salud Colectiva, según es referido en distintas publicaciones. El objetivo es realizar una aproximación a las discusiones y los conceptos desplegados a partir del movimiento de desinstitucionalización y de las experiencias de políticas y dispositivos basados en las nociones de atención básica y de cuidado territorial; entendiendo que estos desarrollos pueden contribuir a la lectura de las prácticas realizadas en el campo de la promoción y protección de derechos de NNyA en el ámbito de nuestro ejercicio.

Para comprender el cambio paradigmático que representa este enfoque, se propone una perspectiva histórica del problema de la locura en Occidente, partiendo desde la noción de enfermedad mental y de la propuesta terapéutica asilar. Se observa como premisa básica de esos procedimientos la reducción de las interacciones y del transitar público de las personas, considerando la ruptura de esos fundamentos que implican las prácticas territoriales basadas en el paradigma de derechos, ya sea que se propongan en relación a objetivos y encuadres institucionales de un sector estatal u otro, salud y niñez en este caso.

Entendemos que en nuestra forma de concebir y abordar la salud mental incorporamos modelos creados lejos de nuestra cultura y de nuestra geografía y que el trabajo de descolonización que nos toca, tanto hacia la recuperación de otros modelos que aún subsisten como parte de nuestra cultura popular como a la apertura hacia lo nuevo, implica la historización y problematización de aquello que nos formó como profesionales.

Se analizan algunas propuestas transformadoras y se consideran sus herramientas como aportes al marco teórico y metodológico de prácticas transitadas en la experiencia personal desde el Programa Envión y Podés de La Municipalidad de La Matanza, Provincia de Bs. As., en la promoción y protección de derechos de niños, niñas y adolescentes, basadas en principios de integralidad y territorialidad, en las que se reconoce el valor del cuidado como noción que articula ciudadanía, afectividad y comunidad.

Palabras claves:

Salud mental. Integralidad Territorio. Salud colectiva Subjetividad. Cuidado

Introducción:

Este trabajo se propone realizar una aproximación a los conceptos y principios de prácticas de salud mental desde el enfoque de la Salud Colectiva con el objetivo de reconocer posibles aportes a la perspectiva teórica y metodológica de equipos de trabajo del área de promoción y protección de derechos de niñez y adolescencia de La Matanza, provincia de Buenos Aires. Estas prácticas se definen en el ámbito de la política local con base en principios generales que son los de Territorialidad, Integralidad, Intersectorialidad, Participación e Institucionalidad.

Destacamos que estos principios forman parte de una definición política que sostiene como trabajo estratégico la profundización del vínculo entre el Estado y las/los vecinas/os del distrito de La Matanza, desde un modelo de gestión participativo e inclusivo basado en la justicia social.¹ Encontramos que estos principios políticos coinciden con los que sustentaron en Brasil una reforma social y política que en el sector sanitario derivó en la creación del Sistema Único de Salud (SUS), y cuya política de salud mental fue la Reforma Psiquiátrica.

Se señala como un aspecto fundamental de esta reforma la construcción de una red comunitaria de cuidado, que no solo incluye dispositivos específicos de servicio de salud organizados en un sistema de referencias, sino que articula con diferentes instituciones y actores de la sociedad civil para lograr una base comunitaria. La definición de territorio que orienta estas acciones excede la mecánica asignación de un área geográfica para el recorte del trabajo con las personas que la habitan, e implica la tarea de identificar para esa comunidad sus componentes, saberes y recursos potenciales, fuerzas concretas y demandas presentes; junto al propósito de alcanzar soluciones colectivas con esa comunidad (Delgado, 2005).

Es de destacar que esta reforma amplifica y visibiliza debates culturales, posiciones éticas, cambios sociales e institucionales que distintos movimientos expresaron con particulares procesos históricos en la región y en el mundo. Procesos de cambio orientados en la defensa de los derechos y en la lucha por su ampliación a través de la participación protagónica de sectores sociales relegados y de la democratización de las gestiones políticas. Contexto en el cual el modelo asilar de la atención psiquiátrica se resignificó como herramienta de opresión y de violación de derechos humanos, dando lugar a reflexiones y prácticas que instituyeron un nuevo paradigma cuestionando al hegemónico. Las tensiones de este proceso aún se presentan en nuestras prácticas y debates; en tanto que su resolución no depende de cuestionar el asilo como institución de la práctica psiquiátrica y de la

¹ <https://www.lamatanza.gov.ar/desarrollo-social>

sociedad, sino de producir una revisión continua sobre la presencia y actualidad institucionalizada (en instituciones pero más precisamente en subjetividades) de la lógica asilar, de la exclusión como respuesta al encuentro con la diferencia y de la naturalización de la segregación como metodología social; que parece sintetizarse en el objetivo de la despsiquiatrización de la vida cotidiana.

Poner en acción prácticas como las que se proponen en las experiencias desarrolladas en Brasil, como otras desarrolladas en Argentina, hace necesario ubicar en la historia los antecedentes que la instalaron como realidad que nos atraviesa por su presencia en nuestra matriz cultural y en nuestra formación profesional, a pesar de haberse definido en otras geografías en tanto sus principales referencias. Esa es la intención del capítulo 1 de este trabajo.

Encontramos nuestros también los desafíos de la reforma psiquiátrica entre los que se incluye la formación de recursos humanos capaces de superar el paradigma de la locura y de la tutela del enfermo mental, y el que nos compromete al debate cultural, para superar la estigmatización y cuestionar el valor del modelo centrado en el hospital (Delgado, 2005) y también coincidimos en la valoración como posición ética de los focos de trabajo orientados al fortalecimiento del trabajo en equipo y de la construcción de tecnologías de encuentro, como espacios estratégicos de producción de salud (Pasche, 2013).

Reconocemos las prácticas en el campo de la promoción y protección de derechos como prácticas que nos involucran con la salud mental desde una perspectiva de cuidado. Pensamos el cuidado como una actitud interactiva de atención, preocupación y responsabilidad hacia el otro, que incluye la acogida, la escucha de los sujetos y el respeto por su sufrimiento y sus historias de vida. (Pinheiro y Mattos, 2007, p. 251), y que nos orienta a la tarea de acompañar y fortalecer los lazos entre las personas en sus propias experiencias de circulación por sus territorios de vida como dispositivo de producción de salud y de ejercicio integral de derechos.

Este escrito se propone recoger el aporte de las producciones de Salud Colectiva para cualificar las prácticas desarrolladas en nuestras intervenciones en el marco de la práctica profesional como psicóloga integrante de un equipo de los programas Envión y Podes. Los marcos y lineamientos de estos programas se describen a continuación.

El Programa Municipal PODES (Programa de Orientación y Desarrollo Educativo Sociocomunitario) se ejecuta desde el año 2009 con el fin de aumentar la inclusión educativa y el ejercicio de la ciudadanía de jóvenes de la Matanza. Establecido por decreto municipal 2620/9 y modificado por los decretos 310/12 y 2561/15 con el objetivo de aumentar la permanencia y finalización educativa de lxs jóvenes del

municipio, brindando apoyo, asesoramiento y orientación, fortaleciendo los lazos entre jóvenes, la escuela, las familias y la comunidad. Desde el 2010 el Programa ENVIÓN, diseñado como política de alcance provincial, comenzó a implementarse en el municipio mediante un convenio de adhesión con el gobierno provincial, con el objetivo de promover la integración social plena de lxs adolescentes y jóvenes entre 12 y 21 años que se encuentran en situación de vulnerabilidad, a través del fortalecimiento de sus vínculos, lazos sociales y promoción de sus derechos en forma integral. Con el inicio de esta implementación, se ha logrado conformar el área territorial del Sistema Integral de Promoción y Protección de los Derechos del Niño (SIPPD) integrada por ambos Programas; el Programa ANDAR, dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social de la Matanza y las organizaciones del Consejo del Niño y el Joven de la Matanza. El SIPPD surge de la Ley Provincial 13298 de la Promoción y Protección Integral de los Derechos de la Niñez, sancionada en el 2005, y es definido en la ley (Art.14)

(...) como un conjunto de organismos, entidades y servicios que formulan, coordinan, orientan, supervisan, ejecutan y controlan las políticas, programas y acciones, en el ámbito provincial y municipal, destinados a promover, prevenir, asistir, proteger, resguardar y restablecer los derechos de los niños, así como establecer los medios a través de los cuales se asegure el efectivo goce de los derechos y garantías reconocidos en la Constitución Nacional, la Constitución de la Provincia de Buenos Aires, la Convención sobre los Derechos del Niño, y demás tratados de Derechos Humanos ratificados por el Estado Argentino. El Sistema funciona a través de acciones intersectoriales desarrolladas por entes del sector público, de carácter central o desconcentrado, y por entes del sector privado.

Los programas Envión y Podes cuentan en la actualidad con 24 equipos territoriales interdisciplinarios que realizan sus actividades en sedes y espacios comunitarios cubriendo las distintas localidades del partido. Cada equipo desarrolla un proyecto en base a lineamientos comunes, planificando en función de las dinámicas y potencialidades observadas; acompañando a adolescentes y jóvenes que atraviesan problemáticas como abandono escolar temprano, embarazo y maternidad/paternidad adolescente, precariedad e informalidad laboral, desocupación, consumo problemático de sustancias y violencias en sus múltiples expresiones.

El informe de trabajo de la investigación coordinada por Adriana Clemente en el marco de una colaboración entre UNICEF y el Centro de Estudios de Ciudad, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, titulada "Abordajes locales de adolescentes y jóvenes de los sectores populares. Políticas, programas e intervenciones en el conurbano de la Provincia de Buenos Aires" (Clemente A.,

2020) refiere que niños, adolescentes y jóvenes conforman uno de los segmentos poblacionales más afectados por el empeoramiento de las condiciones económicas y sociales de los últimos años en la Argentina. Y observa que el aumento de la vulnerabilidad social y la pobreza, va acompañado por la reducción de los soportes que actúan en la contención de adolescentes y jóvenes pertenecientes a sectores populares (la familia, la escuela, el club, el centro cultural, la organización comunitaria, el comedor barrial, entre otros).

En este contexto, entendemos que la función de estos equipos involucra sostener tanto soportes que actúan como contención, como espacios de visibilización y de reconocimiento y ejercicio de derechos.

La Revista Territoria², revista de Salud Mental Comunitaria, entrevistó a la coordinadora del Programa Envión de La Matanza, Lic. Gabriela San Sebastián, quien nos ofrece su mirada sobre esta política pública y su rol en relación a la salud mental:

Creo que la salud mental se va construyendo colectivamente en los territorios con otros y con otras. La pandemia nos arrasó a todos y todas, y a los jóvenes también los impactó. Muchos jóvenes fueron acompañando a otros, pero muchos otros no tuvieron los espacios para poder encontrarse y canalizar todas estas incertidumbres, este malestar comunitario y social que nos dejó la pandemia. Creo que los jóvenes son constructores de salud mental en sus barrios y en sus territorios, y que nosotros, como adultos y como Estado, tenemos la responsabilidad de generar los canales, las articulaciones, los espacios para que ellos puedan seguir moviendo, encontrándose, generando proyectos y produciendo salud mental en sus barrios, en sus territorios.

En estas reflexiones se puede advertir también un modo de pensar al Estado en su rol, no aparece desde una especialización en el tratamiento de las enfermedades o como proveedores de consultas sobre problemáticas de salud, sino en la responsabilidad de producir encuentros, de tender puentes y sostener valores como la autonomía y el protagonismo de los sujetos, la corresponsabilidad entre ellos, la solidaridad de los vínculos y la participación para la producción colectiva de salud.

Metodología:

² Revista de la Red Territorial de Salud Mental y Adicciones de La Matanza, abril 2022 - VOLUMEN 4, disponible en <https://redsmatanza.wixsite.com/redsaludmental/post/territoria-iv>

Se adopta la metodología de la revisión bibliográfica de una selección de artículos sobre la temática referida, la mayoría de ellos de autores del movimiento de la Salud Colectiva, así como de documentos de la gestión pública de salud de Brasil, producidos en la misma línea. Se privilegian los relatos de diferentes estrategias de desinstitucionalización de la atención que acompañaron el cambio de paradigma en salud mental a través de la creación de dispositivos de cuidado organizados desde las nociones de integralidad y territorio. Se vinculan estos conceptos con algunos aspectos de prácticas territoriales implementadas desde una política de promoción y protección de derechos de NNyA del partido de La Matanza, provincia de Buenos Aires, en la actualidad, utilizando para su descripción la propia experiencia, documentos de gestión y cualidades establecidas como *claves del modelo* en el análisis de dicha política realizado por el proyecto de investigación “Abordajes locales de adolescentes y jóvenes de los sectores populares. Políticas, programas e intervenciones en el conurbano de la Provincia de Buenos Aires” referido más arriba. Se proponen conexiones entre los conceptos desarrollados y los enfoques y estrategias destacados. Finalmente se despliegan preguntas orientadas a reflexionar sobre el instrumento utilizado en el campo de la salud mental *Proyecto terapéutico singular* (Campos, 2001), especialmente en el modo de pensar el sujeto singular, y su aporte al enfoque del *acompañamiento de trayectorias singulares*, en el campo de la política pública local mencionada.

Desarrollo

Capítulo 1. Salud Mental desde la Salud Colectiva.

