

REHABILITACIÓN Y SALUD MENTAL:

Desafíos para la intervención
del Trabajo Social hoy



Hospital Donación Francisco Santojanni

Directora General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional
Dra. Andrea Andreacchio

Director Médico
Dr. Federico Charabora

Subdirector Médico
Dr. Carlos Falco

Secretaria del Comité de Docencia e Investigación
Dra. Verónica Geronazzo

Jefa de Departamento Técnico
Lic. Leticia Lavaselli

Jefa de División Servicio Social
Lic. Mariana Vincenzino

Consejo Profesional de Graduados en Trabajo Social CABA

Presidenta: Lic. Laura Di Bella
Vicepresidenta: Lic. María Margarita Zubizarreta
Secretaria General: Lic. Florencia Presta
Prosecretario: Lic. Juan Pablo Burwiel
Tesorera: Lic. Candelaria Rodríguez
Protesorera: Lic. Clelia Mecca

Vocales Titulares
Lic. Mariana Maldonado
Lic. Ana Vallejos
Lic. Evelina Simonotto
Lic. Nadia Polanco
Lic. Micaela Manteiga

Vocales Suplentes
Lic. María Clara Santander
Lic. María Isabel Bertolotto
Lic. Fernanda Layño
Lic. Mariana Ruiz
Lic. Agustina Cassinelli

Editoras
Lic. Guadalupe Aranda
Lic. Melisa Lerner
Lic. Gisela Sesa
Lic. Mariana Vincenzino

Diseño
Nicolás Nuñez

Rehabilitación y salud mental : desafíos para la intervención del Trabajo Social hoy / Laura Gersberg ... [et al.]. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social, 2026. Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-26269-5-2

1. Salud Mental. 2. Trabajo Social. I. Gersberg, Laura I. Gersberg, Laura CDD 353.64

ÍNDICE

Presentación. Lic. Laura Di Bella.....	pág 5
Prólogo. Lic. Mariana Vincenzino.....	pág 6
Abordaje familiar: Las adicciones y el rol de la familia. Lic. Laura Gersberg	pág 8
Cuidados y discapacidad: Una perspectiva desde el Trabajo Social. Lic. Karina Brovelli	pág 13
La intervención del Trabajo Social en internaciones por motivos de salud mental: Un análisis desde la práctica en un hospital general. Lic. Nadia Fernandez Ventura	pág 21
Maternidades y padecimiento psíquico. Reflexiones desde la Terapia Ocupacional. Lic. Daniela Testa, Irina de Simone y Andrea Spampinato	pág 31
El dispositivo Acercate: Un modelo de intervención territorial para la salud comunitaria. Lic. Johanna Ferro.....	pág 38
Bioética en la atención de la salud mental: Autonomía y desafíos clínicos. Lic. Cecilia Dominguez.....	pág 44
Policonsumos: Un análisis integral de causas, consecuencias y abordajes. Dr. Jose Carlos Caprara.....	pág 49
Intervención con personas en situación de calle y padecimiento mental severo: El modelo del equipo ASIC. Lic. Carolina Feldman y Marcela Acevedo	pág 57
Abordaje interdisciplinario de las infancias: Una perspectiva crítica sobre la patologización y el diagnóstico. Lic. Alejandra Giacobone y Patricia Mayansky	pág 63
El rol del Trabajo Social en la internación de adultos con problemáticas de salud mental: Un análisis de caso desde el Hospital Santojanni. Lic. Gisela Sesa, Vanesa Benegas, Estela Poveda y Julia Rovere.....	pág 68
Lo singular en lo colectivo: Un enfoque psicoanalítico sobre la infancia, la psicosis y el dispositivo “la cigarra”. Lic. Evangelina March.....	pág 76
Estrategias territoriales en salud pública: Un análisis de políticas de consumo e intervenciones en comunidades vulnerables. Lic. Florencia Pelagagge.....	pág 82

ÍNDICE

Perspectivas sobre adolescencias, género y salud pública. Lic. Mariana Vazquez	pág 89
Modelo pedagógico y operativo de la escuela domiciliaria Nº 2 - Nivel Secundario. Prof. Julio Robbiano y equipo	pág 96
La intervención del Trabajo Social en la guardia: Un análisis basado en la experiencia del Hospital Santojanni. Lic. Loana Monetta y Olga Caballero.....	pág 103
Gestaciones, partos y puerperio atravesados por el consumo de sustancias. Lic. Agustina Soncini, Luciana Faraone, Maria Ines Marquez, Daiana Cichello	pág 109
El apoyo a la inclusión escolar: Una perspectiva desde el Trabajo Social. Lic. Gisela Sesa y Melisa Lerner.....	pág 118
El impacto del acontecimiento traumático y conductas autolesivas en adolescentes - Parte I. Lic. Gabriela Insua.....	pág 125
Análisis psicosocial del trauma, el abuso y la adolescencia - Parte II. Lic. Gabriela Insua.....	pág 131
Análisis del Dispositivo Hospital de Día Mafalda. Lic. Daniela Antonaccio y equipo	pág 138

Presentación

Palabras de la Lic. Laura Di Bella, Presidenta del Consejo Profesional de Trabajo Social CABA

Desde nuestro Consejo Profesional de Trabajo Social de la Ciudad de Buenos Aires, celebramos y acompañamos las iniciativas que, como la desarrollada por colegas del Hospital Santojanni, promueven espacios de formación, reflexión y producción colectiva en torno a las prácticas profesionales. En un contexto social atravesado por profundas desigualdades, reafirmamos la necesidad de pensar la salud mental desde un enfoque integral, situado y con perspectiva de derechos, que reconozca su carácter histórico, social y cultural, tal como lo establece la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Sostenemos que el abordaje de la salud mental exige una perspectiva interdisciplinaria que articule saberes y prácticas provenientes de distintos campos. En este sentido, el Trabajo Social aporta una mirada específica sobre las condiciones de vida, los lazos sociales y las redes comunitarias. Nuestra intervención se orienta a fortalecer el acceso a derechos, promover la inclusión y acompañar procesos complejos desde una construcción de la salud mental que integre las dimensiones sociales, subjetivas y materiales de la vida de las personas.

En este marco, desde nuestro Consejo Profesional impulsamos la visibilización y jerarquización de la producción de conocimiento de nuestras colegas, promoviendo la publicación de experiencias, reflexiones e investigaciones surgidas de la práctica cotidiana. Entendemos que estas producciones no sólo enriquecen el campo profesional, sino que también constituyen una herramienta para disputar sentidos, fortalecer la intervención y consolidar un Trabajo Social comprometido con la salud pública, los derechos humanos y con la sociedad.

Prólogo

Lic. Mariana Vincenzino

Somos un grupo de trabajadoras sociales que se desempeña en el Hospital D. F. Santojanni, con distintas trayectorias y experiencias, que hemos confluído en la organización de esta instancia de capacitación de posgrado que ha tenido como objetivo promover un espacio de reflexión y debate acerca de nuestras prácticas profesionales institucionales en los actuales escenarios socio-culturales, así como la posibilidad de plantear modos renovados y estrategias en concebir las intervenciones bajo la perspectiva del derecho a la atención integral de la salud mental y la rehabilitación.

Esta iniciativa se forja en el contexto de la inminente apertura de una sala específica de internación para usuarios con afectación de su salud mental, en el hospital donde nos desempeñamos. Desde el marco de la presente estrategia de gestión del Servicio Social, se ha procurado generar las condiciones para la incorporación de saberes y herramientas. Su finalidad es arrojar luz a las problemáticas complejas con las que cotidianamente nos encontramos. Todo ello, en pos de la producción de posibles respuestas a las mismas.

Nuestras inquietudes fueron volviéndose cada vez más ambiciosas a medida que avanzamos con los encuentros, los intercambios y el material bibliográfico. Por ello, llegamos a desear, que un mayor número de colegas pudieran enriquecerse con su publicación. El Consejo Profesional de Graduados de Servicio Social o Trabajo Social alojó nuestra iniciativa desde los inicios y permitió que sea una realidad tangible.

La planificación y ejecución del curso no han estado exentos de dificultades, teniendo el grupo que sortear distintos escollos y frentes para su viabilidad y concreción. Pero sostenemos que la organización mancomunada en torno a un objeto de investimento, tiene la potencialidad para sobrellevar los posibles obstáculos y resistencias, que van surgiendo a lo largo del camino.

Todo este esfuerzo conjunto de organización, fue posible gracias a la sumatoria de voluntades desinteresadas que aportaron su experiencia, tiempo y conocimientos al servicio de la actualización profesional continua. Desde ya, todo nuestro agradecimiento por la generosidad que han demostrado los docentes invitados.

A través de los diferentes encuentros que compartimos nos propusimos problematizar la atención integral de las personas que transitan por los distintos niveles de intervención del sistema de salud y presentan un padecimiento subjetivo, en su amplia gama de presentaciones, desde patologías orgánicas hasta aquellas atravesadas por condicionantes biopsicosociales. La perspectiva de abordaje de todas ellas versará sobre la noción de clínica ampliada, apelando a recursos que apuntan a la interseccionalidad de género, etnia, edad, clase, y la transversalidad de prácticas de origen biomédico, psicológico y social. Se pondrá de manifiesto el trabajo en torno al lazo social como horizonte de las intervenciones de Trabajo Social en salud mental y rehabilitación.

Adherimos a la noción de salud mental planteada por Lucía del Carmen Amico (2005), que recalca que se trata de un término cuyo contenido es, en gran medida, valorativo; ya que las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos afectivos, cognitivos y del comportamiento utilizados para designar a una persona como sana o enferma, varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y período histórico.

Por su parte, Emiliano Galende plantea coincidentemente que “los problemas comprendidos en el campo de la salud mental pertenecen enteramente

a la producción y circulación de valores en las relaciones humanas. Aun cuando la naturaleza de los hombres esté comprometida y participe en estas relaciones, los valores de salud y enfermedad mental, tanto en los individuos como en los grupos humanos, los modos técnicos en que son abordados y los saberes que se ponen en juego, requieren de una referencia a la realidad social, recortan en ella un sector de la problemática subjetiva que instaura y regula el comportamiento de prácticas ligadas a ese sector” (Galende, 1994).

Este autor afirma la necesidad de analizar el conjunto complejo de articulaciones que se establecen entre la producción social de valores en salud mental, los modos históricos de representación de los problemas que suscita la enfermedad mental, es decir, la conformación de saberes y teorías, y las prácticas e instituciones correspondientes.

Galende parte del postulado de que “el objeto de la salud mental no es un objeto natural, es un objeto social e histórico”, que no se restringe a la producción de enfermedades mentales, sino a los valores positivos de salud mental. Hay una representación de la salud y la enfermedad mental no tanto en quien la padece como en quien construye saberes y prácticas sobre ella. Para Amico, “el que una persona sea considerada como enferma, no sólo depende de alteraciones de su personalidad sino de las actitudes de la sociedad con relación a ese tipo de alteraciones. Este hecho demuestra cómo las representaciones sociales de la salud mental son construcciones sociales. Las categorías de salud y enfermedad son expresión de problemas emocionales, cognitivos y de comportamiento, como así también, construcciones culturales y sociales, históricamente determinadas. O sea que poseen una carga valorativa que explica por qué las definiciones de lo que es normal y lo que es patológico varían según el tiempo, el contexto y de acuerdo a los enfoques teóricos y criterios de diagnóstico utilizados, las concepciones filosóficas, morales y psicológicas vigentes y los modelos médicos y psicológicos predominante” (Amico, 2005).

Desde el marco normativo, partimos de los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, en tanto encuadre a nivel discursivo y práctico, que traza un antes y un después, en la atención dispensada en materia de salud mental en los hospitales generales de agudos como el nuestro. La creación, que ella impulsa, de los dispositivos interdisciplinarios de salud mental en el departamento de urgencias, inicialmente, hasta los paisajes actuales de las salas de internación tanto de niños, adolescentes y adultos, teñidos por población atravesada por un malestar que excede lo biológico a veces y, en otros casos, lo incorpora desde un enfoque multifactorial.

No es menor sumar los cambios sociales, que la pandemia ha dejado como huella, tanto en los usuarios del sistema como en los equipos de salud. Esta variante se consideró imprescindible para hacer reflexiones analíticas del malestar de los sujetos que demandan atención y una auto revisión de nuestras prácticas, ya que este acontecimiento del orden de lo traumático ha provocado patologías nuevas, ha puesto de manifiesto otras preexistentes y ha potenciado aquellas ya instaladas, afectando de diversas maneras a niños, adolescentes y adultos.

En el escenario actual, el Trabajo Social tiene un rol protagónico y estratégico en los equipos ínter y multidisciplinarios de la guardia, el hospital y los centros de salud. El acceso privilegiado a la cotidianidad de las personas, nuestra capacidad de planificación estratégica de las terapéuticas propuestas, la mirada centrada en la agenda de política pública vigente, el trabajo en red para transformar las limitaciones en potencialidades, entre otras fortalezas, pueden ser actualizadas, profundizadas y revisadas a la luz de este curso. Son muchos los conocimientos que podemos compartir y algunos los saberes que aportar a otras disciplinas, desde el marco conceptual propio de las ciencias sociales y la salud, y con la rigurosidad propia de la metodología cualitativa.

Clase N°1

ABORDAJE FAMILIAR: LAS ADICCIONES Y EL ROL DE LA FAMILIA

Clase a cargo de la Lic Laura Gersberg (*)

*Psicóloga egresada de la UBA con una amplia carrera en el campo de las adicciones, habiendo ocupado cargos como directora Provincial de Adicciones en la Provincia de Buenos Aires y coordinadora en diversas fundaciones e instituciones de salud. Su perfil se distingue por una sólida experiencia en diseño, gestión, supervisión y control de calidad de dispositivos asistenciales. Además, posee una vasta trayectoria en el armado y coordinación de equipos de trabajo, así como en la capacitación de profesionales en organizaciones tanto gubernamentales como privadas.



Las adicciones y el rol de la familia

Clase a cargo de la Lic Laura Gersberg

Este documento presenta una síntesis estructurada de los conceptos expuestos por la Lic. Laura Gersberg en su propuesta sobre el abordaje clínico de las adicciones. El objetivo es delinear sus ideas clave sobre la naturaleza de la adicción, las complejidades del proceso de recuperación y, de manera central, el rol fundamental que juega el entorno familiar como socio estratégico en el tratamiento. La ponencia ofrece una perspectiva pragmática y profundamente humana, alejada de dogmas y centrada en la construcción de soluciones viables.

Para orientar un tratamiento eficaz, es estratégicamente crucial definir correctamente la adicción. Propone un marco conceptual que trasciende la visión del consumo recreativo o el juicio moral para centrarse en un criterio clínico fundamental: la pérdida de la voluntad.

La definición central que propone Gersberg es simple pero poderosa: un adicto es **“alguien que no puede dejar de consumir”** y que, fundamentalmente, **“no lo hace voluntariamente”**. El principal problema, argumenta, no es la sustancia en sí misma, sino el hecho de que “funciona”. Las sustancias y las conductas compulsivas actúan como un regulador emocional y funcional para una diversidad de situaciones:

Calman situaciones diversas. Hay pastillas que te sirven para levantarte, para aguantarte el día, para soportar a tu jefe, a tu marido, para tener sexo, para no tener sexo, para dormir. Bueno, el problema es que eso funciona.

Gersberg se distancia de las visiones totalizadoras y fatalistas. Aunque reconoce el valor de dispositivos como Alcohólicos Anónimos, cuestiona su célebre frase sobre que **“la cárcel, el hospital y el cementerio son las únicas opciones”**. Sostiene firmemente que “es posible hacer alguna otra cosa” mucho antes de llegar a esos extremos. Del mismo modo, rechaza el enfoque homogéneo implícito en muchos tratamientos, enfatizando que **“no todos somos iguales”**.

Las respuestas al tratamiento, los tipos de consumo y el significado que cada persona le otorga a la sustancia varían enormemente. Por ejemplo, es común que pacientes con cuadros depresivos consuman estimulantes para poder funcionar.

La ponente se alinea con la corriente clínica que busca evitar la estigmatización del paciente. Sin embargo, advierte sobre el peligro de confundir “no etiquetar” con “no diagnosticar”. Subraya que un diagnóstico preciso es crucial **“para tener una brújula y orientar la mejor ayuda posible”**. Un diagnóstico no es una etiqueta, sino una herramienta de trabajo. Un ejemplo claro es el del **“trastorno de déficit de atención e hiperactividad no diagnosticado en la infancia”**, que puede derivar, años después, en un consumidor compulsivo que utiliza la sustancia para autorregularse.

Al comprender la adicción no como una falla moral sino como un mecanismo de regulación disfuncional anclado en la pérdida de la voluntad, se revela por qué el camino hacia la superación es necesariamente un proceso arduo y no una simple decisión de abandonar el consumo.

Partiendo de la premisa de que la adicción es un mecanismo funcional, postula

que la recuperación no puede ser un evento puntual, sino un proceso complejo, arduo y profundamente personal. Es un camino que exige una reconstrucción subjetiva, requiriendo valentía, tiempo y un enfoque adaptado a cada individuo.

La Lic. caracteriza la recuperación no como algo que “se hace por gusto”, sino como un **“acto de supervivencia”**. Es una **“decisión a largo plazo”** que implica un profundo **“cambio de posición subjetiva”** y constituye un **“acto de gran valentía”**. Es un proceso que a menudo llega tarde; la ponente destaca que suelen pasar **“entre 6 y 7 años”** desde que una persona empieza a consumir hasta que inicia un tratamiento, un lapso en el que se pierden innumerables oportunidades de intervención temprana.

Aunque existan programas y modelos estandarizados, el cómo cada persona transita ese proceso **“es individual”**. Gersberg critica los modelos tipo **“máquina de chorizo”**, donde todos los pacientes repiten eslóganes sin una verdadera apropiación del cambio. Su visión sobre las comunidades terapéuticas o “granjas” es matizada: reconoce que para algunas personas “funcionan” al proveer necesidades básicas como alojamiento y comida, pero critica que a menudo no enseñan habilidades prácticas y relevantes para reintegrarse en **“el mundo de hoy”**.

El proceso de recuperación desestabiliza no sólo al individuo, sino a todo su sistema familiar. Genera **“temor, incertidumbre, cambios en el estado de ánimo”** e **“impacta a las familias de modo imprevisible”**. Para el paciente, la experiencia es similar a la de aventurarse en lo desconocido, lo ilustra con una potente metáfora: Es como cruzar un río y vos no sabés lo que hay del otro lado.

La naturaleza artesanal e incierta de esta travesía exige una red de apoyo sólida y bien orientada, haciendo que el rol del entorno afectivo no sea accesorio, sino central para la viabilidad del proceso.

Uno de los pilares del enfoque de Laura es la participación activa de la familia. Lejos de verla como parte del problema, la concibe como un recurso indispensable para el éxito del tratamiento. El trabajo clínico debe, por tanto, orientarse a transformar este sistema en una red de apoyo eficaz.

Gersberg es categórica al afirmar que **“uno de los indicadores fundamentales para poder valorar un proceso de recuperación es la participación activa e informada de la familia”**. Los profesionales deben despojarse de la “soberbia” de creer que saben más, ya que los familiares **“conocen a nuestros pacientes mejor que nosotros”** porque tienen **“información privilegiada”** sobre su historia y su día a día. Su nivel de compromiso es un factor pronóstico determinante: si la familia **“no está enganchada, el pronóstico es -150”**.

A menudo, las familias **“reproducen de modo inconsciente muchos patrones conductuales, vinculares y comunicacionales”** del paciente, como la urgencia, la demanda incontenible y la negación. Un ejemplo de esto último es el caso del hijo que tiene una moto carísima sin que a nadie en la casa le llame la atención el origen del dinero. Introduce además un concepto clínico clave: el **“craving” del malestar**. Explica que cuando la situación comienza a mejorar, el sistema familiar, acostumbrado a una homeostasis disfuncional centrada en la crisis, a veces **“empieza a hacer macanas para volver a este malestar”**, un estado conocido que, aunque doloroso, resulta más predecible que la nueva estabilidad.

Para transformar a la familia en un aliado, es necesario un trabajo específico y orientado, que incluye las siguientes estrategias clave:

- **Propósito del grupo familiar:** Se debe aclarar que no es una terapia para “vomitar” culpas o reproches, sino un espacio **“para aprender a cómo transitar de la mejor manera posible el proceso de recuperación”**.
- **Cuidar a los cuidadores:** Es fundamental construir un **“espacio de cuidados mutuos”**, proveyendo a los familiares de herramientas para aliviar la enorme carga emocional y física que soportan.
- **Informar y capacitar:** Se debe informar a la red para que disponga de **“herramientas para acompañar de modo eficiente”**. Un familiar informado es un familiar con menos ansiedad y menos propenso a las “actuaciones” impulsivas que boicotean el proceso.
- **Flexibilidad y accesibilidad:** El equipo terapéutico debe adaptarse a la realidad de la familia, no al revés. Es imperativo **“estar disponible cuando pueden estar disponibles”**, mostrando flexibilidad con los horarios y las dificultades logísticas.

El esfuerzo de la familia y el equipo clínico, sin embargo, puede verse obstaculizado por fallas estructurales más amplias, tanto en el sistema de salud como en la sociedad.

El tratamiento de las adicciones no ocurre en el vacío, sino dentro de un sistema de salud y un contexto social con importantes deficiencias estructurales. En su ponencia, dirige una aguda crítica a estas barreras que complican y, en muchos casos, imposibilitan un abordaje efectivo.

La falta de recursos es una de las principales barreras. Gersberg señala que **“no hay equipos preparados que tengan el tiempo y las ganas”** para abordar esta problemática con la dedicación que requiere. Los turnos en hospitales públicos se otorgan **“para dentro de un mes en horario bancario”**, un plazo y un horario incompatibles con la urgencia y la realidad de los pacientes. El resultado de una investigación que realizó en hospitales de CABA y la Provincia de Buenos Aires fue desolador: **“en ninguno conseguimos citas para atender un paciente”**. Su conclusión es tajante: **“no hay una decisión política ni económica de ayudar a esta gente”**.

La crítica se extiende al ámbito académico. Las universidades, según Gersberg, no forman adecuadamente a los profesionales de la salud en consumo problemático. Ella misma, habiendo estudiado en los años 80, relata: **“nunca en la vida tuve una materia sobre consumo”**. Sostiene que el abordaje del consumo problemático no debería ser una subespecialidad, sino una competencia básica de cualquier profesional de la salud, ya que **“es una más de las problemáticas”** que atraviesan todo el sistema.

Finalmente, expone el **“doble estándar”** social, donde consumos como el alcohol están plenamente aceptados e incluso promovidos, mientras que otros son severamente penalizados. Critica abiertamente la ley 23.737, que **“pena el consumo y la tenencia personal”**, considerándola un obstáculo para un enfoque de salud pública. Además, señala la prevalencia de los psicofármacos como droga de inicio, citando el ejemplo de los numerosos chicos que llegan intoxicados a la guardia del Hospital Gutiérrez tras consumir los medicamentos que encuentran en sus propias casas.

A pesar de estas enormes barreras sistémicas, insiste en que existen estrategias clínicas concretas que los equipos pueden y deben implementar para fomentar el cambio.

La visión de Laura Gersberg sobre el tratamiento de las adicciones se resume en una filosofía de trabajo comprometida, activa y profundamente humanista. Su enfoque rechaza la pasividad clínica de **“esperar que se formule la demanda”**, una postura que permite que los pacientes se pierdan en el sistema, y aboga por una intervención proactiva. El pilar de este abordaje es la construcción de una alianza terapéutica sólida, tratando tanto al paciente como a su familia como **“socios en el proceso”**. Dicha alianza sólo puede sostenerse sobre la base de una honestidad radical, explicando desde el inicio que el camino **“no es lineal”**, que **“va a llevar por lo menos dos o tres años”** y que **“va a haber recaídas”**. Finalmente, para sacar al sistema familiar de la impotencia, esta filosofía se materializa en la acción, planteando **“objetivos a corto plazo”** y **“compromisos de acción inmediata”** que generan un sentido de avance y capacidad.

En última instancia, el mensaje de Laura Gersberg es que la recuperación, ese arduo **acto de supervivencia artesanal**, solo es posible cuando el paciente y su familia, concebidos como **socios estratégicos**, son guiados a través del río de la incertidumbre por un equipo que asume con valentía la **corresponsabilidad** del proceso.

Clase N°2

CUIDADOS Y DISCAPACIDAD: UNA PERSPECTIVA DESDE EL TRABAJO SOCIAL

Clase a cargo de la Lic. Karina Brovelli (*)

*Licenciada en Trabajo Social, Especialista en Planificación y Gestión de Políticas Sociales, Magíster en Políticas Sociales y Doctoranda en Ciencias Sociales (FSOC-UBA). Jefa de Sección del Servicio Social del Hospital Fernández. Docente y tutora de seminarios de posgrado. Investiga sobre temas vinculados a cuidados, discapacidad, género, salud, trabajo social y políticas sociales.



Cuidados y Discapacidad: Una Perspectiva desde el Trabajo Social

Clase a cargo de la Lic. Karina Brovelli

A lo largo de estas páginas, se ofrece una visión integral sobre la compleja relación entre los cuidados y la discapacidad, articulando conceptos teóricos, datos empíricos y análisis de políticas públicas.

El recorrido propuesto sigue la estructura de la presentación original, comenzando con una necesaria **reconceptualización de la discapacidad** para entender su dimensión social. Posteriormente, se abordan las **cifras clave** que dimensionan el fenómeno en Argentina, se define el **universo de los cuidados** y sus particularidades en este contexto, y se analiza críticamente el **sistema de políticas públicas** en Buenos Aires. Finalmente, se explora el impacto de las fallas sistémicas a través del fenómeno de las **internaciones prolongadas** y se concluye con las reflexiones del propio colectivo de personas con discapacidad, que invitan a un cambio de paradigma hacia una responsabilidad social del cuidado.

Comprender la evolución de los modelos conceptuales sobre la discapacidad es un punto de partida estratégico, ya que la forma en que una sociedad define un problema determina directamente las políticas públicas que diseña, las instituciones que crea y las actitudes sociales que fomenta. La presentación de Brovelli articula esta evolución en tres grandes paradigmas.

Históricamente, la perspectiva dominante entendía la discapacidad como una “tragedia individual”, un déficit de origen biológico que reside exclusivamente en el cuerpo de la persona. Desde este enfoque, la misión de la sociedad es “corregir” o “rehabilitar” esos cuerpos para acercarlos a un ideal de “normalidad”. La discapacidad es, por tanto, un asunto privado y orgánico, y la respuesta social se centra en la intervención terapéutica sobre el individuo.

A partir de la década de 1960, los propios colectivos de personas con discapacidad comenzaron a **disputar** activamente esta visión. El modelo social que impulsaron provoca un giro copernicano al trasladar el foco del problema desde el individuo hacia la sociedad. Este paradigma establece una diferencia fundamental:

- **Deficiencia:** Es una característica corporal o funcional (por ejemplo, no poder caminar).
- **Discapacidad:** Es una forma de opresión social que surge cuando un entorno diseñado exclusivamente para un cuerpo “estándar” excluye, segrega y discrimina a quienes tienen deficiencias.

El ejemplo es contundente: la incapacidad para caminar es una deficiencia, pero la imposibilidad de entrar a un edificio público porque solo tiene escaleras es lo que constituye la *situación de discapacidad*. Este modelo, que entiende la discapacidad como un problema de derechos humanos y barreras sociales, alcanzó su máximo reconocimiento en la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** (2006), ratificada por Argentina con jerarquía constitucional.

