

En Chardón, María Cristina, Bottinelli, María Marcela, Borakievich, Sandra, Letón, Gabriela, Pawlowicz, María Pía y Goltzman, Paula, *Cuidados en la salud mental. Módulo 5*. San Carlos de Bariloche (Argentina): UNRN.

Cuidados en las prácticas de uso de sustancias desde el enfoque de la reducción de daños.

Pawlowicz, María Pía y Goltzman, Paula.

Cita:

Pawlowicz, María Pía y Goltzman, Paula (2021). *Cuidados en las prácticas de uso de sustancias desde el enfoque de la reducción de daños*. En Chardón, María Cristina, Bottinelli, María Marcela, Borakievich, Sandra, Letón, Gabriela, Pawlowicz, María Pía y Goltzman, Paula *Cuidados en la salud mental. Módulo 5*. San Carlos de Bariloche (Argentina): UNRN.

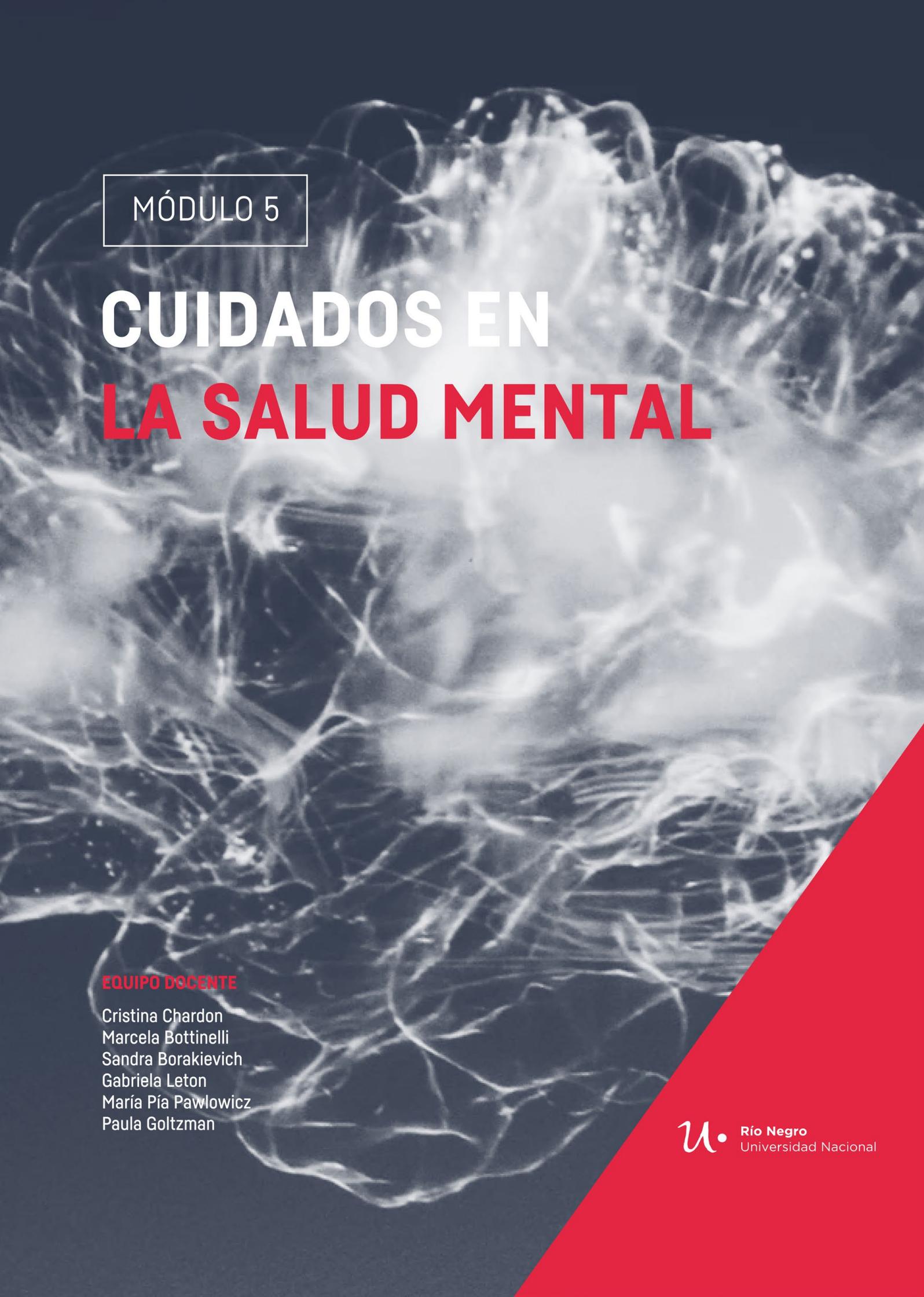
Dirección estable: <https://www.aacademica.org/maria.pia.pawlowicz/138>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pgap/SM5>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. *Acta Académica* fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.



MÓDULO 5

CUIDADOS EN LA SALUD MENTAL

EQUIPO DOCENTE

Cristina Chardon
Marcela Bottinelli
Sandra Borakievich
Gabriela Leton
María Pía Pawlowicz
Paula Goltzman

ÍNDICE

Salud Mental. <i>Maria Cristina Chardon</i>	3
Introducción	3
Los cuidados, sus dimensiones y la comunicación.	3
Emociones de los cuidados	7
La ambivalencia. La tensión placer-displacer	
Los sentimientos encontrados	8
Actividades	9
Bibliografía	10
Salud mental, salud integral, derechos humanos y vida digna.	
<i>Dra. M. M. Bottinelli</i>	11
Algunas consideraciones sobre los conceptos que utilizamos	11
Salud mental, salud integral y vida digna	11
Los marcos normativos de derechos: la ley nacional de salud mental y la participación social	12
Entre las políticas y las prácticas: los desafíos de la participación	14
La implicación y el lugar de las miradas	16
Bibliografía	17
Cuidados y Salud Mental para todos los géneros y opciones de vida: Criterios de trabajo y escucha desde una perspectiva de derechos...	
<i>Sandra Borakievich</i>	19
I. A modo de Introducción	19
II. Desarrollo	20
III. Ejercicios para / desde los cuidados:	22
Bibliografía	22
Todos afectados... acerca de los afectos y el lazo social en infancias y adolescencias. <i>Lic. Gabriela Leton</i>	24
Bibliografía	28
Cuidados en las prácticas de uso de sustancias desde el enfoque de la reducción de daños. <i>María Pía Pawlowicz y Paula Goltzman</i>	29
Algunas precisiones sobre las prácticas de consumos de sustancias	30
Estrategias de cuidado desde el enfoque de la reducción de daños	31
Actividades para / desde los cuidados:	32
Bibliografía	33

SALUD MENTAL

MARIA CRISTINA CHARDON¹

INTRODUCCIÓN

Desde fines del siglo pasado se ha venido señalando que una de las consecuencias del desarrollo demográfico mundial con aumento de la expectativa de vida, mejoras en los servicios de protección social y salud sería un aumento exponencial de la necesidad de trabajo en las áreas de servicios. Los cambios de paradigmas incluyen la perspectiva de los Derechos Humanos, la salud integral, los cuidados. Y como se ha visto los cuidados se dan en relación en un lazo social., ubicado espacio-temporalmente en un contexto, en una cultura.

Sin embargo y paralelamente desde 2020 la irrupción de la pandemia de coronavirus, nos confina en nuestros hogares, las decisiones político-sanitarias nos marcan circulaciones restringidas, uso de barbijos, trabajo virtual, los encuentros no son presenciales ocurren por zoom o por meet, o por teléfono o por chat. ¿Y los abrazos?, ¿Y el contacto con los otros cuerpos? ¿Y la mirada que pesca en ese otro, distintas profundidades? ¿Y el tomo de voz? ¿Es fácil reconocernos con un barbijo? Cada una de estas nuevas formas de comunicación a las que hemos tenido que habituarnos privilegia unas formas, cancela otras. Y en medio de todo este panorama: la tristeza, las angustias, el desánimo, más marcado cuanto más aislado se está. Lo que nos prometían los espacios de socialización se ha acabado, fue una ilusión?, han desaparecido? ¿Cómo cuentan en cada uno de los sujetos singulares? ¿Cómo se entiende la salud mental de los ciudadanos?

En este módulo les acercaremos varias dimensiones de la complejidad que encierra y abre también la salud mental.

LOS CUIDADOS, SUS DIMENSIONES Y LA COMUNICACIÓN.

Axel Honneth , sociólogo que señala la importancia de los movimientos sociales en lograr las luchas por el reconocimiento, enfatiza lo siguiente:

“ ... la injusticia– que (es) una fuerza motivacional en las disputas sociales o en la crítica social de las sociedades es el anhelo o la necesidad de estar realmente incluido en la sociedad, de ser reconocido dentro de la sociedad. Al haberlo entendido, me esforcé mucho más en retomar a Hegel, quien ya había pensado un motivo semejante en su concepto de una lucha por el reconocimiento. Discutiendo a la entonces existente literatura sobre Hegel y naturalmente incluyendo las obras psicoanalíticas, sociológicas y de la psicología evolutiva, intenté desarrollar la gramática de los conflictos sociales

¹ Universidad Nacional de Quilmes (UNQ) crischardon@gmail.com

en la forma en que los establecí en el libro *Lucha por el reconocimiento*” (Honneth, A; citado por Chardon, 2019)

Las que descubren la trascendencia de los cuidados femeninos, son las luchas feministas por la inclusión y el reconocimiento que ponen de manifiesto los espacios silenciados del ámbito doméstico-intimo –familiar, descalificados desde el poder del mercado y la sociedad patriarcal. Revelan y develan lo familiar como ámbito político y territorio de disputas. Y dan cuenta al mismo tiempo de la complejidad del problema y de las referencias cruzadas desde diferentes campos disciplinares. Estas luchas por el reconocimiento están desplegadas en este apartado sobre la salud mental

La modernidad es el tiempo histórico social en el que se hicieron evidentes acciones que dieron cuenta tanto de preocupaciones por la protección de los sujetos y los bienes, así como y de las injusticias y falta de reconocimiento que ellas acarrearán a través de diferentes instituciones. Fue la Iglesia Católica, una de las instituciones, que en principio comenzó a ocuparse de los cuidados de los pobres, menesterosos. Los cambios acelerados y las fragmentaciones ocurridas en la posmodernidad abrieron nuevas problematizaciones y ya en desde fines del siglo pasado, diferentes disciplinas plantean las problemáticas de los cuidados: economía del cuidado, cuidados paliativos, muerte digna, cuidadores de enfermos crónicos, los cuidados de las enfermedades crónicas no transmisibles, la promoción de la salud y la educación para la salud para las grandes poblaciones, políticas públicas en áreas de desarrollo social, salud, educación.

¿Es una preocupación contemporánea? La fábula de Higino, (leída en el cuadernillo I), retoma las producciones simbólicas reunidas en las mitologías, para dejar sentada la preocupación a lo largo de toda la vida, de los cuidados. No parecieran tan nuevas las preocupaciones de las actuales políticas públicas, los movimientos sociales de diferentes minorías que luchan por el reconocimiento de un espacio en el terreno de disputa política que significan los cuidados. Se dibujan en la fábula, líneas de significación relacionadas con cuestiones míticas como la asociación arcilla/cuerpo /creación del hombre y el alma/vida/soplido/psique, pero por sobre todo la línea que nos interesa señalar es la de la temporalidad/espacialidad.