1.1. De la locura hospedada a la enfermedad mental en el hospicio. La enfermedad individual.

Paulo Amarante (2019), uno de los protagonistas de la reforma psiquiátrica brasileña de Salud Mental, describe el objetivo de ese proceso como “la construcción de un nuevo modo de enfrentar el sufrimiento mental, acogiendo y cuidando eficazmente a las personas; y la construcción consecuente de un nuevo lugar social para la diversidad, la diferencia y el sufrimiento mental” (p. 13). Advierte que esta tarea no se limita a producir reformas administrativas de los servicios o de las tecnologías ni a formar a los profesionales de la salud, sino que involucra una transformación cultural, de costumbres y mentalidades en la cual debe implicarse toda la sociedad como protagonista. No se trata solo de poner en cuestión a las instituciones y prácticas psiquiátricas vigentes, sino a los fundamentos y conceptos que las conservan y sostienen. (Amarante, 2019)

Las acciones de reforma, y las ideas sobre una transformación cultural, de costumbres y mentalidades que se refieren en el párrafo anterior, requieren explicitar la historia de esas prácticas a reformar, (tanto como de esa cultura, esas costumbres y esas mentalidades a transformar), pues ya se verá rápidamente que sus raíces se encuentran en otros suelos distintos a los que pisamos y habitamos. ¿Podemos hablar de lo que acontece en América sin hablar de la historia del pensamiento francés o de otro país de Europa? Quizás sea necesario pasar por ese análisis y también es probable que pensar los desafíos del presente nos invite a conocer también otras historias. Tal vez el movimiento nos lleve a redescubrir América, como dice Mirta Videla “desde una experiencia sensopensante, afectivamente iluminada para pensarnos y sentirnos juntos”. (Videla, 2019, p. 159). Tal vez el objetivo de hacer nuevos modos para enfrentar el padecer se enlace con intentos para unir los opuestos que, según el pensador argentino Rodolfo Kusch, caracterizan al sudamericano, quien por una parte esgrime un saber de datos de enciclopedia, y por la otra una especie de “saber del no saber, el de nuestro puro estar, del cual no sabemos en qué consiste, pero que vivimos sin más” (Kusch, 2000, p. 25). Buscaremos las lecciones de Europa, sin dejar de reconocer las vivencias del “saber no previsto en la enciclopedia, la magia para la vida diaria” (Kusch, 2000, p. 39)

Revisaremos aspectos de esa historia del pensamiento europeo y de aquello que hemos adoptado como nuestro modo de vivir, reservando para otro trabajo

reflexiones sobre el saber del *estar nomás* presente en las prácticas que se despliegan como novedades.

Volvemos, después de esta contextualización, a la historia de estos fundamentos y sus concepciones, y el análisis sobre el lugar social para la diversidad, la diferencia y el sufrimiento mental. Estos fueron temas de las investigaciones de M. Foucault ordenadas principalmente en sus obras *El nacimiento de la clínica* (1963) e *Historia de la locura en la época clásica* (1961). Foucault destaca que la espacialización de la enfermedad localizada en un cuerpo fue una de las maneras de distribución del mal creadas por la medicina, aclara que “hay distribuciones del mal que son otras y más originarias” (Foucault, 2014, p. 23). Sobre la emergencia de la *enfermedad mental* como categoría, refiere su surgimiento a mediados del siglo XVIII en la sociedad europea a partir de una nueva interpretación sobre los fenómenos englobados bajo el término *locura* hasta el momento. Esta transformación se da en el contexto histórico que derivó en la Revolución Francesa y en la Ilustración, etapa del pensamiento caracterizada por Kant como producto de la adquisición para el hombre de la *mayoría de edad*, al deshacerse de la tutela del poder religioso y del poder político y volverse capaz de enunciar y defender sus derechos como claves para la organización social. Representa la apropiación de la locura por la medicina a través de la constitución del saber y de la principal institución psiquiátrica: el hospicio.

La institución hospitalaria, creada como entidad religiosa de hospedaje y hospitalidad, ya se había transformado en el siglo XVII en una institución más amplia llamada Hospital General, con funciones políticas y sociales específicas. Bajo direcciones designadas de por vida y con amplias potestades administrativas y jurídicas, el director del hospital general debía responsabilizarse de un determinado tipo de población, entre los cuales estaban los enfermos y los locos. Para Foucault se trataba de un “extraño poder que el Rey establece entre la policía y la justicia, en los límites de la ley: es el tercer orden de la represión” (2015, p. 83). Después de la Revolución Francesa ese hospital fue humanizado y adecuado al espíritu moderno, para convertirse en la institución médica por excelencia y asumir nuevas funciones, tales como conocer la enfermedad (examinar y experimentar sobre ella), tratarla (en su aparición casuística en los enfermos) e impartir saberes sobre ella. Con el fin de la sociedad absolutista, la disciplina se convierte en la forma de dominación y las instituciones se ocupan de la interiorización de las normas del pacto social construido entre pares, la normalización de los ciudadanos, cuya capacidad racional era condición para el goce de derechos.

La restitución del sentido humano para diversas expresiones subjetivas que se atribuían antes a causas divinas o diabólicas, no resultó en la emancipación para

quienes las exteriorizaban, ni en una humanización del trato. La enfermedad mental concebida como desviación de la razón y objeto de la psiquiatría, siguió encerrada y ocupó en Occidente el lugar de la diferencia, fenómeno extraño a la cultura, expresión donde la sociedad no se reconocía y de la que debía ser resguardada.

Observa Amarante que Pinel, quien funda los primeros hospitales psiquiátricos e instauro con el tratamiento moral el primer modelo terapéutico, no elige el término enfermedad mental sino alienación mental, ya que llegaba a cuestionar si sería una enfermedad o un proceso de naturaleza distinta. “Alienado es alguien de fuera, extranjero, alienígena —el origen etimológico es el mismo—. Podría significar estar fuera de la realidad, fuera de sí, sin el control de las propias voluntades y deseos. Fuera del mundo, de otro mundo — ¡en la luna!—. Alienado, de *alienare* y *alienatio*, también significa volverse otro. ¿Un otro de la razón?, ¿un otro de lo humano?, ¿un extraño irracional? En la medida en que alguien en esa condición de alteridad podría representar un serio peligro para la sociedad, por perder el juicio o la capacidad de discernimiento entre error y realidad, el concepto de alienación mental nace asociado a la idea de peligrosidad”. (Amarante, 2019, p. 32).

La alienación mental era producto de una alteración de las pasiones y Pinel entendía que el aislamiento era imprescindible para las medidas que requería su terapéutica, asegurando que en el seno de su familia no podrían obtenerse. Este tratamiento, basado en el orden y la disciplina, buscaba corregir la mente perturbada y llevarla a encontrar sus objetivos y verdaderas emociones y pensamientos. El modelo médico nacido en este vínculo histórico no entabla una relación con el sujeto de la experiencia de la enfermedad sino con la enfermedad misma. Característica que hace serie para la descripción de este modelo, junto a las siguientes: hospitalocéntrica, especializada (priorizando el conocimiento aislado de órganos, de partes del cuerpo), vertical y jerarquizada (niveles crecientes de complejidad: primario para la mínima complejidad y atención ambulatoria; secundario, para mayor complejidad y atención ambulatoria especializada; y terciario para la atención que requiere hospitalización).

1.2. La ampliación de la clínica. El sujeto.

“El hombre es tierra que anda”, decía Atahualpa Yupanqui, y lo decía en quechua pues lo hacía citando una frase de origen indígena Runa, Allpa Kamaskay. En este verso se figura la unión del hombre y su tierra presentes en la mirada del poeta como legado de la cosmovisión andina. Llevamos la tierra en el andar, y en el destierro (o el encierro) andamos trancos. A diferencia de lo que sucedía en Europa

y en el mundo eurocéntrico, en la medicina andina “todo diagnóstico y tratamiento era siempre realizado por familia, en grupos y comunidades. Jamás de forma individual. Celebraciones y sanaciones, siempre entre todos y para todos”. (Videla, 2019, p. 13)

La institucionalización y la administración de etiquetas psicopatológicas para la segregación y el control de lo que “no anda”, empezó a cuestionarse en Europa después de la Segunda Guerra Mundial, cuando la sociedad se plantea la similitud entre los campos de concentración y los hospicios e identifica la necesidad de los cambios que llevaron a la Reforma psiquiátrica.

Amarante (2019) reseña esas experiencias y las divide en tres grupos: 1) Las que plantearon como eje central que el fracaso estaba en la forma de gestión del propio hospital, y que la solución, por lo tanto, sería introducir cambios en la institución. Son las experiencias de la comunidad terapéutica y la psicoterapia institucional. 2) Las que creían que el modelo hospitalario estaba agotado, y que debía dar paso a la construcción de servicios asistenciales que irían cualificando el cuidado terapéutico (hospitales de día, talleres terapéuticos, centros de salud mental, etc.) en sincronía con la disminución de la importancia y necesidad del hospital psiquiátrico. Es la experiencia de la psiquiatría preventiva, cuyo objetivo era convertir el hospital un recurso anacrónico que fuera cayendo en desuso como consecuencia de las acciones preventivas y la eficacia de servicios comunitarios de salud mental. 3) Las que consideraban que el problema estaba en el modelo científico psiquiátrico, modelo que pusieron en cuestión, así como sus instituciones asistenciales: estas corrientes fueron la antipsiquiatría y la psiquiatría democrática. Uno de los referentes de este grupo, Franco Basaglia, sostenía que la tarea era la superación del aparato manicomial. Este aparato engloba no solo la estructura física del hospicio, sino el conjunto de saberes y prácticas, científicas, sociales, legislativas y jurídicas que fundamentan la existencia de un lugar de aislamiento, segregación y patologización de la experiencia humana. La propuesta de Basaglia fue poner la enfermedad entre paréntesis como una actitud epistémica, lo cual no significa la negación de la existencia de la enfermedad, sino la negación de la experiencia de objetivación y cosificación del sujeto que la psiquiatría instaló bajo el nombre de enfermedad mental.

Rotelli, el continuador de Basaglia en la experiencia de Trieste³, considera que el mal oscuro de la psiquiatría está en haber separado un objeto ficticio, la enfermedad, de la existencia global, compleja y concreta de los sujetos y del cuerpo social. “Rotelli nos propone otra vía al considerar que se trata de un proceso social

³ Con la instauración de la Ley 180, también conocida como la “Ley Basaglia”, en 1978 en Trieste se inició la desinstitutionalización de los pacientes y se inició la psiquiatría comunitaria.

complejo que busca movilizar los actores sociales directamente involucrados y que comprende que la transformación debe superar a la simple organización del modelo asistencial y alcanzar las prácticas y concepciones sociales” (Amarante, 2019, p. 56).

Desde esta ruptura se buscó reconocer al sujeto que la enfermedad mental había desplazado y empezar a poner el foco en el sujeto y su vivencia, razón por la que en el campo de la salud mental y la atención psicosocial se habla de sujetos en sufrimiento o padecimiento, ya que la idea de sufrimiento remite a pensar en una experiencia vivida por un sujeto. Se reformuló la clínica moderna como clínica ampliada o clínica del sujeto, basada en el “descolocamiento del énfasis en la enfermedad para centrarlo sobre el Sujeto concreto, no un caso, un Sujeto portador de alguna enfermedad” (Campos, 2007, p. 75).

Campos, autor de la corriente de la salud colectiva que sigue el pensamiento de Basaglia, entiende que debe nacer una nueva dialéctica entre el sujeto y la enfermedad. Ni la antidialéctica positivista de la medicina que se queda con la enfermedad al descartarse cualquier responsabilidad por la historia de los Sujetos, ni el otro extremo de negar su existencia, “cuando en verdad, ella está ahí, en el cuerpo, todo el tiempo haciendo barullo, anulando el silencio de los órganos”. Se pregunta el autor ¿qué especificidad le corresponde a los servicios y los profesionales de la salud?, y plantea que hay que superar la fragmentación entre biología, subjetividad y sociabilidad, trabajando con Proyectos Terapéuticos amplios, que expliciten objetivos y técnicas de acción profesional y reconozcan un papel activo para la persona que sufre. (p. 75)

Los conceptos de Clínica ampliada y el trabajo con el Proyecto Terapéutico Singular, parten de esa posición epistémica. Para Campos la clínica ampliada significa la ampliación del objeto de trabajo clínico, pasando de la enfermedad hacia la producción de salud como una finalidad. Se trata de superar el enfoque diagnóstico o burocrático y crear una clínica más allá de las piezas fragmentadas, buscando la participación y autonomía de los sujetos. La autonomía es comprendida como la capacidad de autocuidado, de comprensión sobre el proceso salud/enfermedad y como la capacidad de establecer compromisos con otros; es decir que compromete el abordaje de la dimensión social y subjetiva, para lo cual se considera necesario valorizar el poder terapéutico de la escucha, de la palabra, de la educación en salud y del apoyo psicosocial. Un proyecto terapéutico es un plan de acción compartido, compuesto por un conjunto de intervenciones que siguen una intención de atención integral a la persona. En este proyecto, tratar las enfermedades no es menos importante, pero es solo una de las acciones encaminadas al cuidado integral.