Más recientemente, perspectivas críticas en diálogo con las teorías de género y *queer* han complejizado el análisis. La “Teoría Crip” introduce el concepto de **capa-**

citismo, definido como la ideología de la “capacidad obligatoria”, que impone un ideal de cuerpo plenamente capaz que nadie puede encarnar de forma permanente. El teórico Robert McRuer señala que el estatus de plena capacidad es siempre temporal y que “la discapacidad es la única categoría identitaria que todos vamos a encarnar si vivimos lo suficiente”. Esta idea es profundamente liberadora, pues desmonta la frontera entre un “nosotros” (capaces) y un “ellos” (incapaces), y nos invita a cuestionar las normas que oprimen a toda la diversidad de cuerpos.

Esta evolución conceptual no es un mero ejercicio académico; su verdadera importancia se revela al confrontarla con la magnitud demográfica del fenómeno en nuestro país, demostrando que esta no es una cuestión de minorías, sino una realidad social estructural.

Los datos estadísticos son cruciales porque demuestran que la discapacidad no es un fenómeno marginal, sino una parte significativa y creciente de nuestra estructura social.

- **Alcance Nacional:** En Argentina, aproximadamente el **10% de la población** vive con alguna discapacidad.
- **Tendencia Demográfica:** Esta proporción tiende a aumentar debido al progresivo envejecimiento poblacional, ya que existe una correlación directa entre la edad avanzada y la prevalencia de la discapacidad.
- **Realidad en CABA:** En la Ciudad de Buenos Aires, los datos son aún más elocuentes: más de la mitad de las personas con discapacidad **requieren asistencia de otra persona** para realizar actividades de la vida diaria. De manera abrumadora, esta asistencia es provista casi en su totalidad por las familias.

Esta realidad demográfica, que sitúa a las familias como el principal pilar de la asistencia, nos obliga a dirigir la mirada hacia el universo de los “cuidados” para comprender su definición, su organización social y el trabajo que realmente implican.

En los últimos años, el concepto de “cuidados” ha transitado desde la esfera privada hacia el centro del debate público, dejando de ser visto como una tarea “natural” para ser analizado como un trabajo fundamental que sostiene la vida en sociedad y que, por tanto, constituye un objeto de análisis político.

Brovelli recurre a la politóloga Joan Tronto, quien ofrece una definición amplia y poderosa: *“Todo aquello que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro mundo de tal forma que podamos vivir en él lo mejor posible”*.

Esta definición implica que el cuidado es una **actividad**, un trabajo con una finalidad clara: sostener la vida en todos sus planos (cuerpos, seres, entorno). Para analizar cómo se organiza este trabajo, se introduce el concepto de **“organización social y política del cuidado”** de Eleonor Faur, desglosado en dos niveles:

- **Nivel Macro (El “Diamante del Cuidado”):** Describe cómo la oferta de cuidados en una sociedad resulta de la articulación entre cuatro actores clave: el **Estado** (políticas públicas), el **Mercado** (servicios privados), la **Familia** (trabajo no remunerado) y la **Comunidad** (organizaciones sociales). La configuración de este “diamante” determina qué recursos están disponibles para los hogares.

- **Nivel Micro (La Dinámica de los Hogares):** Explica cómo las decisiones y la distribución de tareas dentro de cada familia están fuertemente condicionadas por la estructura macro. Por ejemplo, la ausencia de jardines infantiles públicos en un barrio limita drásticamente las opciones de una familia, condicionando quién asume esa tarea, decisión que a su vez es mediada por relaciones de poder internas, a menudo basadas en el género.

Estas dinámicas generales adquieren características únicas y una complejidad mucho mayor cuando se aplican al contexto específico de la discapacidad.

Si bien el cuidado es una actividad humana universal, en el contexto de la discapacidad adquiere dimensiones que lo diferencian sustancialmente de otros tipos de cuidado, como el infantil. Su complejidad, intensidad y duración lo convierten en un fenómeno con características propias.

1. Cruce con la Atención de la Salud: Existe una frontera difusa pero constante entre las tareas de cuidado cotidiano y las prestaciones terapéuticas, lo que vincula permanentemente la vida de la persona con discapacidad y su cuidador/a a los servicios de salud.

2. Complejidad de las Tareas: El trabajo de cuidado abarca múltiples dimensiones:

- **Cuidados directos:** Asistencia en las necesidades básicas del cuerpo.
- **Cuidados indirectos:** Un enorme trabajo de gestión que incluye trámites, coordinación de turnos y logística.
- **Trabajo emocional:** Contener, acompañar y gestionar las emociones propias y ajenas.
- **Gestión de apoyos y entorno:** Adquirir y adaptar ayudas técnicas y modificar el hogar.
- **La “gestión de obstáculos sociales”:** Término acuñado por la socióloga María Pía Venturiello, describe la tarea permanente de «limar un entorno hostil» para que la persona con discapacidad pueda circular por la vida social.

3. Exigencias Específicas: Estas tareas imponen demandas adicionales:

- **Carga mental:** Una planificación y anticipación constantes.
- **Actitud de “vigilancia”:** Una disponibilidad mental y física permanente.
- **Exigencias físicas:** Cuidar a un adulto implica un esfuerzo considerablemente mayor que cuidar a un niño.
- **Mayor costo económico:** Asociado a insumos, medicamentos y adaptaciones.

4. Duración Indeterminada: A diferencia del cuidado infantil, que sigue una trayectoria predecible hacia la autonomía, la necesidad de cuidado en la discapacidad es variable, a largo plazo y sin un horizonte temporal definido.

Estas características configuran una demanda de cuidado masiva y altamente compleja. La pregunta clave es: ¿cómo responde el sistema de políticas públicas a esta realidad.

Para evaluar la oferta de políticas públicas en la Ciudad de Buenos Aires, se utiliza el marco del “diamante del cuidado”, analizando qué actores asumen la responsabilidad y dónde se encuentran las principales brechas.

Tiempo para Cuidar: En Argentina, el sistema de licencias laborales está casi exclusivamente centrado en el cuidado infantil. **No existe un esquema diseñado para que una persona pueda ausentarse del mercado laboral para cuidar a un familiar con discapacidad**, generando una tensión insostenible entre el trabajo remunerado y el cuidado.

Dinero para Cuidar: Existen prestaciones como la AUH por discapacidad y las pensiones no contributivas, pero sus montos son **inferiores al salario mínimo**, por lo que no resuelven integralmente la necesidad de cuidado.

Servicios para Cuidar: Este es un ámbito que Brovelli describe acertadamente como un “escenario caleidoscópico”.

- **Las promesas de la legislación:** Leyes como la 22.431 y la 24.901 prometen una cobertura universal y al 100% de todas las prestaciones que requiera una persona con certificado de discapacidad.
- **La realidad de la oferta:** La implementación de estas promesas es fragmentada y desigual.
 - **Estado (Sector Público):** Ofrece servicios de alta calidad pero la oferta es **deficitaria y no cubre la demanda**. Existen ausencias críticas como la atención domiciliaria integral o el transporte especial.
 - **Mercado (Obras Sociales y Prepagas):** Presentan un abanico de servicios más amplio, pero su acceso requiere un **enorme desgaste en reclamos, burocracia y, a menudo, judicialización**.
 - **Comunidad y ONGs:** Su rol se centra en la **incidencia política y el asesoramiento**, no en la provisión directa de servicios de cuidado cotidiano.

La conclusión de este análisis es ineludible: el sistemático incumplimiento de la legislación vigente provoca, como resultado directo, la **“familiarización del cuidado”**. Se configura así una paradoja: un país con un marco normativo progresista que, en la práctica, es socavado, forzando a las familias a absorber la totalidad de la carga que las instituciones eluden. Este sistema, lejos de ser neutral, **reproduce y profundiza las desigualdades sociales de origen**.

Ante esta sobrecarga sistémica, es fundamental explorar cómo las familias se organizan internamente para afrontar esta inmensa tarea.

Esta sección desplaza el foco del análisis macro de las políticas a la realidad micro de los hogares para explorar quién asume el cuidado, el impacto en sus vidas y la experiencia subjetiva de este vínculo.

Al interior de las familias, la distribución del cuidado sigue un patrón claro:

- Las principales cuidadoras son **mujeres** (madres, esposas, hijas), y con frecuencia la responsabilidad recae sobre una única persona.
- Con el tiempo, se produce un **“desgaste de la red de apoyo”**, dejando a la cuidadora principal cada vez más sola.
- El impacto en sus vidas es profundo: la tensión con el **trabajo remunerado** a menudo las obliga a abandonar sus empleos, implicando una **pérdida de autonomía económica**. Para las jefas de hogar, la situación se describe con el término “reventarse”, corriendo de un trabajo a otro sin descanso.

En definitiva, la organización familiar del cuidado no solo reproduce las desigualdades sociales, sino que también **profundiza las desigualdades de género preexistentes**.

La experiencia del cuidado es profundamente ambivalente, tejida de dificultades y gratificaciones.

Desde la perspectiva de quien cuida:

- **Aspectos negativos:** Relatan agotamiento físico y mental, aislamiento, la postergación de proyectos personales y la dificultad de lidiar con el “trabajo sucio” del cuidado (tareas vinculadas a la corporalidad).
- **Aspectos positivos:** También emergen la gratificación por la recuperación de la persona, la reciprocidad del vínculo y el desarrollo de nuevos saberes y competencias.

Aquí, Brovelli evoca el conocido análisis de Silvia Federici —“eso que llaman amor es trabajo no pago”— no para anular el sentimiento, sino para analizar su compleja función: el amor emerge como el motor principal que permite sostener la tarea, aun cuando esa tarea sea, en esencia, trabajo.

Desde la perspectiva de quien recibe el cuidado:

- La adquisición de una discapacidad es un **“parteaguas”** que fractura la biografía, dividiendo la vida en un antes —vivido dentro de las normas sociales de “capacidad”— y un después, marcado por la negociación constante con un entorno discapacitante.
- Surgen sentimientos ambivalentes: un profundo **agradecimiento y amor** hacia quienes cuidan, mezclado con la dolorosa **sensación de ser una carga**.
- La principal aspiración es alcanzar una **vida autónoma**, para lo cual desarrollan múltiples estrategias creativas para sortear los obstáculos de un entorno inaccesible.

Esta compleja trama de interdependencia nos lleva a una pregunta crítica: ¿Qué sucede cuando esta estructura familiar, por diversas razones, no puede sostener el cuidado?

Las internaciones prolongadas de “pacientes sociales” son la consecuencia más visible de la ausencia de políticas de cuidado para personas que, tras un evento de salud, no pueden ser sostenidas por sus redes familiares. Son la manifestación de una falla sistémica.

Una investigación en 11 hospitales públicos de Buenos Aires arrojó los siguientes hallazgos:

- **Perfil de la población:** Mayoritariamente **varones de edad media**, con cobertura de salud exclusivamente estatal y con redes familiares existentes pero insuficientes.
- **Necesidades principales:** Presentan **altas y complejas necesidades de cuidado** y apoyo para las actividades de la vida diaria.
- **Incapacidad familiar:** Sus familias no contaban con los **recursos materiales** (vivienda, dinero) ni **humanos** (tiempo, capacidades) para asumir una tarea de tal magnitud.
- **La brecha de políticas:** Se identifica una ausencia crítica de políticas de cuidado para **adultos menores de 60 años** que adquieren una discapacidad severa.

Las proyecciones indican que esta problemática se agudizará debido a la transición demográfica (envejecimiento), la transición epidemiológica (aumento de enfermedades crónicas) y los cambios en las configuraciones familiares (hogares más pequeños).

Frente a este panorama, el propio colectivo de personas con discapacidad propone un cambio de paradigma fundamental.

El movimiento de personas con discapacidad impulsa un cambio conceptual que no es un simple juego de palabras, sino una profunda redefinición de los objetivos y las relaciones de poder.

El término “**cuidados**” es resistido por el colectivo por su asociación histórica con el modelo médico paternalista, que trataba a la persona como un objeto pasivo de intervención.

El concepto de “**apoyos**” es el preferido. Los apoyos son los recursos y asistencias que necesita una persona para poder tomar sus propias decisiones. Este cambio terminológico representa un giro filosófico y político fundamental: un desplazamiento de la persona como *objeto* pasivo de cuidados a un *sujeto* activo de su propia vida, que dirige el uso de los apoyos para ejercer su **autonomía**. Esta última no se entiende como “no necesitar a nadie”, sino como “tener la capacidad de decidir sobre la propia vida”.

En este marco, emergen dos demandas centrales:

1. El derecho a vivir en la comunidad: Existe un firme rechazo a la institucionalización como solución, bajo el lema **“Nada sobre nosotros sin nosotros”**.

2. El derecho a cuidar: Se rompe la dicotomía cuidador/cuidado, ya que las personas con discapacidad también son cuidadoras (madres, padres) y demandan apoyos para poder ejercer ese rol.

Este nuevo paradigma no sólo interpela a los hacedores de políticas, sino que nos invita a todos a repensar nuestras ideas sobre independencia y responsabilidad social.

La presentación identifica un modelo de cuidados que reproduce desigualdades y una tendencia estructural al encierro. Para construir una salida, se proponen las siguientes reflexiones:

1. Potenciar el sector público: Las políticas estatales son la única herramienta capaz de quebrar la dinámica de reproducción de desigualdades.

2. Discapacidad como diversidad: Es fundamental impulsar un cambio cultural para dejar de percibir la discapacidad como una tragedia y entenderla como una manifestación más de la diversidad humana, lo cual es liberador para toda la sociedad.

3. Necesidad de políticas integrales: Se debe actuar simultáneamente sobre los **cuidados, los apoyos y la accesibilidad**, ya que un entorno más accesible disminuye la necesidad de cuidados.

4. El cuidado como responsabilidad social: El paso crucial es abandonar la idea de que el cuidado es un problema privado de las familias y asumirlo como una responsabilidad colectiva que requiere la corresponsabilidad de todas las instituciones.

La reflexión final se centra en la **interdependencia y la vulnerabilidad** como condiciones humanas universales. Lejos de la ficción del individuo autosuficiente, todos necesitamos cuidados. Reconocer esta realidad compartida es la clave para construir sociedades más solidarias, igualitarias y capaces de alojar la diversidad.

Como concluye Brovelli, “sobre todo en estos momentos de tanta crueldad”, esta apuesta por el cuidado mutuo “es una apuesta urgente”.

Clase N°3

LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN INTERNACIONES POR MOTIVOS DE SALUD MENTAL: UN ANÁLISIS DESDE LA PRÁCTICA EN UN HOSPITAL GENERAL

Clase a cargo de la Lic Nadia Fernandez Ventura

*Licenciada en Trabajo Social (UBA). Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (UNLA). Trabajadora Social del equipo interdisciplinario de la sala de internación de salud mental del Hospital Gral. de Agudos Dr. I. Pirovano (CABA). Docente de la Especialización en Salud Mental Comunitaria (UNLA).



La Intervención del Trabajo Social en Internaciones por Motivos de Salud Mental: Un Análisis desde la Práctica en un Hospital General

Clase a cargo de la Lic. Nadia Fernandez Ventura

El presente documento formaliza la ponencia que pretende analizar la intervención del Trabajo Social en las internaciones por motivos de salud mental en el contexto de un hospital general en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se abordan los modelos de atención que coexisten en el campo, el marco normativo vigente, las características de la red de servicios de la ciudad y el rol específico del trabajador social. La exposición se enriquece con la experiencia concreta de la sala de salud mental del Hospital Pirovano, un análisis del impacto de la pandemia y los resultados de un estudio epidemiológico sobre las internaciones realizadas en dicha institución.

El tema central es la práctica del trabajo social en un escenario de tensión entre paradigmas, donde la implementación de un modelo comunitario y de derechos humanos se enfrenta a una estructura de servicios que aún arrastra la lógica hospitalocéntrica. Para comprender el contexto actual de la práctica profesional, es fundamental revisar los modelos de atención que han moldeado y continúan influyendo en el campo de la salud mental.

Para contextualizar adecuadamente la práctica profesional, es indispensable comprender los paradigmas históricos y actuales que definen el campo de la salud mental. Este campo, entendido como un proceso social complejo, plural, intersectorial y en constante transformación, se caracteriza por la coexistencia de dos modelos principales que generan tensiones y desafíos permanentes: el modelo asilar manicomial y el modelo de salud mental comunitario. Alicia Stolkiner define la salud mental como un subcampo dentro de la salud general y postula que “el éxito de este campo de la salud mental sería su desaparición como tal para poder incorporarse dentro del campo de la salud en general”, subrayando la necesidad de superar la fragmentación y avanzar hacia una atención verdaderamente integral.

Este modelo, con raíces en el modelo biomédico conceptualizado por Menéndez, representa el paradigma tradicional de atención. Su enfoque tiende a negar o subordinar los saberes no biomédicos y se fundamenta en una visión restrictiva de la salud y la enfermedad. Sus características clave incluyen:

- **Biologismo y exclusión:** Prioriza la dimensión biológica del padecimiento, excluyendo o minimizando las dimensiones psicológicas y sociales.
- **Énfasis en lo patológico e individual:** Centra la atención en la enfermedad y el individuo, desconectado de su contexto histórico y social.
- **Relación asimétrica profesional-paciente:** Establece una jerarquía donde el saber del profesional se impone, excluyendo el saber y la experiencia del paciente.

- **Aislamiento y segregación:** Utiliza el manicomio como estrategia de control para aislar a las personas consideradas disruptivas o peligrosas, con el fin último de preservar el orden social.
- **Conceptualización ampliada:** Según Amarante, el manicomio no es solo una estructura física, sino un conjunto de saberes y prácticas que fundamentan la patologización y la segregación de la experiencia humana.

A partir de la segunda mitad del siglo XX, diversas experiencias de reforma comenzaron a cuestionar el modelo manicomial, proponiendo alternativas centradas en la comunidad y los derechos. Entre los antecedentes más influyentes se encuentran:

- **A nivel internacional:** La psiquiatría democrática italiana, liderada por Franco Basaglia en la década de 1970, que impulsó el cierre de los manicomios y el desarrollo de servicios territoriales.
- **A nivel regional:** La Declaración de Caracas (1990), que promovió la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina, integrándola en la atención primaria de la salud y revisando críticamente el rol hegemónico del hospital psiquiátrico.
- **A nivel nacional (Argentina):** Procesos históricos de transformación como los servicios de psicopatología en hospitales generales de Mauricio Goldenberg, las experiencias de comunidades terapéuticas en el Hospital Estévez y el proceso de desmanicomialización en la provincia de Río Negro.

Estos antecedentes históricos y luchas antimanicomiales demostraron la viabilidad de otros modelos de abordaje y sentaron las bases para su cristalización en la legislación argentina.

La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en el año 2010 representó un hito fundamental, marcando un cambio doctrinario y de paradigma en Argentina. Esta normativa estableció un nuevo marco regulatorio para la atención, alineado con los principios de la salud mental comunitaria y los derechos humanos.

Los principios y disposiciones más importantes que introduce la ley se pueden sintetizar en los siguientes puntos:

- 1. Modelo Comunitario y Derechos Humanos:** Define la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implican una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales. Promueve un modelo de atención comunitario, interdisciplinario e intersectorial.
- 2. Padecimiento Mental:** Adopta el término “padecimiento mental” para superar la noción de “enfermedad” y abarcar las dimensiones subjetivas del sufrimiento psíquico, sin asumir presunciones de riesgo o incapacidad.
- 3. Regulación de las Internaciones:** Si bien permite las internaciones, las reglamenta de forma estricta como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, que sólo debe aplicarse cuando aporte mayores beneficios que

otras intervenciones en el entorno familiar, comunitario o social.

4. Inclusión de Consumos Problemáticos: Sitúa el abordaje de los consumos problemáticos dentro del campo de la salud mental, retirándolo del ámbito penal y de la seguridad.

5. Creación de Órganos de Implementación: Establece instancias para garantizar su cumplimiento, como la **Unidad de Letrados** para asegurar la defensa técnica de las personas internadas, el **Órgano de Revisión** para proteger sus derechos, la **Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CONISMA)** y el **Consejo Consultivo Honorario**.

La ley y su enfoque promueven un conjunto de criterios que orientan las prácticas hacia la promoción de derechos. Entre ellos destacan:

- **Efectividad e Integralidad:** Los servicios y dispositivos deben estar disponibles, ser accesibles y desarrollarse en conjunto con otras dimensiones de la vida de las personas.
- **Responsabilidades Compartidas:** Las estrategias deben involucrar a diversos actores, incluyendo fundamentalmente a las familias y referentes afectivos.
- **Participación de los Usuarios:** Es necesaria una redistribución del saber y el poder entre el equipo de salud, las personas usuarias y sus familias, garantizando su participación en la toma de decisiones.
- **Universalidad y No Discriminación:** La atención debe centrarse en las personas como sujetos de derecho, respetando su singularidad y sin discriminación.
- **Sostenibilidad e Incidencia:** Las prácticas deben generar un impacto a largo plazo y estar orientadas a la transformación institucional hacia una perspectiva territorial y comunitaria.
- **Intersectorialidad y Desinstitucionalización:** Las estrategias deben evitar la institucionalización y articularse en red, sin limitarse a la derivación.
- **Abordaje Clínico y Social Ampliado:** Se debe ampliar el enfoque terapéutico más allá de lo puramente clínico, integrando la dimensión social.
- **Capacitación y Cuidado del Equipo de Salud:** Se reconoce la importancia de formar y sostener a los profesionales que llevan adelante estas prácticas.

Este sólido andamiaje legal, sin embargo, se enfrenta a una realidad estructural que pone a prueba su viabilidad, particularmente en el heterogéneo y a menudo fragmentado panorama de servicios de la Ciudad de Buenos Aires.

La provisión de servicios de salud mental en la ciudad evidencia la tensión entre el nuevo paradigma y las estructuras heredadas. A pesar de los avances normativos, sigue prevaleciendo un modelo hospitalocéntrico que dificulta la integración de la salud mental en los servicios de salud general y obstaculiza el avance hacia un modelo comunitario.

Los principales problemas estructurales identificados en la red de servicios de la ciudad son:

- **Presupuesto centralizado:** La asignación presupuestaria continúa focalizada en los efectores monovalentes (hospitales neuropsiquiátricos).
- **Fragmentación y barreras de acceso:** La red funciona de manera dispar y fragmentada, con múltiples barreras de accesibilidad entre los distintos niveles de complejidad. Las derivaciones a menudo dependen de vínculos informales entre profesionales.
- **Avances en hospitales generales:** Aunque el proceso es lento, se observan avances en línea con la ley. A las salas históricas de los hospitales Álvarez y Piñero, y a la del Hospital Pirovano (2015), se sumaron nuevas unidades: en el año 2023 se inauguraron las salas de salud mental del Durán y del Rivadavia, y en el 2024 la del Tornú.
- **Insuficiencia de dispositivos convivenciales:** El número de residencias asistidas y casas de medio camino es insuficiente para cubrir la demanda existente.
- **Desfinanciamiento de programas:** Programas clave para el sostenimiento comunitario, como los de asistencia en domicilio (ADOP) y los equipos de abordaje para personas en situación de calle, se encuentran desfinanciados.
- **Tercerización de prestaciones:** Servicios esenciales como el acompañamiento terapéutico (AT) y los hogares conveniados son tercerizados, lo que a menudo no garantiza un criterio de territorialidad.
- **Falta de intersectorialidad:** Las respuestas se concentran en las áreas sanitaria y habitacional, dejando por fuera ofertas sociolaborales, recreativas, deportivas o culturales, lo que dificulta que las externaciones sean sostenibles.

Estas deficiencias estructurales condicionan y delimitan el rol y los desafíos que enfrentan los trabajadores sociales en su práctica cotidiana dentro del sistema de salud mental.

La Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657) y la Ley de Salud Mental de la Ciudad (N° 448) legitimaron la intervención del trabajador social como un actor clave dentro de los equipos interdisciplinarios. Este marco normativo no sólo validó su participación en un campo históricamente dominado por la psiquiatría y la psicología, sino que también otorgó nuevas competencias profesionales.

El valor agregado del trabajo social en este campo se manifiesta a través de funciones y aportes específicos:

- **Nuevas competencias:** La legislación faculta al trabajador social para, junto a otros profesionales del equipo, disponer internaciones, altas, externaciones y permisos de salida.
- **Mirada integral:** Su intervención promueve una comprensión compleja de las problemáticas, integrando las dimensiones sociales y familiares de las personas internadas.

- **Dimensión terapéutica:** Se destaca el aspecto terapéutico de la intervención social y vincular, reconociendo a las personas y sus redes como sujetos con capacidad para participar en la toma de decisiones sobre su propio proceso de salud.
- **Estrategias de externación:** El objetivo central es generar estrategias de intervención para que las personas sean externadas en el menor tiempo posible y en las mejores condiciones, construyendo una red de apoyo psicosocial que evite las reinternaciones y la institucionalización crónica.

Para ilustrar cómo se materializan estos roles y desafíos, se presenta a continuación la experiencia concreta de la sala de salud mental del Hospital Pirovano.

La sala de internación de salud mental del Hospital Pirovano, inaugurada en 2015, sirve como un caso de estudio donde se materializan los conceptos, tensiones y desafíos discutidos previamente. Es un ejemplo de la implementación del artículo 28 de la Ley Nacional, que establece que las internaciones deben realizarse en hospitales generales.

La sala se encuentra en el barrio de Coghlan y presenta las siguientes características:

- **Capacidad:** Cuenta con ocho camas mixtas para la atención de personas mayores de 18 años con problemáticas agudas de salud mental. Sin embargo, frecuentemente se realizan internaciones en otras áreas del hospital (“fuera de área”), por lo que el número de pacientes suele ser mayor.
- **Equipo interdisciplinario:** Está compuesto por profesionales de psiquiatría, psicología, trabajo social, musicoterapia, terapia ocupacional y enfermería. Además, recibe rotaciones de residentes de salud mental.

La ley define la internación como un recurso terapéutico restrictivo y de corta duración, cuyo objetivo es una externación sostenible. No obstante, en la práctica cotidiana, este propósito se enfrenta a múltiples barreras.

En cuanto a los Requisitos Legales de la Internación:

- Debe ser lo más breve posible.
- Requiere la intervención de un equipo interdisciplinario.
- Se debe promover el mantenimiento de vínculos familiares y sociales.
- No debe prolongarse por problemáticas sociales o de vivienda (Art. 18).

En la práctica, se identifican numerosos obstáculos que dificultan o impiden una externación en condiciones adecuadas:

- **Problemáticas sociales:** Profundización de situaciones de vulnerabilidad económica, laboral y cultural.
- **Vínculos frágiles:** Debilidad de las redes familiares y comunitarias de apoyo.

- **Vivienda y hábitat:** Carencia de una vivienda adecuada para el egreso.
- **Escasez de dispositivos alternativos:** Insuficiencia de residencias terapéuticas, casas de medio camino y dispositivos sociolaborales.
- **Barreras de acceso:** Dificultades en la articulación con obras sociales (PAMI, Incluir Salud) y dispositivos ambulatorios que no logran cubrir la complejidad de la demanda.
- **Fragmentación institucional:** La intervención de una pluralidad de equipos (judiciales, sanitarios, sociales) que, en ocasiones, obstaculiza en lugar de facilitar los procesos.