El espacio-tiempo de los cuidados recorre la vida entera, en sus polifacéticas praxis macro y microsociales. La presencia en la actualidad de los estados como guardianes del bien común y bienestar de todos los habitantes hacen necesaria la inclusión de estas problemáticas en la agenda pública no sin confrontar con otros espacios.

Ivonne Bordelois (2009) articula sobre sus estudios de lingüística comparada, la luz del Psicoanálisis para desplegar construcciones entre la salud y las palabras, y encuentra orígenes más que esclarecedores en los comienzos de la comunicación lingüística. Señala que el verbo *cuidar*, es decir la acción de proteger vida y bienes de los otros, habría surgido en los pueblos nómades para nominar la actividad cotidiana producida en sus itinerancias, cuando debían pasar la noche o en los altos del camino. (Citado por Chardon, 2019)

Aparece una función destinada a ir recorriendo con la mirada, auscultando, preguntándose, dando vueltas, interpelando e interpelando-se que se llamó: “cuidar, proteger”. Esa acción surge colectiva y pública en un espacio que no siendo de la familia solamente, es necesario tener en cuenta. Y que

la mirada inquisidora de la lingüista, nos trae para mostrar la intensidad de las relaciones entre los cuidados y la gubernamentalidad es decir lo político, público y colectivo. En la intersección de estas tres esferas del guiar; lo que puede ser visto y oído por todos y lo compuesto en los lazos intersubjetivos, es donde se des-envuelven los cuidados.

“La etimología nos enseña asociaciones de sentidos, que fueron perdiéndose en el tiempo y que resultan sumamente interesante e instructivo recuperar” (Bordelois, 2009, p. 18). Recuperación que insiste en mostrar la vigencia temporal solidariamente de la formidable tarea de ocultamiento realizada desde diferentes culturas. Asimismo, señala que “junto con la boca y las manos, los ojos son paraje privilegiado para la expresión de los afectos, desde los más positivos hasta los más destructivos y es interesante observar como el lenguaje va señalando los distintos poderes de la mirada al expresar con sutileza la gama total de sus posibilidades en la expresión del espectro afectivo” (Bordelois, 2016, p126)

Les propongo hacer una ronda por los significados asociados al *ver*. El verbo *ver* se relaciona con *vedere*, video de donde descende nuestro verbo. A su vez “el verbo *video* procede de una raíz indoeuropea *weid* con numerosa descendencia en todas las lenguas indoeuropeas que desemboca en el germánico *witan*: cuidar, guardar, reprochar; y en el fránico, asimismo *witan*: cuidar, mostrar el camino, guiar. En armenio el verbo relacionado significa hallar. La genealogía de los sentidos-cuando hablamos de etimología, conviene discernir la evolución de los significados- va del *ver* para guiar, cuidar, al *ver-saber* de los visionarios. *Wise* es una derivación inglesa de la misma raíz. Es notable advertir cómo surge por primera vez el término, hace seis mil años, entre pueblos de pastores nómades, para los cuales esta función de observar y de *ver* para guiar, vigilar, cuidar proteger era algo fundamental en sus vidas”

(Bordelois, 2016, pag. 127)

La autora afirma que cuidar descende del latín *co-ag-itare*.

“La raíz indo-europea **ag* deriva como *ago*, conducir, hacer, actuar; *agito* (*co-agito*) es agitar pensamientos prestar atención. *Cogitatum* significa tutela en latín, pero también *cuita*, aflicción. Acaso se presente aquí una situación de contagio afectivo, por el cual quien presta atención o cuidado, contrae, por solidaridad, una aflicción semejante a la que sufre su semejante”

(Bordelois, 2016, Pág. 78,79)

Pasa lo mismo en las lenguas sajonas en las que la raíz *care* (cuidado en inglés) se remonta a *gar*, llamar lamentándose, gritar de dolor. Este origen nos remonta a nuestros hallazgos de investigación en lo que hemos denominado la tensión *placer –displacer* del cuidado, basado en la ambivalencia señala por Freud.

Es decir que el cuidado implica una dimensión muchas veces acallada y silenciada, no siempre exenta de culpa por sentirla, en la que el estado emocional también acarrea *displacer*.

Se ve en los cuidados de los enfermos crónicos, pero asimismo en las mamás y papás primerizos que sienten simultáneamente al amor por cuidar, una profunda sensación de estar abrumadas/os, sobrepasadas/os por la tarea de cuidados. Las madres más jóvenes suelen poder expresar con mayor espontaneidad esta característica, que las madres sometidas a la vigencia

del patriarcado y de la moral cristiana, difícilmente pueden expresar. Las investigaciones de López y Findling (2012) muestran estos aspectos como transformaciones aparecidas en la construcción de la temporalidad/simultaneidad asociadas a los primeros meses de la maternidad/paternidad.

No es algo del hombre moderno solamente, si recurrimos a la lingüística encontramos estados emocionales inquietantes por sus tensiones.

“Uno de los estudiosos de las raíces indoeuropeas que denotan estados emocionales, Han Kurath, nos dice que el *care* desarrolla el sentido de ansiedad, dolor, sufrimiento, pero conjuntamente ofrece el significado de amor, como lo muestran las expresiones *have cares* (sufrir molestias) y *care for* (*gustar de*, *sentir afecto por*)” (Bordelois, 2016, pag 79)

Quizás podamos hipotetizar que las lenguas sajonas pueden desplegar sentidos antitéticos más fácilmente que las latinas. Sin embargo entre nosotros es necesario poner en palabras estas emociones. En la actualidad muchas personas se sienten abrumadas por la pandemia y es por ello que se crearon diferentes dispositivos en municipios y organizaciones sociales para poder referirse a esas emociones.

Si bien cuidar y curar provienen de la misma raíz, durante siglos la medicina se dedicó a Curar, dejando el Cuidar para las tareas femeninas y mucho más adelante para lo para-médico, lo que está alrededor de la medicina, considerándose siempre, ellos mismos, en el centro. Sin embargo los sistemas de salud abandonaron las categorías dicotómicas excluyentes, sistemas binarios de salud/ enfermedad tal como conceptualizara y denunciara el antropólogo de la salud Eduardo Menéndez (2005), a través de la conceptualización del “modelo médico hegemónico”.

Herzlich, C. (citada por Chardon, 2017) señala en el prefacio a la reimpresión de su libro *Salud y enfermedad. Análisis de una representación social*, que el consenso entre la opinión de la gente y la clase política era el de “la salud no tiene precio”. Pero durante los años sesentas, en los problemas de la salud y la enfermedad, la única voz autorizada era la de los médicos y la medicina. “Tenían un discurso voluntarista y triunfalista y realmente de buena fe se negaban a escuchar todo discurso que viniera de fuera de su campo disciplinar.”

Menéndez desde la antropología de la salud latinoamericana y Herzlich desde la sociología europea, marcan cómo los procesos de pensamiento crítico desde las distintas disciplinas de las ciencias sociales intentan sacar las mordazas que el pensamiento biologista puso a los temas de salud y cuidados.

Ya desde hace algunos años con el aumento de la expectativa de vida, aparecen las enfermedades silenciosas o enfermedades crónicas no transmisibles (obesidad, diabetes, hipertensión) que no se curan, se cuidan. Se despliega la vida entera desde el nacimiento hasta la muerte, dando origen a los estudios de *care* en los países anglófonos, *soins* en los francófonos y cuidados en lengua española.

En los sistemas de salud en la actualidad, se habla de la triada salud/ atención /cuidados incorporando la duración. La temporalidad se aleja de la emergencia, para detenerse y centrarse en espacios de lazo social, de

relaciones intersubjetivas, más prolongadas, de mayor calidad, calidez e intensidad. Y que integran al mismo tiempo la complejidad y la multireferencialidad, no sólo la lógica biológica.

Importa señalar que las relaciones cuidadores /cuidados han sido objeto de estudios y reflexiones inquietantes y relacionadas con la agenda pública y con políticas públicas y a las líneas de fuerza y poder que las atraviesan.

Tienen que ver con ¿quién cuida a los que cuidan? o ¿quién los debería cuidar? , o ¿quién cuida a los que se quedan solos sin familia? ¿Por qué no se tiene en cuenta que los que cuidan llámense médicos o maestros o enfermeros al estar ejerciendo la profesión son al mismo tiempo trabajadores de los cuidados y como tales sufren los avatares señalados al analizar los aspectos lingüísticos de esta cartografía? ¿Cómo debería incluirse en sus horas de trabajo la reflexión sobre la implicancia emocional de su praxis?

La tarea cotidiana, la microfísica de la praxis de los cuidados, requiere espacios de pensamiento y reflexión que debieran ser incluidos en las horas de trabajo ya que forman parte constitutiva del mismo. Este es quizás uno de los aspectos más importantes que lograron proponer los investigadores dedicados a desentrañar las tramas del *burn out* (Zaldúa et al. 2000). La sociología de las profesiones y la psicología social comunitaria, han brindado datos muy exhaustivos al estudiar el síndrome del burn-out en las enfermeras y el personal de salud; en los bomberos o personas enroladas en los cuerpos de defensa civil que atienden catástrofes naturales o producidas por el hombre.

EMOCIONES DE LOS CUIDADOS

La ternura. Se expresa en la mirada en los gestos en la entonación de la voz, en los silencios., en los acercamientos, en el contacto de los cuerpos. En antropología y comunicación se habla de kinesia, proxemia y paralingüística, los elementos que constituyen la comunicación no verbal. Obviamente la comunicación no verbal se desarrolla en contextos culturales diferentes, tiene significados propios para cada cultura y son construidos en lazo social. Es necesario conocerlos en las sociedades cada vez mas inclusivas en las que sin embargo los códigos culturales de otras son en general descalificados.

La kinesia se refiere a los movimientos de los cuerpos en la comunicación con el otro, la postura corporal, los gestos de las manos, de la cara, la mirada, la escucha atenta.

La proxemia se refiere a las distancias entre los que se comunican, a las formas de contacto, las formas de saludos, a cómo nos contactamos con el otro en una situación de tristeza o ante un llanto. ¿Como nos comunicamos desde las diferentes profesiones relacionadas con la salud? Muchas veces se nos pregunta en charlas informales, dando alguna explicación si somos docentes. Es lo que se percibe, son los cuerpos hablando el tono de voz, el interés en el otro, etc, y estudia justamente la proxemia. ¿En qué situación nos pone el actual distanciamiento social? ¿Nos damos la mano al saludarnos o el codo por la pandemia o chocamos los puños? Pero el encuentro se sostiene, se encarna con algún tipo de contacto entre los cuerpos.

Lo paralingüístico se refiere a todo lo que comunica nuestra forma de hablar más allá de las palabras: la entonación, los énfasis, la dureza, rapidez, los silencios, el uso de las canciones, las repeticiones, la insistencia o ausencia de determinadas palabras, la sutileza o autoritarismo en el decir, la suavidad en el hablar, entre otros.

Obviamente en los cuidados estos elementos juegan un papel esencial teniendo en cuenta que se trata de una situación de asimetría entre cuidador/a y cuidado en la que se juegan situaciones de poder. En cada uno de los apartados de este módulo van a encontrar referencias a esto que señalamos.