Algunas prácticas inspiradas en estas ideas y surgidas en el seno de movimientos políticos por la recuperación de derechos, exploraron las raíces sociales de las dolencias personales y recuperaron la dimensión del sujeto y del territorio, desacoplando el término clínica de su origen estático ("kliné"=cama), para hacerla "andariega", cambiando muros por calles y encierro por enlaces. Se llamaron en Brasil, por ejemplo: clínica peripatética o clínica cartográfica (Lancetti), clínica nómade (Rolnik), a cielo abierto (Souza) itinerante (Pelliccioli), abierta (Petuco y Madeiros), en movimiento (Palombini), hacer andariego (Silva) y otras denominaciones de experiencias de producción o invención de la salud, donde se destaca la noción de cuidado junto al cuestionamiento de los mandatos de normalización y de silenciamiento de diferencias. (Lenke, 2013).

Muchas de estas experiencias y reflexiones se sostienen desde una perspectiva desarrollada al calor de la creación del Sistema Único de Salud en Brasil y de la reforma psiquiátrica, transformándose en líneas adoptadas por la gestión pública. Nos proponemos ahondar en sus reflexiones esperando nos ayuden a madurar las propias prácticas y enfoques, para reconocer en qué debates se inscriben y qué dilemas encarnan.

1.3. Cuestionar la psiquiatrización y la psicologización como modalidades de fragmentación de la vida cotidiana

En esa búsqueda queremos recuperar también la palabra de Mirta Videla, quien fuera una de las primeras egresadas de la Carrera de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, en el año 1962. Identificada con la generación del 60, la que -según dice- se resistió a ser "mantenedora del sistema"; se alejó de sus prácticas en los consultorios para "contribuir para que la gente para que cuidara ella misma su salud, intercambiara conocimiento y fuese más consciente de sus recursos" (Videla, 1991, p. 34). En su libro *Prevención, Intervención Psicológica en Salud Comunitaria*, ofrece distintos relatos de experiencias vividas en el ejercicio de la psicología desde una perspectiva enmarcada en los aportes de Gerald Caplan, José Bleger, Paulo Freire y Enrique Pichon-Rivière. Una anécdota recogida en un centro de salud de un barrio de la Provincia de Salta, le sirve para ejemplificar el efecto del marco de quien escucha en la lectura de una situación. Relata que una joven madre que criaba sola a sus tres niños en condiciones de pobreza había recibido de parte de la escuela de su hijo mayor el informe sobre su mal comportamiento indicando que padecía de problemas de conducta. En un espacio compartido con vecinos y vecinas, esta madre expresó que necesitaba que su hijo tenga un tratamiento con un psicólogo en un consultorio, algo que no estaba a su

alcance. Un psicólogo posicionado desde el Modelo Médico Hegemónico⁴ no habría advertido -dice Videla- que el discurso de la joven madre era resultado de la apropiación popular de ese modelo presente en el discurso psicológico imperante, y que “no le permite a esta madre sentirse parte de los recursos propios de esa comunidad en materia de salud” (p. 30). El psicólogo se habría sentido comprometido a dar una respuesta adecuada a esa demanda sin notar que su acción llevaría a negar la autonomía posible de la mujer y de sus vecinos y vecinas. En cambio, desde un abordaje preventivo en comunidad, nos cuenta la autora, se intentó contener la situación dentro del marco del grupo y se escucharon las respuestas que otras personas de la comunidad habían elaborado para dar salida al problema del comportamiento del hijo, generándose diversidad de propuestas para aportar a resolverlo. Ésta y otras experiencias referidas por la autora dan cuenta de la disminución de las demandas de asistencia y de la “movilización de la cronificación de pacientes internados o etiquetados como enfermos o desviados”, como producto de estrategias que multiplican formas de cuidado y promoción de salud (p. 41). Manifiesta por ello que es necesario despsiquiatrizar la vida cotidiana y también los hospicios, y destaca que no solo los médicos están impregnados de la ideología profesional hegemónica, sino que se trata de la cultura imperante en el sistema sanitario. A este sistema lo describe como psiquiátrico, verticalista, autoritario y centralizado, de puertas cerradas, monofocal, individualista, controlador, mercantilista, al que todos estamos subordinados, y expresa que “en tanto todo eso siga sucediendo, nosotros, la comunidad a la que pertenecemos, seguiremos sin hacernos cargo de los locos que producimos”. (p. 147). La autora concibe que la aspiración de muchos profesionales formados en ese modelo, de producir formas participativas en materia de salud integral, requiere un proceso de desprofesionalización en el abordaje cotidiano (p. 146) y que la reflexión sobre este tema debe involucrar a distintas disciplinas y a todos los sectores de trabajadores de la salud, “para profundizar entre todos acerca de nuestra tarea, de las contradicciones entre nuestras convicciones y las técnicas profesionales; acerca de nuestra pasiva aceptación de marcos teóricos que, en la mayoría de los casos, están lejos de ser respaldo de prácticas concernientes a nuestra realidad más inmediata”. (p. 148)

El pensamiento de Mirta Videla colecta y representa parte de la experiencia y de las reflexiones que emergieron en nuestro país y en el mundo, como problematización a la concepción de salud/enfermedad inherente de las prácticas hegemónicas. En el campo de la salud mental, el movimiento de la antipsiquiatría con Deleuze y

⁴ El Modelo Médico Hegemónico (MMH) es caracterizado como por su “biologismo, pragmatismo e individualismo, entre otros rasgos, y por cumplir no solo funciones curativas y preventivas, sino también funciones de normatización, de control y de legitimación” (Menendez, 2020)

Guattari, y las reformas psiquiátricas en Europa y en Latinoamérica, que llevaron al desmontaje manicomial, fueron acompañados por la creación de nuevos modos de hacer clínica, precisamente no anclados en las instituciones de exclusión y muchas veces con la mirada puesta en la dimensión de la comunidad y su protagonismo.

Estos modos de abordaje de la salud en el territorio, esas construcciones de trabajo desde la perspectiva de la integralidad, no nos interesan por aspirar al despliegue de un abanico de prácticas que permitiese llegar a más personas y a más lugares, sino que nos interesan como formas de pensar con las personas las múltiples maneras de transitar y modificar una realidad compartida.

En esta línea, se vuelve necesario también despsicologizar del discurso cotidiano, en consonancia con los procesos de despsiquiatrización y de desprofesionalización mencionados. La historia de estas prácticas ha configurado un modo de pensar la salud que excede los ámbitos académicos y hospitalarios; si bien estas formaciones pueden intensificar ciertas marcas, dichas concepciones también se inscriben en lo cotidiano, donde la salud tiende a asociarse con una “buena vida” y la enfermedad con su negación.

En este sentido, Patricio Guerrero Arias (2012) propone cuestionar radicalmente el modo en que se ha construido el conocimiento desde una academia que “se erige con arrogancia y la hegemonía de una razón carente de ternura” (p. 200). En una línea convergente, Mirta Videla (2019) retoma esta crítica y, recuperando a Ignacio Martín Baró, plantea la necesidad de una psicología que “abra espectro del conocimiento hacia el estudio sistemático y participativo de la diversidad cultural latinoamericana” (p. 7).

Queremos volver la atención hacia lo subrayado por la autora en relación a la demanda de atención psicológica como producto de la apropiación popular del modelo ya que entendemos que este punto es clave para pensar la salud desde la cultura y desde la perspectiva de derechos, situando que la transición de un paradigma a otro no es una opción reflexiva sino un encuentro con las subjetividades construidas desde las instituciones y en sus procesos históricos. Las diferentes formas de atención que sacan el foco de las intervenciones profesionales en el consultorio para instrumentar dispositivos extramuros no expresan solo por esa característica, una ruptura a la lógica del modelo asistencial. El desafío de romper el modelo tradicional de atención no se resuelve solo por el movimiento de los profesionales y dispositivos hacia fuera de las instituciones, así como la reunión de distintos profesionales en un mismo ámbito laboral no garantiza la interdisciplina. Poner en tensión los modelos tradicionales hace poner en tensión

la propia formación disciplinar y revisar las concepciones ideológicas y éticas en juego. Al respecto recupero dos fuentes que relatan experiencias similares. Una refiere a lo acontecido en Brasil con la propuesta de la creación de Unidades Básicas de salud y de CAPS (centros de atención psicosocial). Yasui y Costa Rosa expresan que la expectativa de producir una asistencia en salud mental transformadora del modelo asilar, resultó en muchos casos en dispositivos burocráticos y hospitalocéntricos que funcionaban como puerta de entrada a la demanda de internación de la población. La supervivencia de la organización jerarquizada y la distribución de tareas mantenía para el psiquiatra el lugar de mayor relevancia, con una agenda repleta y grandes intervalos entre consulta y consulta; luego otros profesionales psicólogos/as realizaban consultas individuales que repetían el modelo de la práctica liberal, y finalmente los grupos, coordinados por personas con títulos intermedios, ofrecían una orientación pedagógica sobre problemáticas que la población no identificaba dentro de sus necesidades subjetivas. Los autores plantean que la estrategia de atención psicosocial exige superar el modelo sujeto-objeto que en muchas experiencias se continuó reproduciendo, y superar también las racionalidades implícitas en MMH caracterizadas por actividades curativas, individuales, asistenciales, organizadas por especialidades y pautada por la práctica privada marcada por una lógica de mercado, y cuya productividad se mide en cantidad de servicios/prestaciones realizadas. Expresan que el paradigma de la producción social de la salud supone una planificación de atención de modo integral basada en el trabajo en equipo que vislumbre la transdisciplina y avance hacia las prácticas colectivas de salud, pero saben que dicha tarea no es sencilla. Mencionan también que las prácticas que se encuentran en diferentes CAPS (principal dispositivo para la implantación de la política actual de salud mental), están muy lejos de ser las que puedan dar cuenta del modelo de atención psicosocial deseado "cuya ética implica la osadía de buscar lo nuevo". Enumeran algunos ejemplos de situaciones cotidianas que desafían a los equipos y exponen las respuestas que se generan desde esos equipos "¿La familia pide internación?, pues que lo interne. ¿Persona que vive en la calle? un problema de asistencia social del municipio. ¿Un usuario está en crisis en el servicio? Llamar al psiquiatra para medicar. ¿Tiene una crisis en este momento en la calle? Llamar a la policía". También señalan el modo en que se acude a la represión moral, desde juicios como "No haga eso fulano, ¡es muy feo!", u otras que revelan la infantilización del sujeto en sufrimiento, y la apelación a su buena conducta. Formas que los autores piensan como persistencia micropolítica de la lógica hegemónica paradigmática, y para cuyo desmantelamiento se requiere una formación continua y una constante reflexión sobre las prácticas.

Otras experiencias que apuntan a esta presencia del MMH en las prácticas se relatan en el artículo “Entre ‘lo clínico’ y ‘lo comunitario’: tensiones de las prácticas profesionales de psicólogos/as en salud”, experiencias situadas en el primer nivel de atención de salud/salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del conurbano bonaerense durante la última década. Las autoras (Bang, C et al.) refieren que las tensiones en las prácticas suelen traducirse en obstáculos para una atención integral. Ubican entre las prácticas de este nivel, “una división entre una clínica individual, especializada, mayormente psicoanalítica-asistencial por un lado, y dispositivos comunitarios o grupales por el otro, y una fuerte tensión entre sus lógicas expresadas por ejemplo, en la existencia de largas listas de espera para la atención individual en detrimento de otros dispositivos, o el control de las horas de trabajo sólo a través del registro de consultas clínicas. En cuanto a los espacios de reunión de los equipos profesionales, ateneos o supervisiones se encuentran centrados en el abordaje de casos individuales, habiendo una limitada participación de profesionales en el sostenimiento de dispositivos grupales y comunitarios. En consecuencia, estos últimos quedan en el lugar de tareas accesorias e invisibilizadas. La consulta o intercambio en el equipo de salud y la derivación recibida desde otras instituciones se orienta predominantemente al abordaje individual de las problemáticas en salud, sin existir mayor articulación entre las prácticas”. Uno de los relatos problematiza lo acontecido cuando una psicóloga que ingresa a un centro de salud como psicóloga infantil, con un “proyecto de atención en salud mental desde una perspectiva enmarcada en la salud colectiva”, encuentra al cabo de unos meses que las propuestas de innovación se fueron desarticulando, provocando en ella la sensación de que “las situaciones que llegaban eran de tal complejidad y gravedad que empecé a sentir que no podían ser abordadas por la red comunitaria, ni por dispositivos alternativos y terminé dando turno para tratamiento individual a la mayoría de casos” y transformándose en una profesional más con una agenda colapsada de turnos para atención individual. (Bang et al, 2020, p. 53)

Capítulo 2. Cuidado y atención básica en salud mental

2.1. Introducción

En este capítulo, organizado en dos apartados, se reseña -a partir de recortes de distintas producciones- el movimiento de pensamiento y la multiplicidad de experiencias que descentraron las prácticas de salud mental de la concepción de la enfermedad y del abordaje centrado en la individualidad.

En el primer apartado se destaca, como innovación, la noción de cuidado. En el segundo, se profundiza en la cualificación de la atención a través de la clínica ampliada, que permite pensar los procesos en los territorios, tal como se plantea en el material consultado (Ministerio de Saúde, 2013, p. 34).