Dentro de este complejo escenario, el trabajador social desempeña tareas fundamentales:

- **Evaluación social e intervención temprana:** Identificación de necesidades y recursos sociofamiliares para definir estrategias de cuidado desde el inicio.
- **Participación en la toma de decisiones:** Colaboración activa en la definición de estrategias terapéuticas, permisos de salida y planes de externación.
- **Registro y documentación:** Evolución diaria en la historia clínica y redacción de informes interdisciplinarios para el control judicial de las internaciones.
- **Articulación intra e interinstitucional:** Coordinación con otros servicios del hospital y con instituciones externas (gubernamentales y no gubernamentales) para garantizar el acceso a derechos.
- **Gestión de recursos:** Tramitación de certificados de discapacidad, pensiones no contributivas, programas sociales y habitacionales, y acceso a otros dispositivos.
- **Cogestión de la sala:** Participación en la gestión general de la unidad y en la resolución de problemas cotidianos, trascendiendo el abordaje de casos individuales.

Resulta crucial problematizar las propias prácticas para evitar la protocolización y la repetición de respuestas. En este sentido, el concepto de “**subjetividad heroica**” de Elena de la Aldea ofrece una herramienta de análisis valiosa. Este concepto describe una disposición del profesional que, con buenas intenciones, busca “salvar” al otro desde su propio saber, actuando sobre los problemas sin problematizarlos *con* los otros. Esta postura ubica al usuario en un rol de víctima pasiva, impidiendo que se convierta en agente de su propia transformación. La alternativa es crear dispositivos que introduzcan tiempos de demora para construir soluciones conjuntas y redefinir los problemas con los implicados.

Esta dinámica de trabajo, ya de por sí compleja, fue profundamente alterada por un evento externo sin precedentes.

La pandemia actuó como un “análizador privilegiado” que expuso las debilidades estructurales del sistema de salud mental y, al mismo tiempo, evidenció la necesidad de transformaciones acordes al paradigma comunitario.

Durante este período, se observaron cambios significativos en el funcionamiento de los servicios:

- **Centralidad en neuropsiquiátricos:** Contrariamente a lo dispuesto por la ley, la atención se centralizó en hospitales monovalentes, con una disminución de las internaciones en hospitales generales.
- **Prolongación de internaciones:** La falta de dispositivos comunitarios para la derivación dificultó los procesos de externación, llevando en muchos casos a internaciones más largas.
- **Suspensión de actividades:** Se suspendieron las actividades grupales y los permisos de salida, limitando la oferta terapéutica.
- **Restricción de vínculos:** Se restringieron las visitas y se interrumpieron los acompañamientos terapéuticos, afectando las redes de apoyo de las personas internadas.
- **Implementación de nuevas tecnologías:** Como un facilitador inédito, se generalizó el uso de teleconsultas y videollamadas para mantener el contacto con las redes sociofamiliares.

En el caso del Hospital Pirovano, la sala fue reasignada temporalmente para la atención de casos de COVID, pero el equipo de salud mental continuó brindando servicios en otro espacio del hospital, aunque con una disminución del número de internaciones. La reflexión sobre el impacto de la pandemia subrayó la importancia de contar con datos concretos para planificar políticas públicas y evaluar la implementación de la ley.

En Argentina existe una notable escasez de datos epidemiológicos sobre internaciones por salud mental, lo que dificulta la planificación de políticas y la evaluación de los procesos de desinstitutionalización. Ante esta carencia, el equipo del Hospital Pirovano construyó una herramienta propia para sistematizar información y conocer el perfil de la población atendida. A continuación se presentan los resultados correspondientes al año 2022.

Los principales hallazgos sociodemográficos y clínicos se resumen en la siguiente tabla:

Variable	Resultado Principal (2022)
Edad promedio	40,34 años (rango de 18 a 85 años).
Género	Mayor proporción de mujeres que de varones.
Lugar de residencia	Mayoritariamente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Cobertura de salud	69% con cobertura pública exclusiva.
Nivel educativo	Mayoría con nivel secundario incompleto o completo.
Situación laboral	La mayoría se encontraba desocupada al momento del ingreso.

Vivienda	La mayoría residía en vivienda propia o familiar.
Apoyo sociofamiliar	La mayoría contaba con acompañamiento y apoyo.
Certificado de Discapacidad (CUD)	La mayoría no lo poseía al ingreso; la cifra aumentó al egreso por la gestión del equipo.
Pensiones por discapacidad	La mayoría no contaba con este recurso al ingreso.
Motivo de ingreso	Principalmente cuadros compatibles con descompensación psicótica.
Diagnósticos presuntivos	Trastornos psicóticos, seguidos de trastornos de la personalidad.
Consumos problemáticos	Aunque no fue el motivo principal de ingreso, un tercio de las personas presentaba consumo problemático.

Características y Desafíos de las Internaciones

El análisis del proceso de internación reveló datos relevantes:

- **Carácter de la internación:** La mayor parte fueron involuntarias, lo que implicó la intervención de juzgados civiles, unidades de letrados y el Órgano de Revisión.
- **Duración:** La media de días de internación fue superior a la esperada para episodios agudos en un hospital general.
- **Uso de contención mecánica:** No fue una práctica recurrente en la unidad.
- **Presencia de consigna policial:** Se observó en un porcentaje elevado, principalmente en ingresos por guardia o en internaciones “fuera de área” para resguardar la integridad de la persona.
- **Acompañamiento terapéutico:** La mayoría de las personas internadas no contó con este recurso durante la internación ni al egreso.

Si bien la mayoría de los pacientes egresó a su domicilio, se registró un alto porcentaje de derivaciones a otras instituciones, como hospitales monovalentes o residencias para personas mayores. Este fenómeno se enmarca en el concepto de **transinstitucionalización**, que describe el traspaso de personas desde un hospital a otras instituciones que, si bien tienen otro fin (habitacional, por ejemplo), operan con lógicas de encierro y restricción similares, sin que ello implique un cambio sustancial en la situación de la persona.

La conclusión principal del estudio es la existencia de una correlación directa entre la **vulnerabilidad social, familiar, económica y habitacional** y las **internaciones prolongadas**. Aquellas personas que permanecen internadas por largos períodos, aún teniendo el alta clínica, son quienes carecen de una red de apoyo y de un lugar adecuado para vivir, evidenciando que la falta de acceso a derechos sociales es un factor determinante en la cronificación de las internaciones.

Resulta necesario destacar una ambigüedad sistémica: no existe una conceptualización común ni una definición legal estandarizada en Argentina sobre qué se entiende por “internación prolongada”. Esta falta de consenso dificulta

la medición, comparación y planificación de políticas públicas orientadas a la desinstitucionalización efectiva, ya que lo que un equipo considera prolongado puede no serlo para otro, obstaculizando una evaluación rigurosa del cumplimiento de la ley.

La práctica del Trabajo Social en salud mental se desarrolla en un campo de tensiones, donde los avances normativos conviven con inercias institucionales y déficits estructurales en las políticas públicas. La experiencia del Hospital Pirovano demuestra que, si bien la internación en hospitales generales es un paso fundamental, no es suficiente sin una red robusta de dispositivos comunitarios y una respuesta intersectorial que aborde las complejas determinantes sociales del padecimiento mental. Como afirmó el referente Emiliano Galde, fallecido recientemente, el futuro de la salud mental está intrínsecamente ligado al rumbo que tome el Estado y la sociedad en su conjunto: *“Nunca, como en estos tiempos el futuro de la salud mental [...] depende de los rumbos del Estado, de la conformación de lo público y de la respuesta que la sociedad y la cultura tengan para esas direcciones.”*

Para quienes deseen profundizar en los temas abordados, se sugieren los siguientes materiales:

- Los tres relevamientos sobre política pública de salud mental realizados por la APS (Asociación de Profesionales de Servicio Social del GCBA), sindicato de la ponente.
- El libro *Prácticas en salud mental. Abordajes y procesos de cuidado*.

Clase N°4

MATERNIDADES Y PADECIMIENTO PSÍQUICO. REFLEXIONES DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL

Clase a cargo de la Lic. Daniela Testa,^(*)
Irina de Simone^(*) y Andrea Spampinato.^(*)

* Integrantes del Programa Género, Identidad de Género y Diversidad Sexual del Hospital José T. Borda. Daniela Testa es Lic. en Terapia Ocupacional (UNSAM). Mg. en Políticas Sociales (FLACSO). Dra. en Ciencias Sociales (UBA). Docente investigadora (UNAJ). Irina de Simone, por su parte, es Lic. en Terapia Ocupacional (UBA). Maestranda en Antropología (UNSAM). Coordinadora General de la Residencia de Terapia Ocupacional del GCABA. Finalmente, Sandra Spampinato es Lic. en Terapia Ocupacional (UNSAM). Mg. en Diseño y Gestión de Programas Sociales (FLACSO). Jefa de Sección Área Rehabilitación Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital José T. Borda. Presidenta de la Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales.



Maternidades y Padecimiento Psíquico. Reflexiones desde la Terapia Ocupacional

Clase a cargo de la Lic. Daniela Testa, Lic. Irina de Simone y Lic. Andrea Spampinato

El tema central de su exposición es abordar las experiencias de maternidad desde una perspectiva de complejidad, utilizando las narrativas de mujeres que participan en dispositivos de salud mental para cuestionar los modelos hegemónicos y proponer nuevas formas de intervención. A través de su análisis, las ponentes se proponen describir estas vivencias, interpelar los ideales de capacidad y autonomía, y resaltar la responsabilidad del Estado en la creación de sistemas de apoyo adecuados.

Para enmarcar su análisis, las ponentes establecen una serie de objetivos estratégicos que guían su reflexión sobre las narrativas presentadas. Estos objetivos no solo delimitan el alcance de su trabajo, sino que también declaran su posicionamiento ético y político como trabajadoras del sistema de salud público.

Los tres objetivos principales de la ponencia son:

- 1. Describir y reflexionar** sobre las narrativas de mujeres con padecimientos mentales que participan en un dispositivo específico de salud mental: un emprendimiento social en salud.
- 2. Cuestionar los ideales hegemónicos** de capacidad y autonomía que dificultan el ejercicio del derecho a maternar y a desear.
- 3. Resaltar la necesidad** de que los estados diseñen y provean programas sociosanitarios que administren sistemas de apoyo adecuados para el ejercicio de la parentalidad, en concordancia con los marcos normativos vigentes.

Las narrativas se recogen dentro de un dispositivo de terapia ocupacional de carácter grupal y mixto, donde los participantes comparten aproximadamente 12 horas semanales en un taller de producción artesanal. Este espacio de cercanía y trabajo cotidiano se convierte en un lugar privilegiado para el acompañamiento, la intervención y la reelaboración de las experiencias vitales de las usuarias.

La metodología empleada es de carácter **cualitativo**, fundamentada en el análisis de las narrativas de cuatro mujeres y en los registros de campo recopilados a lo largo de la experiencia en el dispositivo terapéutico. La reflexión se estructura a partir de tres supuestos analíticos clave que actúan como pilares de la exposición:

- **Interseccionalidad y Dificultades Ampliadas:** Las mujeres con padecimientos psíquicos, incluyendo el consumo problemático, enfrentan mayores dificultades para ejercer su derecho a maternar. Esta situación se agrava debido a la intersección de múltiples factores de vulnerabilidad y al cuestionamiento constante de los ideales hegemónicos de capacidad.

- **Deshumanización Estructural:** Las personas con padecimientos mentales, consumos problemáticos o discapacidades son frecuentemente ubicadas en lugares estructurales de deshumanización, desigualdad y menosprecio. A priori, se las considera incapaces de ejercer su autonomía, desear o maternar.
- **Responsabilidad del Estado:** Los estados tienen la responsabilidad ineludible de diseñar e implementar programas que no solo garanticen el ejercicio de la parentalidad, sino también el derecho fundamental al goce y al disfrute, aspectos a menudo invisibilizados en los proyectos de vida de estas personas.

Estos supuestos sientan las bases para el análisis posterior, que busca desnaturalizar el concepto mismo de maternidad para comprender cómo opera en la vida de estas mujeres.

Las ponentes proponen analizar la maternidad no como un hecho biológico natural, sino como un **dispositivo político, ético, simbólico, cultural y social**. Este dispositivo modela las experiencias individuales y, en muchos casos, legitima y profundiza las desigualdades existentes. La estrategia expositiva consiste en abordar la problemática del consumo problemático “por la ventana de la maternidad”, utilizando esta última como un prisma para observar las intersecciones de la exclusión.

Se realiza una crítica a la identificación histórica y cultural del ideal de la **“buena madre”**, un modelo inalcanzable que genera opresión. Se subraya la importancia de que los profesionales de la salud, como trabajadoras sociales y terapistas ocupacionales, interpelen sus propias ideas preconcebidas sobre este ideal, ya que estas influyen directamente en la micropolítica de sus intervenciones cotidianas, pudiendo reproducir o transformar las lógicas de opresión.

La reflexión se extiende desde el profesional individual hacia las estructuras que lo contienen. Se argumenta que no basta con la autocrítica de los trabajadores, sino que es fundamental **interpelar los dispositivos y las instituciones**, ya que estos moldean las representaciones y prácticas, a menudo atrapando a los profesionales en lógicas que superan sus “buenas intenciones”.

Para comprender las raíces de estas lógicas institucionalizadas en Argentina, se introduce el concepto de **“maternalización política”**, basándose en los trabajos de historiadoras como Marcela Nari, Carina Ramacciotti y Carolina Biernat. Este proceso histórico fundó las primeras intervenciones de asistencia social y protección a la maternidad en el país, consolidando un “corazón ideológico” que dejó huellas naturalizadas en las instituciones de salud y asistencia. Esta crítica institucional sirve como antesala a los relatos de casos, que ilustran cómo estas lógicas operan en las trayectorias de vida de las mujeres.

Eje 1: Los Caminos de la Autonomía y las Lógicas Asistenciales

Este eje explora la profunda tensión entre los derechos a la autonomía, consagrados en los marcos legales, y las barreras estructurales (materiales, sociales y simbólicas) que impiden su ejercicio efectivo. Las narrativas revelan cómo las condiciones de vida y las lógicas institucionales chocan, limitando las posibilidades reales de estas mujeres.

“Me dieron de baja en el tratamiento” dijo sin comprender del todo la decisión del

equipo terapéutico de no continuar atendiéndola porque llegaba tarde o a veces no concurría luego de haber nacido su bebé. Tenía que viajar más de una hora para llegar al hospital y le resultaba difícil encontrar quien cuidara de su pequeño hijo durante el tiempo que necesitaba para asistir a terapia. Tampoco contaba con apoyo familiar y su situación social y económica comprometía su salud y la del bebé. Desde terapia ocupacional concentramos esfuerzo para tejer una trama y un sistema de cuidados y apoyos que no existían. Logramos algunos recursos y alianzas intersectoriales que no alcanzaron para evitar que esta usuaria sufriera una grave crisis. El episodio finalizó con una internación de urgencia y la consecuente separación y disolución del vínculo con el bebé, quien fue asignado a un hogar de niños.

- **Marcos Legales vs. Realidad Material:** Se destaca la brecha entre los avances normativos que promueven la autonomía (Ley de Salud Mental, nuevo Código Civil) y las condiciones estructurales que la restringen. La autonomía no puede ejercerse en el vacío si no existen las condiciones materiales y sociales para ello.
- **Racionalidad Asistencial vs. Racionalidad de la Vida:** Se expone el conflicto entre la lógica de los sistemas de salud (horarios rígidos, burocracia) y las necesidades de la vida cotidiana de una madre con un hijo pequeño. Los hospitales y dispositivos asistenciales no están preparados para recibir niños, lo que condiciona el acceso a la salud.
- **Miradas Punitivistas e Hipervigilancia:** El sistema a menudo responde con mecanismos de juicio y vigilancia sobre la capacidad de maternar. Esto se agudiza en casos de consumo problemático, resultando en maternidades que son “abandonadas o hipervigiladas”, pero rara vez acompañadas con apoyos adecuados.
- **Intermitencia del Padecimiento:** Se resalta la importancia de comprender la “intermitencia” del padecimiento psíquico. El desconocimiento de este concepto por parte de la “maquinaria psiquiátrica-judicial” lleva a demandas de garantías absolutas e imposibles sobre la capacidad de cuidado, lo que acelera la judicialización.
- **Estrategias Evitativas:** La estigmatización y la violencia institucional provocan que las mujeres eviten los controles de salud. Estas conductas, lejos de ser un signo de negligencia, son estrategias para evitar enfrentarse a situaciones de discriminación, lo que genera mayores costos emocionales y físicos a largo plazo.

Esta tensión sobre la autonomía se ve agravada por los ideales sociales de maternidad, que imponen modelos inalcanzables y justifican la exclusión.

Eje 2: Maternidades Ideales y Miradas Eugénicas

Este eje critica la noción de “normalidad” y demuestra cómo los ideales inalcanzables de maternidad se utilizan para justificar prácticas de control y exclusión sobre los cuerpos y las decisiones de las mujeres con padecimientos psíquicos.

Para esta usuaria la maternidad es un proyecto central en su vida. Cuando quedó embarazada, decidió seguir adelante sin el involucramiento de su pareja. Recibió contención familiar, especialmente de sus hermanas que la acompañaron muchísimo. En ese momento se encontraba en una etapa de recuperación de su tratamiento

de salud mental, luego de muchos años de sostener un esquema terapéutico interdisciplinario muy complejo que incluía terapias individuales grupales, terapia ocupacional, terapia de medicación, acordes a un diagnóstico biomédico que estaba encuadrado dentro de los trastornos mentales severos y de larga data. Su decisión, su identificación de este deseo de ser madre y su decisión de serlo conmovió profundamente las estrategias de quienes la trataban y visibilizó profundas distancias éticas, ideológicas, teóricas y asimetrías de poder que se evidenciaron entre los profesionales, la paciente usuaria y su familia.

- **Cuestionamiento de la “Normalidad”:** El deseo de una mujer con padecimiento psíquico de ser madre interpela la raíz misma de lo que se considera “normal” y expone las lógicas de medicalización de la vida. Su decisión incomoda a los equipos e instituciones que no saben cómo desarmar los sentidos construidos sobre lo que es normal y lo que no.
- **Exclusión del Ideal:** A estas mujeres se les niega incluso el acceso a los ideales de maternidad que históricamente han sido opresivos para todas. Como señalan las ponentes, están “luchando por subirse al tren de la opresión” del que otras mujeres intentan liberarse, pero ni siquiera se les permite ese lugar.
- **Recrudescimiento de Miradas Eugenésicas:** En los equipos de salud resurgen discursos y prácticas eugenésicas. En el caso presentado, tras el nacimiento del bebé, el equipo llegó a discutir la posibilidad de una ligadura de trompas para la paciente, sin incluirla en la decisión.

Esta usuaria un martes a la noche se comunica por WhatsApp y nos dice: “Mañana no voy a ir a terapia ocupacional porque la vecina le había gestionado un turno para ligarse las trompas y ella pensaba que seguramente iba a necesitar hacer reposo. No sabía cómo se iba a sentir porque no había hablado con nadie previamente, no le había explicado nadie nada, pero la vecina le había dicho que era una intervención sencilla”. [...] Fue así de un día para el otro en que efectivamente esta usuaria fue llevada por una vecina [...] y se dio esta situación de esterilización donde el procedimiento de cómo se le bajó esta información también resultó bastante poco transparente.

- La esterilización forzada o no debidamente informada se justifica socialmente como una “prevención” ante posibles abusos, especialmente en el ámbito de la discapacidad, lo cual es una grave violación de derechos.

- Se resume la tensión señalada por los feminismos “discas” (de personas con discapacidad): mientras el feminismo hegemónico luchaba por el derecho al aborto, ellas reivindicaban simultáneamente el **derecho a matenar con los apoyos necesarios**.

Estas miradas externas y prácticas de control no solo operan desde el afuera, sino que se internalizan, afectando profundamente la autopercepción de las madres. El juicio del entorno se convierte en una identidad interna, dando paso al peso del estigma.

Eje 3: Maternidades Atribuidas y el Peso del Estigma

Este eje introduce el concepto de “maternidades atribuidas” para describir aquellas experiencias condicionadas por la mirada devaluadora del entorno social y familiar. El estigma no solo etiqueta, sino que modela activamente la identidad, las posibili-

dades y la autopercepción de estas mujeres.

Nuestra usuaria transitó el embarazo con cuidados prenatales, con, en este caso, asistencia de su equipo terapéutico, que al contrario del ejemplo anterior sostuvo un plan de medicación psiquiátrica ajustada a su condición. Los meses posteriores comenzaron a hacerse difíciles para ella. A la carga subjetiva propia del cuidado del bebé, se fue sumando la mirada de su pareja, quien comenzó a comparar sus capacidades de maternar con el modelo de su propia madre, o sea, de la suegra. [...] Ofelia atravesó algunas crisis y fue internada en varias ocasiones. En cada episodio fue perdiendo su potestad respecto de su hijo y refiere que su suegra le dice que “se lo va a sacar”. Su pareja y su suegra deciden si ella puede llevarlo de visita a casa de otros familiares y su lugar empieza a quedar relegado.

- **La Noción de Estigma (Goffman):** La percepción de una misma está condicionada por cómo nos ven los otros. Se crea una estructura de “identidades recíprocas” donde la devaluación externa impacta directamente en la identidad interna, ya que es en la mirada de los otros donde nos percibimos en el mundo.
- **La Expectativa del Fracaso:** El entorno social (familia, vecinos, instituciones) a menudo espera el fracaso de estas madres. Esta expectativa de que “no van a poder” genera una presión inmensa y puede conducir a una especie de “fantasía autocumplida”.
- **Autoexclusión y Retraimiento:** La presión constante, el juicio y la pérdida de potestad sobre sus hijos llevan a las mujeres a autoexcluirse. Progresivamente, ceden sus funciones de cuidado no por incapacidad, sino como respuesta al entorno que las desplaza.
- **Simplificación del Cuidado:** Se critica cómo el sistema y el entorno reducen el “cuidado” a sus aspectos más materiales y observables (cumplir turnos, higiene, asistencia a consultas). Se ignora la complejidad simbólica, afectiva y relacional del cuidado, que es fundamental para el vínculo madre-hijo.

Frente a este panorama de barreras sistémicas, ideales opresivos y estigmatización, la pregunta que surge es: ¿qué alternativas de intervención se pueden proponer para construir un escenario diferente?

Como contrapropuesta a los modelos restrictivos, las ponentes abogan por la construcción de “maternidades posibles”. Este enfoque se aleja de los ideales inalcanzables y se centra en estrategias de intervención que reconozcan la singularidad de cada trayectoria y trabajen para expandir las oportunidades.

Las estrategias y conceptos clave para la intervención incluyen:

- **Ampliar los campos de lo posible:** El objetivo de la intervención debe ser encontrar, en la singularidad de cada caso, lo que se puede, lo que no, y dónde es necesario construir apoyos personalizados para que el ejercicio de la maternidad sea factible.
- **Producir sentido:** Utilizar la construcción de sentido como eje organizador de las intervenciones, en lugar de una mirada determinista o predictiva del fracaso. Acompañar la creación de un sentido propio en la expe-

riencia vincular madre-hijo.

- **Ética del cuidado:** Cuestionar la dicotomía simplista de un “débil” que recibe cuidados y un “fuerte” que los proporciona. Se debe reconocer que, aun en la fragilidad, existe la capacidad de cuidar a otros y que el cuidado es una relación social compleja y recíproca.

- **Abordaje interseccional:** Es fundamental adoptar un enfoque interdisciplinario e intersectorial que considere las múltiples categorías que agravan la vulnerabilidad: género, clase social, etnia, consumo problemático, padecimiento psíquico, entre otras.

La presentación concluye con una reflexión específica sobre las mujeres con consumo problemático, quienes enfrentan barreras aún más agudas.

Se destaca la **doble estigmatización** que sufren: no solo son vistas como “malas madres”, sino que además se las considera responsables de su condición al “elegir” consumir. Esta percepción borra la noción de padecimiento y la reemplaza con una mirada punitiva que las sanciona moralmente.

Se contrasta cómo el sistema tiende a infantilizar a mujeres con otros padecimientos psíquicos (tomando decisiones por ellas), mientras que a las mujeres consumidoras las aborda con una **lógica punitiva**. Un ejemplo claro es la rápida judicialización para forzar tratamientos durante el embarazo, una medida que no se aplica con la misma celeridad en otros padecimientos.

La advertencia final de las ponentes es un llamado a la autocrítica profesional: es crucial cuestionar permanentemente las lógicas de los dispositivos en los que trabajamos para evitar, incluso sin proponérselo, reproducir el sistema de opresión sobre estas mujeres.

A continuación, se listan los autores y fuentes citados durante la presentación como referencia para profundizar en los conceptos abordados:

- Marcela Nari
- Carina Ramacciotti
- Carolina Biernat
- Mabel Burin
- Erving Goffman
- Eduardo Joly
- Informe del CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) del año 2020 sobre esterilización forzada.

Clase N°5

EL DISPOSITIVO ACERCATE: UN MODELO DE INTERVENCIÓN TERRITORIAL PARA LA SALUD COMUNITARIA

Lic. Johanna Ferro^(*)

*Licenciada en Trabajo Social (UBA). Coordinadora Territorial del Dispositivo Acercate desde 2018, dependiente de la Dirección General de Atención Primaria del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, coordinado por la Subgerencia Operativa de Atención Integral de Adicciones a Drogas y Alcohol. Referente institucional de estudiantes de Trabajo Social, Taller IV. Docente en la Facultad de Psicología de la UBA.



El Dispositivo Acercate: Un Modelo de Intervención Territorial para la Salud Comunitaria

Clase a cargo de la Lic. Johanna Ferro

El dispositivo “Acercate” emerge como una política pública innovadora del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, diseñada para transformar el abordaje de la salud comunitaria. Este programa se aleja radicalmente de los efectores tradicionales para construir un modelo de intervención que va al encuentro de las poblaciones más vulnerabilizadas. Sin embargo, su mayor innovación no reside solo en su presencia territorial, sino en su profunda evolución filosófica. Este documento, basado en la presentación de su coordinadora desglosa el funcionamiento y la evolución de un modelo que transitó desde una concepción inicial de “puente” hacia el sistema de salud, a una práctica de “alojamiento” y reconstrucción subjetiva, ofreciendo así una crítica fundamental a las lógicas expulsivas de la salud convencional y demostrando que para garantizar derechos, primero es necesario reparar al sujeto.

Para comprender la singularidad del dispositivo “Acercate”, es crucial analizar los principios fundamentales que guían su acción. Este marco conceptual no sólo define su misión, sino que también lo diferencia de los efectores de salud convencionales, estableciendo una nueva forma de pensar la salud pública desde el territorio, el vínculo y la oportunidad.

El objetivo principal de “Acercate” es **garantizar el acceso a la salud y ofrecer un acompañamiento integral** para personas en situación de calle y/o vulnerabilidad social con consumo problemático. El programa se concibe como una política pública orientada a reducir las barreras de acceso, actuando en el momento preciso en que la persona se acerca. Esta noción del **“momento de oportunidad”** es central: el equipo debe poder resolver demandas puntuales en el instante, ya que no hay certeza de que el o la usuaria vaya a volver. Su enfoque se basa en la presencia activa en el espacio público y comunitario, lugares donde habitan y transitan sus destinatarios.