Todos sabemos de miradas inquisidoras, guiños cómplices, o cómo los dichos populares se hacen cargo de mostrar las variaciones de las miradas y sus formas de comunicar: “me fulminó con su mirada”, “antes los padres te miraban y vos sabías que te tenían que callar”.

Pero también y al mismo tiempo, sabemos de las miradas tiernas, de la escucha atenta que nos alimenta en nuestra desazón.

LA AMBIVALENCIA. LA TENSIÓN PLACER-DISPLACER LOS SENTIMIENTOS ENCONTRADOS

En uno de los talleres para personas mayores de la UNQ, en 2017, Letizia de 78 años cuenta cómo, al terminar su vida laboral se vio asediada por lo que se esperaba de ella y sus deseos. “Logré zafar de lo que me habían armado: tener que dedicarme de 8 de la mañana a siete de la tarde a hacer de abuela y cuidar a mis nietos, con guardias pasivas de sábado y domingo.” Expresado de manera casi brutal, y con la sonrisa cómplice de las demás asistentes al taller, Letizia muestra cómo tuvo que defender su derecho a elegir, a ser la abuela que ella quería y no la que sus hijos/as habían decidido para ella. Enfatiza en su decir, cómo se quiere desmarcar de lo que las representaciones sociales hegemónicas marcan, pero ella desde su singularidad ha ido construyendo, reconstruyendo y haciéndolo propio. Este campo de disputas está presente como dimensión de los cuidados, aunque frecuentemente negado y descalificado. La tarea cotidiana, la microfísica de la praxis de los cuidados, requiere espacios de pensamiento y reflexión que debieran ser incluidos en las horas de trabajo ya que forman parte constitutiva del mismo. Este es quizás uno de los aspectos más importantes que lograron proponer los investigadores dedicados a desentrañar las tramas del *burn out* (Zaldúa et al. 2000). La sociología de las profesiones y la psicología social comunitaria, han brindado datos muy exhaustivos al estudiar el síndrome del burn-out en las enfermeras y el personal de salud; en los bomberos o personas enroladas en los cuerpos de defensa civil que atienden catástrofes naturales o producidas por el hombre. Diferenciamos la sobrecarga de cuidados en cuanto a la cantidad e intensidad en horas/trabajo, como la que viven en este momento todo el personal de salud, particularmente los intensivistas, de los sentimientos encontrados; de la llamada ambivalencia que es inherente a los cuidados y que se expresa en la implicación. Es el eco-emocional, la reverberación en nuestra subjetividad de que sucede con ese otro con quien desplegamos nuestra tarea de cuidados. Durante la pandemia ambas situaciones se presentan superpuestas, anudadas. Pero también en la vida cotidiana de los cuidados aparecen esos afectos

de rabia, resignación, incomodidad, desesperanza que es necesario admitir, trabajar, tramitar, elaborar como parte de la salud mental en diferentes dispositivos creados para tal efecto.

III) Actividades

1. Busque, indague, recopile, frases hechas del sentido común con respecto a los gestos, las miradas, las palabras
2. Recupere de su propio acervo, situaciones incómodas o confusas referentes a los comportamientos de los cuerpos
3. Señale aspectos mostrados en conversaciones comunes respecto al aspecto nunca mencionados del cuidar
4. Intente poner en palabras los afectos que los autores tratan de expresar en sus producciones.





- Situaciones que la/lo pusieron a pensar en películas, microfísica de la vida cotidiana, anécdotas, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- Bordelois, Ivonne (2016) *A la escucha del cuerpo. Puentes entre la salud y las palabras*. Buenos Aires, Libros del Zorzal
- Bordelois, Ivonne (2016) *Etimología de las pasiones*. Buenos Aires, Libros del Zorzal
- Chardon, María Cristina (2017) “Representaciones sociales del cuidado. Los actores, las instituciones y las practicas”. En Chardon, María Cristina. Murekian, Noemí y Scaglia Héctor (comps.) *Investigaciones en Representaciones sociales en Argentina. Problemas teóricos y producción empírica*. Bernal, Universidad Nacional de Quilmes.
- Chardon, M. C. (2019) “Cartografías del Cuidado. Despliegue de etimologías y thematas”. En Chardon, M.C.; Montenegro, R.; Borakievich, S.(2019) En “Instituciones y sujetos del cuidado: salud, educación ,familias. Colección Textos y Lecturas en Ciencias Sociales. Editorial de la Universidad Nacional de Quilmes. Bernal: UNQ.
- Cortez Rodas, F. (2005) Reconocimiento y justicia. Entrevista a Axel Honneth. En Arete. Revista de Filosofía. Vol XVII. Nro 2. pp273-294
- López, E. Findling, L. (2012) *Maternidades, paternidades, trabajo y salud. ¿Transformacionais o retoques?* Buenos Aires, Biblos.

SALUD MENTAL, SALUD INTEGRAL, DERECHOS HUMANOS Y VIDA DIGNA

DRA. M. M. BOTTINELLI²

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LOS CONCEPTOS QUE UTILIZAMOS

Salud, enfermedad y cuidados no son términos unívocos, las conceptualizaciones, reflexiones y prácticas sobre ellos escritas se modificaron a lo largo de la historia y permiten entender algunos aspectos relacionados con las modificaciones en lo que entendemos como Salud Mental, incluso antes de su nominación como tal (Galende, 2019, Bottinelli, 2014). Al trabajar este tema vemos que históricamente cambia la centración desde las enfermedades, hacia los sujetos que las padecen y luego a las relaciones con su medio. Del mismo modo pasan de pensar la Enfermedad a pensar la Salud, y de la Salud anatómica al cuestionamiento de lo normal o patológico reconociendo la influencia de la cultura y la época en la delimitación de dichos conceptos. Comprenderlos como procesos permite entender los movimientos entre la salud y la enfermedad, y no a la enfermedad o la salud como estados invariables (Breilh, 2012; Zaldúa, Bottinelli, Lodieu y cols, 2010). Así mismo permiten entender la relación de los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados, con el contexto de producción (histórico, económico, social, político), entendiendo además que las teorías y prácticas que los sostienen también son construcciones de lo que sabemos en un momento dado, ya que a lo largo de la historia de la ciencia va cambiando, pero existen otras formas de comprenderlas que implican además las formas culturales (por ejemplo de los pueblos indígenas) para comprender estos términos (Breilh, 2012; Abrahão, A., Merhy, E, 2014; Bottinelli, 2020)

Estas transformaciones implican no solo cuestiones profesionales sino modelos éticos, que cuestionan las relaciones de poder, y las representaciones sociales dominantes que tensionan estos temas, no solo en la academia sino cotidianamente en nuestras vidas. Estas consideraciones, conocidas desde lo teórico, son naturalizadas y objetivadas en la praxis, de modo tal que, desde la formación profesional, hasta las condiciones de trabajo muestran las divergencias entre teorías y prácticas, y muestran sus dificultades por ende, en la planificación, implementación y evaluación de políticas en el área (Bottinelli, 2014, 2020)

SALUD MENTAL, SALUD INTEGRAL Y VIDA DIGNA

Lo que hoy conocemos como salud mental está conformado por teorías y prácticas que expresan luchas históricas por los derechos y diferentes formas de poder, dominación y control. **Hablar de salud mental implica pensar la**

2 Universidad Nacional de Lanús (UNLa) mmbottinelli@yahoo.com.ar

salud de manera integral, es decir que involucra lo que vivimos, sentimos, pensamos, percibimos, creemos, sentipensamos. Así mismo involucra cómo lo interpretamos cada uno y en nuestras comunidades, las costumbres, tradiciones y aspectos socioculturales de lo que explícita o implícitamente entendemos por salud, enfermedad y cuidado. Por ende, nuestra vida cotidiana, la historia y contexto de los modos de vivir que vamos consturuyendo, dan sentidos a lo que hacemos cada día y a las diferentes posiciones que tomamos en nuestras familias y comunidades en cada aspecto de nuestras vidas. Esto incluye tanto a los sucesos especiales, como a los padecimientos, los cuidados visibles o invisibles, y el complejo entramado de sentidos, sensaciones y sentimientos de cómo los vivimos y sentimos (a veces como control, como ayuda, como carga, como responsabilidad, como mandato, etc.). Pensar la salud mental implica además **entender la salud como proceso**, en el que, a lo largo de nuestra vida se entranan cotidianamente procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados que nos involucran individualmente, pero también a los grupos y las comunidades de los que formamos parte. Pensar la salud como un proceso significa que siempre estamos en vías de sanar o enfermar, atendiéndonos, cuidándonos o no, en diferentes formas respecto de lo que entendemos/ conocemos/ creemos/sentimos que debemos hacer, aunque a veces no reflexionamos sobre ello, si no que hacemos lo habitual o esperado, sin pensar si hay otras opciones. Por eso, pensar la salud mental va más allá de los debates en salud tradicionales y compromete pensar en la vida cotidiana de las personas desde sus propias valoraciones, creencias y tradiciones, en sus propios contextos y como partícipes individuales y colectivos de una construcción social respecto de qué es enfermar o padecer, cómo abordarlo, de quiénes es responsabilidad, deber o derecho, cómo cuidar y cuidarse, etc. En síntesis, nos lleva a pensar ¿cómo podemos garantizar una vida digna para todxs?

LOS MARCOS NORMATIVOS DE DERECHOS: LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL Y LA PARTICIPACIÓN SOCIAL

Tal como señalamos en diferentes escritos (Bottinelli y cols. CCHSMYA, 2020; Tissera, Loigorri, Longo, Bottinelli, 2019; Zaldúa y Bottinelli, coord, 2016) **la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (LNSM) se entrama en un marco normativo de leyes ampliatorias de derechos internacionales y nacionales** – conocidas muchas de ellas en Argentina como “leyes 26 mil” – que, a partir de la modificación del art. 75 inc. 22 de la Constitución Nacional, reconocen a la salud como responsabilidad del Estado. La redacción y aprobación de la Ley, **se dio en un proceso participativo** con organizaciones sociales y de derechos humanos, asociaciones profesionales, organizaciones de personas usuarias y familiares, espacios académicos, gremios, entre otros. **En su texto retoma los fundamentos, las experiencias y antecedentes de transformación en el campo de la salud mental internacionales** (como la experiencia italiana) y nacionales (desde el desarrollo de Mauricio Goldenberg en el Hospital Evita de Lanús hasta la actualidad), incluyendo experiencias territoriales como las de ATAM2 y antecedentes legislativos tales como los de la Ley 2440/1991 de Río Negro, la Ley 448/2000 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Ley 10.772/1991 de Santa Fe.

Su texto articula compromisos internacionalmente asumidos desde la Declaración de Alma Ata (OMS, 1978) hasta la actualidad en materia de salud, salud mental, derechos humanos, discapacidad y derechos de las/os usuarias/os, entre otros. Incluye compromisos explícitos sobre las formas de tratamiento, internaciones y trato digno, como los asumidos en la Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990), los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental (ONU, 1991), los Principios de Brasilia (OPS/OMS, 2005), el Consenso de Panamá (OPS/OMS, 2010) y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006).