Estos territorios se comprenden como “territorio vivo”, concepto desarrollado por Milton Santos (como se cita en Ministerio de Saúde, 2013, p. 34), que enfatiza las relaciones sociales y dinámicas de poder que configuran los espacios como lugares con connotación subjetiva; y como “territorios existenciales” de Félix Guattari (1990, como se cita en Ministerio de Saúde, 2013, p. 34), entendidos como espacios y procesos de circulación de las subjetividades en constante transformación.

Se subraya en este modo de mirar el territorio la tarea que se asume como tarea de salud mental, que no solo brinda asistencia directa sino se ocupa de construir equipos ampliados con quienes diseñar proyectos terapéuticos corresponsables y colectivos, lo que implica tanto la conformación de redes intersectoriales como acciones con las comunidades instalando diálogos que afecten la producción y transformación de los territorios para desarrollar posibilidades de ejercicio de ciudadanía y participación.

2.2. Atención y cuidado como claves en la construcción de salud

Alicia Stolkiner y Sara Ardila Gomez (2012) analizan la historia del movimiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas y examinan distintas facetas de su conceptualización sobre el proceso salud-enfermedad-cuidado, subrayando como características de este pensamiento la complejidad, la perspectiva de derechos y la referencia a la vida, en contraste con la tendencia a la objetivación/medicalización. Al remover la noción de la salud/enfermedad de su función de exclusión, se instituyeron otros modos de acción basados en la horizontalidad y se empezó a consolidar la categoría de cuidado en reemplazo de la de atención, que implicaba una asimetría de base entre quienes dan atención y

quienes la reciben. Se comienza a hablar entonces del proceso salud-enfermedad-cuidado.

Las políticas de salud mental en Brasil, construidas desde la década de 1980, fueron concebidas como un conjunto de estrategias de cuidado y atención a la población con sufrimiento psíquico, guiándose por la producción de salud y no restringiéndose a la cura de enfermedades. Desde el paradigma de la salud mental en el campo de la salud colectiva, “la producción de salud y la producción de la subjetividad están entrelazadas y son indisociables” (Yasui y Costa Rosa, p.29).

La principal estrategia en el proceso de la reforma fueron los CAPS (Centros de Atención Psico Social), creados con el objetivo de sustituir el modelo hospitalocéntrico, evitar hospitalizaciones y favorecer la ejercicio de la ciudadanía e inclusión social de los usuarios y sus familias. Tienen por misión ofrecer atención clínica y rehabilitación psicosocial, en el día a día de las personas con trastornos mentales en un territorio determinado. Según la publicación del Ministerio de Salud destinada a informar a los profesionales de salud y gestores del SUS (Sistema Único de Salud), sobre qué son y para qué sirven los servicios de salud mental llamados CAPS (Salud mental en SUS, 2004), la definición de territorio refiere a:

Un país, un estado, una ciudad, un barrio, un pueblo, una aldea son recortes de distintos tamaños de los territorios que habitamos. El territorio no es sólo un área geográfica, aunque su geografía también es importante para caracterizarlo. El territorio está constituido fundamentalmente por las personas que lo habitan, con sus conflictos, tus intereses, tus amigos, tus vecinos, tu familia, tus instituciones, tus escenarios (iglesia, cultos, escuela, trabajo, taberna, etc.).

Acorde a esta noción, cada CAPS busca organizar una red de atención a partir de múltiples actores. Esta red no solo se refiere a red de servicios de salud sino también a otras redes sociales y actores relacionados “para enfrentar la complejidad de las demandas de inclusión de quienes son excluidos de la sociedad por desórdenes mentales”. El modelo de la atención psicosocial que se implementó principalmente mediante CAPS y NAPS (Núcleos de atención psicosocial), se basó en la creación de una red de atención y cuidados contando con el territorio como articulador y pauta desde los principios de la integralidad y la participación popular. Santos e Iñiguez (2021) plantean tres desplazamientos necesarios que debieron producirse: 1) de los hospitales psiquiátricos a la comunidad; 2) del interés puesto en la enfermedad a pensar un sujeto con sufrimiento psíquico; y 3) de la acción individual a la colectiva.

El cuidado aparece en este campo como un paradigma que redimensiona la salud mental. Se considera que el proceso salud enfermedad resulta de “complejos

procesos sociales que exigen un enfoque interdisciplinario, transdisciplinario e intersectorial, con la resultante construcción de una diversidad de dispositivos territorializados de cuidado y atención". (Yasui y Costa Rosa, p.29). Pero el uso del término cuidado y su concepto no se agotan en esa referencia. Santos e Iñiguez investigan los múltiples sentidos de la noción de cuidado hallados en distintos artículos científicos brasileños, según su aparición en tres campos distintos:

- El de las políticas públicas, donde se incluye en el marco legal y el conjunto de leyes, políticas, programas y estrategias para las políticas públicas de salud mental en Brasil y las relaciones con el contexto histórico de la reforma psiquiátrica brasileña.
- El de los modelos de asistencia, gestión y organización del proceso de trabajo. Allí aparece como una cierta forma de operar los modelos de atención que implican: prescripción, terapia y tratamiento, y también como un marcador ético y político que se relaciona con la producción de tecnologías ligeras, tales como: vinculación, recepción, coproducción de cuidados, integralidad, equidad, educación y prácticas compartidas.
- El de la salud colectiva, donde se apunta a conceptos y prácticas de producción del cuidado como el desarrollo de un campo de conocimiento que se opone al modelo reduccionista de señales, síntomas y procedimientos, organizándose desde la libertad, autonomía, participación y garantía de derechos.

También Michalewicz et al. (2014) investigaron sobre los usos del término cuidado rastreando en la bibliografía producida en el campo de la salud a partir de constatar que la producción de conocimientos de la Salud Colectiva refería a su objeto como salud /enfermedad /cuidado, dejando de utilizar la nominación salud/enfermedad/atención. Señalan estos autores que el desplazamiento del término atención está asociado al cambio en la conceptualización de la noción de salud, que ya no se basa por su definición en oposición a la enfermedad, sino que se asocia a cuestiones tales como el buen vivir y el ejercicio de los derechos de los sujetos y los colectivos; giro que convierte en insuficiente a la noción de atención para describir lo que son las prácticas en salud en toda su complejidad. Esta investigación describe y analiza cinco categorías emergentes del uso de la noción de cuidado (trabajaron sobre 201 artículos publicados en la base de datos LILACS, que compila la literatura científica y técnica de América Latina y el Caribe desde 1980).

Las siguientes son las categorías:

1. En primer lugar, señalan una dimensión de las prácticas en salud relacionada a lo vincular/afectivo.
2. En segundo lugar, se nombra como cuidado a las prácticas no formales en salud.
3. En tercer lugar, se reivindica el término en cuestión como un concepto superador de la simple atención, a partir de características como la integralidad y la participación.
4. En cuarto lugar, se encuentra al "cuidado" como eje que orienta la atención centrándose en los usuarios.
5. En el quinto lugar se verifica el uso del término como sinónimo de atención.

La reflexión de los autores ante estos hallazgos los lleva a preguntarse si no sería necesario salir del campo de la salud, para pensar el cuidado como condición humana fundamental, que participa en todo vínculo y que se sustenta en las condiciones que Fernando Ulloa (1995) presenta como propias de la ternura (la empatía, el miramiento y el buen trato).

El fundamento ético común a cualquier práctica definida como cuidado es el reconocimiento del otro como semejante -como sujeto de derechos- cuya dignidad impide que sea tomado como objeto, cosa, instrumento o mercancía. (Michalewicz, 2014, p. 222). Las prácticas de cuidado son prácticas sociales que tienden a asegurar la vida a nivel individual, de grupo social y de especie (Santana et al., 2019) y en todo caso, las que se especifican como prácticas de salud aportarían al principio básico de la bioética de la "no maleficencia", al poner en cuestión y deconstruir el corte artificial que separa una entidad abstracta de su contexto existencial (la enfermedad de su territorio de emergencia) y problematizar los modos de mirar y construir el objeto de las prácticas (Lemke y Silva, 2011).

La producción de salud desde la perspectiva del cuidado está atravesada por la posición ética de reconocimiento al sujeto y a sus condiciones de existencia. Es el territorio de vida donde los vínculos de cada sujeto se despliegan, lo que implica que las prácticas toman el territorio como principio organizador, inspirando nuevos tipos de relaciones entre la sociedad y la locura, en la complejidad de la vida. Ya no se trata de que los servicios de salud se ocupen de construir circuitos paralelos y protegidos que puedan ser habitados por personas con padecimiento mental, sino que sea parte de los circuitos que habita la sociedad de ese territorio, y que en las tareas de los servicios de salud se trabaje el objetivo de lograr la apertura de la sociedad a su propia diversidad.

Lemke y Silva (2013) refieren tres experiencias de cuidado en el campo de las políticas públicas de salud en Brasil, vinculadas al movimiento de las reformas psiquiátricas y sanitarias. Son las prácticas de los acompañantes terapéuticos, las de los agentes comunitarios de salud, y las de los reductores de daños. Las tres con una importancia estratégica relevante en la construcción de un modelo de cuidado territorial.

Sobre la primera, los autores refieren que se trata de “una práctica de cuidado que tiene como principal característica privilegiar el espacio abierto de la ciudad para crear lazos entre los usuarios y el territorio que éste habita, utilizando la experiencia de circulación por el tejido urbano como dispositivo de producción de salud”. Reseñando a Palombini, menciona que el dispositivo clínico político de los acompañantes terapéuticos de la reforma psiquiátrica, están compuestos por cinco elementos claves.

1. Disponibilidad para el encuentro con otro, apertura para la alteridad, para lo desconocido, lo imprevisto, asumiendo la dimensión de riesgo tanto como el potencial de invención
2. Necesidad de espacio para pensar las prácticas, por fuera de la institución a la que pertenecen.
3. Inserción de las políticas ligadas a la reforma psiquiátrica.
4. Uso de una teoría clínica como caja de herramientas para el trabajo, con los siguientes principios: la idea de que la subjetividad se produce en la relación con la alteridad, y la idea de que la subjetividad no se deja aprehender totalmente por un saber y la idea de que hay una dimensión de resistencia inconsciente que no se deja capturar por los poderes del estado y de la ciencia.
5. Considerar que el AT se desarrolla en una ciudad que es procesual, productora de relaciones, negociaciones y conflictos, no una ciudad de homogeneización, orden y silenciamiento de diferencias.

La segunda experiencia es la de los agentes comunitarios en salud, otra tecnología de cuidado que opera produciendo itinerarios en el territorio de vida de los usuarios. El trabajo de los ACS tiene una dimensión técnica y otra política. La técnica se refiere a las contribuciones como trabajador de la salud vinculado a un sistema, y la política a su función de ser un agente transformador de las prácticas promoviendo la reorientación del modelo de atención en dirección al cuidado integral de las familias en sus territorios, y promoviendo la organización de la comunidad para la transformación social y la mejora de sus condiciones de

existencia. Otra función, en un campo de indiscernibilidad entre lo político y lo técnico, es su contribución a la construcción de un modelo de cuidado territorial. Uno de los referentes de esta experiencia fue Antonio Lancetti. Según Lemke y Silva, Lancetti piensa que el ACS es un trabajador que se sitúa en una posición paradójica de ser miembro de la comunidad y al mismo tiempo integrante del sistema de salud. Forma una especie de policía médica revolucionaria, y se inmiscuye en el territorio existencial de las personas para tejer redes que producen efectos terapéuticos. Es un trabajador que tiene una posición estratégica para incidir en procesos de producción de subjetividad.

La tercera experiencia es la de los reductores de daños, trabajadores de salud que, a través de una lógica de búsqueda activa, llevan adelante en un territorio las acciones de cuidado de personas que usan drogas. La RD se entiende como una serie de procedimientos que tienen el objetivo de minimizar las consecuencias adversas del uso o abuso de drogas. Modelo alternativo al paradigma de la abstinencia.

2.3. Caminos de cuidado: atención básica en salud mental

Lancetti fue uno de los autores de la Guía de Salud Mental publicada por el Ministerio de Salud en el 2013, como parte del material del curso “Caminos de Cuidado”, destinado a la formación en atención básica para Agentes Comunitarios de Salud y Auxiliares y técnicos de enfermería. La guía se presenta como herramienta de trabajo que busca ampliar las posibilidades de intervención y cualificar la atención. Uno de sus objetivos declarados en la primera página es el de reducir la angustia de quienes profesionalmente se vinculan con personas y familias que conviven con problemas de salud mental, en especial quienes tienen consumo perjudicial de alcohol o drogas.

Se presentan en este documento, cuatro principios para la acción en salud mental:

1. Dar apoyo al grupo familiar para que éste pueda lidiar, del modo más saludable, con la situación sin retirarlo de la convivencia como modo de “resolver” el problema. Se sostiene que cada vez que una persona es internada, principalmente cuando se prolonga o repite, se generan nuevos problemas.
2. Priorizar las familias con mayor riesgo o que tienen más dificultad para enfrentar el problema.
3. Buscar y estimular las asociaciones en el territorio para garantizar la atención.

4. Monitorear y acompañar, paso a paso, a cada paciente, individualmente. Cumplir con todos los compromisos considerando que muchas de las personas atendidas tuvieron un pasado institucional negativo
5. De privación de derechos y están acostumbradas a nunca ser tomadas en serio.