El dispositivo se enfoca en personas atravesadas por el consumo problemático que se encuentran en **situación de calle o en vulnerabilidad social**. No obstante, su alcance es flexible, atendiendo también a personas con padecimientos de salud mental y, en general, a “cualquier persona que esté o no en calle, que tenga dificultades para el acceso a la salud”. El programa adopta una concepción ampliada de la “situación de calle” al incorporar la categoría de **“riesgo de situación de calle”**, incluyendo a personas que, aunque no habiten en la vía pública, se encuentran en contextos de extrem precariedad, como aquellas a punto de egresar de un hospital, privadas de su libertad o alojadas temporalmente en centros de integración social (CIS).

El trabajo del dispositivo se sustenta sobre tres pilares normativos y teóricos que le otorgan coherencia y legitimidad a su práctica:

- **Marco Legal:** La intervención está amparada por la **Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657)**, la **Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (N° 153)** y las leyes de protección integral para personas en situación de calle. Este marco legal promueve un enfoque de derechos humanos y desinstitutionalización.
- **Ejes de Intervención:** La práctica se organiza en torno a tres ejes complementarios:
- **Atención Primaria de la Salud (APS):** Implementando estrategias de prevención, promoción y atención integral.
- **Salud Mental y Adicciones:** Con una perspectiva de **reducción de riesgos y daños**, derechos humanos y género, evitando discursos punitivistas o abstencionistas.
- **Trabajo Territorial Asistencial:** Centrado en la construcción de redes institucionales y el contacto directo con la población en su entorno.
- **Perspectivas Conceptuales:** El modelo se nutre de los principios de la **salud mental comunitaria** y la **clínica ampliada**. Estos enfoques conciben la salud como un proceso social y proponen intervenciones que trascienden el consultorio tradicional. En este contexto, el **trabajo social** adquiere un rol protagónico, aportando una visión integral y contextual de las problemáticas.

Este sólido marco teórico es la base sobre la cual “Acercate” construye su intervención práctica y su innovadora estructura operativa en el territorio.

La efectividad del programa reside en su diseño específico: un equipo móvil e interdisciplinario que se despliega en puntos estratégicos del territorio, adaptándose a los horarios y dinámicas de la población a la que sirve. Esta estructura flexible es clave para generar las condiciones de accesibilidad que definen su misión.

El dispositivo está conformado por un equipo interdisciplinario que ha evolucionado con el tiempo. Su composición actual incluye:

- Trabajadoras Sociales
- Médicas Generalistas
- Un Operador
- Enfermeras
- Psicólogas (de reciente incorporación)

Adicionalmente, el equipo cuenta con el apoyo logístico de un **móvil de traslado** y un **chófer del SAME**, lo que permite una respuesta ágil y coordinada en el territorio.

“Acercate” opera en puntos fijos, lo que permite a les usuaries saber dónde y cuándo encontrarlos, fomentando la continuidad y la confianza.

- **Parques (Martes y Jueves):**

- **Horario:** 16:00 a 21:00 hs.
- **Lugares:** Estaciones saludables del **Parque Chacabuco** y **Parque Patricios**.
- **Modalidad:** Funcionan dos equipos de forma simultánea en ambos parques.

- **Casas Comunitarias (Viernes):**

- **Frecuencia:** Dos viernes al mes por la mañana.
- **Lugares:** Centros barriales **“Heredia”** y **“Cantutas”**, que trabajan con personas con consumo problemático.

- **Actividades de Equipo (Viernes):**

- Los viernes por la mañana también se dedican a **reuniones de equipo, supervisiones de casos y actividades de prevención y promoción** en otras instituciones.

Esta estructura operativa proporcionó la base estable sobre la cual el equipo pudo comenzar a cuestionar la premisa misma de su trabajo, lo que condujo a una profunda transformación en su filosofía central.

El aspecto más significativo de “Acercate” es su capacidad de transformación. El programa no fue un modelo estático, sino que evolucionó desde un enfoque de “primer umbral” hacia una intervención más profunda y terapéutica. Este cambio no fue una simple recalibración estratégica, sino una respuesta directa a una verdad observada en el territorio: para garantizar derechos, primero es necesario alojar y reconstruir al sujeto que debe ejercerlos.

En sus inicios, el dispositivo fue concebido con objetivos principalmente asistenciales. Se centraba en atenciones breves e individuales para resolver demandas puntuales, como la gestión de recursos o el acceso a turnos. La función primordial era actuar como un **“puente”** que conectara a la población con otros efectores del sistema de salud y desarrollo social.

El equipo pronto observó un fenómeno revelador: las personas continuaban asistiendo incluso después de haber resuelto sus demandas puntuales. Buscaban afecto, palabra y socialización. Este fue el punto de inflexión. Como explica Johanna Ferro, se hizo evidente que la situación de calle es una problemática que **“arrasa y desubjetiva”**, dejando a las personas subjetivamente **“rotas”**. ¿Cómo puede un “puente” ser viable para alguien que no se reconoce como sujeto de derechos? Un recurso aislado —un turno, un trámite— no alcanza si no se reconfiguran primero las historias. Además, para los profesionales, el trabajo puramente asistencial generaba “agotamiento y poca creatividad”, demostrando que el modelo era insuficiente tanto para les usuaries como para el propio equipo.

A partir de esta comprensión, el objetivo principal del dispositivo se desplazó. La meta ya no era solo ser un puente, sino **generar transferencia e identificación** con el propio dispositivo. El nuevo foco se centró en **alojar, contener, “poner nombre” y acompañar un proceso de “resubjetivación”**. Esta reconstrucción del sujeto se convirtió en la condición necesaria para el ejercicio real de la ciudadanía y el acceso a derechos, entendiendo que sin un sujeto que se reconozca como tal, no hay política pública que pueda ser efectiva.

Esta evolución filosófica se materializó en una nueva estructura de atención con modalidades diferenciadas, diseñadas para responder tanto a la urgencia como al proceso a largo plazo.

La modalidad de atención actual es el resultado directo de la evolución del dispositivo. Para abordar tanto las necesidades inmediatas como los procesos terapéuticos a largo plazo, la estructura de intervención se organizó en dos días con objetivos distintos pero complementarios.

Un día a la semana se dedica a una atención integral con un fuerte enfoque asistencial, buscando resolver las demandas urgentes en el momento. Esta jornada se define por su capacidad de ofrecer respuestas concretas que resisten la lógica expulsiva del sistema:

- Entrevistas integrales de primera vez y de seguimiento.
- Gestión de recursos sociales (informes, DNI, derivaciones directas a paradores para evitar el llamado al 108).
- Evaluación y derivación para tratamientos por consumo problemático.
- Atención médica primaria (entrega de medicación para patologías crónicas y agudas, curaciones, control de signos vitales).
- Aplicación de vacunas del calendario de adultos sin necesidad de orden médica.
- Acceso directo a turnos del sistema de salud (“turneras”). Como señala Ferro, *“nosotros no le podemos responder a la persona que llame al 147, una persona que no tiene celular, que vive en la calle”*. El turno se entrega impreso en el momento.
- Tests rápidos de VIH y sífilis, con tratamiento de penicilina *in situ* para la sífilis y derivaciones cuidadas y acompañadas a hospitales de referencia como **el Muniz y el Masantonio** para casos de HIV positivo.
- Entrega de viandas calientes.

El segundo día de intervención está centrado en la promoción y la prevención. Su principal innovación es la creación de un **grupo terapéutico**, la manifestación más clara de la evolución filosófica del dispositivo. Este espacio colectivo fue diseñado para fomentar la construcción de subjetividad, la elaboración de nuevas narrativas y la creación de vínculos de apoyo. Su implementación, iniciada hace unos cinco meses, fue un “gran desafío” que generó “tensiones tanto al interior del equipo”. De manera significativa, este paso fue dado *antes* de la incorporación de psicólogas, destacando el rol protagónico del trabajo social en empujar los límites del modelo

para convertir el “alojamiento” y la “resubjetivación” en una práctica estructurada.

Esta estructura dual permite que la filosofía central del dispositivo —la ternura como apuesta política— impregne todas sus acciones.

El concepto de **“ternura”** no es entendido en “Acercate” como un simple sentimiento, sino como el pilar fundamental y la herramienta política central de su intervención. Inspirado en los aportes del psicoanalista Fernando Ulloa, este enfoque se presenta como una forma de resistencia frente a la crueldad del sistema, permitiendo la reconstrucción de la humanidad allí donde ha sido sistemáticamente negada.

Para “Acercate”, no basta con estar físicamente en el territorio; es necesario construir **territorialidad**. Como explica Ferro: *“Para nosotros la territorialidad... está completamente vinculada a la construcción del lazo, a la identidad”*. No es una ubicación geográfica, sino un espacio social y emocional de pertenencia. Esto se materializa en prácticas concretas: la **“puerta”** —el espacio de espera fuera de la estación saludable— se convierte en un lugar de intervención en sí mismo. Acompañar esa espera, **compartir un mate, charlar de manera informal**, son actos que eliminan la distancia jerárquica, construyen confianza y transforman un trámite en un encuentro. Son la práctica tangible de la ternura.

Esta filosofía queda perfectamente resumida en las conclusiones de un trabajo reflexivo elaborado por el propio equipo: *“En definitiva, el Acercate y el grupo terapéutico son más que una herramienta. Es una apuesta política por una salud mental comunitaria que repara, escucha y nombra...”*. En este modelo, lo terapéutico trasciende el consultorio. Se encuentra en el reconocimiento mutuo, en ser llamado por el propio nombre, en la palabra compartida y en el cuidado que dignifica. Es una práctica que no patologiza las heridas, sino que las aloja y las comprende en el marco de trayectorias de vida marcadas por la exclusión.

Esta apuesta política por la ternura se traduce en un impacto real y tangible, generando efectos reparadores que van mucho más allá del acceso a un recurso material.

El dispositivo “Acercate” ha demostrado ser mucho más que un punto de acceso a servicios. Ha logrado generar efectos reparadores profundos, consiguiendo que les usuaries no solo se conecten con otros niveles del sistema de salud, sino que construyan “Acercate” como una parte identitaria de sus vidas. El motivo de la asistencia ha trascendido el recurso material; como relata Ferro, para muchos, “el motivo para venir es encontrarse con los compañeros, el motivo para venir es un abrazo”. Su éxito radica en haber comprendido que para garantizar derechos es imprescindible primero reconstruir al sujeto que debe ejercerlos.

Fiel a su espíritu colaborativo, Johanna Ferro y su equipo mantienen el dispositivo abierto a recibir estudiantes y profesionales. Esta apertura es una invitación a seguir pensando y enriqueciendo un modelo que, sin ser una fórmula cerrada, ofrece una esperanza y un camino posible para una salud pública más humana, inclusiva y verdaderamente comunitaria.

Clase N°6

BIOÉTICA EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL: AUTONOMÍA Y DESAFÍOS CLÍNICOS

Clase a cargo de la Lic. Cecilia Dominguez^(*)

*Lic. en Trabajo Social que se desempeña como profesional de planta del Hospital Ramos Mejía, miembro del comité de bioética clínica de dicha institución y de la red de comités de bioética de hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



Bioética en la Atención de la Salud Mental: Autonomía y Desafíos Clínicos

Clase a cargo de la Lic. Cecilia Domínguez

La estructura de la charla se divide en dos partes fundamentales. La primera ofrece una caracterización general de la bioética y el funcionamiento de los comités especializados. La segunda parte se adentra en el análisis de las internaciones involuntarias a través del concepto de **autonomía**, uno de los pilares de la bioética, para desentrañar sus complejidades en el ámbito de la salud mental.

Para analizar prácticas complejas en salud mental, es indispensable comprender primero los principios fundamentales de la bioética. Esta sección sienta las bases conceptuales de la charla, explicando qué es la bioética, cómo se manifiesta un dilema ético y cuáles son los marcos teóricos y estructurales que guían su aplicación en el entorno clínico.

La bioética puede definirse como una “ética en la salud”. Sin embargo, más que un conjunto de reglas, debe entenderse como una **“modalidad de pensamiento”** o una “postura filosófica” que invita a reflexionar sobre las prácticas sanitarias. Es importante destacar que la bioética no es estática; su aplicación y sus matices varían según el contexto histórico y geográfico.

Un punto clave es que toda práctica en el ámbito de la salud lleva implícita una ética que puede ser analizada, independientemente de si los profesionales reflexionan conscientemente sobre ella o no.

No toda consulta o duda ética que surge en la práctica profesional constituye un dilema bioético. Para que exista un verdadero dilema, debe presentarse un **conflicto entre dos principios donde el respeto a uno impide el respeto al otro**, y donde no existe una solución satisfactoria a priori. Un dilema implica la existencia de varias respuestas éticas posibles, y la elección de una de ellas dependerá de un proceso de reflexión singular para cada caso.

Muchas de las consultas que reciben los comités no configuran un dilema en este sentido estricto, ya que la respuesta a menudo se encuentra en la legislación vigente o en los derechos de los pacientes. Sin embargo, esto no significa que dichas consultas sean desestimadas; el comité puede igualmente **favorecer y acompañar** las dudas e interpelaciones que la práctica genera en los profesionales de la salud.

Existen dos grandes enfoques teóricos que guían la reflexión bioética:

- **Teoría de los Principios:** Considerado el marco clásico de la bioética.
- **Bioética de los Derechos Humanos:** Es una relectura de la teoría de los principios que incorpora aportes latinoamericanos. Se distingue por su enfoque centrado en el bienestar del individuo, el respeto a la dignidad humana y, de manera crucial para las ciencias sociales, la inclusión de los **“condicionantes sociales”** al analizar las prácticas en salud.

Según la Ley N° 3.302 de la Ciudad de Buenos Aires, los comités de bioética clínica tienen tres funciones principales:

- 1. Normativa:** Elaborar guías y recomendaciones para la atención en salud.
- 2. Formativa:** Capacitar a la comunidad hospitalaria en temas de bioética.
- 3. Consultiva:** Atender consultas que pueden provenir del equipo de salud, de los pacientes, sus familias o la comunidad.

Es fundamental distinguir entre los comités de bioética clínica y los comités de ética en investigación, ya que operan bajo marcos y con implicaciones diferentes, aunque en ocasiones el mismo comité puede cumplir ambas funciones.

Característica	Comités de Bioética Clínica	Comités de Ética en Investigación
Ley Reguladora	Ley N° 3.302 (CABA)	Ley N° 3.301
Estado de la Reglamentación	Pendiente	Vigente
Carácter de las Decisiones	Recomendaciones no vinculantes	Decisiones vinculantes y obligatorias
Estructura Ministerial	Sin representación centralizada	Cuentan con un Comité Central en el ministerio

La diferencia más significativa radica en que las recomendaciones de un comité clínico no son de cumplimiento obligatorio para el equipo de salud, mientras que ninguna investigación puede realizarse sin la aprobación vinculante de un comité de ética en investigación.

Este entendimiento fundacional de las estructuras bioéticas ahora nos permite disecar su principio más debatido en el contexto de la salud mental: la autonomía.

El concepto de autonomía es considerado el “paradigma de la bioética”. Su análisis es crucial para entender las tensiones en la salud mental, ya que su surgimiento marcó un distanciamiento del paternalismo médico tradicional, centrando el debate en la capacidad de las personas para dirigir su propia vida y tomar sus propias decisiones.

En su definición más general, la autonomía en bioética se entiende como la **capacidad de tomar decisiones y dirigir la propia vida**. Sin embargo, este concepto está en continuo debate debido a las tensiones que genera en la práctica:

- El conflicto entre el paternalismo médico y el respeto a la autonomía.
- El riesgo de que un ejercicio absoluto de la autonomía derive en el abandono del paciente.
- La necesidad de pensar la autonomía no como un absoluto, sino en “grados” que varían según la persona y la circunstancia.

El concepto de **“autonomía relacional”** surge de los aportes del feminismo como una re-significación del modelo clásico. Este enfoque plantea preguntas críticas: ¿Es realmente libre la toma de decisiones? ¿Quiénes están en condiciones reales de ejercerla?

Desde esta perspectiva, la autonomía se analiza como una **“propiedad”** que se tiene o se niega, determinada en gran medida por valores y sentidos sociales. Por ejemplo, la posibilidad de ejercer una decisión autónoma sobre la interrupción de un embarazo es radicalmente diferente en un contexto de legalidad y derecho que en uno de clandestinidad. El contexto define la posibilidad real de ejercer la autonomía.

La idea fundamental de la autonomía relacional es que ninguna persona posee una autonomía completa y aislada. Somos sujetos histórica y socialmente situados, y nuestras decisiones siempre están influenciadas por nuestro entorno. Es crucial subrayar que **nadie, ni siquiera los sectores más favorecidos, posee una autonomía completa**, ya que todos estamos condicionados por factores culturales, económicos y relacionales.

Ahora bien, ¿por qué este concepto de autonomía relacional es especialmente pertinente para analizar el complejo fenómeno de la internación involuntaria en salud mental?

La internación involuntaria es el escenario donde la teoría de la autonomía se enfrenta a su mayor desafío práctico. Aunque se define como una acción de cuidado en un contexto de riesgo, también constituye una privación de la libertad sin consentimiento, lo que obliga a los equipos de salud a realizar un análisis ético profundo y constante.

La internación involuntaria es una “intervención terapéutica en contexto de riesgo” y una “acción de cuidado”. Sin embargo, es ineludible reconocer que, al mismo tiempo, es una **“privación de la libertad”** y un “acto médico que no tiene consentimiento de ningún tipo”. Este consentimiento no es otorgado por la persona, ni por su familia, ni por un juez; es una decisión tomada exclusivamente por el equipo de salud ante una situación de riesgo.

Esto plantea preguntas reflexivas ineludibles para los equipos tratantes:

- ¿Qué pasa con la autonomía de la persona en ese instante?
- ¿Está completamente anulada?
- ¿Es posible trabajar para ampliarla incluso en ese contexto?

Incluso cuando se respetan los marcos legales actuales, las intervenciones se dan en un contexto donde persisten “lógicas manicomiales”. Estas lógicas trascienden los muros de los hospitales psiquiátricos y se manifiestan en representaciones sociales arraigadas. La ponente enfatiza que este obstáculo no se refiere principalmente a la falta de recursos de las políticas públicas, sino a la persistencia de **representaciones sociales** que cuestionan a priori la capacidad de las personas con problemas graves de salud mental para vivir de forma autónoma.

Frente a estos obstáculos, emerge el concepto de **“apoyos”**, tomado del modelo social de la discapacidad. La idea central es que los apoyos no buscan reemplazar la autonomía de la persona, sino **crear las condiciones necesarias para que pueda**

ejercerla. El objetivo no es decidir por el otro, sino construir el andamiaje que le permita tomar sus propias decisiones.

El análisis de la autonomía en este contexto es un proceso **“artesanal”**: debe ser singular para cada persona y dinámico para cada momento de su tratamiento. La ponente asemeja esta práctica al proceso de obtención del consentimiento informado, que no es un evento único, sino un diálogo continuo. Así como un paciente puede consentir un día y revocar su decisión al siguiente, la evaluación de la autonomía debe ser una práctica fluida y constante, guiada por tres preguntas clave:

- 1. ¿Cuánta autonomía?**
- 2. ¿De qué manera? (Aquí se incluyen los apoyos necesarios)**
- 3. ¿Por cuánto tiempo?**

La autonomía es una construcción. Un tiempo ganado de vida autónoma, como un egreso al propio domicilio, es un logro valioso aunque no sea permanente. En este sentido, la internación puede convertirse en una **“oportunidad”** para identificar y construir las condiciones y los apoyos necesarios para una futura vida autónoma.

Este enfoque práctico nos lleva a un resumen final de las ideas que han guiado esta reflexión. La licenciada ofrece un “mapa de pensamiento” para guiar la reflexión y la práctica de los profesionales de la salud. Las ideas clave que componen este mapa son las siguientes:

- Toda intervención en salud tiene una **ética implícita** que debe ser reconocida y analizada.
- La bioética no es un código de reglas, sino un **proceso de reflexión** sobre la acción en salud.
- La autonomía es un concepto central y **relacional**, ya que todos somos sujetos socialmente situados y condicionados por nuestro entorno.
- La autonomía puede entenderse como una **“propiedad”** que se tiene o se niega, y que está determinada por sentidos y valores sociales.
- La función principal de los equipos de salud es **favorecer la autonomía**, vinculando su construcción a la figura de los **apoyos** como herramienta fundamental.

Clase N°7

POLICONSUMOS: UN ANÁLISIS INTEGRAL DE CAUSAS, CONSECUENCIAS Y ABORDAJES.

Clase a cargo del Dr. Jose Carlos Caprara^(*)

*Médico de la Universidad de Buenos Aires. Especialista en Psiquiatría. Especialista en Drogadependencia. Integrante de la Subgerencia de Adicciones a Drogas y Alcohol del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Miembro del Comité Argentino de la World Association on Dual Disorders.



Policonsumos: Un Análisis Integral de Causas, Consecuencias y Abordajes

Clase a cargo del Dr. José Carlos Caprara

Una **sustancia psicoactiva** se define como cualquier compuesto que, al ser introducido en el organismo, ejerce un efecto sobre el sistema nervioso central, alterando funciones superiores como la percepción, el estado de ánimo, el estado de alerta y el comportamiento. Sin embargo, es crucial aclarar que no toda sustancia psicoactiva posee un potencial abusivo o adictivo. Un ejemplo paradigmático son los estabilizadores del ánimo, fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central para fines terapéuticos pero que no generan dependencia.

La diferencia fundamental entre una sustancia de uso clínico y una con potencial adictivo reside en su capacidad para actuar sobre un circuito neurobiológico específico, cuyo dominio es la clave para entender el refuerzo del consumo y el desarrollo de la dependencia.

Para comprender por qué ciertas sustancias generan una dependencia tan poderosa y por qué los individuos buscan combinarlas, es estratégicamente vital analizar los mecanismos cerebrales subyacentes. La clave se encuentra en el **sistema mesolímbico del placer**, también conocido como sistema de recompensa cerebral. Este circuito, descubierto fortuitamente en 1954 por James Olds y Peter Milner, es el epicentro neurobiológico de las sensaciones de bienestar y refuerzo conductual.

El neurotransmisor central en este sistema es la **dopamina**. Todas las sustancias con potencial adictivo comparten la capacidad de aumentar drásticamente la neurotransmisión de dopamina en esta vía, generando una potente señal de placer que el cerebro interpreta como una conducta a repetir. Los mecanismos para lograr este aumento varían: la **cocaína**, por ejemplo, inhibe la recaptación de dopamina, prolongando su efecto en la sinapsis, mientras que la **anfetamina** estimula directamente su liberación desde las neuronas.

No obstante, la acción de estas sustancias no se limita al sistema dopaminérgico. La mayoría actúa sobre múltiples sistemas de neurotransmisores, lo que explica la complejidad de sus efectos. La **nicotina** es el ejemplo paradigmático de esta multifuncionalidad, con efectos demostrados sobre:

- **Sistema Serotoninérgico:** Ejerce un efecto antidepresivo, motivo por el cual la abstinencia a menudo cursa con un estado de ánimo bajo e irritabilidad.
- **Sistema gabaérgico:** Modula la ansiedad, por lo que su ausencia provoca un aumento de la misma.
- **Sistema de la Acetilcolina:** Influye en la cognición y el estado de alerta.
- **Sistemas de Endorfinas, Glutamato y Noradrenalina:** Regulan, entre otras cosas, el apetito; de ahí que el cese del consumo de tabaco se asocie a un aumento del mismo.

La comprensión de esta compleja red neuroquímica es fundamental, ya que es precisamente en la modulación o potenciación de estos diversos efectos cerebrales donde radican muchas de las motivaciones para el policonsumo.

Esta sección constituye el núcleo conceptual del análisis, donde se define el policonsumo, se exploran sus motivaciones y se detallan sus graves implicaciones para la salud. Al abordar este fenómeno, es necesario diferenciar entre dos grandes poblaciones: la **población general**, donde esta práctica está ampliamente instalada, y la **población en tratamiento** o que requiere asistencia profesional.

Lamentablemente, existe una brecha alarmante entre quienes necesitan ayuda y quienes la reciben. Según datos del Informe Mundial sobre las Drogas de la UNODC (2024), a nivel global, solo **1 de cada 11 personas** con un trastorno por consumo de drogas accede a tratamiento. Esta brecha es aún más pronunciada en las mujeres, donde la proporción es de **1 de cada 18**.

Los motivos principales para el policonsumo son fundamentalmente dos:

- **Potenciación:** Buscar intensificar los efectos deseados de una droga principal mediante la adición de otra.
- **Compensación:** Utilizar una segunda sustancia para contrarrestar o minimizar los efectos secundarios no deseados de la primera.

Las consecuencias de estas combinaciones no son meramente aditivas, sino que multiplican los riesgos y crean peligros inexistentes en el consumo de una sola droga:

- **Formación de compuestos tóxicos:** La mezcla de cocaína y alcohol genera en el hígado un nuevo metabolito, el **cocaetileno**, que es significativamente más tóxico que ambas sustancias por separado y aumenta drásticamente el riesgo de infartos cerebrales, infartos cardíacos y efectos hepatotóxicos.
- **Potenciación del riesgo de sobredosis:** Al contrarrestar efectos (como la sedación de un depresor con un estimulante), el individuo puede tolerar dosis más altas, acercándose peligrosamente al umbral de la sobredosis letal.
- **Aumento de riesgos agudos y crónicos:** El policonsumo se asocia a un peor estado de **salud mental** y a un mayor **deterioro neurocognitivo**.
- **Mayor probabilidad de dependencia:** La combinación de sustancias, como alcohol y cocaína, incrementa las propiedades reforzantes de cada una, activando de forma más intensa el sistema de recompensa y acelerando el desarrollo de la dependencia.

Para enmarcar el fenómeno, se presentan las siguientes definiciones formales y legales:

- **Consumos Problemáticos (Ley de la Ciudad de Buenos Aires del 2019):** Se refiere al consumo de sustancias legales o ilegales que afecta negativamente la salud física o psíquica de una persona, ya sea de forma aguda o crónica.

- **Adicción o Dependencia (Ley de la Ciudad de Buenos Aires del 2007):** Define un patrón desadaptativo de consumo caracterizado por tolerancia, abstinencia, ingesta compulsiva y consecuencias negativas en múltiples áreas de la vida.
- **Consumos Problemáticos (Plan 2014):** Una definición ampliada que incluye no solo el consumo de sustancias, sino también conductas compulsivas sin sustancia, como el juego, el uso de nuevas tecnologías o la alimentación.
- **Las Cuatro “C” de la Dependencia:** Un modelo que resume los pilares de la adicción: **C**ompulsión por consumir, pérdida de **C**ontrol, **C**onsecuencias negativas y **C**raving (anhelo irrefrenable). Este modelo sirve como una simple pero poderosa heurística diagnóstica para clínicos y una herramienta de autoevaluación para individuos, delineando los complejos criterios de la dependencia en cuatro marcadores conductuales clave.

Habiendo establecido las definiciones clínicas y los riesgos inherentes al policonsumo, resulta imperativo cuantificar su base poblacional. El análisis epidemiológico a continuación no sólo dimensiona el problema, sino que revela los patrones culturales que lo normalizan y perpetúan.

Para dimensionar la base sobre la que se asienta el policonsumo, es crucial analizar los datos de prevalencia del consumo de sustancias en la población general. Las estadísticas oficiales revelan un uso tan extendido que la combinación de sustancias se convierte en una consecuencia casi inevitable.

Tabla 1: Prevalencia de Consumo en Población General (Observatorio Argentino de Drogas, 2022)

Sustancia	Prevalencia de Vida (%)
Alcohol	84.7
Tabaco	Aprox. 50
Tranquilizantes (en tercer lugar)	(Tercer lugar)
Marihuana	> 25% (más de un cuarto de la población)

Estas mismas cuatro drogas lideran las prevalencias de consumo en el último año y en el último mes, lo que indica un uso actual y recurrente. Destaca que la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes es del **51.2%**, mientras que la del tabaco alcanza el **23.3%**.