La LNSM presenta un consistente posicionamiento hacia los derechos humanos, en los que se reconoce a las personas como sujetos de derechos y se rompe con el sintagma “locura=peligro”, se promueve la desestigmatización, la despenalización, la despatologización y desmedicalización de las diversidades y sufrimientos de la vida cotidiana, incluyendo la problemática de adicciones en el campo de una salud integral. Esto implica garantizar el acceso a la atención y medicación cada vez que sea necesario, con la internación como último recurso, y abordar los cuidados de manera integral, interdisciplinaria, intersectorial y en comunidad. A su vez, **determina la necesidad de que exista información, participación y el consentimiento informado en los procesos de atención, así como **la participación social de los diversos actores involucrados en la formulación de los servicios y políticas de salud mental.****

Las instancias a nivel nacional que quedan involucradas con organismos específicos creados y puestos en marcha a partir de la implementación de la Ley son: como Autoridad de Aplicación la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación; el **Órgano Nacional de Revisión, la Unidades de Letrados Art. 22° y la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad desde el Ministerio Público de Defensa; la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CoNISMA)** y el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones, coordinado desde la Jefatura de Gabinete de Ministros; y la Comisión Art. 34° para Supervisión, estándares y habilitaciones dependiente de los Ministerio de Salud y de Justicia y Derechos Humanos.

Esta Ley plasma la consistencia de sus principios con propuestas concretas para que se viabilicen. Así, por ejemplo para operativizar la interdisciplina propone en diversos artículos que la atención debe ser garantizada a través de equipos interdisciplinarios, incluyendo además la necesidad de que todos reciban formación consistente con la ley.

La LNSM promueve explícitamente la implementación de una participación comunitaria, la interdisciplina y la intersectorialidad. **La articulación entre la intersectorialidad y la participación comunitaria está sostenida en la CoNISMA y el Consejo Consultivo.** El art. 2 del Decreto Reglamentario determina que se forme un consejo consultivo de carácter honorario que pueda realizar las observaciones que crea pertinentes acerca de las políticas que se llevan adelante y realizar propuestas en materia de salud mental y adicciones, contemplando las problemáticas y particularidades de los distintos sectores a los que representa, en el marco de la legislación vigente. El mismo se conforma con representantes de 30 organizaciones de personas

usuarias y familiares, sindicatos, organismos de derechos humanos, organizaciones y colegios de profesionales, espacios académicos y redes, garantizando el alcance federal y ajustes razonables en los procedimientos para promover la participación de todas/os.

Cada cuatro años se abre la convocatoria para su conformación y las organizaciones interesadas pueden postularse presentando sus antecedentes y avales, considerando criterios de elección la historia y compromiso de la organización con la temática de la salud mental y los derechos humanos, la calidad de los avales presentados, el nivel de representatividad de la organización, la distribución federal, la antigüedad de la organización, el alcance de sus actividades y el tipo y calidad de actividades desarrolladas.

Los resultados se publican en el *Boletín Oficial de la República Argentina* y se comunican públicamente.

ENTRE LAS POLÍTICAS Y LAS PRÁCTICAS: LOS DESAFÍOS DE LA PARTICIPACIÓN

La dinámica del CCHSMYA se sostiene a través del trabajo en comisiones donde se presentan propuestas que se votan en sesiones plenarias realizadas al menos cada tres meses. Allí se deciden todas las acciones del Consejo. También pueden convocarse sesiones extraordinarias por motivos especiales o urgentes. El funcionamiento se garantiza a través de un reglamento, las autoridades electas y un secretario Técnico Administrativo de enlace con la CONSIMA.

El desafío más importante fue encontrar formas de trabajo, escucha y participación que garantizaran los principios propuestos, la federalidad y diversidad de las organizaciones (gremios, universidades, organizaciones de personas usuarias, etc.) pero también las diferencias en lenguaje, implicaciones, distribución de tareas, el cuidado mutuo, etc. Hubo que construir tramas de confianza y apoyos que permitieran respetar tiempos, formas de expresión, necesidades, potencialidades y por supuesto características de las organizaciones y de los participantes del consejo. Así fuimos construyéndonos como un actor social referenciado en el campo que a la vez era complejo y diverso en su composición y posiciones pero bajo el eje central de garantizar la plena implementación de la ley y la revisión de las políticas propuestas para ello.

Las comisiones de trabajo del periodo 2014-2018 fueron: Inclusión social y vida sustentable en la comunidad; Interdisciplina y trabajadores de la salud mental; Salud mental y diversidad; Acceso a la salud; Comunidad, cultura, arte y comunicación. Algunas de las líneas de trabajo fueron, por ejemplo, aportes al documento “Pautas para evitar el uso inapropiado de diagnósticos, medicamentos u otros tratamientos a partir de problemáticas del ámbito escolar”, para evitar leyes por patologías y a la reglamentación de la Ley 27.043/2014, conocida como “Ley TEA”. También se profundizó el seguimiento de instancias gubernamentales de todo el país de aplicación de la normativa vigente y la aplicación de la LNSM, así como en las recomendaciones a universidades, y se realizó el seguimiento del Estado en procesos de externación e inclusión social en dispositivos sustitutos al

manicomio. Se promovieron además proyectos que sitúan al arte y a distintas estrategias de comunicación como claves en los procesos de implementación de la Ley.

En 2015, con el cambio político del Gobierno Nacional y varios provinciales, se produjo una falta de continuidad evidente en las políticas y un desconocimiento de las acciones previamente realizadas. El Decreto de Necesidad y Urgencia 908/2016 creó la Cobertura Universal de Salud, que operaba fundamentando diferentes corrimientos: de la lógica de derechos garantizados por el Estado a la de financiamiento, coberturas y responsabilidad individual, de la lógica de la salud integral a la de patologías identificables, de la lógica participativa a la de agencias de decisión y control, como la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (AGNET). Consecuentemente, se generaron cambios en la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA), se cambió por decreto la dependencia de la CoNSIMA desde la Jefatura de Gabinete al Ministerio de Salud, con lo cual se desarticuló y socavó su potencialidad operativa, y se degradó el Ministerio de Salud al rango de Secretaría.

Tal como analizamos en diferentes presentaciones, en ese marco, las propuestas emergentes sostenían perspectivas teóricas y ontológicas distintas que generaron graves problemas en el proceso de implementación de la LNSM y el marco normativo de derechos, con políticas sociales de retroceso en función de los derechos reconocidos y con fuertes impactos en lo subjetivo, intersubjetivo, individual y social. Los cambios en la conformación y modificación de la dependencia de CoNISMA y la falta de convocatoria al CCHSMYA durante un año y medio, fueron resistidos con el compromiso de todas/os las/os consejeras/os que continuaron sus funciones honorarias. El CCHSMYA se convirtió en uno de los actores que resistía y difundía los embates a la LNSM y los intentos de derogación de su Decreto Reglamentario.

A partir de la fuerte presión social, se generó un cambio en la DNSMyA; se convocó nuevamente al CCHSMYA y se intentó cubrir las acciones básicas requeridas por la LNSM en lo que quedaba de gestión. En diciembre de 2018 se llamó a una convocatoria para conformar el CCHSMYA 2019-2023 y se formaron las nuevas comisiones: Trabajo, trabajadores y formación; Derechos humanos; Estrategias, dispositivos y prácticas; Intersecciones en salud mental.

A partir del cambio político en diciembre de 2019 se realizaron reuniones con las nuevas autoridades que refrendaron el compromiso con el cumplimiento de la LNSM y todos sus componentes, la restitución de la CoNISMA con dependencia en Jefatura de Gabinete, el trabajo federal y participativo. Sin embargo, en marzo de 2020, la pandemia por la Covid-19 obligó a revisar las formas de funcionamiento y cómo garantizar los apoyos necesarios para que todxs lxs consejerxs puedan participar plenamente, y requirió mayor frecuencia en las reuniones centralmente por todas las urgencias que nos plantea la pandemia, sin dejar de lado los ejes centrales de trabajo por la implementación plena de la LNSM, incluyendo un fuerte trabajo en la comunicación, información y formación.

Estos cambios políticos visibilizaron las tensiones entre las diferentes lógicas de todxs lxs implicadxs los académicxs, lxs gestores, las personas usuarias, las diferentes instituciones y la sociedad tienen ritmos, formas de

comunicación y prioridades diversas que para garantizar la participación y efectivización de las políticas es necesario revisar y trabajar.

Tal como señala Emiliano Galende: “en América Latina (...) Las reformas provienen de las inquietudes, de las denuncias, de los malestares, de los reclamos de las personas y de los profesionales que quieren unificar los criterios de los servicios y que en algún momento se logran plasmar en políticas concretas, pero no siempre coherentes con la red de servicios existentes. Argentina ha tenido más esta modalidad y eso hace que tengamos puntos importantes de avance y, al mismo tiempo, ambigüedades grandes en algunos sectores del país, que llevan a una incoherencia entre legislaciones, políticas locales y realidad de la estructura de los servicios.” (Galende, 2019:57)

LA IMPLICACIÓN Y EL LUGAR DE LAS MIRADAS

Los posicionamientos sobre estos temas entonces se expresan en nuestras acciones cotidianas explícita o implícitamente, tengamos la intención o no, lo sepamos o no, construyendo sentidos que se reactualizan cada vez a nivel subjetivo, intersubjetivo y comunitario. Son variables, es decir, no son estáticos, y expresan nuestra posición sobre las valoraciones y sentidos histórico sociales culturales económico políticos e ideológicos sobre dichos temas que emergen en este momento y contexto. Son producto de luchas y construcciones histórico sociales que nos atraviesan, más allá de que conozcamos las historias, saberes, creencias e ideologías en las que se sostienen. Por ello, no son inocuos, siempre nos implican en la decisión, tensionando lo que creemos, pensamos, sentimos, valoramos y pensamos que corresponde, que esperan de nosotrxs o debemos hacer. Por ello también, nos angustian, o hacen sentir bien, nos desvelan, o agobian, o nos hacen sentir plenos.

Las diversas miradas y posicionamientos sobre estos temas no solo incluyen las miradas profesionales o sociales, sino también las institucionales, entre otras las miradas del Estado, de los diferentes niveles del Estado y sus representantes. El Estado expresa sus posicionamientos a través de sus políticas y las medidas que toma para viabilizarlas, En dicho sentido, hemos visto las diferentes posiciones que los diferentes gobiernos en los países del mundo han implementado durante la pandemia. Podemos entender en ese sentido porqué hablamos de políticas de cuidado y nos permiten reflexionar quiénes definen qué debe cuidarse, quiénes cuidan, qué cuidan, de qué modos lo hacen, cómo se regulan, así como quiénes están involucrados y participamos de esos procesos de cuidado tanto formales como informales.

Por eso, la posición de cada agente que represente una institución del Estado cuenta en las formas y modos en los que plasman en sus acciones cotidianas y en la forma en cómo llegan y son vividas, las medidas en. De ahí que les proponemos desnaturalizar nuestras prácticas cotidianas y reflexionar en qué posicionamientos conceptuales, ontológicos, políticos e ideológicos se enmarcan respecto de los cuidados, los derechos, la vida digna y la salud mental y cuáles queremos sostener y construir.