Se enumeran además seis actitudes necesarias para el rol. En forma muy sintética subrayamos: sostener la noción de familia como todo grupo de personas que conviven o se desenvuelven entre sí en variadas formas de convivencia afectiva; mantener la suspensión provisoria de la opinión, considerar que toda persona tiene un modo de entender la vida y tiende a ayudar partiendo de su modo de comprensión, se debe evitar imponer la propia visión del mundo al otro, el dar consejos, sermones y lecciones de moral; valorar la importancia de sentirse miembro de un equipo, sin el deber de dar respuestas inmediatas; dimensionar la importancia del cumplimiento de lo acordado, como forma de restituir valor a la palabra.

En el final de la guía se dedican unas líneas a responder a la pregunta ¿Qué significa vencer? Se plantea que si los profesionales de la salud que recorren y conocen los territorios se imaginan que irán a vencer eliminando la droga y acabando con los drogados, no van a poder percibir las transformaciones positivas de cada situación, atrapados por la frustración. Refiere que no existe el triunfo como eliminación del problema sino que los triunfos ocurren durante todo el proceso de cuidado en cada persona que se integra a su familia y comunidad, en cada persona que consigue dar un giro positivo en su vida aun cuando siga usando drogas, cuando conseguimos participar del cuidado de alguien y darle continuidad a ese cuidado, cuando logramos que nos pidan ayuda y no atendemos prejuiciosamente, en cada disminución del sufrimiento, en cada aproximación, en cada confianza conquistada. En cada mínima experiencia de triunfo y libertad, percibimos que es posible vencer.

En el mismo año de publicación de esta guía (2013) y como parte del material que ofrece el Ministerio de Salud de Brasil para orientar las acciones de los equipos de salud en la atención primaria, se publica el Cuaderno de Atención Básica N° 34 dedicado a la Salud Mental. Se denomina en Brasil como Atención Básica a lo que en la literatura internacional se llama APS atención primaria en salud. El Cuaderno 34 presenta prácticas de Salud Mental que pueden ser realizadas por todos los trabajadores de Atención Primaria, con independencia de su formación específica. Se trata de que estos profesionales incorporen o mejoren habilidades del cuidado de la salud mental en su práctica diaria, de modo que sus intervenciones sean

capaces de considerar al sujeto en su singularidad e inserción sociocultural, buscando producir una atención integral.

Se orienta esta tarea en los principios de universalidad, de accesibilidad, de vínculo, de continuidad de cuidado, de integralidad, de atención, de responsabilidad, de humanización, de equidad y de participación social.

En relación a la accesibilidad, entendida como la tarea de posibilitar el acceso de las personas al sistema de salud, (incluidas las demandas de atención en salud mental), este nivel se concibe en las dimensiones de la territorialidad (el desarrollo de acciones en un territorio geográficamente conocido) y de la proximidad (para conocer la historia de vida de las personas y sus vínculos con la comunidad).

La tarea de este nivel se puntualiza en tareas que proponemos dividir en tres tipologías. Las diagnósticas: identificar riesgos, necesidades y demandas; las resolutorias: producir intervenciones clínicas y sanitarias efectivas; y las de coordinación intersectorial: coordinar el cuidado elaborando, acompañando y creando proyectos terapéuticos singulares, organizar y acompañar el flujo de usuarios desde estos puntos a otros de las redes de atención (de salud o intersectoriales, públicas o comunitarias y sociales).

En este cuaderno se enumeran algunas acciones que pueden ser realizadas por todos los profesionales de la Atención Primaria en los diversos dispositivos asistenciales.

- Dar al usuario un momento para pensar/reflexionar.
- Ejercer una buena comunicación.
- Ejercitar la habilidad de la empatía.
- Escuchar lo que el usuario necesita decir.
- Aceptar como legítimas sus quejas emocionales.
- Ofrecer apoyo en la justa medida; una medida que no hace al usuario dependiente o genera una sobrecarga en el profesional.
- Reconocer modelos de comprensión del usuario.

Se reconocen como aciertos en el cuidado de la salud mental, actitudes cotidianas que permitan el apoyo emocional. Se destaca en primer lugar la función de la escucha, el rol de interlocución atenta, recuperando su importancia y su potencia. A pesar de sea considerada una práctica de sentido común y no una técnica específica de la salud mental, es una primera herramienta ya que a través de la mediación de un interlocutor puede encontrar otra perspectiva para lidiar con su

sufrimiento de otra manera, y que además torna posible, con continuidad, una relación de apoyo duradera. En segundo lugar, se menciona el dispositivo de acogimiento, pensado como herramienta en la formación del vínculo a partir de ofrecer desde la primera conversación, un espacio de escucha a usuarios y a familia, de modo que se sientan seguros y tranquilos para expresar sus aflicciones, dudas y angustias, y cuenten con alguien dispuesto a acoger, acompañar y también para exigir a otros servicios corresponsablemente la atención. En tercer lugar, se considera la subjetividad de los trabajadores de la salud, para pensar las dimensiones subjetivas de los cuidados no solamente considerando a los usuarios, dando lugar a sus sensaciones de frustración y de incompetencia y otras dificultades para lidiar emocionalmente con los encuentros con el sufrimiento y propiciar la distancia necesaria para el trabajo en salud mental a partir de espacios de discusión con el equipo.

En "*Clínica Peripatética*" (2014), Antonio Lancetti presenta experiencias en las que participó a partir de la necesidad de ampliar las lógicas de las intervenciones que se encontraban con el fracaso. Explica la elección del término peripatético en su etimología el significado de "andar, ir y venir hablando", método que resultó más apropiado para fundar procesos terapéuticos con personas que no se adaptan a los protocolos clínicos tradicionales. La clínica peripatética se ocupa de "poner a la gente de pie" (Lancetti, 2014, p. 22), y requiere del clínico itinerante, el deseo de cuidar y producir cambio, el poder de afectar y ser afectado, y la voluntad de trabajar en entorno desprotegido. Plantea la noción de complejidad invertida para manifestar que, al contrario de lo que sostiene el sistema de salud, referido a que los mayores niveles de complejidad se concentran en la atención especializada de los hospitales, es en el encuentro del territorio geográfico con lo existencial donde se da la mayor complejidad. Allí la continuidad del tratamiento depende de la disposición a cuidar y nunca desistir que pueda sostener el analista, es decir del desempeño de lo que el autor llama *función bá*: la capacidad de sustentar un tratamiento sabiendo que un nuevo desastre podría ocurrir. Sostiene además que no podemos hablar de transferencia, ya que estamos frente a formas diferentes a los tratamientos fundamentados en la demanda de un sujeto que supone que sabemos de él. Toma el concepto de la psicología institucional *injertos de transferencia* que permiten una operación en base a una posición paradójica del analista basada en una relación de fuerzas que parte del "poder de pertenencia a una organización de salud o derivado del prestigio del psicoanálisis y la psiquiatría y fuerza afectiva" (Lancetti, 2014, p. 102). Se coloca en el centro de la acción terapéutica el campo existencial, y no en la enfermedad, acompañando el proceso de reapropiación del espacio social. Es una clínica guiada por la producción constante de resignificaciones y subjetividades.

Capítulo 3. Prácticas de acompañamiento de trayectorias de vida en La Matanza

En este capítulo se analizan producciones y relatos elaborados por integrantes del Programa Envió Podes de La Matanza, poniéndolos en relación con el marco teórico desarrollado en los apartados anteriores. El interés no radica en su mera descripción, sino en explorar las convergencias, tensiones y posibles puntos de enriquecimiento entre estas narrativas de práctica y el modelo de abordaje de la salud mental trabajado hasta aquí.

Ubicación de la experiencia

El partido de la Matanza es un municipio de la provincia de Buenos Aires, dentro del sector denominado genéricamente como Gran Buenos Aires. Es el municipio más extenso del conurbano ya que cuenta con una superficie total de 325,71 kilómetros cuadrados. Según las proyecciones del Instituto Nacional de estadística y Censo (INDEC), es en uno de los ocho distritos cuya densidad poblacional se vio más incrementada en Argentina, llegando en el 2018 a un total de 2.185.597 personas, en su mayoría niños, niñas y adolescentes (NNyA). Recordamos que según un análisis realizado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2022) de los datos relevados por el INDEC, en todo el país la pobreza entre las personas menores de 18 años alcanza un valor de 48%.

El Programa Municipal PODÉS (Programa de Orientación y Desarrollo Educativo Socio comunitario) y el Programa de Responsabilidad Social Compartida ENVIÓN trabajan de forma articulada en 24 sedes territoriales, 10 subsedes y más de 30 espacios comunitarios en el Municipio de La Matanza. Se proponen promover la inclusión social de jóvenes entre 12 y 21 años en situación de vulnerabilidad a través de la promoción de los derechos a la educación, salud, cultura, deporte, comunicación, justicia, trabajo, participación juvenil y construcción de ciudadanía. Los equipos territoriales intervienen en el acompañamiento singular y familiar, en espacios grupales y en la construcción de proyectos comunitarios para garantizar el ejercicio pleno de los derechos de los adolescentes y jóvenes participantes. Se encuentran conformados por profesionales y operadores por los derechos de la niñez en etapa de formación y los proyectos buscan promover, garantizar y restituir derechos. La participación juvenil es el eje central de estos programas.

Todos los dispositivos de abordaje, servicios y programas del Eje Niñez y Adolescencia de la Secretaría de Desarrollo Social de La Matanza conforman el

Sistema Integral de Promoción y Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de La Matanza (SIPPD).

3.1. Caracterización de las prácticas

En este apartado describiremos marcos generales de la modalidad de trabajo de estos equipos a partir de lo recogido a través de la participación personal en distintas instancias de capacitación, de reflexión y de escritura, y del contacto con documentos que se ocupan de la descripción y caracterización de las prácticas realizadas.

La perspectiva de trabajo del SIPPD pone en primer plano las siguientes condiciones generales:

- Territorialidad: Valorización del territorio como espacio donde se desarrollan los procesos sociales (espacio producido y productor de prácticas). Implica el encuentro y la recuperación de saberes y necesidades, con el objetivo puesto en el desarrollo de la comunidad a partir de su participación en la toma de decisiones.
- Intersectorialidad: Se apunta a acordar intervenciones entre diversos actores, ya sea del estado o de la comunidad. Implica la definición de competencias, roles y funciones y actuando en corresponsabilidad.
- Institucionalidad: propone la vinculación de las políticas públicas propuestas con las instituciones del estado en su conjunto, promoviendo su integración.
- Participación: se propone un trabajo en los distintos niveles de la participación orientado hacia el protagonismo de NNYA en la construcción de las políticas públicas que los tienen por destinatarios.

El estudio de caso sobre el SIPPD de La Matanza que desarrolla la investigación sobre Abordajes locales de adolescentes y jóvenes de los sectores populares. Políticas, programas e intervenciones en el conurbano de la Provincia de Buenos Aires, del Centro de Estudios de Ciudad (CEC) de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, describe la dinámica de funcionamiento a través de señalar las claves del modelo y nos permite sumar otra mirada a las propias prácticas. Este informe destaca un enfoque basado en:

Generar referencia: Los funcionarios consultados señalan de modo recurrente que los/as adolescentes y jóvenes viven en entornos violentos, de fuerte deterioro afectivo y vincular en condiciones de vulnerabilidad, que imprimen elevados grados

de desintegración social, rotura de lazos, aislando a los/as jóvenes. A partir de esta mirada, el Gobierno local en La Matanza intenta apostar a la relación, a generar vínculos de referencia, “amorosidad” y de cuidado en la vida de esos/as jóvenes.

Colectivizar las intervenciones: el abordaje no es singular, sino colectivo. El municipio pone el acento en el territorio, en aquello que ofrece el territorio, allí debemos buscar el puente (un centro juvenil, una organización, una sociedad de fomento) que nunca es “sólo” la escuela. No podemos pedir a la escuela que supla todas las responsabilidades institucionales, ni quitar de la mesa a los demás actores. Ahí radica la potencia de La Matanza y la búsqueda permanente de acentuar lo territorial.

Propiciar el ejercicio de los derechos: En este sentido, cabe destacar una primera característica que asume el abordaje y que se repite en todas las entrevistas es la definición de los jóvenes como sujetos de derechos, en este caso reconociendo una visión amplia y politizada de esta definición:

En el mismo informe las estrategias que se identifican son:

Transversalidad de las intervenciones. Un sistema integral precisa de componentes en diálogo que compartan formas de nombrar y de actuar. Según se pudo identificar en los programas, interactúa con otras áreas e instituciones. El abordaje de los problemas se resuelve en interacción con actores de los otros subsistemas: educación, salud y justicia (cuando el caso así lo requiere). Estas vinculaciones se construyen y alimentan en el tiempo y son regulares, aunque tienen expresiones heterogéneas, especialmente en lo que respecta al sistema educativo que es el que aparece con más restricciones en la vinculación con los programas.