Al analizar los **motivos de consumo**, el **placer** emerge como la causa principal para la mayoría de las sustancias. Sin embargo, el **tabaco** presenta una particularidad reveladora: el “placer” y la “costumbre/hábito” son citados como motivos con una frecuencia casi idéntica. Esto refleja la capacidad intrínseca de la nicotina para integrarse de forma parasitaria en la rutina diaria, fusionándose con las actividades cotidianas y dificultando enormemente su abandono.

Un hallazgo crítico de estos estudios es que la pauta de cuidado **menos instalada** en la población al consumir alcohol y marihuana es **“evitar mezclar sustancias”**. Este dato es una evidencia directa de la alta propensión y normalización del policonsumo en la sociedad, un comportamiento de riesgo que es sistemáticamente ignorado.

Con este panorama general establecido, el siguiente paso es analizar los patrones específicos de policonsumo y las combinaciones más frecuentes que definen el problema en la práctica.

Esta sección profundiza en las combinaciones de drogas más comunes y analiza el rol del alcohol, el tabaco y el cannabis como los tres pilares sobre los que se estructura la mayoría de los policonsumos problemáticos.

Algunos **ejemplos de combinaciones populares** observadas en la práctica clínica son:

- **Superman:** Mezcla de estimulantes potentes como la parametoximetanfetamina (PMMA) y el éxtasis (MDMA).
- **Speed con Vodka:** Combinación de un estimulante (bebidas energéticas con cafeína y taurina) con un depresor (alcohol), buscando un equilibrio entre euforia y desinhibición.
- **Cocaína con Alcohol/Benzodiacepinas:** Se utiliza el alcohol o las benzodiacepinas para “bajar” o mitigar los efectos estimulantes indeseados de la cocaína, como la ansiedad, el insomnio o la suspicacia.

Dentro del complejo universo del policonsumo, el alcohol y el tabaco no son meros componentes, sino los ejes estructurales sobre los que se edifican la mayoría de las adicciones, acaparando de forma casi absoluta la mortalidad asociada a sustancias. Datos de 2021 en Argentina revelan que más del **99%** de las muertes asociadas al consumo de drogas se deben a estas dos sustancias legales. De ellas, el **tabaco** es responsable del **81.5%**.

Estas muertes no se deben principalmente a eventos agudos como sobredosis, sino al desarrollo de **enfermedades crónicas**, fundamentalmente patologías cardiovasculares y diversos tipos de cáncer. A pesar de su impacto devastador, el **tabaco** es a menudo omitido en los estudios sobre policonsumo. No obstante, la práctica clínica evidencia que su uso se incrementa severamente cuando un paciente abandona otra droga principal, como la cocaína.

El cannabis es una droga cuya prevalencia no cesa de aumentar y que está profundamente integrada en la **cultura juvenil**. Los datos en Argentina dibujan un escenario preocupante:

- 1. Alta Prevalencia:** Más del **26.3%** de la población ha consumido cannabis, con picos que alcanzan casi el **40%** en el grupo de 25 a 34 años.
- 2. Reducción de la Edad de Inicio:** El consumo comienza a edades cada vez más tempranas, lo que eleva exponencialmente el riesgo de dependencia al actuar sobre un sistema nervioso central aún inmaduro.
- 3. Asociación con Alcohol:** Un **60.8%** de los consumidores de marihuana la combina con alcohol, convirtiendo esta mezcla en un patrón de policonsumo extremadamente común.
- 4. Aumento Exponencial de la Potencia:** La concentración promedio de THC ha aumentado casi un **300%** desde 2002, pasando de un 4.5% a un 13.6% en 2021.

5. La inclusión del diagnóstico de abstinencia de cannabis en el DSM-5 representa un avance científico que reconoce formalmente su potencial adictivo. Adicionalmente, la UNODC ha reportado que en jurisdicciones que han legalizado su uso no médico (como Canadá y Colorado) se ha observado un aumento de las hospitalizaciones por psicosis y síndromes de abstinencia.

Estos cuatro factores —creciente prevalencia, inicio más temprano, mayor potencia y combinación frecuente con alcohol— crean una “tormenta perfecta” para un aumento de las tasas de dependencia y de las comorbilidades psiquiátricas asociadas al cannabis, constituyendo un desafío de salud pública de primer orden.

El patrón de consumo de alcohol es un predictor clave del consumo de otras sustancias. Datos de España (2022) muestran una correlación alarmante entre el consumo episódico excesivo de alcohol (*binge drinking*) y el uso de otras drogas.

Tabla 2: Comparación de Consumo de Otras Sustancias según Patrón de Consumo de Alcohol (Datos de España, 2022)

Sustancia	Prevalencia en No Binge Drinkers (%)	Prevalencia en Binge Drinkers (%)
Cannabis	5.0	25.0
Cocaína	0.5	6.2

Estos datos revelan un punto de palanca crítico para las estrategias de intervención: la prevención del *binge drinking*, un comportamiento legal y socialmente aceptado, emerge como una poderosa y a menudo subestimada vía para prevenir el consumo de sustancias ilegales como el cannabis y la cocaína.

Más allá de estas combinaciones voluntarias, existen peligros adicionales asociados a sustancias desconocidas por el propio usuario, que representan una nueva frontera de riesgo.

El panorama actual del consumo se ha complejizado con riesgos modernos y a menudo invisibles: las drogas sintéticas emergentes y el policonsumo involuntario causado por adulterantes en las sustancias ilegales.

Las **NPS (Nuevas Sustancias Psicoactivas)** son narcóticos y estupefacientes, en su mayoría sintéticos, que no están fiscalizados por las convenciones internacionales. Esta característica les permite operar en un “**mercado gris**” que evade los controles legales. Su ritmo de aparición es alarmante, con más de **600 nuevas sustancias** producidas anualmente. Se clasifican por sus efectos (estimulantes, alucinógenos) o su estructura química (catinonas sintéticas, análogos de fentanilo).

Un caso paradigmático son los **cannabinoides sintéticos (Spice, K2)**:

- Son **por lo menos cuatro veces más potentes** que el cannabis tradicional.
- A diferencia del cannabis de origen vegetal, pueden causar **muerres por sobredosis**.

- La razón farmacológica de su letalidad es que son **agonistas totales** de los receptores cannabinoides CB1/CB2, mientras que el THC es un agonista parcial. Esta diferencia farmacológica—ser un agonista total en lugar de parcial—explica su capacidad para sobreestimar masivamente el sistema endocannabinoide, llevando a una toxicidad aguda y a sobredosis letales, un riesgo prácticamente ausente en el cannabis de origen vegetal.

Un adulterante es una sustancia farmacológicamente activa que se añade a una droga ilegal para simular, incrementar o minimizar sus efectos. Esta práctica constituye una forma **enmascarada y no consciente** de policonsumo.

La **cocaína** es el paradigma de la adulteración, ya sea para aumentar el volumen (con lactosa, vidrio molido) o para potenciar su efecto. En España, el adulterante más encontrado es el **Levamisol**, un antiparasitario que, si bien potencia algunos efectos dopaminérgicos, puede causar reacciones adversas graves como agranulocitosis (una caída drástica de los glóbulos blancos) y vasculitis.

En Argentina, eventos trágicos han puesto de manifiesto este peligro. El éxtasis adulterado en la fiesta **Time Warp (2016)** y la cocaína cortada con **carfentanilo (caso “Puerta 8”)** causaron múltiples muertes, subrayando la vulnerabilidad de los usuarios ante un mercado ilegal sin control de calidad.

Estos riesgos crecientes demandan una evolución en las herramientas diagnósticas y un enfoque renovado en los desafíos clínicos que enfrenta el sistema de salud.

Esta sección revisa cómo las principales nosologías psiquiátricas (DSM y CIE) han evolucionado en la clasificación del policonsumo y destaca el desafío clínico que representa el significativo retraso en la búsqueda de tratamiento.

La clasificación del policonsumo ha variado en los principales manuales diagnósticos:

- **DSM-4:** Incluía el diagnóstico específico “Dependencia a varias sustancias” (F19.2), que requería el cumplimiento de criterios para al menos tres grupos de sustancias (excluyendo nicotina y cafeína).
- **DSM-5:** Eliminó el diagnóstico de politoxicomanía. El enfoque actual exige especificar el trastorno por uso para **cada sustancia por separado** (p. ej., F10 para Trastorno por Consumo de Alcohol y F17 para Trastorno por Consumo de Tabaco).
- **CIE-10 y CIE-11:** A diferencia del DSM-5, los manuales de la OMS mantienen un diagnóstico específico para los “Trastornos debidos al consumo de múltiples drogas”.

Uno de los desafíos paradigmáticos en la clínica de las adicciones es el **retraso en el inicio del tratamiento**. Un estudio de salud mental realizado en Argentina en 2018 reveló demoras alarmantes entre el inicio del problema y la primera consulta:

- Una demora promedio de **16 años** para el alcoholismo.
- Una demora de más de **10 años** para otros trastornos por consumo de sustancias.

Ante este panorama, donde el acceso al tratamiento es tardío y la complejidad

del consumo aumenta, las estrategias de prevención se vuelven más cruciales que nunca.

El mensaje central de este análisis es inequívoco: el policonsumo no es la excepción, sino la norma en los consumos problemáticos actuales. Su abordaje exige un enfoque integral y robusto centrado en la prevención a todos los niveles. Como llamado a la acción, es fundamental recordar y aplicar los distintos niveles de prevención:

- **Prevención Primaria:** Actuar en la fase pre-patogénica para evitar que el problema surja.
- **Prevención Secundaria:** Centrarse en el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno para intervenir antes de que el trastorno se agrave.
- **Prevención Terciaria:** Para casos ya evolucionados, buscar mejorar el curso de la enfermedad y reducir los daños asociados.
- **Prevención Cuaternaria:** Evitar errores y daños iatrogénicos dentro del propio sistema de salud, mejorando las prácticas médicas y terapéuticas.

Para lograr esto, es imperativo potenciar la **Atención Primaria de la Salud** y superar el modelo hospitalocéntrico tradicional, llevando la prevención y la detección temprana a la comunidad. Iniciativas como el folleto “**Conciencia**”, desarrollado por el equipo del Dr. Caprara, son ejemplos de acciones concretas que buscan educar y prevenir desde la base.

Clase N°8

INTERVENCIÓN CON PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE Y PADECIMIENTO MENTAL SEVERO: EL MODELO DEL EQUIPO ASIC

Clase a cargo de la Lic. Carolina Feldman^(*) y
Marcela Acevedo^(*)

La Lic. Carolina Julieta Feldman es Diplomada Universitaria en el abordaje de las violencias desde la perspectiva sociocultural: intersecciones entre género, salud mental y adicciones (AASM). Diplomada en educación sexual integral (FFyL, UBA). Diplomada de Abordaje Social en el Campo Sociojurídico de la Salud Mental y Adicciones (AASM). Diplomada en Raza, Género e Injusticia (UNSAM). Diplomada en Género y Movimientos Feministas (FFyL, UBA). Diplomada en Genocidios y Crímenes contra la Humanidad (FFyL, UBA). Autora de distintas publicaciones. Ex Residente de Servicio Social en Salud en el Hospital Cosme Argerich. Por su parte, la Lic. Marcela Isabel Acevedo es Diplomada universitaria superior en Salud Mental Comunitaria (UNLA). Diplomada universitaria de abordaje en el campo socio jurídico de la salud mental y adicciones (AASM). Trabajadora social de guardia del Hospital Alvear. Ex Residente de Servicio Social en Salud en el Hospital Alvear.



Intervención con Personas en Situación de Calle y Padecimiento Mental Severo: El Modelo del Equipo ASIC (Asistencia a Personas en situación de calle con trastornos mentales severos)

Clase a cargo de la Lic. Carolina Feldman y la Lic. Marcela Acevedo

A través del análisis de situaciones prácticas, disquisiciones teóricas y la praxis de su equipo interdisciplinario, buscan desentrañar los desafíos y estrategias en el abordaje de personas en situación de calle con padecimiento mental severo. El eje central de su exposición se articula en torno a su trabajo titulado *“Las chicas y la importancia del vínculo, reflexiones acerca de la intervención con una mujer en situación de calle por trastorno mental severo”*, que sirve como punto de partida para ilustrar la complejidad y la filosofía de su labor.

Para valorar adecuadamente la naturaleza de las intervenciones del equipo ASIC, es fundamental comprender el marco institucional en el que se desarrollan sus prácticas. Este contexto no solo define el alcance y los recursos disponibles, sino que también sustenta la filosofía de un abordaje territorial, programado y centrado en la singularidad de cada persona.

El programa ASIC es un equipo interdisciplinario que depende de la Dirección General de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Iniciado en diciembre de 2018, el programa ha atravesado varias etapas, incluyendo una pausa durante la pandemia y su reactivación en 2021. Su misión es realizar un abordaje territorial programado, interviniendo *in situ* en los lugares donde se encuentran las personas. La composición del equipo refleja su enfoque integral, e incluye:

- Psicólogos/as
- Psiquiatras
- Trabajadoras Sociales
- Operadores sociotécnicos

Para su despliegue en el territorio, cuentan con recursos logísticos clave, como **cuatro chóferes y dos móviles** que facilitan el contacto directo y sostenido con la población objetivo.

El programa se enfoca en **personas en situación de calle con padecimiento mental severo**. Para delimitar su campo de acción, el equipo utiliza una definición funcional de “trastorno mental severo” que se basa en un criterio de gravedad. Se considera que una persona presenta este padecimiento cuando se cumplen dos condiciones principales:

- 1. Duración en el tiempo:** Un padecimiento que se extiende por más de dos años.
- 2. Deterioro funcional:** Un deterioro progresivo y marcado en áreas clave de la vida, como el trabajo, el autocuidado y las relaciones interpersonales.

Esta conceptualización permite realizar un recorte operativo sobre una población que, en su mayoría, presenta algún tipo de padecimiento de salud mental, concentrando los esfuerzos en los casos de mayor complejidad.

El flujo de trabajo del equipo abarca desde la recepción de demandas hasta la evaluación *in situ* y la posterior intervención. Una vez recibida una solicitud por los canales de derivación, el equipo interdisciplinario se presenta en el lugar para evaluar la situación. Si se confirma que corresponde a un caso de trastorno mental severo, se inicia un seguimiento; de lo contrario, se realiza una derivación asistida a otros organismos competentes. Las principales vías para iniciar este proceso son:

- 1. Red de atención del GBA (XBAP):** Este es el canal principal de derivación. A través del sistema centralizado “Soflex”, la red de atención describe los casos de personas en situación de calle en los que se detecta un posible padecimiento mental.
- 2. Línea 108:** Vecinos, comerciantes u otras instituciones pueden informar sobre una situación a través de esta línea de atención ciudadana. La red de atención concurre al lugar, realiza una evaluación inicial y, si constata signos de padecimiento mental severo, deriva el caso al equipo ASIC.
- 3. Otras Instituciones:** Entidades como juzgados u otros organismos públicos también pueden derivar casos directamente al equipo a través de un correo electrónico institucional.

Este marco operativo da paso a una praxis profundamente artesanal, que se adapta a la singularidad de cada historia.

El estudio de caso de “D” se presenta no como una anécdota, sino como un **“disparador” analítico** para ilustrar la complejidad, los desafíos y las estrategias que definen la praxis del equipo ASIC. A través de esta experiencia, se pone de manifiesto la centralidad del vínculo como herramienta fundamental para cualquier intervención significativa.

Para preservar su identidad, la protagonista del caso es denominada “D”. Se trata de una mujer de 64 años, oriunda de la provincia de Jujuy. Su caso fue uno de los primeros abordados por el programa, iniciado en diciembre de 2018 tras una derivación de la red de atención. “D” presentaba un padecimiento caracterizado por un discurso persecutorio y una marcada reticencia a cualquier tipo de tratamiento de salud mental, mostrándose especialmente esquiva con los profesionales de la psiquiatría.

Frente a la complejidad del caso, el equipo implementó una serie de estrategias “artesanales”, flexibles y centradas en las necesidades y posibilidades que “D” manifestaba. Entre los logros y tácticas más relevantes se destacan:

- **Acceso a Políticas Públicas:** Se realizó un acompañamiento integral para su ingreso al programa de subsidio habitacional 690 y, posteriormente, se gestionó su jubilación con moratoria. Este último logro fue crucial, ya que le permitió obtener la afiliación a PAMI, abriendo nuevas vías de intervención.
- **Abordaje de Salud Física:** Aprovechando su afiliación a PAMI, y a pesar de su rechazo a la psiquiatría, el equipo encontró un “intersticio” para trabajar. Se logró una intervención exitosa en el tratamiento de su artrosis, demostrando cómo el abordaje de la salud física puede ser una puerta de entrada para construir confianza y generar adherencia.
- **Construcción de Redes Comunitarias:** El equipo prestó especial atención a los referentes comunitarios, como vecinos y comerciantes cercanos a “D”. A través de los celulares institucionales, se mantuvo un contacto fluido con estas redes informales para obtener información y coordinar acciones, construyendo un sistema de apoyo en el territorio.
- **Acompañamiento en la Cotidianidad:** Se realizaron actos concretos que demostraron un compromiso genuino y ayudaron a “afianzar la confianza”. Un ejemplo significativo fue cuando un miembro del equipo se quedó cuidando las pertenencias de “D” para que ella pudiera asistir a una cita médica sin miedo a perder sus cosas, un temor constante para quienes viven en la calle.

El principal obstáculo en el trabajo con “D” fue su carácter **itinerante**. Su discurso persecutorio condicionaba su capacidad para establecer lazos estables, tanto con el equipo como con dueños de hoteles o vecinos. Esta inestabilidad provocaba que muchas de las estrategias implementadas no pudieran sostenerse en el tiempo, resultando en su retorno recurrente a la situación de calle. Estos “vaivenes”, como los describe el equipo, generan una inevitable frustración profesional, la cual es trabajada sistemáticamente en las reuniones de equipo para sostener la capacidad de intervención.

Los aprendizajes prácticos extraídos de este y otros casos complejos encuentran su sentido y coherencia en un marco teórico que guía y fundamenta cada una de las intervenciones del equipo.

El trabajo del equipo ASIC trasciende el mero asistencialismo y se sustenta en un sólido marco teórico que permite abordar la vulnerabilidad extrema de manera estratégica y respetuosa. Esta filosofía se aleja de los modelos convencionales para adoptar principios de una práctica clínica ampliada, comunitaria y centrada en los derechos.

El equipo adopta como guía el marco teórico de Yago Di Nella, conocido como la **estrategia de las “3P”**. Cada uno de estos pilares tiene un significado práctico y fundamental en el día a día de las intervenciones:

- **Presencia:** Se define como el simple pero poderoso acto de “estar ahí”. Implica superar la desconfianza inicial a través de la constancia y la oferta de una escucha activa. Para ello, el equipo estratégicamente se presenta como un “equipo de salud”, evitando el término “salud mental” para eludir el estigma asociado y facilitar el primer contacto.
- **Permanencia:** Es el sostenimiento de esa presencia en el tiempo, lo que permite planificar una intervención en proceso. Al convertirse en una **“referencia estable y sólida”**, el equipo acompaña a la persona a través de los distintos lugares por los que transita (hospitales, hogares, hoteles), garantizando una continuidad en los cuidados que rara vez experimentan.
- **Paciencia:** Este pilar se relaciona directamente con el trabajo artesanal. Implica acompañar los “vaivenes” de la persona, respetando sus tiempos y construyendo gradualmente una demanda de ayuda que, en la mayoría de los casos, no existe al principio de la intervención.

El vínculo es la herramienta terapéutica por excelencia para el equipo ASIC. La justificación de su centralidad radica en la historia de las personas con las que trabajan, quienes han sido sistemáticamente vulneradas en sus derechos y han sufrido múltiples formas de violencia institucional (policial, del espacio público, etc.). Esta trayectoria genera una profunda reticencia y desconfianza hacia cualquier representante del Estado.

Por ello, el equipo se posiciona conscientemente desde **“un lugar diferente”**, buscando construir una relación de confianza a través de la escucha, el respeto y el acompañamiento práctico. Es este vínculo el que posibilita cualquier avance posterior, ya sea la aceptación de un chequeo médico, la gestión de un trámite o la consideración de una alternativa a la vida en la calle.

Esta articulación entre la práctica y la teoría eleva la discusión hacia el paradigma más amplio en el que se inscribe el trabajo del equipo, uno que desafía las lógicas tradicionales de la salud.

La visión del equipo ASIC se sintetiza en un posicionamiento crítico frente a los modelos tradicionales y en la adopción de un enfoque basado en la complejidad, la intersectorialidad y los derechos humanos. Su práctica no busca soluciones simples, sino construir respuestas a medida en escenarios de alta incertidumbre.

La práctica del equipo ASIC desafía activamente el modelo médico hegemónico. Este cuestionamiento se materializa en:

- El énfasis en el **trabajo intersectorial y en red**, articulando constantemente con hospitales, centros de inclusión, organismos judiciales y organizaciones de la sociedad civil.
- La **prevención de las internaciones como último recurso**, en plena consonancia con el espíritu de la Ley Nacional de Salud Mental.
- El desarrollo de una **“clínica ampliada”**, que se extiende más allá del consultorio para intervenir en el territorio, en la vida cotidiana de las personas y en diálogo con la comunidad.

La filosofía final del equipo puede encapsularse en un fragmento de la autora Claudia Bang (2020), que resalta los principios rectores de su quehacer:

Se trata del desarrollo de estrategias de intervención múltiple cuyas características principales sean la creatividad, la escucha, la flexibilidad, desarrollando la capacidad de aceptar nuevas demandas y construir en la heterogeneidad y a partir de lo imprevisible.

Abordar la problemática de la situación de calle y el padecimiento mental severo requiere, en definitiva, trabajar desde el paradigma de la complejidad. Exige una articulación constante con una enorme diversidad de instituciones y actores, poniendo siempre el foco en el sujeto, su singularidad y sus derechos. Esta labor se adentra en el corazón de la complejidad ética, especialmente al tener que sopesar el respeto por el consentimiento con la evaluación de riesgo en individuos cuya voluntad y juicio se encuentran fragilizados.

Clase N°9

ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO DE LAS INFANCIAS: UNA PERSPECTIVA CRÍTICA SOBRE LA PATOLOGIZACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO

Clase a cargo de la Lic. Alejandra Giacobone^(*) y Patricia Mayansky^(*)

Alejandra Giacobone es musicoterapeuta clínica especializada en infancias. Aporta una vasta experiencia de más de veinte años en la supervisión de equipos interdisciplinarios dentro del sistema de salud pública, abarcando servicios de salud mental y rehabilitación. Es miembro activo del Forum Infancias. Por su parte, Patricia Mayansky es psicóloga y psicoanalista especializada en las problemáticas del aparato psíquico en niños. Su práctica se desarrolla en el ámbito clínico privado y es integrante del Forum Infancias.



Abordaje interdisciplinario de las infancias: Una perspectiva crítica sobre la patologización y el diagnóstico.

Lic. Alejandra Giacobone y Patricia Mayansky

Esta presentación sienta las bases para una deconstrucción profunda de los conceptos que actualmente guían y, a menudo, limitan las prácticas profesionales en el campo de la salud infantil.

Un pilar fundamental en la crítica de Giacobone y Mayansky es la deconstrucción de la falsa dicotomía administrativa que fractura el sistema de salud, separando radicalmente los campos de “rehabilitación” y “salud mental”. Esta división, presente en el sector público, obras sociales y servicios privados, no es una mera formalidad; condiciona directamente el tipo de abordaje que recibe un niño y perpetúa una visión fragmentada de su ser.

Campo de Intervención	Propósito y Profesiones Asociadas
Rehabilitación	* Propósito: Habilitar o rehabilitar funciones que se consideran dañadas o no desarrolladas. Su enfoque es eminentemente funcional. * Profesiones: Terapia física/kinesiología, Terapia ocupacional, Fonoaudiología.
Salud Mental	* Propósito: Atender las dimensiones mentales, psíquicas y emocionales. Su enfoque se centra en el bienestar subjetivo. * Profesiones: Disciplinas como Psicología, Psicopedagogía, Psicomotricidad y Musicoterapia.

Esta división sistémica colapsa al aplicarse a la primera infancia, un período en el que las dimensiones funcionales y emocionales son indisolubles. Las ponentes articulan esta tensión en una pregunta crítica que desafía la estructura misma del sistema: *¿Se puede distinguir en un niño pequeño lo funcional de lo emocional?*

Cuando un niño no habla como se espera, se mueve de manera atípica o no logra jugar, la respuesta del sistema lo deriva hacia uno de estos dos polos. La elección de enviarlo a un servicio para “que funcione” o a uno que indague en su padecimiento revela una toma de posición fundamental: si se lo considera un ser que “tiene que funcionar” o un ser que “puede estar sufriendo”. Esta pregunta no solo expone la insuficiencia del sistema, sino que exige una redefinición de lo que significa “diagnosticar”, un punto que constituye el eje central de su propuesta.

El eje de la propuesta despatologizadora de Giacobone y Mayansky reside en una distinción ética y clínica fundamental: la diferencia entre diagnosticar el sufrimiento y clasificar la conducta. Entender esta diferencia es crucial para adoptar un enfoque

humanista que evite reducir la complejidad de la infancia a una etiqueta.

- **Diagnosticar:** Es un proceso de indagación profunda que busca comprender la causa del malestar subjetivo. Como lo define Patricia Mayaski, diagnosticar es el proceso de **“buscar el sufrir. ¿Qué causa el sufrimiento que causa esa conducta visible?”**. El síntoma, en esta visión, es la manifestación de una verdad que debe ser escuchada. Mayaski profundiza esta idea con una reflexión personal contundente: “Una vez me preguntaron qué se me ocurría con sufrimiento y yo rápidamente dije, ‘Nunca miento’”. El síntoma, entonces, nunca miente; es la expresión honesta de un padecimiento real.
- **Clasificar:** Es un proceso que se limita a nombrar y etiquetar una conducta observable sin investigar su origen o significado. Se basa en agrupar síntomas para asignar una categoría preestablecida, como el Trastorno por Déficit de Atención (TDAH), el Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD) o el Trastorno Explosivo Intermitente.

Si bien la clasificación mediante etiquetas puede generar una sensación de alivio en familias y docentes (“ah, tiene eso y vino así su cerebro”), este efecto calmante se logra a costa de omitir la verdadera causa del malestar. Las ponentes critican duramente el uso de tests estandarizados como herramientas primordiales de esta lógica. Si bien estos instrumentos pueden “medir” y “cuantificar conductas”, son incapaces de acceder a la singularidad del pensamiento, el deseo o el contexto vital de un niño. Al reducir lo humano a un porcentaje, estos métodos representan **“una promesa de deshumanización”**. La alternativa, argumentan, es un encuentro terapéutico que devuelva la dignidad al síntoma, entendiéndolo como la expresión legítima de un sufrimiento que debe ser alojado.

El antídoto contra la deshumanización de la clasificación es el **vínculo**. Es en el encuentro terapéutico donde se puede construir un entendimiento genuino de lo que le sucede al niño. La premisa fundamental es que “ningún ser humano se hace humano solo”, sino en el contexto de las relaciones que tejen su subjetividad. Las ponentes ilustran este punto con ejemplos clínicos contundentes, como el caso de un niño evaluado con tests estandarizados que arrojaron déficits severos, omitiendo un hecho fundamental: días antes, su padre había sido dado de alta tras estar desahuciado por COVID. Sin el contexto que sólo el vínculo puede revelar, cualquier medición se vuelve un acto de violencia simbólica.