Diversas investigaciones sobre la evaluación de las políticas en el área, las acciones y la formación de profesionales (Investigaciones unla, ubacyt y salud investiga héroes, pisac) nos muestran el enorme desafío aún pendiente

y las enormes tensiones. Pero también nos permiten identificar múltiples experiencias y prácticas de cuidado con diversos grados de formalización, institucionalización, reconocimiento y explicitación que se visibilizan aún más en contextos críticos como el de la pandemia. Así, la pandemia se convirtió en la oportunidad para construir espacios colaborativos internacionales, redes nacionales, convocatorias desde el Estado para investigaciones específicas, espacios de reflexión y conversatorios democratizando espacios de interacción impensados con expertos internacionales y participes de los lugares más recónditos. Entre dichas experiencias por ejemplo la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación (Agencia I+D+i) en conjunto con la Secretaría de Planeamiento y Políticas (Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación), la Secretaría de Políticas Universitarias (Ministerio de Educación) y el Consejo de Decanos y Decanas de Ciencias Sociales y Humanas (CODESOC) seleccionó – en el contexto de la convocatoria “PISAC-COVID-19 - La sociedad argentina en la Pospandemia”- el proyecto “COVID-19, Salud y protección social: aportes desde las prácticas de cuidado territoriales para el fortalecimiento de políticas integrales de salud mental comunitaria en los nuevos escenarios pospandemia” dirigido por la Dra. M. Marcela Bottinelli del Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg” UNLa. La investigación, se propone describir las prácticas y experiencias de cuidado de salud/salud mental de actores territoriales, analizando su articulación con las políticas y medidas gubernamentales implementadas en el marco de la pandemia COVID-19. La misma se implementa a través de una Red integrada por 9 nodos con sedes en Universidades en distintas regiones del país (Universidad Nacional de Lanús, Universidad Nacional de Moreno, Universidad Nacional de San Martín, Universidad Nacional de Río Negro, Universidad del Chubut, Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, Universidad Nacional de Mar del Plata, Universidad Nacional de Rosario y Universidad Nacional del Litoral), integrando a su vez por centros de salud, municipios, actores estatales, territoriales y de la sociedad civil de cada localidad, llegando a un total de más de 120 participantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Abrahão, A., Merhy, E. (2014). Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-fermentas na prática de ensinar. *Interface - Comunicação, saúde, educação*, 18(49): 313-324. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0166>.
- Bottinelli, M. M. (2014) “Promoción y educación para la salud en los planes y políticas de Salud Mental en Argentina” Tesis de Doctorado en Salud Mental Comunitaria. UNLa. Dir: Emiliano Galende
- Bottinelli, M. M. (2016) Formación universitaria en Salud Mental. Adecuación de los planes de estudio vigentes a las Recomendaciones a las Universidades relacionadas con el artículo 33° de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657. Informe de investigación Amilcar Herrera 2016 UNLa.
- Bottinelli, M., Faraone, S, Gonzalez, M, Montenegro, N, Moreno, T, Valles, I, Yoma, S. y cols. (2020) CONSEJO CONSULTIVO HONORARIO. Un

- actor clave para la implementación de la Ley 26.657, *Revista Salud Mental y Comunidad*, 2020 EDUNLa
- Breilh, J. (2012) La subversión de la retórica del buen vivir y la política de salud. En *Revista La Tendencia. Revista de Análisis Político. Movimientos sociales, mujeres, gobierno. ILDIS - FES. Quito: FES-ILDIS*, (no. 13, abril-mayo 2012): 152 p. ISSN 13902571.
- Galende E. (2019) “Situación de Salud Mental en Argentina a 20 años de la Maestría Uner”. Conferencia dictada en ocasión de los festejos por el aniversario de la carrera (en prensa) UNER
- Tissera, Loigorri, Bottinelli, Longo, (2019) *Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental*, Bs. As: Ed Teseo
- Zaldúa, G y Bottinelli, M. M. (coord.) (2016) *Intervenciones en psicología social comunitaria: territorios, actores y políticas sociales* 1a ed. Teseo: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Zaldúa, G.; Bottinelli, M.M.; Lodieu, M.T.; Perez Chavez, K.; Pawlowicz, M.P.; Gaillard, P.; Tisera, A. y Nabergoi, M. (2010). *Salud Mental: Territorios y Narrativas entre la Reproducción y la Transformación*. En Zaldúa, G.; Bottinelli, M.M. et al (2010) *Praxis Psicosocial Comunitaria en Salud*. Buenos Aires: Eudeba

CUIDADOS Y SALUD MENTAL PARA TODOS LOS GÉNEROS Y OPCIONES DE VIDA:

Criterios de trabajo y escucha desde una perspectiva de derechos. Las demandas de los colectivos trans-travesti y no binarixs: brechas entre la Ley de Identidad de Género y las prácticas cotidianas. Los equipos de Salud y Salud Mental y el trato digno: la importancia de la elucidación de las implicaciones y el trabajo en y desde la interseccionalidad.

SANDRA BORAKIEVICH³

I. A MODO DE INTRODUCCIÓN

En este apartado propondremos algunos criterios para el trabajo en los cuidados en (y de la) salud mental de una importante parte de la población, que se caracteriza por no haber estado contemplada en las definiciones que la Modernidad Tardía produjo acerca del “Hombre” y cuya visibilización ha sido -y es- producto de luchas para acceder a los derechos de diverso orden, entre ellos, el derecho a la salud y salud mental.

Nos referimos a que desde nuestra perspectiva, los cuidados (Chardon, 2020) se construyen y producen colectivamente, y no pueden ser pensados sólo desde una mirada o disciplina, en tanto en la actualidad es preciso pensarlos de una manera integral -tal como se plantea la salud- y desde los criterios de inclusión implícitos en una perspectiva de derechos.

Desde el inicio, entonces, planteamos la dimensión política de los cuidados y la necesidad de repensar las (nuestras) prácticas profesionales atendiendo a los derechos de los sectores desiguales, que acuden a la consulta y/o que no acuden a la consulta en virtud de las invisibilizaciones desde las que se reproduce su situación de vulnerabilización social.

En tal sentido, es imprescindible que lxs integrantes de los equipos de trabajo -en este caso, en salud mental- desarrollen su tarea cotidiana dejándose afectar e interpelar por la necesidad de producir conceptos que se desplegarán necesariamente en prácticas que alojen lo diverso (Fernández, 2007); es decir, que sean capaces de contemplar todas las experiencias y opciones de vida.

Para ello, una herramienta fundamental será contar con espacios para el difícil trabajo en la *elucidación sus implicaciones* (Borakievich, Fernández, Cabrera y Ortíz Molinuevo, 2014), es decir, espacios en los que, junto a sus colegas, puedan abrir interrogación en torno a las relaciones de poder desde las que cada cual se sitúa a la hora de realizar una intervención.

Entendemos, entonces, que la apertura a reflexionar junto a otrxs en nuestras prácticas de cuidados en salud mental habilita la posibilidad de tornar visibles situaciones en las que invisibilizamos las demandas singulares de atención

3 Universidad Nacional de Quilmes (UNQ) sandraboraembora@gmail.com

de sectores desiguales socialmente -aún cuando conozcamos sus derechos y apostemos a trabajar acorde a ellos.

En tanto tales situaciones tengan la ocasión de problematizarse, habrá oportunidad de producir dispositivos de trabajo que las contemplen, nutriéndose de conceptualizaciones que están siendo posibles en virtud de las luchas de los colectivos históricamente desiguales. Asimismo, la reflexión junto a otrxs permitirá producir nuevos conceptos que contribuyan a pluralizar los cuidados en salud mental.

II. DESARROLLO

Hace al menos cuatro décadas que en Argentina se trabajan -no sin conflictos ni resistencias- las intersecciones y diálogos posibles entre el campo de la salud mental y el campo de los Estudios de la Mujer, a los que fueron sumándose los Estudios de Género y, en los últimos años, los Estudios de las Masculinidades y las interpelaciones de los Estudios Queer, en un devenir casi cronológico de visibilización de los modos de concebir la diferencia, lo diferente, la alteridad, “el otro” (otra – otros – otrx) en Occidente moderno.

Los Estudios de la Mujer, como “brazo académico” del feminismo permitieron poner en visibilidad el sexismo en todas las llamadas “Ciencias Humanas” (Bonder, 1984; Fernández, 1993) y despejar una lógica de las diferencias presente en todas ellas. Se trata de una lógica binaria, atributiva y jerárquica que coloca a quien/es se situé/n en el lugar del “otro” como inferior, peligroso o enfermo. A la hora de conceptualizar la experiencia de las mujeres, se ha evidenciado que ésta ha sido pensada desde parámetros que necesariamente la invisibilizan debido a que la Modernidad Temprana ha concebido la diferencia mujeres y varones desde una ecuación en la que “Hombre” es igual a “hombre” (individuo, sujeto, ciudadano y propietario; blanco, joven y heterosexual) (Fernández, 1993).

Desde la lógica de la diferencia antes mencionada, el lugar para las mujeres y todxs aquellxs que no cupieran en las características del modelo antes señaladas, necesariamente quedaba invisibilizada al caracterizarse en función de figuraciones en las que por definición, no era incluíble más que como complemento, fondo, margen... en fin: en la situación desventajosa de una “otredad” concebida como disparidad.

Años de luchas de las mujeres y los feminismos en diversos ámbitos han permitido producir conceptos que contemplan la “especificidad”, la singularidad de la experiencia del devenir mujer en nuestras sociedades patriarcales y, a su vez, han permitido poner en interrogación tanto las relaciones de poder entre los géneros (inicialmente entre mujeres y varones) y los modos en que éstas pregnan la vida cotidiana y sus instituciones, incluyendo las del derecho y la salud. Como producto de esas luchas, hoy en día contamos con políticas públicas destinadas al colectivo mujer. Lo mismo para las llamadas “disidencias” o “diversidades”.

Cabe señalar en esta apretadísima síntesis, que los Estudios Queer acompañan y efectúan las luchas por los derechos civiles de las opciones sexo-généricas disidentes de la heteronorma, y, como lo hicieron antes los Estudios de la Mujer, de Género y de las Masculinidades, interpelan al campo

académico y profesional a producir conceptos y prácticas que incluyan *todas las experiencias y opciones de vida y todos los géneros*. Problematizan la performatividad de los/las cuerpos/as y estallan la concepción binaria de los sexos y los géneros.

Con y desde esos aportes, *denuncian la urgencia de contar con equipos profesionales que trabajen acorde a derechos, en orden al “trato digno” que en tanto ciudadanxs les corresponde por ley, y, en íntima relación con esto, que no reproduzcan la mirada patologizante de las diversidades que reina en los manuales de psiquiatría y en la mirada de muchxs profesionales “psi” a la hora de recibir sus consultas* (Borakievich, Corino y Fridman, 2016; Borakievich y Rueda, 2018; Borakievich, 2020).

Es preciso, entonces, trabajar en la producción de otras miradas posibles, que tensen con “sentidos comunes” que insisten en la vida cotidiana y en las instituciones, fundamentalmente, la figuración de *lo monstruoso* y -como se mencionara antes- la *patologización de lo diverso*, que asumen diferentes maneras en diversos ámbitos. En el académico-profesional, hemos corroborado la necesidad de trabajar en la deconstrucción de las lógicas binarias, patriarcales y heteronormativas antes mencionadas, en tanto excluyen la diversidad de opciones e identidades sexo-genéricas y, por ende, difícilmente las alojen en sus dispositivos de trabajo en salud mental.

Importa especialmente esa tarea, ya que involuntarios distratos suelen traducirse en pequeños gestos, modos de mirar, de nombrar; o en la omisión de preguntas en virtud de lo “políticamente correcto”, que dificulta, por ejemplo, el acceso a los de personas trans, travesti y no binarixs a espacios de la salud y salud mental.