Territorialidad del abordaje. No sólo los equipos técnicos tienen fuerte presencia territorial, sino que el territorio se narra como puente, como nexo entre el Estado y los jóvenes

Relaciones de proximidad. Se vincula con los puntos anteriores y se materializa tanto en las sedes, como en la figura de los operadores de programa y talleristas. Algunos de ellos egresados del programa y cuando es posible tienen la misma extracción territorial. Comparten recorridos previos, música, forma de vestir, un lenguaje y una cultura joven que motoriza y acelera parte de ese vínculo: no es lo mismo que una persona ajena al barrio marque una propuesta a un joven a que lo haga un par. Para ello, obviamente resulta clave la formación, el brindar herramientas a ese acompañamiento. Pero sin dudas, la proximidad etaria, la proximidad territorial, la proximidad también en la historia de vida, habilita la palabra de otro modo.

Principio de confianza. Identificar a los jóvenes como sujetos de derechos se potencia en la convicción de que los/as adolescentes pueden ser protagonistas y apropiar los espacios en los que son convocados. La confianza es el primer objetivo en cualquier encuentro con jóvenes. Cualquiera sea el programa desde el que se aborde, prima la necesidad de generar un primer vínculo de confianza. Sin prejuicios, atendiendo a la vulnerabilidad, a la fragilidad del lazo, pero con el acento puesto en alojar.

De la tarea de reflexión y discusión colectiva realizada junto a colegas sobre nuestras prácticas en el marco del Programa Envión Podes y en el acompañamiento de las trayectorias de vida de adolescentes y jóvenes, surge el siguiente punteo sobre metodología acerca de lo que elegimos llamar: el acompañamiento en el derecho a tener derechos (Farías et al, 2020, "Marcos y estrategias de abordaje", documento inédito). En estas instancias nos propusimos formas de trabajo con la singularidad que evitasen concepciones individualizadoras de la subjetividad. Y consideramos que:

El trabajo en la subjetividad que se produce en la dimensión singular de la intervención impacta en los grupos y en los proyectos comunitarios, y viceversa.

El modelo de acompañamiento a nivel de la singularidad se basa en fortalecer las posibilidades de transformación, a partir de favorecer invenciones no planificadas, formas de emergencia de aquello que rompe con los destinos predeterminados.

El vínculo puede darse en encuentros uno a uno o de múltiples presencias; la propuesta que hagamos se arraiga en la percepción de los proyectos personales (deseos, intereses, objetivos) de quienes convocamos.

A diferencia del encuentro en la *ranchada*, que espontáneamente reúne según la semejanza; el criterio de reunión que proponemos es variable, no sólo en base a identidad (ser/sentirnos iguales) sino en relación al concepto de interacción/integración, donde tengan lugar las diferencias.

El motor es el vínculo; en un proceso que se inicia en la apuesta a crear cercanía (desde el deseo de producir ese vínculo que sostiene el equipo) y se profundiza en crear confianza y referencia.

La herramienta es el diálogo, basado en el reconocimiento de existencia a lo otro del/la otro/a (diálogo no solo es palabras).

Se propone el uso del *dispositivo móvil* (lo definimos como espacio de encuentro en movimiento entre miembros del equipo y participantes entre los cuales se establezcan algunas coincidencias, aunque sean solo coyunturales). Este

dispositivo constituye una acción como parte en la construcción de proximidad y corresponde a una etapa dentro de un acompañamiento en un proceso de participación que hace camino a lo plural o colectivo.

Acompañamos una heterogeneidad de trayectorias en diversos procesos de participación que requieren estrategias combinadas que anuden lo personal y lo político.

El taller grupal en base a una propuesta temática o proyecto es un dispositivo con capacidad de convocatoria para un tipo particular de subjetividad, pero no convoca ni impacta en la construcción de la subjetividad que distintos autores llaman "sujeto excluido" (Giorgi), "sujeto inesperado" (Carballeda) o "sujeto prohibido" (Alonso); que representa para las políticas públicas el desafío actual.

El objetivo de fortalecer sujetos y comunidades requiere relaciones vinculares que nos implican (en nuestra subjetividad, nuestra ética y nuestra política). Fortalecer sujetos no quiere decir que nosotrxs fortalecemos a otrxs sino que el encuentro nos fortalece a todxs.

Este punteo permite identificar algunos núcleos problemáticos que pueden ponerse en diálogo con desarrollos teóricos del campo de la salud colectiva y la intervención social, los cuales han problematizado los límites de los dispositivos tradicionales para convocar a ciertos sectores. En particular, las dificultades señaladas respecto del alcance del taller grupal pueden relacionarse con las nociones de "sujeto excluido" desarrolladas por Víctor Giorgi (2006), de "sujeto inesperado" en Alfredo Carballeda (2002) y de "sujeto prohibido" en Alonso et al. (2019), en tanto categorías que nombran formas de subjetividad que no logran ser alojadas por dispositivos institucionales estandarizados. En este sentido, más que evidenciar un déficit de las prácticas, lo que emerge es una tensión constitutiva entre las modalidades de intervención disponibles y la complejidad de las trayectorias que se busca acompañar, abriendo interrogantes sobre la necesidad de producir estrategias que desborden los formatos conocidos y habiliten otras formas de encuentro.

Otra fuente para esta caracterización es el relato de experiencia sobre las Jornadas itinerantes de vacunación COVID realizadas entre las Secretarías de Salud y de Desarrollo Social del Municipio de La Matanza, escrito en colaboración (Farías et al 2022, "Construcción de la accesibilidad desde la perspectiva del cuidado en jornadas itinerantes de vacunación", documento inédito presentado en el Congreso Provincial de Salud). En este escrito describimos el acompañamiento como proceso minucioso observable en pequeñas escenas, casi insignificantes, cotidianas y mínimas, en las que puede observarse que algo distinto a lo esperado tiene lugar,

habilitando el encuentro entre las personas y los recursos estatales dispuestos para asegurar sus derechos. Las intervenciones que están lejos de corresponderse con aquellas que un sujeto interventor dirige hacia otro intervenido, que no responden tampoco a una planificación, sin embargo, resultan estratégicas. Se trata de situaciones vinculares que ponen a la vista la importancia de las dimensiones de la proximidad y de la afectividad como parte integral del ejercicio de la ciudadanía. Identifican el problema de la fijeza de la actitud hacia el otro basada en una racionalidad normativa que anula lo afectivo subjetivo y que lleva a una posición que contribuye a la exclusión.

En el mismo sentido recuperamos aquí un fragmento del texto “Para una arqueología de nuestras prácticas” (Farías et al, 2021, documento inédito), donde se señalan las fortalezas del abordaje de la proximidad:

- Posibilita la construcción intersubjetiva de la categoría de Derechos
- Aloja subjetividades sin sobredeterminarlas
- Inaugura tramas institucionales que habilitan afectos, deseos, gestualidades palabras y acompañan sujetos deseantes.
- Prácticas, que dejen una huella subjetiva significativa en quienes las habitan, dan lugar a necesidades y a la vez modifican las estructuras para garantizar Derechos
- Articula formas universales (DDHH, políticas públicas) con los procesos singulares de apropiación
- Conmueven lo instituido y abre a la posibilidad de un nuevo instituyente, refunda sentidos (teorías, ideologías, discursos, prácticas, certezas institucionales)

3.2. Relatos de experiencias

Introducción

Este apartado presentará seis relatos. Tres de ellos en la línea de pensar nuestra propia subjetividad y dar lugar a las dificultades que atravesamos y sobre las que nos replanteamos el posicionamiento. Son relatos que a partir de pequeñas interacciones producen reflexiones sobre la diversidad en su presencia cotidiana captada en situaciones o diálogos donde se reconocen otras razones o lógicas de vida y se revisan prejuicios y nociones de lo que nos afecta como “sentido común”. Los otros tres relatos corresponden a situaciones vividas en el campo de las tareas

de acompañamiento singular/familiar. A través de ellos intentaré dar cuenta de la construcción de dispositivos ad hoc desarrollados en los espacios de vida y de circulación de las personas. Estos modos de abordaje pueden asociarse a los conceptos de clínica ampliada en tanto se trata de superar el enfoque diagnóstico o burocrático y relanzar la dimensión social y subjetiva promoviendo la participación y la autonomía de los sujetos, valorizando el poder terapéutico de la escucha con efectos positivos en la salud al ampliar lazos afectivos o disminuir el malestar subjetivo para dar lugar a otras posibilidades de encuentro.

En la escritura de estos relatos se podrá advertir un corrimiento respecto de las formas de escritura tradicionales. Sobre esta *otra escritura*, reconocemos múltiples antecedentes, como en la materia Estrategias de intervención comunitaria de esta especialización (a cargo de Carolina Wajnerman), al incluir en el Campus Virtual y en el Programa, como “Bibliografía no autorizada”, un artículo despliega mediante recursos poéticos y lúdicos, los “Posibles sentidos sobre la noción de estrategia” (Harguindey, Ussher, Wajnerman, 2022). En la misma materia es parte del material bibliográfico el texto “Pura suerte, pedagogía mutante. Territorio, encuentro y tiempo desquiciado (Barrilete Cósmico, Duschatzky, S. y Sztulwark, D., 2001), con esas características. También podemos mencionar la escritura de Patricio Guerrero Arias o de Agustín Barúa Caffarena y de la Revista Adynata. Entendemos que se trata de un estilo donde la escritura no es espejo del hecho como solemos entenderlo desde una supuesta neutralidad sino "un ejercicio de espejar los sentidos múltiples, las resonancias afectivas. Escritura que podemos calificar cartográfica, no solamente incluye el 'hecho' en sí y lo 'hecho' sino lo deshecho. Escritura que muestra los huecos entre las palabras, los silencios y los grandes ruidos tan ensordecedores que muchos oídos no logran captar. Narrativa de los bordes en la que exploran quienes transitan otras clínicas, donde lo 'hecho' y los 'factos' necesitan de espejos quebrados que narren la fragmentación, de espejos inclinados que muestren la proyección al infinito de los despojos y los bordes de la subjetividad que no se ven con las narrativas del espejo enfrente". (Wajnerman y Harguindey, 2022).

En los relatos que se ofrecen buscamos también la deconstrucción de las formas canónicas de la escritura-lectura occidental, resaltando que las formas de escribir no lineales producen una crítica al logocentrismo y recuperan funciones del habla y del lenguaje que los griegos consideraron inútiles para los fines de su poder pero que sabemos necesarias para la vida. Una de ellas el “parloteo”, esa repetición estéril de algo, o el “hablar incorrectamente”, es decir, cometer barbarismos con la expresión, destacados en las Refutaciones Sofísticas de Aristóteles. Cassin nos recuerda que el término barbarismo refiere en su origen al sonido de la lengua

extranjera, sin sentido para el griego, el 'bar bar bar'. (Cassin, 2014). En otro trabajo acerca del problema del decir (problema que se plantea por su reducción al logos), señalé la posición Rodolfo Kusch, quien observa que, a la lógica de la afirmación, propia de este pensar que se ocupa de las cosas, se le escapa la verdad ontológica, "es decir que no sirve para abordar la verdad del existir, o del mero estar" (Harguindey, 2015b).

Tres relatos para pensar desde dónde hablamos

Mapear... ¿qué?

Durante una caminata por un barrio comenté a un joven que en la distribución numérica de la cuadra se utiliza la categoría par/impar según el lado de la calle de cada ubicación. Advirtiéndole que esa categoría no estaba clara para él, inicié una explicación matemática, después de la cual aleccioné con preguntas para confirmar si se había comprendido. Algunos aciertos y algunos errores se alternaron hasta que me pareció que entendió. Entonces avancé en pedir la fundamentación de su elección. Había dicho "es impar". Pregunté –"¿por qué?" y contestó: "porque si te digo par te vas a enojar".

Me quedé pensando varias cosas: ¿Por qué se ponía en juego mi enojo si él no aprendía lo que yo quería que aprenda? También podría ser a la inversa, que él se enojara si yo no comprendía algo que quisiera explicarme. Además... ¿necesitaba él esa explicación? Mi supuesto era que le facilitaría ubicarse cuando requiriera buscar una dirección, pues en mi mapa del mundo se encuentra (nótese la falta de sujeto) desde esas categorías que lo pone en grillas. Mientras que para mí solo se trataba de decir bien sobre las cosas, separando el objeto y el sujeto según un orden clásico; para él lo que se ponía en juego eran el afecto y la relación.

Modelos de comunicación

Desde hace un tiempo la tecnología de los celulares nos permite utilizar una aplicación con la cual podemos comunicar las propuestas de actividades en un simple *flyer*. Un elemento que condensa con palabras de distintos tamaños y colores, imágenes y emoticones, todo lo que queremos que se sepa sobre lo que vamos a hacer, permitiéndonos además organizar los datos por jerarquía, en colores más intensos o letras más grandes la información más importante, etc., todo queda expresado, en qué lugar, en qué horario, con qué ánimo y con qué objetivo. Entonces nos decimos a nosotros mismos que convocamos a quienes

queremos que asistan a las actividades que organizamos enviándoles el consabido flyer por *whatsapp*. Razones de eficacia también nos hacen utilizar una lista de difusión, así nuestra tarea se agiliza, todos los destinatarios reciben el *flyer* y automáticamente quedan anoticiados de que queremos que se presenten a tal lugar, en tal horario, con tal ánimo y con un objetivo. El problema es que los destinatarios se rehúsan a aceptar esa eficacia. Algunos ni lo descargan (o lo ven, pero no lo leen), otros lo ignoran adrede y otros nos preguntan, como si no comprendieran la información allí apiñada: ¿dónde es? ¿Cuándo hay que ir? ¿Para qué?