Esta postura no implica un “no a todos los diagnósticos”, sino un rechazo a la “clasificación” vacía de sentido. El objetivo es construir una **“hipótesis diagnóstica para poder trabajar”**: una brújula que guíe la intervención sin clausurar la posibilidad de cambio y sin reducir al niño a una categoría estática.

Para profesiones como el Trabajo Social, la consideración del contexto (familiar, barrial, social) es inherente a su práctica. Sin embargo, como admite Alejandra Giacobone, para muchas otras disciplinas de la salud “ha sido un esfuerzo” mirar más allá del consultorio. En este punto, la interdisciplina emerge como una herramienta clave para ampliar la mirada y construir una comprensión integral. Se define no solo como la colaboración entre distintos profesionales, sino como la construcción de un **“lazo que nos socializa entre los que nos ocupamos de ayudar”**. Es en esta trama compartida donde se puede pensar mejor y ofrecer un sostén más robusto a los niños y sus familias.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) no es un texto académico abstracto, sino el fundamento operativo de los sistemas de salud. Sus clasificaciones determinan el acceso a terapias, certificados de discapacidad y modalidades de escolarización. Las ponentes destacan un cambio terminológico clave entre la cuarta y la quinta edición que ha tenido profundas consecuencias.

Edición del Manual	Categoría para las Problemáticas Infantiles
DSM-4	“Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia”.
DSM-5	“Trastornos del neurodesarrollo”.

Este cambio semántico tiene consecuencias profundas. Al enmarcar todas las dificultades de la infancia como “trastornos del neurodesarrollo”, el DSM-5 retira la importancia de la constitución psíquica, el desarrollo emocional y la dimensión del sufrimiento. El marco sugiere que toda conducta problemática se debe a un desarrollo neurológico deficiente, ignorando por completo el contexto, los vínculos y la subjetividad.

Giacobone y Mayansky advierten que esta postura no busca negar la biología, sino contextualizarla. Hacen referencia a la epigenética como un campo que demuestra científicamente cómo los contextos y las condiciones de vida influyen en la expresión de los genes. Esta perspectiva permite pensar en políticas públicas y en intervenciones que, al mejorar el entorno, pueden favorecer el desarrollo y no simplemente atribuir el problema a una falla genética inmutable.

Esta lógica sistémica conduce a la patologización de conductas que son propias y constitutivas de las etapas del desarrollo infantil. Las ponentes ofrecen ejemplos claros:

- Un niño de 2 años que se opone y dice “no” está construyendo su identidad. Etiquetarlo con un **“trastorno oposicionista desafiante”** es patologizar un hito evolutivo fundamental.
- Un niño de 4 años que miente está consolidando su pensamiento y descubriendo que los adultos no pueden leer su mente. Patologizar esta conducta es ignorar su función crucial en el desarrollo psíquico.

Estas lógicas, impulsadas por el DSM, se diseminan rápidamente en el discurso público, creando una narrativa que normaliza la patologización, como se evidencia en el caso del autismo.

Para ilustrar cómo se difunde esta visión reduccionista, las ponentes analizan un video de YouTube sobre el Trastorno del Espectro Autista (TEA). Sus críticas se centran en los siguientes puntos:

1. Definición Reduccionista: El video define el TEA como una “enfermedad del desarrollo neural”, alineándose con el marco excluyente del DSM-5 y descartando cualquier otra dimensión.

2. Síntomas Genéricos: Las dificultades mencionadas (contacto visual, interacciones sociales) son tan amplias que podrían corresponder a múltiples problemáticas, fomentando la sobrediagnóstico.

3. Simplificación Sensorial: La complejidad de las sensibilidades sensoriales se reduce a un simple ícono de una oreja, trivializando la experiencia de la hipersensibilidad.

4. Enfoque en lo Funcional: Al proponer tratamientos, el video se centra únicamente en “terapia del lenguaje”, “terapias ocupacionales” y “medicación”. Se omite por completo cualquier abordaje que contemple el sufrimiento subjetivo o la necesidad de un equipo interdisciplinario.

Uno de los mayores peligros de este enfoque es el diagnóstico temprano acompañado de la etiqueta “de por vida”, un veredicto que produce un “estrage” en una familia y puede llevar a una profecía autocumplida. Las ponentes introducen el concepto de “**autistización**”: si se trata a un niño muy pequeño (ej., 18 meses) como autista sin considerar otras causas de su repliegue (como un duelo parental), se corre el riesgo de que termine constituyéndose como tal. Al enfocar todas las intervenciones en “entrenar” funciones, se puede consolidar el aislamiento que originalmente se buscaba revertir.

La exposición de Alejandra Giacobone y Patricia Mayansky ofrece una crítica contundente a los modelos hegemónicos de abordaje de las infancias y traza un camino alternativo basado en los siguientes principios:

- La necesidad de superar la falsa dicotomía entre **rehabilitación funcional** y **salud mental**.
- La distinción ética y clínica fundamental entre **diagnosticar el sufrimiento** y **clasificar la conducta**.
- El rechazo a la **patologización de las etapas normales del desarrollo**, impulsada por marcos como el DSM-5.
- La centralidad de un **abordaje vincular, contextualizado e interdisciplinario** como herramienta para una práctica más humana y eficaz.

Las ponentes cierran su intervención con una serie de preguntas abiertas, diseñadas para movilizar la reflexión y la práctica de los profesionales:

- ¿Qué lazo social opera en los diagnósticos tempranos de TEA?
- ¿Cómo se teje la trama interdisciplinaria en el tejido social?
- ¿Cómo nos posicionamos entre un objetivo funcional propio de la rehabilitación tradicional y la apuesta subjetivante propia de la salud mental?

Finalmente, proponen la idea de una “**potencia transdisciplinaria**” como un paso más allá de la interdisciplina. Refuerzan que psicólogos, musicoterapeutas y trabajadoras sociales, entre otras profesiones, comparten un oficio esencial: el “**oficio de hacer lazos**”. Este quehacer compartido, tanto con las personas a las que se acompaña como entre los propios profesionales, es la clave para construir un abordaje que honre la complejidad y la dignidad de cada infancia.

Clase N°10

EL ROL DEL TRABAJO SOCIAL EN LA INTERNACIÓN DE ADULTOS CON PROBLEMÁTICAS DE SALUD MENTAL: UN ANÁLISIS DE CASO DESDE EL HOSPITAL SANTOJANNI

Clase a cargo de la Lic. Gisela Sesa, Vanesa Benegas, Estela Poveda y Julia Rovere^(*)

*Las profesionales son Lic. en Trabajo Social e integrantes del equipo de Interconsultas de Personas Adultas del Servicio Social del Hospital Santojanni. La Lic. Gisela Sesa es Magíster en Psicogerontología. Diplomada en Abordajes en Autismo y Psicosis en las Infancias. Integrante del Equipo Técnico del Centro de Integración Escolar y Aprendizaje Luderé. La Lic. Vanesa Benegas participó activamente en la coordinación del XIV y XV Curso Promotores Voluntarios de Salud para Adultos Mayores del hospital durante los años 2016-2017. Su trabajo en colaboración ganó un premio en las XXXV Jornadas Científicas del año 2008. La Lic. Estela Poveda es miembro del equipo de atención de situaciones de IVE/ILE. También cuenta con título de grado de lic. en Enfermería. La Lic. Julia Rovere se desempeña en el equipo de Cuidados Paliativos del efector y en el Programa TBC, área de internación.



El Rol del Trabajo Social en la Internación de Adultos con Problemáticas de Salud Mental: Un Análisis de Caso desde el Hospital Santojanni

Clase a cargo de las Lic. Gisela Sesa, Lic. Vanega Benegas, Lic. Estela Poveda y Lic. Julia Rovere *

Este documento tiene como propósito sistematizar la experiencia profesional en el abordaje de pacientes adultos internados por problemáticas de salud mental, examinando cómo la intervención del Servicio Social resulta fundamental para comprender y atender la compleja interacción entre la condición clínica del paciente y su contexto sociofamiliar. En un sistema de salud fragmentado, el rol del trabajador social emerge como un pilar estratégico para la planificación de un egreso hospitalario digno y sostenible.

El ámbito de actuación del equipo se extiende a diversas áreas de internación del hospital general, incluyendo las salas de **ginecología, traumatología, clínica médica y cirugía**. En estos espacios, la intervención se activa mediante un sistema de interconsultas que, si bien está protocolizado, presenta puntos de fricción sistémicos. A continuación, se detallará el marco operativo que estructura estas intervenciones, los procedimientos que guían el quehacer profesional y los desafíos que revelan las brechas en la atención interdisciplinaria.

La definición de un marco operativo claro constituye una necesidad estratégica para garantizar intervenciones eficaces y coordinadas en un entorno hospitalario dinámico. Este marco no solo estructura el flujo de trabajo, sino que define herramientas de comunicación y establece una metodología de abordaje colaborativo que potencia el impacto de la intervención social frente a la complejidad sistémica.

El procedimiento formal para solicitar la intervención del Servicio Social se rige por un protocolo diseñado para asegurar la claridad y oportunidad en la comunicación interprofesional:

- **Solicitud por Escrito:** Toda interconsulta debe realizarse por escrito para garantizar un registro formal y evitar ambigüedades.
- **Información Clave:** El pedido debe especificar los datos del paciente, el motivo de la consulta y una breve observación sobre su situación general.
- **Múltiples Vías de Solicitud:** Aunque mayoritariamente provienen del equipo médico, las intervenciones también pueden ser iniciadas a solicitud del propio paciente o de sus familiares y allegados.
- **Planilla Estandarizada:** Para facilitar el proceso a los equipos médicos, se ha desarrollado una planilla con motivos de interconsulta predefinidos (ausencia de red sociofamiliar, situación de calle, violencia, etc.), optimizando la identificación inicial del problema.

El equipo ha implementado un modelo de trabajo en “duplas”, un enfoque colaborativo que, si bien duplica la carga de casos para cada profesional, ofrece beneficios sustanciales para la calidad y sostenibilidad de la intervención:

- **Perspectivas Complementarias:** Permite obtener dos miradas distintas sobre una misma situación, enriqueciendo el análisis y la estrategia de intervención.
- **Decisiones Consensuadas:** Facilita el debate interno y la toma de decisiones conjunta, fortaleciendo el posicionamiento profesional.
- **Continuidad de la Atención:** Garantiza que la intervención no se interrumpa en caso de ausencia o licencia de una de las profesionales.
- **Soporte Profesional:** Este modelo hace el trabajo más llevadero y enriquecedor, creando un espacio de contención y aprendizaje mutuo frente a situaciones de alta complejidad emocional.

A pesar de este marco protocolizado, el equipo identifica fallas recurrentes que revelan puntos de fricción sistémicos y brechas comunicacionales en la atención interdisciplinaria:

1. Falta de Claridad: Con frecuencia, el motivo real de la consulta queda oculto detrás de extensas descripciones médicas, dificultando la identificación del problema social subyacente que requiere abordaje.

2. Intervención Tardía: Las solicitudes a menudo se realizan cerca del momento del alta, cuando el equipo médico toma conocimiento de que el paciente carece de un dispositivo de egreso o de una red de apoyo, generando una presión crítica para resolver situaciones estructurales en un tiempo limitado.

3. Desconocimiento del Paciente: Es común que el paciente no sea informado por el equipo tratante de que se ha solicitado una interconsulta al Servicio Social, lo que obliga a iniciar la relación desde cero, explicando el rol profesional y el motivo de la presencia.

4. Solicitudes Fuera de Incumbencia: Ocasionalmente se reciben pedidos que no corresponden a las funciones del Servicio Social, como realizar llamadas a hogares para coordinar traslados. Estas solicitudes son devueltas con la aclaración correspondiente para educar sobre las competencias profesionales.

Estos desafíos operativos demuestran que las brechas procedimentales exigen una herramienta conceptual más profunda para superar las limitaciones del sistema, haciendo imprescindible la construcción de un diagnóstico social integral.

El diagnóstico social es la herramienta conceptual que distingue el abordaje del trabajo social, permitiendo trascender la sintomatología clínica para construir una comprensión holística del paciente en su contexto. Es un proceso dinámico que integra cuerpo, mente y entorno, reconociendo cómo estos elementos impactan mutuamente en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado de las personas.

El propósito central de este diagnóstico es contextualizar la enfermedad,

comprender cómo la vive la persona, cómo repercute en su biografía y en su entorno, y cuáles son las posibilidades reales de adaptación y mejora. Se trata de una metodología que busca *“intervenir sobre las causas de las causas”*. Por ejemplo, ante un paciente con diabetes que enfrenta una amputación por falta de adherencia al tratamiento, el diagnóstico social no se detiene en el hecho clínico, sino que indaga en el por qué de esa situación, buscando entender los factores sociales, económicos o subjetivos que la produjeron. Es una invitación analítica a “mirar más allá del cuerpo”.

Este enfoque comprensivo integra y relaciona dinámicamente los siguientes elementos:

- Aspectos materiales y económicos.
- Entorno social y redes de apoyo.
- Aspectos subjetivos, psicológicos y espirituales.

De esta manera, el diagnóstico social no solo identifica la situación problema en su complejidad, sino que también revela los espacios, recursos y potencialidades para construir posibles soluciones, sirviendo como un puente fundamental entre la comprensión de la realidad y las intervenciones concretas que se implementarán.

A partir del diagnóstico social, el equipo despliega una serie de acciones prácticas y coordinadas, fundamentadas en una filosofía de intervención centrada en la persona y la defensa de sus derechos. Estas acciones conforman los ejes centrales de su labor durante todo el proceso de internación:

1. Valoración Integral y Contención: Se realiza una evaluación completa de la situación del paciente, integrando los informes médicos, la evaluación de salud mental y el propio diagnóstico social. Simultáneamente, se brinda contención emocional y psicosocial tanto al paciente como a su familia, ofreciendo un espacio de escucha activa y empática en un momento de alta vulnerabilidad.

2. Atención Centrada en la Persona y Defensa de Derechos: El enfoque prioriza la promoción de la autonomía del paciente. Se trabaja para asegurar su participación activa en la toma de decisiones sobre su salud y su proceso de egreso. Esta línea de acción implica una defensa constante de sus derechos, garantizando que su voz sea escuchada y respetada por el resto del equipo de salud.

3. Gestión de Recursos y Redes de Apoyo: Una función clave es la articulación y movilización de recursos comunitarios y redes de apoyo. Esto incluye la coordinación con otros organismos, la gestión de prestaciones sociales y la vinculación con instituciones que puedan ofrecer soporte al paciente una vez fuera del hospital.

4. Planificación del Alta y Seguimiento: El Servicio Social asume un rol protagónico en la planificación del egreso hospitalario. Tras el alta, se realiza un seguimiento (telefónico o presencial) para asegurar la continuidad de los cuidados, verificar la adaptación del paciente a su nuevo entorno y sostener el vínculo con los sistemas de apoyo.

El equipo reconoce que la complejidad y la carga emocional de las situaciones abordadas exigen un cuidado activo de su propia salud mental. Consideran fundamental trabajar en un entorno seguro y de confianza, como el que encuentran en su servicio. Dentro de este espacio, la **supervisión entre colegas** emerge como una herramienta crucial. Este proceso no solo permite reflexionar críticamente sobre la práctica para mejorar la calidad de las intervenciones, sino que también tiene un “efecto terapéutico”, aliviando la carga emocional y fortaleciendo al equipo para enfrentar los desafíos diarios.

Estos principios y acciones se aplican a perfiles de pacientes muy diversos, cada uno de los cuales presenta desafíos específicos que se derivan de las problemáticas estructurales del sistema de salud.

Las intervenciones del Trabajo Social se ven constantemente desafiadas por problemas estructurales del sistema de salud y la complejidad de los perfiles de los pacientes atendidos. La Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657) plantea un abordaje desde una perspectiva de derechos humanos, pero su implementación efectiva sigue siendo una asignatura pendiente, generando una tensión constante entre el deber ser normativo y la realidad de la práctica.

El equipo ha categorizado los perfiles de pacientes con los que trabaja habitualmente, lo que permite anticipar necesidades y desafíos específicos:

1. Pacientes sin problemática de salud mental preexistente.
2. Pacientes con internaciones involuntarias por motivos de salud mental.
3. Pacientes con un diagnóstico de salud mental de base.
4. Pacientes con afectación de la salud mental como consecuencia de internaciones prolongadas.

En todos estos perfiles, la existencia de una red sociofamiliar es un factor determinante. Su presencia y colaboración aceleran la resolución de los casos y ayudan a preservar la autonomía del paciente. Sin embargo, el equipo observa con preocupación el fenómeno del **“cansancio” y la “claudicación familiar”**. La falta de apoyos sistémicos para los cuidadores (recursos, capacitación, contención) lleva a un agotamiento que, en muchos casos, termina por quebrar la principal red de soporte del paciente.

Las dificultades en la práctica diaria a menudo reflejan fallas sistémicas profundas. La siguiente tabla sintetiza las principales problemáticas identificadas:

Problemática Sistémica	Impacto en el Paciente y la Intervención
Prolongación de internaciones post-crisis	Pacientes permanecen internados por meses o años por falta de red o dispositivo de egreso, a pesar de haber superado la situación de “riesgo cierto e inminente”.
Falta de dispositivos alternativos	La ausencia de “casas de medio camino” o recursos habitacionales adecuados conduce a internaciones evitables o prolongadas en guardias y salas generales.
Carencia de unidades de salud mental en hospitales generales	A pesar de lo que dicta la Ley Nacional de Salud Mental, su implementación es deficiente, impidiendo un abordaje especializado e integral dentro del hospital general.

Falta de capacitación del personal de salud	El personal de las salas generales no siempre está preparado para manejar problemáticas de salud mental, lo que genera dificultades en el trato y el abordaje clínico.
Barreras de las obras sociales	La denegación sistemática de prestaciones por parte de las aseguradoras deja a los pacientes sin cobertura para los recursos necesarios (hogares, acompañantes, etc.).

Estas fallas sistémicas no son meros obstáculos administrativos; tienen consecuencias devastadoras en la vida y la dignidad de las personas, como lo ilustra el siguiente estudio de caso.

El caso de “Juan” (nombre ficticio) es un ejemplo paradigmático que encarna la complejidad, las frustraciones y el impacto humano de las fallas sistémicas descritas. Su historia, que se extendió por casi tres años, evidencia cómo la falta de dispositivos adecuados y la fragmentación del sistema pueden atrapar a una persona en el hospital, llevándola a un deterioro irreversible.

- **Edad:** 54 años al momento de la intervención (2021).
- **Situación Socioeconómica:** Sin ingresos propios, sin obra social.
- **Condición de Salud:** Ceguera por cataratas bilaterales, sin controles de salud previos y sin diagnóstico de salud mental previo a la internación.
- **Red de Apoyo:** Convivía con una amiga de la familia (“Laura”); contaba con dos primos mayores con quienes no mantenía un vínculo cotidiano.

La trayectoria de Juan dentro del hospital fue un largo recorrido marcado por gestiones infructuosas y un deterioro progresivo:

- **Ingreso y Diagnóstico:** En julio de 2021, Juan es traído por una descompensación psicótica. Es internado en clínica médica con diagnóstico de COVID-19. Una vez superada la fase aguda, su cuadro psicótico se compensa.
- **Inicio de la Intervención Social:** Se realiza la interconsulta ante las dificultades para el egreso. Juan era dependiente para las actividades de la vida diaria y su cuidadora, Laura, se mostraba reticente a recibirlo nuevamente.
- **Primeras Gestiones y Fracasos:** Se solicitó sin éxito un acompañante hospitalario al Ministerio de Desarrollo Humano y un asistente para la vida independiente a Copidis. La falta de ayuda para alimentarse obligó a colocarle una sonda nasogástrica.
- **El Intento de Cirugía de Cataratas:** Se realizaron múltiples traslados a otros hospitales (Santa Lucía, Rivadavia) para una cirugía de cataratas que le devolviera la visión. Juan estaba entusiasmado con esta posibilidad, y el impacto anímico de cada fracaso —motivado por la falta de recursos como una unidad de cuidados intensivos— era notable, hundiéndolo progresivamente en la apatía.
- **Laberinto Burocrático:** La gestión de una pensión no contributiva y la cobertura de salud se convirtió en un proceso confuso. Fue afiliado de

manera provisoria a Incluir Salud, pero luego la Defensoría dio de baja ese trámite para iniciar una pensión derivada y afiliarlo a PAMI. Este vaivén, sumado a la falta de ingresos económicos concretos, bloqueaba su acceso a cualquier dispositivo de cuidado.

- **Búsqueda de Dispositivos de Egreso:** Se contactaron numerosos hogares, incluyendo aquellos especializados en discapacidad visual. Todos lo rechazaron, argumentando que sus “múltiples discapacidades” (visual, motriz y de salud mental) no encajaban en sus perfiles de admisión, evidenciando la rigidez del sistema.
- **Deterioro Progresivo:** A lo largo de los años, Juan sufrió un franco deterioro físico y mental. Se volvió poco colaborador, se aisló y finalmente adoptó una posición fetal permanente en la cama, sin interactuar con el entorno.

A pesar de los últimos esfuerzos administrativos y del acompañamiento de un terapeuta, el estado de Juan ya era irreversible. En abril de 2024, falleció en el hospital. Su caso dejó en el equipo una profunda sensación de angustia y frustración, reflejo de un trabajo intenso y prolongado que no pudo torcer un destino marcado por el abandono del sistema. Esta experiencia reafirma la importancia crítica de los mecanismos de autocuidado y supervisión profesional detallados previamente, los cuales son indispensables para procesar el impacto emocional de estas situaciones y sostener la capacidad de intervención.

La historia de Juan subraya la urgencia de construir factores protectores para evitar que estas tragedias se repitan.

La experiencia expuesta, y en particular el caso de Juan, obliga a una reflexión crítica sobre las carencias del sistema de salud actual y refuerza la necesidad de construir un modelo de atención en salud mental más robusto, accesible y humano. No se trata solo de cumplir con la ley, sino de garantizar la dignidad de cada persona.

Para avanzar hacia un sistema que proteja y no que excluya, el equipo propone los siguientes factores protectores como ejes de acción prioritarios:

1. **Generar mayor accesibilidad** a la atención en salud mental, eliminando barreras burocráticas y geográficas.
2. **Adecuar los hospitales generales** para recibir y atender adecuadamente a esta población, tal como lo estipula la ley.
3. **Capacitar a todo el personal de salud** en la temática de salud mental para asegurar un trato respetuoso y un abordaje integral.
4. **Crear una red de dispositivos de derivación integrales**, tanto previos como posteriores a la internación (casas de medio camino, recursos habitacionales), para evitar hospitalizaciones innecesarias o prolongadas.
5. **Comprometer y ofrecer apoyos concretos a las familias** y redes de cuidado para prevenir su claudicación.
6. **Garantizar que los procesos de determinación de capacidad** se desarrollen en dispositivos acordes a las necesidades de la persona, y no en una cama de hospital.

7. Generar concientización sobre salud mental tanto en la población general como dentro del propio sistema de salud para combatir el estigma.

Finalmente, es fundamental rescatar y valorar la dimensión terapéutica intrínseca de la intervención del trabajo social. Incluso en contextos adversos y frente a fallas sistémicas, la labor profesional busca activamente generar cambios positivos. El acompañamiento del trabajador social procura:

- Lograr **cambios subjetivos, comunicacionales y relacionales** en las personas.
- Favorecer la **construcción y fortalecimiento de sistemas de apoyo**.
- Facilitar la **identificación de potencialidades, habilidades y recursos** individuales y comunitarios.
- Contribuir a la **transformación de su situación presente** para mejorar su calidad de vida a futuro.

El compromiso del trabajo social es, en última instancia, con la dignidad y los derechos de cada persona, luchando para que ninguna historia termine como la de Juan y para que el sistema de salud se convierta verdaderamente en un espacio de cuidado y restitución de derechos.

Clase N°11

LO SINGULAR EN LO COLECTIVO: UN ENFOQUE PSICOANALÍTICO SOBRE LA INFANCIA, LA PSICOSIS Y EL DISPOSITIVO “LA CIGARRA”

Clase a cargo de la Lic. Evangelina March^(*)

*Licenciada en Psicología - UBA. Psicoanalista. Miembro del Hospital de Día de Niños “La Cigarra” , Centro de Salud Mental N° 1, GCBA.



Lo Singular en lo Colectivo: Un Enfoque Psicoanalítico sobre la Infancia, la Psicosis y el Dispositivo “La Cigarra”

Clase a cargo de la Lic. Evangelina March *

Este texto se articula en torno a una serie de preguntas fundamentales que emergen al intervenir en el campo de la salud mental, especialmente en la frontera entre la infancia y la adultez. ¿Qué define realmente a un adulto frente a un niño o un joven? ¿Es meramente una cuestión de edad cronológica? Ante un paciente adulto, ¿qué supuestos operan en nosotros sobre lo que debería ser o alcanzar, como ciertas habilidades sociales o una inserción en el mundo laboral? Y, en un nivel más profundo, ¿tiene el inconsciente edad, condición social o determinaciones familiares? El propósito de las siguientes líneas es explorar estos interrogantes desde una perspectiva psicoanalítica, nutriéndonos de la experiencia clínica acumulada en nuestro dispositivo terapéutico, “La Cigarra”.

El concepto de “malentendido” es un pilar teórico fundamental en la clínica psicoanalítica con niños. Lejos de ser un mero error de comunicación, revela una brecha estructural, un desencuentro ineliminable que habita en el lenguaje mismo. Una obra tan universal como *El Principito* de Antoine de Saint-Exupéry nos ofrece una ilustración magistral de este concepto, desafiando las nociones convencionales de entendimiento y exponiendo la distancia que a menudo separa el mundo adulto del infantil.

En el primer capítulo del libro, el narrador, con solo seis años, queda impactado por la imagen de una boa devorando a su presa en un libro sobre la selva. Movidio por esta experiencia, realiza lo que él llama su “dibujo número uno” y se lo muestra a las “personas grandes”, preguntándoles si les da miedo. Busca, quizás, que el impacto que sintió resuene en otro, que su angustia entre en un lazo social. Sin embargo, la respuesta que recibe es desconcertante: “¿Por qué habría de dar miedo un sombrero?”.

Esta interpretación no sólo es errónea, sino que anula por completo la intención comunicativa y el impacto emocional del niño. La mirada adulta, anclada en lo reconocible y funcional, ve un objeto inofensivo donde el niño veía una escena dramática y vital.

Este breve episodio nos permite distinguir dos niveles de malentendido que operan simultáneamente:

- 1. El Malentendido Lingüístico:** Se trata de la equivocación inherente al lenguaje. Una misma imagen puede ser nombrada con significantes distintos: “boa devorando un elefante” o “sombrero”. Este es el terreno
- 2. Propio del inconsciente,** donde florecen el chiste, los sueños, el juego y la poesía. Es la prueba de que el lenguaje nunca es unívoco.
- 3. El Malentendido Discursivo:** Cuando el niño intenta aclarar su dibujo,

las personas grandes no se sorprenden ni entran en su juego. Por el contrario, le aconsejan abandonar los dibujos de boas y dedicarse a la geografía, la matemática o la historia. Esta respuesta proviene de un “discurso del saber”, un discurso que impone un ideal sobre lo que es correcto o conveniente para el niño, clausurando su interés libidinal y la posibilidad misma del juego.