En los últimos tiempos, especialmente después del acontecimiento “Ni una menos”, es frecuente en el pedido de derivaciones para tratamientos psicológicos la solicitud de “terapeuta -o analista- con perspectiva de género”. Ese pedido, en tanto explicita una perspectiva en particular, señala simultáneamente que no todxs lxs terapeutas trabajan tomando en cuenta las “cuestiones de género” -de lo contrario, no sería necesaria esa solicitud, esa explicitación. ¿Qué significa, en este caso, contar con una perspectiva de género? En principio, una escucha que no deje de lado las “cicatrices históricas de la discriminación”, de las discriminaciones, desigualaciones, invisibilizaciones, disparidades políticas.

En relación a la demanda de las “disidencias”, habría algunos puntos de contacto, a condición de construir herramientas que nos habiliten a hablar de una perspectiva de géneros, en plural, hasta que los espacios de formación en salud y salud mental contemplan *todos los existenciaros*, en paridad. Esta afirmación intenta subrayar que la tarea involucra necesariamente dimensiones éticas, académicas y políticas que se traducirán -hay espacios en los que ya se traduce- en la escena de la consulta, en dispositivos orientados por una escucha que aloje la diversidad de elecciones y modos de vivir y amar.

En esa línea, resulta fundamental sistematizar la tarea que se viene realizando, en coordinación con colectivos militantes y activismos LGTBTTIQ+, ya que la experiencia muestra que es en la posibilidad de esas articulaciones donde hay una llave para acotar la brecha entre los derechos sancionados y las prácticas cotidianas en nuestras instituciones. He allí un desafío ético-político: conjugar saberes académico-profesionales, experiencias militantes,

activismos; saberes “plebeyos” y saberes históricamente jerarquizados para hacer posible que las políticas públicas tengan oportunidad de llevarse a cabo en la multiplicación de los cuidados y la interseccionalidad.

Se trata de una tarea *necesariamente incómoda*, ya que toda interpelación a lo ya sabido incomoda y los encuentros con quienes vienen de diferentes experiencias y trayectorias académicas, profesionales y/o políticas, enriquece e incomoda. Pero tal es la apuesta: dejarse interpelar, dejarse incomodar, para así, junto a otrxs, inventar conceptos, dispositivos y disposiciones de trabajo que generen condiciones de inclusión de todas las experiencias, de todos los géneros y opciones de vida.

III. EJERCICIOS PARA / DESDE LOS CUIDADOS:

Consideramos que una buena manera de trabajar en la elucidación de las implicaciones podría ser pensar junto a otrxs las siguientes preguntas, luego de leer la Bibliografía de este apartado:

- ¿Qué efectos produce la presencia y el encuentro con los cuerpos/ las cuerpos trans, travesti y no binarixs en las instituciones / servicios de salud mental? (cabe aquí recordar que el consultorio privado también participa de las instituciones de salud mental)
- ¿Cómo trabajar desde una perspectiva de cuidados aquello que se desconoce o incomoda?
- ¿De qué maneras construir espacios de encuentro con activistas por los derechos civiles para la producción de conocimientos que habiliten prácticas en salud mental realmente inclusivas de la diversidad de experiencias?
- ¿Cómo problematizar estas cuestiones en los espacios de formación sin reducirlas a lo políticamente correcto?
- ¿Cómo generar espacios de conceptualización y sistematización de experiencias que incorporen tanto las situaciones en las que haya sido posible obrar acorde a derecho junto a otras, en las que haya primado el descuido, para posibilitar la reflexión crítica y los aprendizajes necesarios para nuevas aperturas?

BIBLIOGRAFÍA

- Bonder, G. (1984) “Los Estudios de la Mujer y la crítica epistemológica a los paradigmas de las Ciencias Humanas”, en *Desarrollo y Sociedad*, Nro. 13, enero de 1984.
- Borakievich, S. (2020). “Identidades de género, derechos humanos y salud mental: Interpelaciones a nuestro campo profesional”. IV Congreso Internacional de Psicología: “Tendencias, prácticas y teoría de la Psicología Latinoamericana Uniminuto Pasto”, organizado por el Programa de Psicología del Centro Regional Pasto. Corporación Universitaria Minuto de Dios. San Juan de Pasto, Colombia (3 al 5/10/20).
- Borakievich, S. – Rueda, A. (2018). “De cuerpos y capilaridades”. Ponencia . VI Jornada de Psicología Institucional *Perspectiva institucional en el análisis de las prácticas*. Secretaría de Extensión, Cultura y Bienestar Universitario - Cátedra I de Psicología

- Institucional .Programa de Extensión de la Facultad de Psicología (UBA) “Psicología Institucional”.
- Borakievich, S. – Corino, C. – Fridman, M. (2016). “Reflexiones en torno a la producción colectiva del cuidado de las opciones de vida *trans*”. Ponencia V Jornada de Psicología Institucional: Pensando juntos cómo pensamos: Un análisis de las prácticas instituidas. Cátedra de Psicología Institucional I - Secretaría de Extensión y Bienestar Universitario, Facultad de Psicología, U.B.A.
- Borakievich, S., Fernández, A.M., Cabrera, C. y Ortiz Molinuevo, S (2014). “La indagación de las implicaciones: Un aporte metodológico al campo de problemas de la subjetividad”, en Revista Sujeto, Subjetividad y Cultura, Esc. Psicología UARCIS, Santiago de Chile.
- Chardon, M. C. (2020). “Cartografías del cuidado: despliegues de etimologías y themata”, en Chardon, M.C., Montenegro, R. y Borakievich, S., *Sujetos e instituciones del cuidado. Salud, Educación, Familias*. Benal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Fernández, A.M. (1993) *La Mujer de la Ilusión*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, A.M. (2007). *Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Buenos Aires: Biblos.

TODOS AFECTADOS...ACERCA DE LOS AFECTOS Y EL LAZO SOCIAL EN INFANCIAS Y ADOLESCENCIAS

LIC. GABRIELA LETON⁴

Hablar de cuidados en infancias y adolescencias es hablar de ternura, mirada, sostén, escucha, relato. Es la construcción con el otro de la subjetividad, entrelazando sentimientos, emociones y afectos. Los espacios donde se dan estos encuentros son múltiples: desde los espacios cotidianos en el hogar, en la cuadra, en la esquina, como desde instituciones formales como la escuela, la salita, el hospital.

Vamos al encuentro con la apuesta de la presencia, de estar para compartir, para mirar, para escuchar, para sostener, y en ese encuentro, desde el cuidado, prestarnos para la posibilidad de tramitar psíquicamente lo que nos pasa, lo que nos duele, lo que llamamos o lo que podemos poner en palabras o en escenas.

Sabemos que en la infancia empezamos el recorrido de la vida, y podemos pensar los cuidados desde 4 aspectos:

- El registro de los afectos: cómo acompañamos a los niños/as en el registro de lo que sienten y fomentamos que puedan expresar lo que les pasa. Para poder hacer esto es necesario como adultos poder conectar más con nuestras emociones y explicitárselas, siempre con un contenido acorde a la comprensión del niño.
- La escucha y empatía: dar lugar, tiempo y atención a lo que sienten, a los pedidos que hay que poder escuchar y leer, y entender que hablamos de niños, no de adultos chiquititos. Cuántas veces exigimos al niño respuestas que no están a su alcance ni desde su madurez ni desde su necesidad, es imprescindible revisar las expectativas del mundo adulto y las posibilidades de cada etapa de la infancia
- Apuntalar la tolerancia a la frustración: tomar el desafío de transmitir al niño que no todo será siempre como lo esperamos, que no siempre nos saldrán las cosas como lo planeamos, que nos podemos equivocar y seguir adelante. Y que estaremos allí, a su lado para acompañarlos a transitar esos momentos.
- El Juego: como fundamental espacio pedagógico y de interrogación psicológica. Como oportunidad placentera, espacio de mediación para imaginar, intercambiar, participar y convivir. Facilita la comunicación del niño consigo mismo y con los otros y la posibilidad de reelaborar su historia vital. En el niño/a, el juego aparece como un comportamiento espontáneo, para que el niño/a juegue es importante que tenga un sentimiento de seguridad que lo sustente (haber sido sostenido). Esta vivencia es primordial. Sobre ésta base fundante del psiquismo el juego es búsqueda y creación permanente de la realidad.

4 Hospital Zonal Ramón Carrillo, Bariloche gabyleton@yahoo.com.ar

Ponemos en juego roles sociales, ponemos a hablar nuestras sensaciones y emociones en distintas manifestaciones que van desde un dibujo, un cuento, un juego, en solitario cuando somos chiquitos, con otros, después de los tres años donde empezamos a construir un nosotros, a compartir y a cooperar. Salimos del egocentrismo (ego=yo, yo en el centro de interés), y empezamos a construir lazo social con otros, a diferenciarnos, a instalar la representación psíquica de un otro. Por eso es el comienzo de la escolaridad en la primera infancia, de los jardines con salas de 3. Después llegará la escuela, canalizar la energía en aprender contenidos teóricos, y vivencias con los compañeros y maestros.

Asociamos el cuidado a la escucha, ya que un aspecto fundamental que se puede trabajar a partir de la escucha, es el reconocimiento de las emociones. Las emociones son sensaciones que se generan después de que un acontecimiento ocurre, ya sea externo o interno, actual o pasado, real o imaginario, consciente o inconsciente.

Se puede dialogar y poner de manifiesto las emociones que nos provoca la escucha, se pueden registrar de diversas maneras

Desde los espacios comunitarios, pensamos en distintos dispositivos de abordaje desde el cuidado. El Centro de Salud La Habana está atravesado por muchas situaciones de alta vulnerabilidad, familias con dificultades de diversa índole, pero con un denominador común que son las manifestaciones violentas. Descubriendo y potenciando los recursos de cuidado del territorio nos encontramos con Mercedes (Rodríguez Traba) que es una trabajadora Social del área de Cultura del municipio, que venía llevando a cabo un espacio de producción artística con niños de la zona. De la red de conversaciones fueron surgiendo nuevas alternativas, y dijimos por qué no? Sumemos esfuerzos y recursos y armemos un espacio donde los niños puedan manifestar sus sentimientos, emociones y afectos a través no sólo del relato sino de las producciones artísticas. Y así fue que empezamos a ensamblar saberes, artísticos, psicológicos y comunitarios, y en ese espacio sembramos juntos, con los niños, semillitas de creatividad.

Para el taller, solicitamos al municipio el salón del Centro Comunitario del barrio, que se encuentra al lado del Centro de Salud. Con los vaivenes que suelen suceder en esa ocupación de espacios, hubo momentos de desencuentros institucionales, que fueron saldándose con los espacios que encontramos disponibles: consultorio en la salita, sala de espera...y hasta la cocina... la cuestión era encontrarnos.

Los niños/a/es que concurrían tenían entre 6 y 12 años. Algunos habían tenido espacios de abordaje psicológico individual y otros se sumaron por vivir cerquita, en el barrio.

Hicimos acuerdos en relación al espacio: tratar al otro como me gusta que me traten, no contar cosas privadas de los compañeros, cuidarnos entre todos, respetar los tiempos de cada uno

El disparador inicial era empezar con una actividad, que podía ser un dibujo, armado de pulseras, compartir sonidos musicales, y entre el hacer, el compartir y el relatar se entretejían historias vitales, dolores, sufrimientos, recuerdos y alegrías, personas importantes y que dejan huella en la vida. El intercambio, primero mostraba inhibiciones o grandes despliegues verbales,

iba dando lugar a la posibilidad de soltarse los que se manifestaban más inhibidos y acotarse los que se mostraban más expansivos

Trabajamos con un emocionario, y hacemos una recorrida de cómo se van sintiendo, y en ese compartir se van deslizando interpretaciones y señalamientos integrales, siempre desde la singularidad de esa construcción grupal.