A veces apelamos a reenviar el *flyer* con el fin de poner en evidencia la falta de atención a nuestro primer envío. Pero siguen negándose a hacer el papel de receptores. Ahora preguntan si es en el mismo lugar de siempre, si es donde ya conocen o en otro lado, si tienen que llevar algo, o incluso avisan que llegarán más tarde porque tienen otra cosa. A veces nos dicen que llegarán dos o tres horas más tarde, cuando la actividad a la que están siendo invitados ya habría terminado; y ya no tendría sentido que fueran.

Reaccionamos con incredulidad y a veces nos preguntamos ¿es en serio? ¿Pensamos que lo que tiene sentido, todos los sentidos incluidos, es nuestra apuesta a la comunicación basada en la tecnología, la síntesis y la anulación del diálogo?

Viajar es moverse hacia...

Los adolescentes y las adolescentes de nuestros barrios suelen recorrer a pie grandes distancias Quince, veinte, veinticinco cuadras, no importa. ¿Cómo haces para venir? Voy derecho hasta la pizzería que está después del entubado y de ahí como para la plaza, pero doblo antes. Les decimos que podrían tomar un colectivo y que pueden acceder al derecho del boleto estudiantil con lo cual casi no tiene costo. Les ofrecemos facilitarles el trámite o acompañarlos. Les informamos incluso que ese derecho surge de una lucha larga de estudiantes como ellos que años atrás hasta sufrieron persecuciones y les hablamos de la noche de los lápices. Insistiendo en cuánto lo necesitan y el importante avance que representaría en sus vidas. Pero no importa, simplemente caminan. Y cuando les decimos que podrían llegar mucho más rápido si se suben a un colectivo manifiestan que les gusta caminar. Sospechamos que tienen miedo de perderse, a no entender algo del circuito, y les explicamos detalles sobre el viaje que tendrían que hacer, contando las paradas desde que se suben hasta que se bajan, indicándoles la ruta que tomarán para lo cual mostramos o dibujamos un plano. Pretendemos que empiecen a nombrar las

calles por sus nombres, que se fijen las alturas, que cuenten las cuadras. Que dejen ese modo analógico de sus costumbres y opten por el mapa simbólico común que nos ofrece la cultura. No quieren. Y no es que no sepan tomar colectivos, y si no saben, pero necesitan hacerlo, averiguarán en su momento, no ahora. Tal vez porque ahora quieren estar y andar por las calles y por los lugares de donde sienten los nexos con sus vidas. No les importa llamar a esas calles por sus nombres, no sienten el triunfo y la exaltación de llamar "a las cosas por sus nombres". No les preocupa optimizar los recursos ni medir la distancia o el tiempo. Lo mismo pasa con el calendario. Resulta inútil para acordar una cita. Después de dar las precisiones formales para anticiparnos a lo que va a pasar en el tiempo... aparece la pregunta que anula su utilidad: ¿vos me avisas cuándo es?

3.2.2. Tres relatos para pensar qué escuchamos

Mutismo

"Acá el problema es L". Típico pibe que se las sabe todas. Combinación de soberbia con actitud entre arrogante y violenta. La cuestión es que mete miedo. Mira fiero, murmura algo que no se entiende, "hasta el otro día se nos vino encima, nos tuvimos que hacer a un lado para que pase. No nos quiere ahí. Quién sabe qué cosas se mete, además porque que consume... eso es seguro".

L. venía con un diagnóstico tentativo que decía presunción de trastorno del espectro autista, o retraso madurativo. Ni su familia le conocía la voz. Diagnóstico insinuado por equipo escolar. De ir y venir, de pasar, de buscarlo en la calle, en la casa, en la escuela donde casi no estaba, de verlo en la plaza, siempre solo, siempre en silencio, de ir pasando, invitando, preguntando sobre lo cotidiano, nos fue reconociendo como algo no tan ajeno, y sus miradas se volvieron menos fieras y un día saludó. Un gesto ambiguo. Digámosle saludo. Testigo de las conversaciones con sus familiares, de nuestro transitar en el barrio y de los vínculos con otros jóvenes; terminó por aceptar con cierto pesar nuestro interés. Algunos eventos desgraciados acontecieron. Un hermano fallecido en un incendio, otro ingresó en una comunidad terapéutica, dos en un hogar convivencial, y L. que decidió permanecer en un hogar devastado donde otros familiares lo trataban con miedo y cariño. De tanto invitarlo un día vino a la sede y tomó mate cocido mirándonos de reojo. Otro día nos leyó algo escrito por él. Nos enteramos entonces que sabía leer y escribir. Después de una semana volvió, y se quedó un rato más. Un taller que no teníamos planificado, que se nos vino encima, que hizo que nos corriéramos para dejar pasar su voz y todas esas cosas que se metía, que tenía

adentro, porque consumir... consumimos todos. Nosotros, por ejemplo, diagnósticos sobre él.

Bajo la frazada

"Hace días que no sale de la cama, habla incoherencias, asusta a los hermanos, a veces llora. Todo empezó cuando vio que mi pareja me pegó. Me quiso defender y también le pegó a él. Por eso lo eché (a mi pareja). Le gustaba antes ir al envián a J. por eso pienso que si ustedes vienen les va a hablar". Fuimos. No lo conocíamos, el "envián" al que él iba quedó unos años atrás. Ahora tenía 16 y un relato sobre gnomos y presencias que susurraba desde abajo de la frazada. Por la curiosidad por ver los lápices de colores que llevamos, por querer probarlos, por querer quedárselos, se destapó apenas un poco, y hablamos de los gatos que dormían con él. Un par de semanas más se repitió algo similar.

"¡Sigue igual! No pasó nada. Vengan de nuevo. Está durmiendo. No lo puedo despertar. Ayer se fue no sé a dónde, pero ya volvió. Fuma todo el tiempo. No come. Cada vez peor. Vuelvan. Esperen. No. Sigue durmiendo. Ahora quiere ver la tele. No puedo ir a trabajar. Dice que las voces le hablan. Dice que se va a matar, una vez ya lo intentó". Nos avisa la mamá.

Pactamos (con psiquiatra y con madre) un turno para que J. tenga una evaluación psiquiátrica. Lo pasamos a buscar, pero no se despierta, vamos al hospital con la mamá para que al menos el psiquiatra empiece a conocer la situación por boca de ella. Pero no quiere escucharla y nos manda a buscarlo en forma urgente. El psiquiatra nos dijo que no puede ser tan difícil, si solo tiene 16 años. Sugestionadas con su autoridad volvimos de inmediato a proferir que "dijo el psiquiatra que tenés que ir". Orden que *ordenó* algún sentido porque fuimos con frazada y todo. A las dos horas estábamos de vuelta, con algunos cambios en quienes acompañamos y en el joven: J. volvió pichicateado a dormir un sueño donde su padrastro le pedía perdón a su mamá, y ella con sus pastillas recetadas y la somnolencia intacta volvía con él, pero en otra casa, esta vez sin hijos y con mucha más violencia. J. nos empezó a contar dónde pasaba el tiempo: caminando por las noches a veces peligrosamente en las vías del tren donde había muerto el abuelo, o pensando que andaba en las vías del tren donde murió su abuelo, con la esperanza de verlo de nuevo, o dibujando un mundo de gnomos con lápices de colores y gatos que lo ayudaban a no extrañar las voces, ni a la madre, ni al abuelo. Lo veíamos en su casa, nos abría la puerta alguna de las dos vecinas que se ocupaban de sus hermanas y de llevarle a él comida o lavarle la ropa. Al tiempo empezó a ranchar con un par de pibes que ya lo conocían y que le invitaban los puchos y los fasos

para alejarlo de las vías. Se afeitó la cabeza y usaba siempre un gorro de lana. Menos pesado que la frazada. Hablaba de ciudades y de santos, algunos lo escuchaban. De la madre no sabíamos nada. Un día ella llegó a pedir ayuda, cansada de la violencia y de tener prohibido ver a sus hijos. De inmediato ingresó a un refugio de mujeres e inició un camino que no fue lineal. J. se fue del barrio a vivir con una tía junto a sus hermanos. Se reconfiguró una escena familiar donde pudo ser alojado por otros y *con sus otros modos* de vivir y de sufrir.

Cuchillo y miedo

-"De ningún modo y en ninguna circunstancia iremos al psicólogo. Ni que lo pidas vos ni que lo pida el mismísimo presidente. Nosotros odiamos a los psicólogos".

-"¿Sabías que soy psicóloga?" -"Obvio".

Son abuela, madre e hijo. Todos de acuerdo en eso y en un par de cosas más relacionadas a la magia negra, la magia mala, la magia del daño, "la que nos gusta". Después venían las diferencias. Que me tenés podrida, que la odio, que no lo aguanto más. S. había amenazado a sus compañeros de escuela con un cuchillo y varias frases intimidantes. La escuela exigía tratamiento psicológico. ¿Pueden hacerlo? ¿es legal? Estaban preocupados. Se firmó acuerdo con el servicio local, firmaron madre y abuela comprometiéndose a llevarlo al psicólogo. -"Si! Firmamos eso para que nos dejen en paz. Si no puede ir a la escuela que no vaya." -"Para mi mejor", dice S. -"Odio la escuela". Muchas visitas, llamadas, insistencias en lograr encuentros donde hablaban los tres, a veces al mismo tiempo. Logramos salir a caminar solo con S. y por el barrio. "Aburridísimo", decía. Pero nos esperaba. Sumamos en la caminata el tocar timbre en la casa de otro joven y luego una más, para unirse a la caminata. "No quiero ver a nadie. Todo lo que hacen ustedes es aburrido y te dije que no me gustan los psicólogos". Llevamos juegos y hojas para dibujar en la plaza. Observamos plantas, contamos historias. Compartimos estrategias y experiencias con el equipo escolar. En una jornada de salud S. permite que lo mire un dentista por primera vez y acepta la aplicación de vacunas. -"¿Por qué nunca hablan de las cosas que me gustan a mí?" -"¿Cuáles serían?" -"Cementerios, magia negra, muertes". Investigamos historias de cementerios, rituales, seres mitológicos, empezamos a salirnos del libreto para crear. Compartimos con otros. Cumple 15, cumple 16 y 17. Queda poco tiempo de escuela secundaria. No sabemos qué pasará. Junto a la mamá nos piden que seamos la psicóloga de ellos, porque ellos odian a los psicólogos, pero sólo porque no parecemos psicóloga... es que nos hablan. (El plural aquí es forzado, pero es plural).

Reflexiones

El primer desplazamiento, lo que abre e inaugura otro modo para un acompañamiento desde un enfoque de derechos, el primer despegue de las lógicas manicomiales, ese piso, estuvo facilitado para mi experiencia, por la pertenencia a una política pública que no es parte del sector salud. Quizás tener otro objetivo que la salud puede resultar preventivo de un desplazamiento de la atención hacia la enfermedad, cuando se ha aprendido que ambas son dos caras de lo mismo. Me pregunto cómo hubiera actuado si el lugar de anclaje de esta política pública no hubiese sido desarrollo social sino salud. En el tiempo en el que me tocó insertarme en un equipo del Programa, ante algunas demandas de tareas que otros suponían correspondientes a mi formación como psicóloga, planté mi posición en una declaración anti clínica. Escucho los propios decires renovarse en las voces de quienes se van sumando a los equipos procediendo de una formación en la carrera de Psicología, argumentando que para este trabajo se requiere otra mirada. Una posición que parece querer resguardarnos del camino hacia el encierro en algún aula, pieza, auto o patio, donde a falta de consultorio, quedarían provistas las paredes habituales para una práctica de escucha y de palabra, individual, de a dos, y orientada por un saber cerrado; en ese sentido de los riesgos de comprender que clínica ampliada sería una extensión de la lógica manicomial al territorio ampliado. La intuición dictaba que si algo diferente era posible sería a costa de la enérgica separación de los campos y del rechazo a opciones de compromiso. Sentía que la carta de la psicóloga era la carta que se jugaba cuando se iba perdiendo. La carta de lo individual cuando fracasaban las de hacer colectivos y entramados. Una carta impar, de instalar asimetría y además marcada por el descarte de los otros remedios. Una manera de instalar que el fracaso ya no dependía de otra cosa sino de algún cambio que debería producirse a nivel singular y que debería impulsarse en un mano a mano. A esa clínica de control, la respuesta era la oposición. Pero a favor tenía que, sin ese peso, me encontraba eximida de la burocratización cotidiana y podía imaginar y escuchar referencias sobre otras formas de garantizar la vida y su proyección en la diversidad de los modos de habitarla.

En el andar y el narrar vivencias descubrí movimientos peripatéticos donde el desplazamiento del diagnóstico psicológico no era simplemente algo conveniente de dejar a un lado para dar lugar al encuentro con lo otro que no lo estuviera marcando de antemano como anormal o patológico, sino también que ese apartar es un efecto del vínculo, en tanto que la patología queda desplazada por lo

subjetivo que surge (en relato Mutismo). Me pregunté también por lo que está a la vista y lo que tapa, por el cuerpo y las voces invisibles, los riesgos y el recurso a los rescates de la autoridad y de la farmacología (ver Bajo la frazada). El mundo del otro es el mundo que conocemos recién cuando lo caminamos con él, y para ese mundo la entrada se consigue más por insistencia que por existencia: “ser” algo, por ejemplo, una profesional. (ver Cuchillo y miedo). No todas son preguntas que pueda responder, aunque a veces adquiero respuestas contingentes.