Ante este doble malentendido, ¿cómo responde el niño? El narrador cuenta que decidió “abandonar el dibujar”. Esta reacción no debe leerse como una simple derrota o una claudicación. Es, por el contrario, su **propia respuesta singular** al desencuentro con los adultos. Es en esa decisión, en esa marca que le dejará un descontento duradero con las “personas mayores”, donde podemos ubicar su responsabilidad subjetiva. Esta responsabilidad del niño del cuento nos sirve de puente para abordar la noción psicoanalítica de la responsabilidad del sujeto por su síntoma.

En la clínica, es crucial redefinir el concepto de “responsabilidad”, separándolo de sus connotaciones morales, jurídicas o cronológicas. Para el psicoanálisis, la responsabilidad no es algo que se adquiere con la edad, sino una posición ética que se le supone siempre al sujeto. Es la capacidad de responder por aquello que le acontece, incluso si no lo comprende del todo.

La psicoanalista Liliana Casenab nos ayuda a pensar esta cuestión. La familia, en sus diversas formas, opera como un agente de transmisión. Un niño llega a un encuentro con un deseo y un goce que lo preceden. Sin embargo, su respuesta a esta transmisión nunca es un efecto directo o una consecuencia inevitable. No existe una causalidad familiar lineal.

Entre lo que la familia transmite y la respuesta del niño, hay siempre una “alianza”, un margen, una brecha que hace que la transmisión sea, por estructura, “fallida”. Es en esa falla donde el niño da su respuesta singular, ya sea de asentimiento o de rechazo. Es el lugar de su elección subjetiva.

Siguiendo esta línea, el psicoanalista Eric Loran propone una definición precisa: una “persona grande” es aquella que puede hacerse responsable de su enunciación, de su “voz”. Es decir, alguien que puede responder por el modo en que se las arregla con ese malentendido fundamental en el que nace y que produce efectos en su vida, a lo que llamamos síntoma.

Por lo tanto, para el psicoanálisis, la responsabilidad de un sujeto por su síntoma no es una cuestión de edad, madurez biológica o nivel de desarrollo. Es, fundamentalmente, la posición de quien puede hacerse cargo de él. Es esta lógica la que orienta nuestra práctica clínica en “La Cigarra”, un dispositivo pensado para poner estos principios en acto.

“La cigarra” es la materialización de los conceptos teóricos que hemos discutido. No es un protocolo, sino un dispositivo cuya estructura y lógica están diseñadas para alojar la singularidad de cada sujeto, en un claro contraste con los enfoques estandarizados que suelen predominar en el sistema de salud.

El dispositivo fue creado en 1992 como un **hospital de día infantil** en el Centro de Salud Mental N°1 “Dr. Hugo Rosarios”. Se creaba entonces un espacio institucional público y gratuito para alojar la locura en los niños; espacios que en el 92 no abundaban y, la verdad, tampoco abundan hoy. Sin embargo, hace aproximadamente 20 años,

un cambio en la coordinación, a cargo de Gustavo Zlatopolski, implicó un giro en la orientación. Este giro quedó simbolizado en un gesto aparentemente menor pero conceptualmente decisivo: el paso de la mayúscula a la minúscula en el nombre.

Escribir “la cigarra” en minúsculas es una declaración de principios. Implica una lógica que busca:

- **Separarse del universal:** Resiste la idea de que algo “vale para todos de la misma manera”, lógica que a menudo impera en las instituciones de salud.
- **Rechazar el modelo:** No pretende ser un protocolo certificado o un modelo a seguir para el tratamiento de la psicosis y el autismo.
- **Promover la invención:** Insiste en que el dispositivo debe ser una invención constante, a la medida del síntoma de cada sujeto que lo habita.
- **Implicar a los analistas:** Invita a cada profesional a encontrar su propio modo singular de estar y trabajar, a partir de sus propias marcas y su deseo.

Esta lógica de lo singular entra necesariamente en tensión con la lógica institucional. Nuestra práctica de no establecer límites de edad ni de tiempo de tratamiento choca con los criterios de eficiencia y las listas de espera. Sin embargo, sostenemos que el criterio que debe orientarnos es el clínico. La experiencia nos demuestra, por ejemplo, que una psicosis desencadenada en la infancia tiene una modalidad diferente a la psicosis adulta. Un paciente de 30 años puede no encajar en un dispositivo de adultos, pues su constitución subjetiva responde a otra lógica. Es en los talleres donde esta articulación entre lo singular y lo colectivo encuentra su escenario privilegiado.

En “La Cigarra”, los talleres no son actividades complementarias o recreativas. Son dispositivos de tratamiento en sí mismos, dotados de una lógica propia y diseñados para producir efectos clínicos.

Los talleres se desarrollan dos días a la semana en una secuencia fija, lo que provee un marco estable. No obstante, esta estructura es flexible: un taller puede dejar de hacerse, inventarse uno nuevo a partir de una pregunta clínica o del deseo de un analista, o incluso modificarse ante una contingencia. La inclusión de un paciente en un taller es siempre una decisión clínica singular, tomada desde su análisis individual. No todos los talleres son para todos los pacientes.

Cada taller se organiza en torno a una **consigna**: una propuesta que funciona como un “casillero vacío” que es igual para todos. Este casillero invita o fuerza a cada sujeto a producir algo, a ceder un objeto para entrar en el juego. Lo que se espera que deposite allí no es una respuesta correcta, sino su solución particular, su síntoma o su defensa. Puede ser una palabra, un trazo en un cuaderno, un grito o incluso el rechazo a responder. Este rechazo no es una ausencia, sino una respuesta que se anota: “queda vacío”. La práctica clínica ha refinado esta maniobra, y a veces se le ofrecen al paciente otras formas de inscribir su negativa: “¿Queda en secreto? ¿Preferís que quede vacío?”. De este modo, hasta el silencio o la negativa son traídos al campo simbólico del juego.

La consigna no es una instrucción mecánica; es encarnada por un coordinador con un estilo propio. Además, la participación activa de los otros analistas, quienes también son convocados a responder, da cuerpo a lo que llamamos una **“atmósfera deseante”**. No se trata del sentido de lo que se dice, sino de lo que circula en la risa, en la diversión, en el acto de “jugar seriamente” poniendo en juego el propio deseo. Cada uno juega su propio juego en el marco colectivo del taller. Es en el cortocircuito entre el “para todos” de la consigna y la respuesta singular donde se producen los efectos.

Las siguientes viñetas clínicas no son meras anécdotas, sino la demostración de cómo la lógica del dispositivo opera en la práctica para producir efectos subjetivos.

- **Contexto:** Nico es un joven que participa en el taller “Punto y Coma”, un juego donde se construye una frase colectiva, palabra por palabra.
- **La Intervención:** En una sesión, el coordinador inicia la frase: “El juego que más me gusta es...”. Cuando le toca a Nico, él responde: “nada”. El coordinador, en lugar de leerlo como una negativa a participar, deliberadamente malentendiendo y lo inscribe como palabra, escribiendo en su cuaderno: “El juego que más me gusta es nada”. Esto da inicio a un forcejeo, un “ido y vuelta” donde Nico intenta aclarar que su intención es no responder, mientras el coordinador insiste en su “malentendido”, tratando ese “nada” como una respuesta en sí misma. Finalmente, en un instante, Nico cede, y su “nada” queda inscrito en la malla simbólica de la frase. La construcción continúa, y él introduce significantes como “todos mueren” y “quiero destruir el mundo”. En otra ocasión, ante la frase iniciada “Me enojé cuando me enteré que...”, Nico aporta “Y me suicidé”. Inmediatamente, la analista que sigue añade: “pero llegó la ambulancia a tiempo”, desviando el sentido mortífero.
- **El Efecto:** Días después, en el taller de radio, al ser preguntado por su taller favorito, Nico responde sin dudar: «Punto y Coma, porque es como un teléfono descompuesto».
- **Análisis Clínico:** El taller le ofrece a Nico una “malla simbólica”. Su significante fijo y pesado (“muerte”) es forzado a enlazarse con otros, a entrar en una sintaxis que lo equivoca y serpentea. Este efecto de “teléfono descompuesto” aligera su peso, le produce alivio y le permite jugar con aquello que lo mortifica.
- **Contexto:** Mario, de 30 años, asiste a “La Cigarra” desde niño. Recientemente ha logrado nombrar su posición subjetiva con un neologismo: “amado”, una palabra que resuena con “aniñado” y “mimado”, y que describe su imposible separación de la madre.
- **Las Intervenciones:** Durante un tiempo, los analistas intervienen de manera repetida en los talleres. Por un lado, introducen la “mentira” en las frases para contrarrestar su rigidez sobre “no mentirle a la madre”. Por otro, cuando Mario entra en rivalidades infantiles por los puntos en un juego, se le señala que “ya es grande” para eso, introduciendo el significante “adulto” como una posición posible para él.
- **El Efecto Inesperado:** Estas intervenciones, sin ser una estrategia calculada, tuvieron un efecto contingente y sorpresivo. Un día, Mario

anuncia que dejará el “taller de magia”, argumentando que “lo aburre”. Esta decisión es de un peso clínico enorme, ya que ese taller no era un espacio cualquiera: se había creado a su medida más de quince años atrás para abordar un obstáculo en su análisis. En aquel momento, Mario sostenía el delirio de poder viajar en el tiempo para revivir a una amiga muerta. La intervención de su analista fue alojar esa posibilidad en un marco simbólico: “Solo como mago podrías viajar en el tiempo”. Así nació el taller, una invención a la medida de su delirio. Que ahora, tantos años después, él mismo decida abandonarlo por “aburrimiento”, marca un movimiento subjetivo fundamental.

- **Análisis Clínico:** Este movimiento abre algo nuevo. Semanas después, en el taller de radio, Mario trae por primera vez una queja: en su casa le prometieron ayudarlo a hacer un currículum y no lo han hecho. Esto permite una derivación a la terapeuta ocupacional del centro. La viñeta ilustra cómo, al apuntar a la responsabilidad subjetiva, se puede posibilitar un cambio de posición.

Ambos casos muestran que los cambios no se buscan a través de un ideal de “inclusión”, sino que pueden llegar como una “añadidura”, como una consecuencia de un movimiento en la posición subjetiva del sujeto.

La filosofía de “La cigarra” se resume en la idea de un trabajo constante, dinámico y siempre en tensión. No se trata de un modelo acabado, sino de un esfuerzo incesante por mantener una orientación clínica que ponga lo singular en el centro. La mejor manera de cerrar esta presentación es con las palabras de Gustavo Zlatopolski, coordinador del dispositivo, escritas para la revista de nuestro 30 aniversario:

“En estos 30 años la cigarra ha sido un ir y venir incesante en la idea de no perder su sur, en sostener una posición frente a los embates contra lo público, un ir y venir incesante frente a lo inerte de toda institución, un ir y venir incesante para sostener que el deseo nos siga escapando, un ir y venir incesante para que no haya la cigarra mayúscula. Cigarras una por una, vez por vez en los años que nos sigan.”

Clase N°12

ESTRATEGIAS TERRITORIALES EN SALUD PÚBLICA: UN ANÁLISIS DE POLÍTICAS DE CONSUMO E INTERVENCIONES EN COMUNIDADES VULNERABLES

Clase a cargo de la Lic. Florencia Pelagagge^(*)

*Lic. en Terapia Ocupacional (UBA). Magíster en Antropología Social (UNSAM). Maestranda em Saúde Pública (UFC). Doctoranda en Sociología (UNSAM). Integrante del grupo de investigación Sociabilidad por los márgenes (UBA). Secretaria general de ATOGBA. Integrante del equipo profesional del CeSAC N° 40.



Estrategias Territoriales en Salud Pública: Un Análisis de Políticas de Consumo e Intervenciones en Comunidades Vulnerables

Clase a cargo de la Lic. Florencia Pelagagge *

La comprensión del consumo problemático de sustancias exige un análisis que trascienda la patología individual para adentrarse en la compleja trama de las políticas públicas, los determinantes sociales y la estructura misma de los sistemas de salud. Para abordar esta problemática con la profundidad que merece, es fundamental complejizar la mirada, reconociendo las múltiples dimensiones que intervienen, desde las dinámicas geopolíticas hasta las subjetividades que se construyen en los territorios más vulnerables.

El objetivo principal es analizar las políticas públicas sobre consumo de sustancias a través del examen de experiencias concretas de intervención territorial en el barrio del Bajo Flores, en la Ciudad de Buenos Aires. Utilizando estos casos como catalizadores, exploraremos los paradigmas teóricos en disputa, los desafíos operativos y las preguntas fundamentales que emergen al pensar en una salud pública más justa y emancipadora. Para ello, es indispensable comenzar por comprender el territorio específico donde estas intervenciones cobran vida y sentido.

El análisis territorial es una herramienta estratégica indispensable en la salud pública. Las intervenciones no pueden ser diseñadas ni comprendidas como fórmulas abstractas; deben responder a las fuerzas históricas, sociales y políticas que han moldeado la comunidad a la que sirven. La territorialidad es una construcción dinámica, afectada constantemente por las políticas públicas que se implementan sobre ella.

El Barrio Padre Richardelli, conocido popularmente como Villa 1-11-14, ha experimentado una formación marcada por distintas fases que definen su presente:

- **Origen y Desplazamiento:** Nació como un proyecto de viviendas sociales para responder a una necesidad habitacional, pero su población original fue desplazada y expulsada durante la última dictadura cívico-militar.
- **Repoblación Democrática:** Con el retorno de la democracia, el barrio inició un segundo momento de conformación, repoblándose y reconfigurando su tejido social.
- A lo largo de las décadas, diversos eventos socioeconómicos y políticos impactaron profundamente el territorio, creando un escenario de alta complejidad para la salud pública:
- **Políticas Neoliberales y la Crisis de 2001:** En los años 90, Argentina pasó de ser un país de tránsito a uno también productor de sustancias. En este contexto de pobreza estructural, estos espacios no solo se convirtieron en lugares propicios para el desarrollo de mercados informales, sino que fueron activamente *construidos como tales* por la lejanía y las políticas específicas del Estado. Tras la crisis de 2001, aumentó la circulación de personas en situación de calle vinculadas a estas dinámicas.

- **El “Plan Unidad Cinturón Sur” (2011):** La llegada de la Gendarmería Nacional, como parte de una política de seguridad para “pacificar” la zona, alteró drásticamente las dinámicas sociales. Los campamentos informales en la calle, conocidos como “ranchadas”, donde se habían establecido lazos sociales y roles, fueron desplazados. Esto no eliminó las prácticas de consumo ni el mercado informal, sino que los reconfiguró espacialmente.
- **La Llegada del “Hogar de Cristo”:** De forma simultánea a la intervención de seguridad, emergieron en el territorio las comunidades terapéuticas del Hogar de Cristo, introduciendo un enfoque de tratamiento con una perspectiva marcadamente moralizadora sobre el consumo.

Esta compleja historia de intervenciones estatales, crisis económicas y reconfiguraciones sociales sentó las bases para el surgimiento de iniciativas de salud innovadoras, construidas desde abajo para dar respuesta a los desafíos que el sistema formal dejaba desatendidos.

Frente a la desatención estatal y los desafíos únicos del territorio, profesionales de la salud desarrollaron modelos de intervención innovadores y comunitarios. Estas experiencias, nacidas desde la base, ofrecen lecciones críticas sobre el potencial del trabajo en salud pública a nivel local, así como sobre la precariedad que enfrenta cuando carece de un respaldo institucional sólido.

El centro de día “La Otra Base de Encuentro” (LOBE) surgió como una iniciativa “de abajo hacia arriba”, creada por profesionales de varios Centros de Salud (CESACs) del área que sentían la necesidad de intervenir con las poblaciones en situación de calle que el sistema no lograba alcanzar. Su funcionamiento se basaba en principios radicales de accesibilidad:

- **Sin criterios de admisión:** Cualquier persona del barrio podía participar, tuviera o no una práctica de consumo.
- **Espacio abierto para “permanecer”:** Más allá de cualquier objetivo terapéutico específico, OBE ofrecía un lugar seguro donde simplemente estar, rompiendo con la lógica de alerta constante que impone la vida en la calle.
- **Acceso a necesidades básicas:** Disponía de servicios esenciales como baños y duchas, reconociendo la humanidad y la dignidad de quienes se acercaban.

La principal paradoja de LOBE residía en que su **autogestión** fue simultáneamente su mayor fortaleza y su debilidad fatal. Esta autonomía le confirió una enorme flexibilidad y capacidad de adaptación a las necesidades reales de la comunidad. Sin embargo, esta misma falta de estructura formal la dejó en un estado de invisibilización institucional permanente. Nunca contó con recursos propios, ni humanos ni físicos, y funcionaba en un edificio con peligro de derrumbe. Finalmente, esta precariedad condujo a su cierre. Su historia es un claro reflejo de una lógica estatal que a menudo destina “dispositivos pobres y marginales para gente pobre y marginal”.

Las “ranchadas” representan la continuidad de una práctica de intervención territorial extramuros, sostenida hasta hoy por el CESAC 40, con el objetivo de mejorar la accesibilidad de las poblaciones más vulnerabilizadas.

La metodología del proyecto se basa en la constancia y la construcción de confianza. Un equipo multidisciplinario, compuesto por trabajo social, terapia ocupacional, medicina general y promotoras de salud, realiza recorridos semanales programados por el barrio. En ellas, se acercan a los puntos de encuentro conocidos para ofrecer insumos básicos (agua, profilácticos, material para curaciones) y, fundamentalmente, para propiciar un encuentro que sostenga el vínculo.

Para combatir la invisibilidad de este trabajo, el equipo mantiene un registro informal desde 2019, que arroja datos significativos sobre su impacto:

- **Personas alcanzadas (2019-2024): 567**
- **Distribución por género: 71%** varones.
- **Éxito en la vinculación:** El **15%** de las personas contactadas concurrió al CESAC durante el primer año post-contacto.
- **Edad mediana: 36** años.
- **Brecha de registro oficial:** De las 567 personas vistas, solo **109** estaban oficialmente registradas en el sistema de salud (empadronadas).

Este registro informal es una herramienta estratégica fundamental. No solo permite al equipo analizar y mejorar su propia práctica, sino que sirve para **visibilizar una labor que, de otro modo, sería completamente invisible** para las métricas burocráticas del sistema de salud formal. Su valor, sin embargo, trasciende la visibilidad y se manifiesta en la continuidad del cuidado. En una ocasión, una persona fue hospitalizada en otro municipio; gracias a que el equipo había logrado registrarla formalmente, el personal del hospital pudo contactarlos. Esto permitió un acompañamiento mucho más integral e informado del paciente, demostrando el impacto concreto de este trabajo meticuloso.

Estas intervenciones prácticas y territoriales no existen en un vacío, sino que se enmarcan y, a menudo, resisten a los grandes marcos ideológicos que compiten por definir las políticas sobre drogas.

Las intervenciones locales en salud no ocurren de manera aislada. Están profundamente moldeadas por dos paradigmas hegemónicos globales —y a menudo antagónicos— que definen cómo los Estados abordan el consumo de sustancias.

El Modelo Prohibicionista tiene raíces históricas profundas, que se remontan a la “Ley Seca” en Estados Unidos. Tras la Segunda Guerra Mundial, las élites norteamericanas lograron imponer esta visión a nivel global, formalizándola en la **Convención Única sobre Estupefacientes de las Naciones Unidas de 1961**. Esta convención sacó la discusión del ámbito de la salud para instalarla en el de la seguridad y la criminalidad.

Sus principios fundamentales son:

- **Enfoque de seguridad:** El consumo es enmarcado como un problema de orden y ley, no de salud pública.
- **Abstinencia como único fin:** El único objetivo aceptable es el cese total del consumo.

- **Sujeto sin autonomía:** El usuario es visto como un individuo que ha perdido la capacidad de decidir y, por lo tanto, necesita ser tutelado.

Las consecuencias de este modelo son evidentes: la **criminalización de los usuarios**, la expansión exponencial del mercado informal (narcotráfico) y la decisión política del Estado de tercerizar el cuidado en instituciones, principalmente religiosas, que abordan el problema desde una perspectiva moral y no sanitaria.

Más allá de sus efectos sanitarios, este paradigma funciona como una herramienta de intervención geopolítica que limita la soberanía de los Estados. El caso de Uruguay es ilustrativo: cuando el país avanzó en la regulación estatal del cannabis, Estados Unidos respondió cerrando sus cuentas en los bancos internacionales. Este acto demuestra cómo el prohibicionismo se utiliza para constreñir las decisiones democráticas de los países de América Latina e impactar directamente en su soberanía nacional.

El Modelo de Reducción de Riesgos y Daños surgió en la década de 1970 como una respuesta pragmática de salud pública ante las epidemias de VIH y hepatitis, fuertemente asociadas al uso de drogas inyectables.

Su objetivo central no es exigir la abstinencia inmediata, sino **minimizar o reducir los efectos negativos a nivel sanitario y social** asociados a las prácticas de consumo. Para ello, se basa en métodos como los **“encuadres flexibles”**, que buscan adaptar las intervenciones y los dispositivos a las posibilidades subjetivas y los contextos particulares de cada persona. Esto implica reconocer que no se puede esperar que alguien en situación de calle cumpla con un turno programado o espere en una sala de espera convencional.

A pesar de ser el paradigma alternativo hegemónico, el modelo de reducción de riesgos y daños carece del poder institucional del prohibicionismo. De hecho, el término “reducción de daños” no figura en ningún documento oficial de las Naciones Unidas sobre políticas de drogas, lo que evidencia la tensión y la disputa de sentidos que aún persiste en este campo.

Esta disputa ideológica se manifiesta de maneras específicas cuando se la analiza a través de un lente de género, revelando dinámicas de poder y control que a menudo permanecen ocultas.

Si bien las mujeres constituyen una minoría numérica en la población en situación de calle, un análisis con perspectiva de género es crucial. Sus experiencias, los riesgos a los que se exponen y sus estrategias de supervivencia son distintos a los de los varones, y revelan dimensiones únicas de la subjetividad, las dinámicas sociales y el impacto de las políticas públicas.

La tesis de maestría de Florencia Pelagagge, titulada **“Mis decisiones me trajeron acá”**, es una etnografía que se sumerge en las experiencias de mujeres en el Bajo Flores, ofreciendo una mirada que desafía las narrativas simplistas. Es importante notar la reflexividad metodológica del estudio: Pelagagge reconoce que su posición como agente estatal inevitablemente configura el encuentro etnográfico y la información producida, entendiendo que las narrativas de las mujeres se construyen en diálogo con su propio rol.

Los hallazgos centrales de esta investigación se estructuran en torno a la deconstrucción de la figura de la “víctima”, revelando una compleja interacción entre estructura y agencia:

- **Agencia y Decisión Propia:** Contrario a lo esperado, las mujeres a menudo enmarcaban su presencia en la calle como una decisión consciente: *“Estoy acá porque quiero”*. Esta afirmación desafía directamente los discursos que las posicionan únicamente como víctimas pasivas de sus circunstancias.
- **Internalización del Ethos Neoliberal:** Sus narrativas y prácticas cotidianas reflejaban valores propios del neoliberalismo, como el emprendedurismo de sí mismas, la construcción del mérito personal (*“Yo no soy como las otras”*) y el oportunismo como estrategia de supervivencia.
- **La Calle como Espacio de Integración:** La investigación revela que la calle no era un lugar de exclusión social, sino un complejo campo de integración. Era un espacio utilizado estratégicamente para acceder a oportunidades que les eran estructuralmente negadas en otros ámbitos. Este enfoque, denominado **“pragmática vitalista”**, implicaba la adopción de distintas identidades según la situación, mostrando u ocultando estratégicamente aspectos de sí mismas para navegar diferentes contextos y maximizar sus posibilidades: *“en la calle soy esta, pero en este otro lugar no, soy esta otra”*.
- **Mecanismos de Control de Género:** Los cuerpos y las prácticas de las mujeres estaban sujetos a formas específicas de control por parte de múltiples actores: sus parejas, sus familias e incluso el propio Estado. Estos dispositivos de control operaban de manera conjunta, regulando su comportamiento en el espacio público.

Esta mirada etnográfica nos permite comprender las subjetividades que se forjan en la intersección del género, la clase y el territorio, y nos obliga a refinar los principios que guían la intervención en salud pública.

El análisis de estas experiencias territoriales y marcos teóricos permite delinear una serie de principios fundamentales para una práctica de salud pública más humana, efectiva y políticamente consciente.

- **Accesibilidad:** No se trata de una cuestión logística de horarios o ubicación geográfica, sino de la creación de un **vínculo relacional** basado en el reconocimiento mutuo y la capacidad de “devolver algo de esa humanidad” a quienes se acercan.
- **Participación Comunitaria:** Debe entenderse como un proceso de **co-construcción y apropiación genuina** de los espacios de salud por parte de la comunidad. Esto se contrapone a la simple responsabilización de los individuos sobre sus problemas de salud, promoviendo en cambio una corresponsabilidad real en el diseño de las políticas.
- **Clínica Ampliada:** Es un marco para la **coproducción del cuidado**, que valora la interdisciplina y asume la complejidad de los fenómenos de salud. Implica construir respuestas junto con los usuarios, en lugar de imponer soluciones preconfiguradas.

- **La Producción de Cuidados como Vínculo Mutuo:** El cuidado no es un acto unidireccional del profesional hacia el usuario. La construcción de confianza a largo plazo genera una reciprocidad donde los propios usuarios también cuidan y protegen a los equipos de salud, por ejemplo, advirtiéndoles de peligros en el barrio: *“che, el barrio hoy no o en tal lugar hoy no”*.

En última instancia, el desafío fundamental reside en defender este modelo de salud complejo y centrado en lo humano frente a una lógica que busca medir el éxito en **términos empresariales**. La lucha por sostener estos espacios y estas prácticas está intrínsecamente ligada a preguntas más amplias sobre nuestro pacto social: **¿qué tipo de democracia deseamos construir y qué sistema de salud pública queremos para garantizar vidas que valgan la pena ser vividas?**

Clase N°13

PERSPECTIVAS SOBRE ADOLESCENCIAS, GÉNERO Y SALUD PÚBLICA

Clase a cargo de la Lic. Mariana Vazquez^(*)

*Lic. Trabajo Social UBA. Especialista en Planificación de Salud. Mg en Ciencias Sociales y Salud. Candidata al Doctorado en Ciencias Sociales, FLACSO. Es profesora asociada e investigadora en Salud Pública ICS - UNAJ, docente e investigadora del Programa de Investigaciones de Juventud FLACSO Argentina y consultora experta en salud de adolescentes y jóvenes del Ministerio de Salud de la Nación.



Perspectivas sobre adolescencias, género y salud pública

Clase a cargo de la Lic. Mariana Vázquez *

Para abordar de manera efectiva las políticas de salud dirigidas a esta población, es fundamental comenzar por definir el concepto de “adolescencias” en plural. Este enfoque permite superar las visiones simplistas y reconocer la diversidad y multiplicidad de experiencias que caracterizan esta etapa de la vida, evitando centrarse únicamente en las patologías para enfocarse en las poblaciones.

La adolescencia puede ser entendida desde diferentes perspectivas, cada una de las cuales aporta una dimensión clave para su comprensión:

- **Como una fase del curso de vida:** Una etapa con características propias dentro de la trayectoria vital de una persona.
- **Como una franja etaria:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), comprende el período entre los 10 y los 19 años, lo que proporciona un encuadre de referencia.
- **Como una etapa de intensos cambios multidimensionales:** Un período marcado por transformaciones biológicas, psicológicas, sociales y culturales de gran intensidad e importancia.