Consideramos valioso el espacio de reflexión de los encuentros para planificar brevemente la actividad y sobre todo para dialogar e intercambiar los emergentes, para poder ir construyendo un dispositivo donde los protagonistas sean los niños y niñas y su sentir, pensar. Donde se pueda hacer tratando de trascender “sesgos” que cada una de las coordinadoras tenemos por nuestras formaciones académicas, ejercicios profesionales, pertenencias institucionales. Nuestro horizonte es proponer un lugar de encuentro que posibilite libertad y hacer foco en los intereses, inquietudes, necesidades, saberes, alegrías, tristezas, habilidades de niños y niñas.

El grupo-taller es pensado desde una mirada situacional, una planificación que se va hilando en y con las manifestaciones y el hacer de lxs niñxs, lo que vamos descubriendo en cada encuentro, para hacer un trabajo situado en lo singular de cada situación y las vivencias... Como ejemplo de este devenir, una de las niñas a la que se la observaba tímida e introvertida, y presentaba manifestaciones de erupciones en la piel, poco a poco empezó a conversar e intercambiar con sus compañeros, a dar su opinión frente a los temas que se hablaban, a mejorar su presentación personal

Otro de los niños que se mostraba muy inquieto y charlatán, ocupando generalmente el centro de atención, un niño que vivenció fuertes escenas de violencia familiar pudo incorporar mecanismos de afrontamiento de esta inquietud, haciendo ejercicios de relación guiado por la coordinación, o salir a dar una vuelta al salón y volver más tranquilo.

Es importante destacar éstos ejemplos como alternativas a abordajes más tradicionales en los que probablemente se desplieguen intervenciones de carácter más asistencial. En éstas prácticas se posibilitan instancias de creatividad donde cada niñx pueda comenzar a habitar espacios de expresión en sentidos más amplios. Les comparto una frase de uno de los niñxs del grupo que nos conmovió “Acá tengo Hermamigos” (hermanos-amigos)

El cuidado desde éstos trabajos más descartonados implica mucho para aprender y para comenzar a sistematizar, y recorrer un camino que permita instalarlo institucionalmente para posibilitar al menos intentos de nuevos abordajes.

En éste escrito en el que vamos a pensar los cuidados en infancias y adolescencias no podemos dejar de considerar el último año que vivimos, en que el mundo entero cambió, la llamada pandemia nos afectó a todos...y poder conceptualizar algunas modificaciones que se produjeron en éstas franjas etáreas. Un contexto nuevo, difícil, con incertidumbre.

El impacto de la situación de pandemia en adolescentes ha sido grande, en esa etapa en la que tanto necesitan el encuentro con otros pares, y un encuentro que de alguna manera sea facilitado por el mundo adulto. Se ponen activas las hormonas, revolucionando la subjetividad y reflejando desde el cuerpo a las percepciones que se viene otra etapa, etapa de muchos cambios,

cambios en lo físico, en los intereses, en los vínculos, que son interpelados ya que los amigos y los pares los llevan a hacerse muchas preguntas y a cuestionar todo

El torbellino de emociones que se genera en ésta etapa estuvo potenciado. Las emociones a veces las identificamos más fácilmente, a veces se manifiestan en la conducta y no sabemos de dónde salen, el enojo, la tristeza, la inquietud, los cambios de ánimo. Lxs adolescentes necesitan el contacto, el encuentro y los espacios facilitadores, y cada uno tiene una cantidad de respuestas frente a situaciones de la vida, algunos son más extrovertidos, otros se meten más para adentro

La escuela da el marco, genera espacios de encuentros, en los que no es necesario convocar al otro, sino que se va dando, como los lugares comunes, los recreos. La virtualidad, que fue el medio de comunicación de todos, restringió las posibilidades del contacto físico, el beso, el abrazo. Todo estuvo mediado por las pantallas, y condicionado por las posibilidades socioeconómicas que dejaron en un lugar de mucha exclusión a muchos jóvenes. Y a los adultos nos interpeló fuertemente, qué hacer? Cómo cuidar? Cómo acompañar? Cómo estar para los jóvenes? Los adultos que siempre estamos diciendo que “menos horas frente a las pantallas”...aunque no siempre somos congruentes en nuestras acciones. Y de repente el mundo se volvió, en gran parte de las interacciones, pantalla y micrófono

¿Cómo acompañamos a los jóvenes? ¿Cómo estar presentes desde la palabra, y fundamentalmente desde la escucha? Muchas veces escuchamos a familias, madres, padres y adultos referentes decir “pero yo siempre le hablo”...Bien ...será hora de plantearnos que para cuidar es necesario decir “siempre le escucho” y escuchar no es sólo desde la palabra dicha, es escuchar silencios, escuchar conductas, escuchar formas de relacionarse...

Un aspecto fundamental que se puede trabajar a partir de la escucha, es el reconocimiento de las emociones. Las emociones son sensaciones que se generan después de que un acontecimiento ocurre, ya sea externo o interno, actual o pasado, real o imaginario, consciente o inconsciente, que se siente en el cuerpo.

Se puede dialogar y poner de manifiesto las emociones que nos provoca la escucha, se pueden registrar de diversas maneras...

En éste tiempo de constitución, cuando hablamos de abordajes consideramos que necesitan herramientas para tramitar nuevas necesidades que aparecen en ésta etapa:

- La de procurarse objetos amorosos
- La de invertir nuevos espacios
- Y la de apropiarse de modelos identificatorios

Momento de crecer...con lo doloroso que ésto trae aparejado

Las condiciones de subjetivación se modificaron en la actualidad por profundos cambios socioculturales, las adolescencias nos generan miradas de perplejidad e incertidumbre. En muchas situaciones lxs jóvenes son hijos de personas atravesadas por el espíritu juvenil, por distancia y desconexión o por simetría de roles, y el debilitamiento del rol social sumerge a los hijos muy pronto en territorios extra familiares. Temáticas como autolesiones, cortes, consumos problemáticos, actings y otros síntomas se presentan cada

vez a edades cronológicas más tempranas, y en éstas manifestaciones es necesario estar presentes, alojar afectivamente, fomentando el lazo y el entramado que pueda sujetarlos

Desde los espacios territoriales, participamos de una mesa de jóvenes, donde hay referentes escolares tanto profes, preceptores, como estudiantes delegados de los Centros de Estudiantes, trabajadores del municipio y de salud. Se conversó mucho de la sit de los adolescentes y se gestaron actividades que fueron las de transmitir mensajes a los pares, como videos en los que participaban ellos y los difundieron a sus compañeros, como invitaciones en reuniones zoom o en vivos de Instagram para conversar sobre cómo estaban, cómo se sentían.

Se generó preguntas ¿estoy fuera de tiempo? Qué hacemos frente a los imprevistos, a la adversidad, a las ansiedades? Cómo abrimos ésta etapa? los de 1º año Cómo la cerramos? Los de 5º

La escucha afectiva tiene que ver con posicionarnos como ese alguien que aporte esa capacidad de espera, que pueda tolerar ese andar errático del adolescente, acotar la pura actividad y dar lugar al experimentar, al tiempo ocioso, a la observación, a la significación y al encuentro con el otro.

Escucha afectiva no como sinónimo de cariñoso, sino como lazo social, tiene que ser de verdad, que nos interese lo que les pasa, que nos importe, para romper lo cotidiano con creatividad.

Escucha afectiva que facilite y fomente CREAR, así vamos a poder cuidar, aprender a cuidarnos, cuidarse y cuidar a otros

Las pantallas recortan parte de lo corporal, de los gestos. Los mensajes escritos producen enojos, desencuentros

Desde los adultos: estar cerca “ESTAMOS”, respetar la necesidad de la privacidad, y darse tiempo

Y el mensaje siempre va desde los cuidados colectivos, la salida es colectiva, es con otros

BIBLIOGRAFÍA

Chevnik, D. (2018) “Infancia, ficciones, hospitalidad: herir la indolencia”. *Revista Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares*, Vol. XLI, p.p. 221-236. ISSN 1851-7854. AA-PPG Editores: Buenos Aires, Argentina.

Núñez Pereira, C. (2018) *Emocionario: dime lo que sientes*. V&R Editoras, Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Collado, Rosa (Prólogo)

Cano Martínez, S. (2020) “Desafíos de re-inención en grupos de trabajo en las instituciones”. *Revista Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares*, Tomo XLIII, p.p. 33-54. AAPPG Editores: Buenos Aires, Argentina

CUIDADOS EN LAS PRÁCTICAS DE USO DE SUSTANCIAS DESDE EL ENFOQUE DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS

MARÍA PÍA PAWLOWICZ⁵ Y PAULA GOLTZMAN⁶

Los usos de drogas son prácticas de origen milenario en la historia de la humanidad, vinculados a situaciones y sentidos de los más diversos, como religiosos, festivos, curativos, etc. Recién comenzaron a ser definidas como un problema social en la segunda mitad del siglo XIX (Touzé, 2006) cuando pasan a ocuparse del tema principalmente las instituciones del campo de la justicia y de la salud.

En Argentina, fue recién a finales de la década de los '60 cuando los usos de drogas son motivo de preocupación y alarma social y comienzan a crearse una serie de instituciones y programas que van a intentar dar respuesta a lo que se construye como un "problema social". Las políticas públicas en este tema fueron navegando entre posiciones más criminalizadoras que adhirieron a todas las normativas internacionales proscriptivas (Convención Internacional de Control de Estupefacientes de 1961, 1971, 1988), y posiciones que vieron en las prácticas de usos de drogas un problema de salud, que debía ser curado sobre la base de tratamientos de abstinencia del uso de drogas, de desvinculación del sujeto de su entorno, y de uso de la fuerza si la persona se negara a tratarse.

La Ley de Salud Mental N° 26.657 reubicó a los problemas vinculados a los usos de sustancias en el campo de la Salud Mental corriéndolos del ámbito de la persecución penal (Pawlowicz y otros, 2011). Esta ley también vino a poner un marco regulatorio y respaldar los debates que distintos actores venían desarrollando en torno a la necesidad de una perspectiva respetuosa de los derechos humanos para pensar e intervenir en los problemas asociados a los consumos de sustancias.

Y aunque en este campo siguen persistiendo matrices morales, neurobiológicas y criminalizadoras como las que se expresan en la ley 23.737, la perspectiva que se plantea en esa Ley de Salud Mental es de gran valor práctico y un punto de referencia ineludible en la construcción de nuevas formas de pensar los cuidados de las personas que consumen sustancias psicoactivas.

En consonancia con este planteo de derechos desarrollaremos algunas definiciones, principios y estrategias desde **la reducción de daños** en tanto perspectiva política y teórica-instrumental.

5 Mgr. en Salud y Ciencias Sociales. Coordinadora del Área de Investigación de Intercambios AC. Docente e investigadora de la UBA y la UNM.- maria_piapawlowicz@hotmail.com

6 Trabajadora Social. Miembro fundadora de Intercambios AC. Docente e investigadora de FSOC/UBA y de la UNM. paulagoltzman@intercambios.org.ar

ALGUNAS PRECISIONES SOBRE LAS PRÁCTICAS DE CONSUMOS DE SUSTANCIAS

El uso de sustancias forma parte de las acciones de la vida de las personas y los grupos. Al mismo tiempo, en cada situación particular podemos distinguir cómo se combinan y entrelazan diferentes dimensiones. Justamente por esa multiplicidad de factores es que se trata de un fenómeno complejo y diverso.