Conclusiones

En el trabajo presentado se han expuesto por un lado la historicidad de las reformas producidas en el campo de la atención en salud mental desde el movimiento de Salud Colectiva, reforma que se produce respecto de un paradigma psiquiátrico que, aunque ha sido superado normativa e ideológicamente, se impone aún como forma adquirida de pensar y hábito de práctica institucional. Se mencionan como parte de los principios de la atención básica en salud mental desarrollados en ese camino, el que apunta a producir una red comunitaria de cuidado, con reconocimiento de los saberes, recursos y necesidades presentes en las interacciones que conforman un territorio.

También se han referido las prácticas actuales del sistema de niñez como prácticas que pueden relacionarse por sus principios de territorialidad, integralidad e interdisciplina y por su enfoque de derechos, con aquellas que se sustentan desde el modelo referido.

Aunque en ninguno de los documentos sobre las líneas programáticas o sobre el enfoque de esta política pública se haga mención del término clínica, ni se definan los acompañamientos en procesos de restitución y fortalecimiento de derechos como prácticas de salud mental o dispositivos de salud; consideramos que en el marco de las transformaciones al término clínica subrayadas anteriormente, y su desplazamiento a las nociones de cuidado o de clínica ampliada, las experiencias de acompañamiento territorial referidas pueden considerarse como experiencias que desde la integralidad y la perspectiva de derechos y con la proximidad como estrategia y el movimiento como constante, contienen esta dimensión clínica con efectos transformadores de las subjetividades y que habilitan a múltiples maneras de transitar y modificar una realidad compartida con otros. Encontramos continuidades y posibilidad de asociarlas al marco conceptual de la clínica nómada o cartográfica, según la caracterización expuesta, ya que intenta producir nuevos sentidos transformadores del territorio existencial de las personas desde el caminar cercano.

Nuestras prácticas, caracterizadas también por la reflexión sobre lo vincular/afectivo, la integralidad y orientada a la participación, implican el desafío de seguir desarrollando este andamiaje conceptual y la valoración del reconocimiento de los logros / triunfos en el aumento de la capacidad de hacer que es ampliación del territorio existencial para una comunidad.

La superación del aparato manicomial involucra la despatologización de la experiencia humana y el accionar asociado de la segregación. El modelo reduccionista de la enfermedad es modelo reduccionista del sujeto, y su

superación se organiza desde los valores de la libertad, la autonomía, participación y garantía de derechos presentes en las políticas públicas y en las intervenciones cotidianas de los equipos que trabajan en la construcción de una diversidad de prácticas territorializadas de cuidado y atención que privilegia el espacio abierto, la disponibilidad para el encuentro con otro, la apertura para la alteridad y lo inesperado y una idea de que la subjetividad se produce en la relación con la alteridad y no se deja aprehender totalmente por un saber.

El movimiento de desmanicomialización en nuestra propia subjetividad, que es descolonización del saber y de las formas de acción aprendidas, como advertimos anteriormente, produce una apertura hacia encontrar el saber del *estar nomás*, mencionado al principio de este texto y referido a la filosofía de Rodolfo Kusch. El desafío de buscar en ese campo "residualizado por la actitud mental occidental" (Kusch, 2012, p. 15), construido con elementos descartados por la cultura popular, ese tiempo para la contemplación y la exploración de modos de registrar lo que ocurre, menos aliados a la delimitación y afirmación que a la intuición y la poesía.

Referencias bibliográficas:

Alonso, F., Albornoz, L., Granda, L., & Espeche, B. (2019). *El sujeto prohibido: una mirada acerca de la intervención en Trabajo Social en las instituciones del Estado*. Revista Margen, (93). <https://www.margen.org/suscri/margen93/alonso-93.pdf>

Amarante, P. (2019) *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial*. Bs. As. Ed. Topía

Amarante, P. (1996) *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz.

Arias, Patricio. (2010). *Corazonar desde las sabidurías insurgentes el sentido de las epistemologías dominantes, para construir sentidos otros de la existencia*. Sophía. 1.101. 10.17163/soph.n8.2010.05.

Aristóteles. (1982) *Tratados de lógica (Órganon) I. Categorías - Tópicos - Sobre las refutaciones sofísticas*. Gredos.

Arosteguy, A. (2020) *Infinito particular: análisis de las letras de las canciones de Atahualpa Yupanqui como configuradores de imaginarios geográficos*. Cardinalis, 8 (14), 359-379. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/cardi/issue/view/2153>

Bang, C., Cafferata, L. I., Castaño Gómez, V. e Infantino, A. I. (2020). *Entre "lo clínico" y "lo comunitario: tensiones de las prácticas profesionales de psicólogos/as en salud*. Revista de Psicología, 19(1), 48-70. doi: 10.24215/2422572Xe041

Barrilete Cósmico, Duschatzky, S. y Sztulwark, D. (2011). *Pura Suerte. Pedagogía mutante. Territorio, encuentro y tiempo desquiciado*. Tinta Limón.

Brasil, Ministério da Saúde. (2004) *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* <https://tinyurl.com/83wv2uvt> » <https://tinyurl.com/83wv2uvt>

Brasil. Ministério da Saúde. (2007) Secretaria de Atenção à Saúde. *Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Cuadernos de Atención Básica*, n. 34. Brasília. <https://aps.saude.gov.br/>

Brasil. Ministerio da Saúde. Projeto. (2013) *Caminhos do Cuidado. Formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos em enfermagem da Atenção Básica*. Ministério da Saúde.

http://www.caminhosdocuidado.org/wp-content/uploads/2014/02/guia_saude_mental-2e_d-web.pdf

Barúa Caffarena, A. (2010) *Clinitaria: anotaciones para acompañamientos comunitarios en salud mental*. Revista Anales de la Facultad de Ciencias Médicas. Vol. 43, núm. 1. Paraguay.

Campos, G. Wagner de Sousa. (2018) *SUS: o que e como fazer?*. Ciência & Saúde Coletiva. N°18,v.23,n.6. pp.1707-1714. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>

Campos, G. Wagner de Sousa (2001), *La clínica del sujeto: Por una clínica reformulada y ampliada*. En *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Lugar Editorial. (pp 71 a 84).

Campos, G. Wagner de Sousa (2001). *Salud pública y salud colectiva: campo o núcleo de saberes y prácticas*. En *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires, Lugar Editorial. pp 163 a 185.

Campos, G. Wagner de Sousa e Amaral, Márcia Aparecida do (2007) *A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital*. Ciência & Saúde Coletiva N° 07, v. 12, n. 4 pp. 849-859. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>.

Carballeda, J.M. (2018) *Producción de subjetividad perspectivas de la salud mental en Revista Soberanía Sanitaria*. Número 4, junio de 2018, <https://revistasoberaniasanitaria.com.ar/la-intervencion-social/>

Carballeda, A. (2002). *La intervención en lo social: exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Paidós.

Cassin, B. (2014) *Más de una lengua*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Clemente, A (coord.) (2020) *Abordajes locales de adolescentes y jóvenes de los sectores populares. Políticas, programas e intervenciones en el conurbano de la Provincia de Buenos Aires*, http://cec.sociales.uba.ar/?page_id=1495

Correa, S. (2015) *A cartografia como estratégia de equivocação dos modos tradicionais de atuação em clínica*. Avesso do Avesso, v.13, n.13, p. 33-42, nov./2015. http://www.feata.edu.br/downloads/revistas/avessodoavesso/v13_artigo03_cartografia.pdf

Delgado, P. (2005) *Resumen de la presentación hecha en la Conferencia Regional de los Servicios de Salud Mental*, Brasilia, noviembre de 2005 en representación del Ministerio de Salud de Brasil, https://www.edumargen.org/docs/curso58-5/unid04/america/Salud_mental_Brasil.pdf

Farías, V; Harguindey, M; Zyska, E. (2020). *Marcos y Estrategias de abordaje, Enviñ Podes La Matanza*. (Documento inédito).

Farías, V; Harguindey, M; Zyska, E. (2021). *Para una arqueología de nuestras prácticas, Enviñ Podes La Matanza*, (Documento inédito).

Farías, V; Harguindey, M; Panelo, V.. (2022). *Construcción de la accesibilidad desde la perspectiva del cuidado en jornadas itinerantes de vacunación*. Enviñ Podes La Matanza. (Documento inédito).

Fernandes, A. Dourado Souza Akahosi et al. (2020) *Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil*. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional v. 28, n. 2 pp. 725-740. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1870>.

Foucault, M. (2008) *Enfermedad mental y personalidad*. Paidós.

Foucault, M. (2014) *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2015) *Historia de la locura en la época clásica I*. Fondo de Cultura Económica.

Giorgi, V. (2006). *Niñez, exclusión social y subjetividad*. Montevideo: INAU.

Guerrero Arias, P. (2012). *Corazonar desde el calor de las sabidurías insurgentes*. Sophia: Colección de Filosofía de la Educación, (13), 199–228. <https://sophia.ups.edu.ec/index.php/sophia/article/view/13.2012.08>

Harguindey, M.A. (2015). *Retóricas del poder y psicoanálisis*. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-015/766>

Harguindey, M. A. (2015b). *Kusch y el problema del decir*. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología -Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-015/765>

Harguindey, M.A, Ussher, M, Wajnerman, C. (2022) *Posibles sentidos sobre la noción de estrategia*, en Boletín Transiciones, Año 2, número 19, Junio 2022. Centro de Pensamiento Crítico Pedro Paz. San Luis, Argentina.

Harguindey, M.A. y Wajnerman, C. (2022) Las otras clínicas. Artículo no publicado.

Kusch, R. (2000). *Geocultura del hombre americano*. Rosario. Fundación Ross.

Kusch, R. (2012). *El pensamiento indígena y popular en América y La negación del pensamiento popular*. Rosario. Fundación Ross.

Lemke, R. A. & Silva, R. A. N. (2011) *Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil*. Physis: Revista de Saúde Coletiva <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000300012>.

Lemke, R. A. & Silva, R. A. N. (2013) *Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado*. Psicologia & Sociedade. v. 25, 9-20 <https://doi.org/10.1590/S0102-71822013000600003>.

Menéndez, E. (2020) *Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias*. Salud Colectiva [online]. v. 16 <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>.

Michalewicz, A.; Pierri, C.; Ardila-Gómez, S. (2014). *Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso Salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización*. Anuario de Investigaciones, vol. XXI, pp. 217-224.

Pasche, D. (2013) *Desafios éticos para a consolidação do SUS* en Pinheiro, R; Müller Neto, J. S.; Ticianel, F; Santos Spinelli, M. organizadores. *Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação*. Rio de Janeiro. CEPESC Editora. pp 81-88.

Pinheiro, R; Mattos, R. Araujo de (organizadores) (2007) *Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor*. – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO.

Pinto, Diego Muniz et al. *Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva*. Texto & Contexto - Enfermagem [online]. 2011, v. 20, n. 3 <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000300010>.

Rosendo, Ernestina (2009). *La historia olvidada: la reinención perpetua de las ideas progresistas en el campo de la salud mental*. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires

Santos, R. G. de Araújo y Íñiguez-Rueda, L. (2021) *Sentidos sobre el cuidado en salud mental: una revisión bibliográfica*. Saúde em Debate v. 45, n. 128 pp. 234-248. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112818>.

Santana, V. C.; Burlandy, L.; Mattos, R. A. *A casa como espaço do cuidado: as práticas em saúde de Agentes Comunitários de Saúde em Montes Claros (MG)*. Saúde em

Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 120, p. 159-169, 2019.. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912012>

Silva, Jordana Rodrigues da, Guazina, Félix Miguel Nascimento, Pizzinato, Adolfo, & Rocha, KátiaBones. (2019). *Lo singular" del proyecto terapéutico: (im)posibilidades de construcciones en CAPSi*. Revista Polis y Psique , 9 (1), 127-146.

Stolkiner, A., & Sara Ardila Gómez, S. (2012). *Salud colectiva y procesos de subjetivación: aportes para la construcción de prácticas en salud*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 10(1), 67–79.

Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica: Historias de una práctica*. Buenos Aires: Paidós.

UNICEF. (2022). *Pobreza monetaria y privaciones vinculadas a derechos en niñas, niños y adolescentes en Argentina*. UNICEF Argentina. <https://www.unicef.org/argentina/>

Videla, M. (1991). *Prevención, Intervención Psicológica en Salud Comunitaria*. Buenos Aires. Ediciones Cinco.

Videla, M. (2019). *Hacia una "psicología andina" para la liberación*. Revista de Psicología, 18(1), 3-25. doi: 10.24215/2422572Xe025

Wajnerman, C. y Harguindey, M (2022). *Las otras clínicas*, presentado en Jornada de Residentes en salud mental del Htal Balestrini. La Matanza. Agosto 2022.

Yasui, S; Costa-Rosa, A. (2008). *A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental* en Saúde em Debate, vol. 32, núm. 78-79-80, enero-diciembre, 2008, pp. 27-37