Es diverso porque en cada situación varían los sentidos, los rituales, las costumbres, las normas grupales, las formas de disfrutar-padecer y de arriesgarse-cuidarse. Varía la posibilidad de contar o no con apoyos sociales en el sentido de otras personas que lxs cuiden. Y varía en el carácter de legalidad/ilegalidad según la sustancia, el grado de visibilidad y de estigmatización, la edad y la identidad de género de las personas, y la situación de vulnerabilidad. Estas diferencias, por nombrar algunas, configuran panoramas muy diferentes.

Nos relacionamos de diferentes maneras con esos objetos llamados genéricamente drogas. Son objetos que las personas consumimos, compramos, circulamos, compartimos en el seno de los entramados de las relaciones sociales.

Retomando el planteo de “*Ideas poderosas*” (Goltzman, 2018) en cada situación de consumo podemos distinguir ciertos elementos que se configuran de un modo específico: personas, sustancias en tanto objetos, modos en que se usan las sustancias y el contexto en que ese uso acontece. En este último elemento, las variables temporales y espaciales cobran especial importancia.

Para ejemplificar la importancia de estas coordenadas témporo-espaciales de las situaciones de consumo de sustancias, podemos reflexionar sobre cómo operaron durante el confinamiento a raíz de la pandemia del COVID 19. Un estudio realizado en los primeros meses del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) mostró que “entre las personas de 35 a 44 años, un 55% aumentó el consumo de alcohol en cuarentena. Inversamente, las personas de 18 a 24 años son las que en mayor proporción lo redujeron (38,12%)”. “Entre quienes disminuyeron, el 70% mencionó como motivo la falta de salidas o eventos sociales (especialmente en grupo de 18-24 años)”. “Entre las razones para tomar más alcohol, prevalecen las que suponen una desorganización del tiempo (42,2% porque tienen más tiempo libre y 29,4% por la falta de una rutina estable)” (Jones y otros, 2020). “*Falta de salidas, tiempo libre, falta de rutina*” fueron referencias a cómo en esa organización excepcional de los espacios - tiempos de circulación impactó en otros modos de organización de las actividades de la vida cotidiana.

Otra cuestión central sobre los consumos que queremos señalar es: que cambian. Cambian en el tiempo, con matices en sus sentidos y en los acuerdos sociales sobre los modos de consumir. Por ejemplo, el consumo de tabaco en lugares públicos fue modificándose en las últimas décadas. Recordemos que hace 20 o 30 años era usual fumar cigarrillos dentro de los bares, en los programas de televisión y en las aulas de las universidades. Esas situaciones ya no transcurren de ese modo en la actualidad.

En otra escala, de lo singular de cada trayectoria subjetiva, también encontramos que las formas en que las personas se vinculan con las sustancias cambian a lo largo de su vida. Incluso cuando nos referimos a un consumo problemático, en las trayectorias subjetivas se distinguen momentos de menor o nulo consumo y otros de mayor consumo. Variaciones que, en general, acompañan otros acontecimientos vitales como el cuidado de la salud, las experiencias laborales, las relaciones afectivas, entre otros.

En este sentido, reflexionar en clave histórica sobre cómo se fueron modificando los consumos a lo largo de cada recorrido singular, nos muestra que pueden ser de otro modo. Esta idea nos brinda una pista para intervenir, y se contrapone a un estereotipo de las “adicciones” como identidades cristalizadas. Como nos recuerda la Ley de Salud Mental (art. 7), el Estado reconoce el derecho a que no sean considerados estados inmodificables (Pawlowicz, 2015).

ESTRATEGIAS DE CUIDADO DESDE EL ENFOQUE DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS

El enfoque de reducción de daños puede ser definido como una forma de cuidado “más allá de las drogas” (Godoy y otros, 2012-2014). Estas formas de cuidado integran dimensiones de complejidad e integralidad.

Cuidar desde la complejidad es ubicar a las prácticas de consumo en el contexto de una sociedad capitalista que convierte en producto de consumo casi toda forma de existencia. Lo que diferencia, entre otras cosas, a las sustancias psicoactivas de otros consumos, es la ilegalidad de muchas de las sustancias que son consumidas y la condena por parte del cuerpo social hacia quienes ejercen esa práctica. Cuidar desde la complejidad es también romper con la idea de “causa-efecto” para ejercer un cuidado que no necesariamente interceda en el vínculo sujeto-sustancia, sino en una perspectiva de cuidado de las relaciones de los sujetos con sus entornos.

Cuidar desde la integralidad es considerar las múltiples dimensiones de la vida humana. Poniendo a los consumos de sustancias como una parte de la vida, pero nunca la totalidad de la vida. Una estrategia de cuidado integral debería también preguntarse por la educación, la vivienda, el trabajo, la salud, el deseo de las y los sujetos “más allá” de sus consumos. Se abren así alternativas de cuidar al otrx en algunas de estas dimensiones.

Cuidar desde la integralidad involucra leer en clave histórica las trayectorias de consumo de las personas y los grupos. Situar virajes, marcas, transitoriedades, sentidos de los eventos, movimientos en los vínculos y en las pertenencias sociales.

Desde el enfoque de reducción de daños, las estrategias de cuidado incluyen una variedad de intervenciones que pueden desplegarse en el plano individual, grupal y colectivo. En el plano individual, podemos mencionar, el trabajo con información y recomendaciones fundamentadas para reducir riesgos en las prácticas de consumo y la provisión de materiales para un uso más cuidado de sustancias. Abriendo la mirada más allá de las drogas, muchas intervenciones con personas que consumen sustancias también

incluyen asistencia alimentaria, de vivienda, o alternativas para la generación de ingresos.

Desde un plano grupal, cuidar de las personas es trabajar integrando en las intervenciones los saberes y prácticas de apoyo y sostén entre pares. Es respetar la diversidad de los grupos humanos e interactuar con empatía social y amorosidad ante todas las formas que adquiere la vida humana.

Desde un plano colectivo, cuidar a las personas implica interpelar el sentido común que asocia las sustancias únicamente con el veneno y el peligro. Es producir nuevas narrativas sobre las drogas, los sujetos y sobre los escenarios de estas prácticas.

Cuidar desde la perspectiva de la reducción de daños es invitar a recrear un trabajo colectivo de transformación de las matrices de pensamiento que incluye también la tarea de Interrogar las emociones con las que se articulan. Afectos como el miedo y la sensación de peligro pueden obturar la elaboración, y alimentar procesos de estigmatización.

Es movilizar las estructuras y dispositivos institucionales para producir servicios más alojadores de las y los sujetos.

Es favorecer el acceso y la disponibilidad de los servicios de salud de tal modo que el trato sea humanizante y se supere la inercia a la fragmentación y se integre la lectura de las condiciones sociales de existencia. Es propiciar orientaciones que faciliten la toma de decisión, “qué las personas sepan que les está pasando”, y se les brinde información oportuna y adecuada a los campos de sentido propios de cada población.

Cuidar desde el posicionamiento ético de la reducción de daños es reconocer al otrx en su singularidad y en sintonía con la perspectiva de derechos. Porque consumir sustancias NO puede ser un hecho que denigre ni que restrinja o despoje de derechos a las personas. Entonces, se trata de un posicionamiento ético basado en el reconocimiento del otrx, no sólo como diferente a unx mismx, sino en su propia y singular alteridad (Dussell, 1988). Un reconocimiento que habilite y disponga la escucha de la perspectiva del otrx, con sus propias prioridades, deseos, problemas y compromisos.

ACTIVIDADES PARA / DESDE LOS CUIDADOS:

Dejamos aquí algunos interrogantes como invitación a seguir pensando junto con otrxs en el proceso de lectura de la Bibliografía de este apartado.

- ¿Que implica la inclusión de los consumos problemáticos en el campo de la salud mental que establece la Ley de Salud Mental?
- ¿En qué sentido los problemas de consumos de sustancias son complejos y diversos?
- ¿Qué valor pensás que tienen la identificación del espacio y tiempo de las situaciones de consumo para pensar las estrategias de cuidado?
- ¿Qué reflexiones te generan las estrategias de cuidado pensadas desde la complejidad e integralidad de los problemas vinculados a los consumos de sustancias?
- Del repertorio mencionado de estrategias de cuidado en el plano individual, grupal y colectivo, ¿Cuáles te parecen replicables en tu trabajo cotidiano?

- ¿Se te ocurren otras estrategias de cuidado que podrías incluir dentro del enfoque de la reducción de daños?

BIBLIOGRAFÍA

- Dussell, E. (1988) *Para una ética de la liberación latinoamericana*. Bogotá: Nueva América.
- Godoy, A.; Ramos, B.; Santos Vitorio, E.; Sant´Anna, M.; De Castro Marques, M.W. y Marcondes, R. (2012-2014) Caderno do redutor & da redutora de danos. Contenido elaborado por los participantes del Foro Estadual de Reducción de Daños de San Pablo. Centro E de Lei. Disponible en: <https://edelei.org/wp-content/uploads/2019/01/Caderno-do-Redutor-e-da-Redutora-de-Danos-E-de-Lei.pdf>
- Goltzman, P. (2018) *Ideas poderosas: producción de salud y cuidado en el uso de drogas con adolescentes*. CABA: Intercambios AC. Disponible en: <https://intercambios.org.ar/assets/files/Ideas-poderosas.pdf>
- Jones, D.; Camarotti, A.C.; Cunial, S.; Dulbecco, P. y Güelman, M. (2020). Consumo de alcohol en la cuarentena por COVID-19. Encuesta en el Área Metropolitana de Buenos Aires (mayo, 2020). Informe. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. Instituto de Investigaciones Gino Germani / CONICET. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <https://www.issup.net/files/2020-06/Estudio-alcohol-en-cuarentena%20G.GERMANI.pdf>
- Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Argentina. Sancionada: 25-11-2010. Promulgada: 2-12-2010
- Pawlowicz, M.P. (2015) “Ley de Salud Mental. Apuesta a un cambio de paradigma y oportunidades para una reforma en las políticas de drogas” En: Revista Voces en el Fénix. Año 6. N° 42. Disponible en: <http://www.vocesenelfenix.com/content/ley-de-salud-mental-apuesta-un-cambio-de-paradigma-y-oportunidades-para-una-reforma-en-las-p>
- Pawlowicz, MP; Galante, A.; Goltzman P; Rossi, D.; Cymerman, P.; Touzé, G. (2011) “Dispositivos de atención para usuarios de drogas: Heterogeneidad y nudos problemáticos”. En Blanck, E. (coord.) Asesoría General Tutelar. *Panóramicas de Salud Mental: a un año de la Sanción de la Ley Nacional N° 26.657*. 1ª Edición. N°6 de la Colección: De Incapaces a sujetos de derechos. Ed. Eudeba. Buenos Aires, p. 169-187. Disponible en: <https://intercambios.org.ar/assets/files/Dispositivos-deatencin....pdf>
- Touzé, G. (org.) (2006) *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Bs. As: Intercambios Asociación Civil - Federación Internacional de Universidades Católicas.

Algunos otros dibujos para complementar. Por si quieren agregar a sus actividades.