Estas definiciones sientan las bases para comprender los distintos paradigmas desde los cuales se ha abordado históricamente a esta población en el ámbito de la salud.

La elección de un paradigma de abordaje determina radicalmente las estrategias de intervención en salud para las adolescencias. Tradicionalmente, ha predominado un enfoque adultocéntrico y biomédico, centrado en el riesgo. Sin embargo, en las últimas décadas ha ganado fuerza un enfoque de derechos y ciudadanía que transforma la manera de concebir tanto a los adolescentes como el rol de los profesionales y las instituciones.

La siguiente tabla compara ambos enfoques:

Enfoque Adultocéntrico / Biomédico	Enfoque de Derechos / Ciudadanía
Transición y Riesgo: La adolescencia es vista como un “paso” entre la niñez y la adultez, o como una etapa de riesgos inherentes.	Actor Estratégico: La adolescencia es reconocida como una etapa con valor propio y los jóvenes como protagonistas de sus decisiones.
Población Homogénea: Se tiende a tratar al grupo como un todo indiferenciado, sin considerar sus particularidades.	Abordajes Integrales: Se reconoce la diversidad y se promueven estrategias que consideren la interseccionalidad de factores.

Rol de Control del Adulto: El profesional o adulto ocupa una posición de saber y control sobre el adolescente.	Reducción de Brechas: Se busca achicar la distancia generacional y de poder, fomentando un diálogo más horizontal.
Enfoque en la Patología: Las intervenciones suelen ser focalizadas y centradas en problemas específicos.	Foco en el Acceso y los Derechos: Se prioriza garantizar el acceso a la salud como un derecho fundamental y no solo como atención a la enfermedad.

La necesidad fundamental es transitar desde la mirada reduccionista del enfoque adultocéntrico hacia una perspectiva plural que reconozca a las y los adolescentes como sujetos de derecho y actores estratégicos. En este marco, el problema central a resolver no es una patología específica, sino la **falta de acceso al sistema de salud**. Esta barrera de acceso se refleja directamente en el perfil epidemiológico de esta población.

Aunque la adolescencia es considerada una de las etapas más “sanas” de la vida, el análisis de los datos de morbilidad y mortalidad es crucial. Revela problemas estructurales y causas de muerte que son, en su mayoría, prevenibles y evitables, lo que representa una alta carga en términos de años de vida potencial perdidos. Como lo expresó la ponente, este análisis parte de una premisa fundamental: “Nadie debería... morir, ¿no? Siendo adolescente o joven, ¿no? No es una edad para morir”.

El análisis de la mortalidad en adolescentes en Argentina muestra las siguientes tendencias clave:

- 1. Tendencia General:** Las defunciones en la población adolescente han disminuido significativamente en las últimas décadas, tanto en números absolutos como en tasas.
- 2. Diferencias por Edad:** La tasa de mortalidad es mucho más baja en el grupo de 10 a 14 años que en el de 15 a 19. El descenso más significativo se ha producido en este último grupo.
- 3. Diferencias por Sexo:** La mortalidad es considerablemente más alta en varones que en mujeres. Sin embargo, la brecha se ha reducido debido a un descenso importante en la tasa masculina, mientras que la femenina se ha mantenido relativamente estable.
- 4. Causas Externas:** La principal causa de muerte, especialmente en varones (más del 60%), son las **causas externas**. Este término epidemiológico engloba las violencias, tanto intencionales (agresiones, suicidios) como no intencionales, a las que a veces se denomina de manera errónea “accidentales” (siniestros viales, ahogamientos). Los **siniestros viales** constituyen la primera causa de muerte en esta población.
- 5. Tipos de Causas Externas:** La distribución de las muertes por causas externas varía por sexo. En los varones, los siniestros viales tienen el mayor peso (cerca del 40%). En las mujeres, aunque las muertes por causas externas son mucho menores en número, el **suicidio** tiene un peso relativo mayor (casi el 40% de sus muertes por causas externas).

- 6. Problemas de Registro:** Una debilidad crítica del sistema de información es el alto porcentaje de muertes violentas registradas con **“intencionalidad no determinada”**. Aproximadamente una de cada cuatro muertes violentas no puede ser clasificada adecuadamente, lo que dificulta el diseño de políticas de prevención eficaces.

Estos datos demuestran de manera contundente que el género y las construcciones sociales en torno a las masculinidades son un determinante fundamental de la salud y la mortalidad en la adolescencia. La disparidad es tan marcada que, por ejemplo, las muertes por agresiones (homicidios) son casi 4.5 veces más frecuentes en varones que en mujeres.

El género es una construcción social que va más allá de lo biológico y que establece funciones, atributos y relaciones de poder desiguales. El modelo de **masculinidad hegemónica** —aquel asociado culturalmente al poder, la dominación, la supresión de emociones y la asunción de riesgos— impacta directamente en la salud de los varones adolescentes, exponiéndolos a mayores situaciones de violencia.

Las definiciones clave para comprender este fenómeno son:

- **Género:** Funciones y atributos contruidos socialmente que justifican relaciones de desigualdad y opresión entre los sexos, internalizados desde la infancia.
- **Masculinidades:** Discursos y prácticas asociadas a las distintas formas de “ser varón”, socialmente contruidas y jerarquizadas.

La **masculinidad hegemónica** puede definirse como un conjunto de valores, atributos y funciones culturalmente instalados que implican dispositivos de poder y dominación, y que Rita Segato describe como un “mandato de crueldad”.

Este mandato se manifiesta en lo que el sociólogo Michael Kaufman denomina la **“tríada de la violencia masculina”**:

- **Violencia contra las mujeres.**
- **Violencia contra las disidencias** (otros varones que no se ajustan al modelo dominante).
- **Violencia contra sí mismos** (a través de conductas de riesgo, negligencia en el cuidado de la salud y suicidio).

Un estudio publicado por el Ministerio de Salud en 2021, con trabajo de campo realizado entre 2019 y 2020 con varones adolescentes y jóvenes que tienen sexo con otros varones, arrojó luz sobre cómo estos mandatos de género generan barreras concretas en el acceso a la salud.

- **Contexto:** El estudio surgió a raíz del aumento de casos de VIH en este grupo poblacional.
- **Educación Sexual Integral (ESI):** Los jóvenes la percibían como escasa, biologicista y con un enfoque exclusivamente heteronormativo. Ante la falta de espacios institucionales seguros, recurrían a sus pares o a internet para informarse.

- **Prevención y Estigma:** A pesar de las campañas de prevención, persistía el estigma (asociación directa entre homosexualidad y Sida), el miedo a la discriminación y prejuicios sobre la calidad de los preservativos gratuitos. Estos factores, sumados a la vergüenza y el pudor, actuaban como barreras para buscar atención y adoptar prácticas de cuidado.

Estos hallazgos demuestran cómo los mandatos de género y la falta de abordajes adecuados en los sistemas de salud y educación se traducen en barreras de acceso y en la reproducción de la violencia y la vulnerabilidad.

El argumento central de la ponencia es la necesidad de incorporar la perspectiva de género y de derechos de manera transversal en las prácticas cotidianas, tanto a nivel profesional e institucional como en el diseño de políticas públicas. No basta con enunciar estos enfoques en los documentos; es necesario transformar las culturas institucionales para que tengan un impacto real en la salud de las y los adolescentes.

Las ideas finales se pueden resumir en los siguientes puntos:

- El **machismo**, entendido como el modelo de masculinidad hegemónica, es un problema de salud pública que afecta a toda la sociedad.
- Para romper el ciclo de la violencia, es crucial trabajar no solo con las víctimas, sino también con los **varones que ejercen violencia**, entendiendo sus trayectorias para poder desarmar dichos comportamientos.
- Resulta urgente transformar las **formas de socialización** desde los ámbitos familiares, comunitarios e institucionales para promover modelos de masculinidad más equitativos, saludables y no violentos.

En una segunda instancia se produce el intercambio con los participantes del curso.

- **Pregunta del Participante:** Se consultó sobre el rol actual de las familias en la crianza y el acompañamiento, planteando la paradoja de que los adolescentes pasan más tiempo en casa pero a menudo parecen estar más solos y aislados.
- **Respuesta de Mariana Vázquez:** La respuesta se centró en los nuevos desafíos que plantea el entorno digital:
 - Han surgido nuevas formas de **violencia y consumos digitales** (cyberbullying, exposición no consentida de imágenes) con un impacto severo en la salud mental de los jóvenes.
 - Los adultos, como “no nativos digitales”, a menudo carecen de las herramientas para comprender y abordar adecuadamente estos problemas.
 - La inmediatez del mundo digital puede afectar negativamente la tolerancia a la frustración y el desarrollo del pensamiento crítico, ya que “el algoritmo nos da todo servido”.
 - Existen espacios online como la “machosfera” y otros grupos misóginos que actúan como redes de captación para jóvenes vulnerables, promoviendo discursos de odio y violencia.

- La afirmación central es que ***“el mundo digital es real y el impacto que tiene sobre la vida cotidiana es real”***. No es un ámbito separado, sino una dimensión más de la vida con consecuencias concretas.
- **Pregunta del Participante:** Se indagó sobre la trayectoria profesional de la ponente, específicamente cómo pasó del trabajo social asistencial a la investigación y qué la motivó a enfocarse en la adolescencia y la violencia.
- **Respuesta de Mariana Vázquez:** La ponente explicó su visión integradora de la profesión:
 - La **investigación es una parte indisociable del proceso de intervención**. No se puede separar el “sujeto de intervención” del “sujeto de estudio”.
 - Los datos y las observaciones de la práctica cotidiana son el punto de partida para la investigación. Por ejemplo, una pregunta como **“¿por qué está subiendo tanto la tuberculosis en adolescentes?”** debe llevar a investigar los factores sociales y contextuales subyacentes.
 - El trabajo social tiene un valor único: el **acceso a la vida cotidiana de las personas**, lo que constituye una poderosa herramienta de conocimiento que no siempre se aprovecha plenamente.
 - Es fundamental que los profesionales con experiencia “en terreno” participen activamente en la gestión y el diseño de políticas públicas para que estas sean pertinentes y efectivas.
- **Intervención del Participante:** Un participante compartió la dificultad recurrente en los centros de salud para convocar a los jóvenes, así como la sensación de que faltan políticas específicas que logren interpelarlos.
- **Respuesta de Mariana Vázquez:** Se ofrecieron varias recomendaciones estratégicas:
 - **Escuchar sus intereses:** La convocatoria debe partir de lo que a ellos les interesa, no de la agenda del profesional. Como ejemplo de su propia experiencia, relató: “Cuando trabajaba en Fundación Huésped... implementamos una estrategia que se llamó ‘cultura y salud’ y trabajábamos en los barrios... haciendo talleres con organizaciones barriales culturales, por ejemplo, talleres de cine, de teatro, murga, y después de ahí salían las cuestiones que tenían que ver más con el cuidado de la salud”.
 - **Ir a donde están:** Es necesario salir del centro de salud y articular con los espacios que los jóvenes ya habitan: clubes, centros de estudiantes, organizaciones juveniles, plazas.
 - **Trabajo en red:** Ningún equipo de salud puede trabajar de forma aislada. La articulación con otros actores comunitarios es indispensable para llegar a esta población.
 - **Superar el modelo de enfermedad:** El sistema de salud tradicional, centrado en patologías, no es convocante para los jóvenes porque, en general, no se perciben a sí mismos como enfermos. El enfoque debe virar hacia la promoción y el cuidado integral.

En el cierre, se integraron reflexiones de los participantes sobre las experiencias en guardias de hospital, la estigmatización mediática de los jóvenes (a raíz del caso Báez Sosa) y el reconocimiento de que el mundo digital fue un hilo conductor en todo el curso. Puntos a destacar:

- **Soledad y malestar:** Se destacó la llegada de jóvenes a las guardias que se sienten profundamente solos y no tienen palabras para expresar su malestar, manifestándolo a través de autolesiones o intentos de suicidio.
- **Desborde familiar y sistémico:** Se reconoció un desborde generalizado. Los adultos, a menudo sobrepasados por las presiones laborales y la propia distracción digital, enfrentan enormes dificultades para cumplir sus roles de cuidado. Esta situación contribuye al aislamiento adolescente y, a su vez, sobrecarga a la escuela y al sistema de salud, que luchan por dar respuestas adecuadas.
- **Estigmatización mediática:** Se criticó la mirada estigmatizante de los medios de comunicación sobre los jóvenes, especialmente sobre los varones de sectores populares, a quienes a menudo se los retrata como violentos o peligrosos.
- **Tecnología como un desafío transversal:** Se concluyó que el impacto del mundo digital es un tema central que atraviesa todas las problemáticas actuales, afectando no solo a los jóvenes, sino también a los adultos y a las instituciones en su conjunto.

Clase N°14

MODELO PEDAGÓGICO Y OPERATIVO DE LA ESCUELA DOMICILIARIA N° 2 - NIVEL SECUNDARIO

Clase a cargo del Prof. Julio Robbiano y equipo^(*)

*El Prof. Julio Cesar Robbiano es Coordinador de Media Escuela Domiciliaria N° 2. Profesor de Matemática y Física. La Lic. Nancy Laura Reinoso es Psicopedagoga y Profesora en Psicopedagogía. Asesora pedagógica de Media Escuela Domiciliaria. La Lic. Maria Florencia Sueyro es Trabajadora social (UNLaM). La Lic. Natalia Esmoris es Psicopedagoga (UCA). Profesora de Enseñanza Primaria. La Lic. Nora Carlini es Psicóloga (UBA). Profesora para la enseñanza primaria.



Modelo Pedagógico y Operativo de la Escuela Domiciliaria N° 2 (Nivel Secundario)

Clase a cargo del Prof. Julio Cesar Robbiano y equipo *

La Escuela Domiciliaria N° 2 representa una modalidad fundamental dentro del sistema educativo argentino, diseñada para asegurar la continuidad pedagógica de niños, niñas y adolescentes que, por razones de salud, no pueden asistir a sus instituciones educativas de origen. Su propósito esencial es garantizar el derecho a la educación en contextos de enfermedad o vulnerabilidad, desempeñando un rol estratégico para que ningún estudiante vea interrumpida su trayectoria formativa a causa de circunstancias adversas.

La estructura y el alcance de la institución, según describe su coordinador, Julio Robbiano, se sustentan en los siguientes puntos clave:

- **Fundamento Legal:** La escuela opera bajo el amparo de la **Ley de Educación Nacional N° 26.206**, que establece la educación domiciliaria y hospitalaria como una modalidad del sistema educativo, garantizando el derecho a la educación para todos.
- **Población Atendida:** Brinda servicio a estudiantes que atraviesan situaciones de enfermedad orgánica (transitoria o permanente) o padecen afecciones psíquicas que les impiden la asistencia regular a clases.
- **Ámbito Geográfico:** Su área de cobertura comprende la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, abarcando el territorio desde la Avenida Rivadavia hasta el límite con el Riachuelo.
- **Niveles Educativos:** La modalidad es integral y abarca todos los niveles del sistema educativo, incluyendo atención temprana, nivel inicial, primario y secundario.

Este marco operativo se nutre de una filosofía pedagógica clara y comprometida, cuyos principios rectores guían cada una de las intervenciones del equipo profesional.

La eficacia del modelo de la Escuela Domiciliaria N° 2 reside en un marco conceptual sólido que orienta su práctica diaria. Estos principios no son meras declaraciones teóricas, sino la base sobre la cual se construyen todas las intervenciones y estrategias pedagógicas, asegurando un abordaje coherente y centrado en las necesidades del estudiante.

El trabajo pedagógico de la escuela se cimienta sobre tres pilares fundamentales:

Educación Inclusiva La institución promueve un enfoque donde se aceptan y valoran las diferencias inherentes a cada estudiante. El equipo trabaja activamente para eliminar las barreras de acceso a la educación que impone la enfermedad, implementando medidas que potencian el desarrollo integral de cada joven y garantizan que puedan disfrutar plenamente de su derecho a aprender.

Continuidad de la Trayectoria Escolar El objetivo central es garantizar la igualdad de oportunidades, permitiendo a los jóvenes no solo continuar con sus estudios, sino, fundamentalmente, facilitar su reinserción exitosa en su escuela de origen. Esto implica un desafío constante, ya que el equipo a menudo trabaja con trayectorias escolares fragmentadas debido a las condiciones de salud o sociales. Para ello, la institución asume la responsabilidad de reintroducir a los jóvenes en el hábito escolar, estableciendo la **creación de vínculos como un primer paso indispensable que abre el camino al desarrollo de los aprendizajes.**

El Estudiante como Protagonista Siguiendo la filosofía expuesta por la psicopedagoga Natalia Esmori, el proceso educativo se centra en el estudiante. Se reconoce y respeta su singularidad, considerando sus intereses, ritmos de aprendizaje, motivaciones y capacidades. Este enfoque asegura que la experiencia educativa sea significativa y adaptada a las posibilidades reales de cada joven.

La implementación de estos principios es responsabilidad de un equipo cohesionado, cuya estructura interdisciplinaria permite un abordaje integral y multidimensional.

El trabajo interdisciplinario es la piedra angular del modelo operativo de la escuela. Este enfoque es esencial para abordar la complejidad de las situaciones de los estudiantes, ya que combina perspectivas pedagógicas, sociales y psicológicas para construir una estrategia de intervención completa y personalizada. Cada profesional aporta una mirada específica que, en conjunto, enriquece y transforma la dinámica de trabajo.

A continuación, se detallan los roles y responsabilidades clave de los miembros del equipo:

Coordinador:

- Supervisión general del funcionamiento de la escuela a nivel secundario.
- Articulación institucional con las escuelas de origen y otros actores del sistema educativo.

Asesora Pedagógica:

- Acompañamiento en los procesos de enseñanza y aprendizaje.
- Articulación con docentes, directivos, estudiantes y familias.
- Diseño de estrategias pedagógicas para estudiantes en situación de vulnerabilidad o con riesgo de abandono escolar.
- Fortalecimiento del lazo con las escuelas de origen para planificar adecuaciones, ejes temáticos y modalidades híbridas de cursada.

Trabajadora Social:

- Realización del primer contacto con el estudiante y su familia en el domicilio o institución.
- Relevamiento de la historia familiar, situación de salud y trayectoria escolar.
- Gestión y seguimiento de los certificados médicos mensuales.
- Enlace con los servicios sociales de los hospitales para coordinar el flujo de información sobre ingresos y egresos.
- Gestión y coordinación de espacios alternativos para las clases (bibliotecas, salones de parroquias) cuando el domicilio no es un entorno viable.
- Como ella misma destaca, su labor no solo busca garantizar, sino en muchos casos **“restituir”** el derecho a la educación.

Psicopedagoga:

- Realización de la primera aproximación pedagógica con el estudiante.
- Evaluación del nivel académico y los recursos de aprendizaje con los que cuenta el alumno.
- Diseño de estrategias de intervención y adaptaciones curriculares.
- Orientación a los docentes sobre cómo abordar las particularidades de cada caso.

Psicóloga:

- Abordaje de casos de estudiantes con diagnósticos de salud mental.
- Enlace con los profesionales tratantes (psicólogos, psiquiatras) para un abordaje integral.
- Realización de tareas de psicoeducación con docentes y familias para desmitificar los diagnósticos de salud mental.
- Evaluación de la dinámica familiar, a menudo a través de una primera reunión exclusiva con los adultos a cargo antes de involucrar al estudiante.
- Acompañamiento del estudiante y la familia en el proceso de reingreso a la escolaridad convencional.

Este equipo sigue un protocolo claro y coordinado para asegurar que cada estudiante reciba la atención adecuada desde el momento de su admisión.

Para asegurar una intervención coherente y personalizada, la Escuela Domiciliaria N° 2 implementa un proceso de admisión estructurado. Este protocolo coordina las acciones del equipo interdisciplinario y la escuela de origen, garantizando que todas

las dimensiones del estudiante (académica, social, emocional y de salud) sean evaluadas integralmente antes de iniciar la labor pedagógica.

La secuencia de admisión e intervención se desarrolla en los siguientes pasos:

- 1. Solicitud y Certificado Médico:** La escuela de origen del estudiante inicia el proceso presentando una solicitud formal a la escuela domiciliaria, acompañada de un certificado médico que detalla el diagnóstico y el tiempo estimado de tratamiento.
- 2. Admisión y Evaluación Interdisciplinaria:** El equipo interdisciplinario del nivel secundario (compuesto por psicóloga, psicopedagoga, trabajadora social y asesora pedagógica) evalúa la solicitud y, una vez admitido el estudiante, comienza a planificar la intervención.
- 3. Primer Contacto y Acuerdo Familiar:** La trabajadora social realiza una visita al domicilio, hospital o institución donde se encuentra el estudiante. En esta instancia, conoce la historia familiar, explica el funcionamiento de la escuela y establece las pautas de trabajo y comunicación con la familia.
- 4. Evaluación Pedagógica Inicial:** Posteriormente, la psicopedagoga realiza una primera aproximación pedagógica para evaluar el nivel académico del estudiante, sus conocimientos previos y sus recursos para el aprendizaje.
- 5. Acuerdo con la Escuela de Origen:** Se firma un acuerdo formal entre la escuela domiciliaria y la de origen. En este documento se establecen las asignaturas que se trabajarán y la modalidad de articulación, asegurando la coherencia en la trayectoria del estudiante.
- 6. Asignación de Docentes:** Con toda la información relevada y los acuerdos establecidos, se asignan los profesores correspondientes para que comiencen las clases.

Una vez completado este proceso, el foco se traslada a la implementación de estrategias pedagógicas específicas, adaptadas a la realidad única de cada estudiante.

El enfoque pedagógico de la escuela es definido como “artesanal” debido a la imposibilidad de aplicar un modelo rígido ante la diversidad de realidades de los estudiantes. Cada intervención es una creación única, flexible y altamente personalizada, diseñada para responder a las necesidades específicas del alumno en un momento determinado. Este trabajo requiere un diagnóstico continuo y una gran capacidad de adaptación por parte de los docentes.

A continuación, se presentan algunos de los desafíos más comunes y las estrategias empleadas para abordarlos, según lo expuesto por la psicopedagoga.

Desafío Identificado	Estrategia de Abordaje
Desfase de contenidos respecto al año en curso.	Trabajo desde los saberes previos y adaptación curricular. Se retoman contenidos anteriores antes de avanzar con el programa actual.
Enlentecimiento del pensamiento por medicación o patología.	Realización de un diagnóstico particular y adecuaciones para que el aprendizaje sea accesible según las posibilidades del estudiante.

Tiempos de atención cortos o falta de disposición para la clase.	Flexibilidad para acortar o finalizar la clase. El docente se muestra dispuesto a escuchar y acompañar, priorizando el vínculo sobre el contenido.
Internaciones breves que requieren intervenciones de alto impacto.	Enfoque en experiencias educativas de calidad que ofrezcan herramientas útiles para la continuidad de los estudios tras la internación.

Estas estrategias se despliegan en múltiples contextos físicos, lo que demuestra la capacidad de adaptación de la escuela para llegar a cada estudiante dondequiera que se encuentre.

La naturaleza del servicio educativo de la Escuela Domiciliaria N° 2 es inherentemente móvil y adaptable. La institución “va hacia el estudiante”, operando en una variedad de entornos para derribar las barreras físicas y garantizar el acceso efectivo a la educación.

Las clases y el acompañamiento se imparten en los siguientes espacios:

- **Hospitales:** La escuela tiene presencia docente en importantes centros de salud de la ciudad, como los hospitales **Santojanni, Piñero, Casa Garrahan, Argerich, Ramos Mejía, Penna y la FAT.**
- **Domicilios Particulares:** Se brinda atención en las residencias de los estudiantes, categoría que incluye también **hoteles y hogares** donde puedan estar alojados temporalmente.
- **Refugios y Dispositivos Alternativos:** Cuando el domicilio no es un espacio viable para el desarrollo de las clases, el equipo gestiona lugares alternativos como **bibliotecas o salones de parroquias** que prestan sus instalaciones.

Para operar eficazmente en estos diversos contextos, la colaboración con entidades externas es crucial. El equipo articula su trabajo de manera constante con:

- **Escuelas de Origen:** Se mantiene una comunicación fluida para coordinar contenidos, organizar tutorías y planificar de manera conjunta la reinserción del estudiante en su ámbito escolar habitual.
- **Profesionales de la Salud:** Como describe la psicóloga Nora Cablini, se busca establecer un enlace con los profesionales tratantes de los estudiantes (médicos, psicólogos, psiquiatras) para intercambiar información relevante y asegurar un abordaje integral y coherente con el tratamiento de salud del joven.

La labor de la Escuela Domiciliaria N° 2 trasciende la mera instrucción académica. Su misión es sostener y, en muchos casos, reconstruir el lazo de los estudiantes con el sistema educativo en momentos de máxima fragilidad. Como reflexiona la trabajadora social, la tarea no solo consiste en “garantizar” la continuidad de una trayectoria, sino a menudo en **“restituir” un derecho a la educación** que se había visto interrumpido o perdido por completo. En su esencia, la escuela se acerca al estudiante para “dar vida” a su proceso formativo, garantizando y, fundamentalmente, restituyendo su derecho a la educación y a un proyecto de futuro.

Este compromiso se materializa en una práctica pedagógica que reconoce la singularidad de cada individuo y se adapta a sus circunstancias, tal como lo resume la psicopedagoga, reforzando la idea de que los estudiantes son el centro de todo el proceso.

Nuestra propuesta es un abordaje didáctico flexible y plural que permita atender a las diferencias de origen, los intereses, los ritmos de aprendizaje, las motivaciones, las capacidades de cada adolescente. Es decir, tener presente que cada uno de ellos y ellas son los verdaderos protagonistas del hecho educativo.

Clase N°15

LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN LA GUARDIA: UN ANÁLISIS BASADO EN LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL SANTOJANNI

Clase a cargo de la Lic. Loana Monetta^(*) y Olga Caballero^(*)

*Ambas profesionales son Lic. en Trabajo Social e integran los equipos interdisciplinario de salud mental de guardia general del Hospital D. F. Santojanni. La Lic. Loana Edith Monetta es Diplomada en Salud Mental y Derechos Humanos (UNPaz). Diplomada en Salud Mental y Problemáticas actuales en las Infancias y Adolescencias (AASM). Diplomada Superior en Desigualdades y Políticas Públicas Distributivas (FLACSO). Ex Residente de Servicio Social en Salud. Docente de grado (UNLu). Investigadora del Departamento de Ciencias Sociales (UNLu). La Lic. Olga Caballera también se desempeña como docente universitaria y es suplente de guardia de Trabajo Social en otros efectores.



La Intervención del Trabajo Social en la Guardia: Un Análisis Basado en la Experiencia del Hospital Santojanni

Clase a cargo de la Lic. Loana Monetta y la Lic. Olga Caballero

Este documento presenta una transcripción estructurada de una clase magistral sobre la intervención del Trabajo Social en la guardia de un hospital general de agudos. El contenido se fundamenta en la vasta experiencia de las trabajadoras sociales del Hospital Santojanni, ofreciendo una visión detallada y práctica sobre los desafíos, marcos normativos y estrategias de abordaje en el campo de la salud mental de urgencia.

A continuación, se explora el marco legal y conceptual que guía y estructura su fundamental labor en el servicio de urgencias.

El abordaje de la salud mental en urgencias requiere una base sólida que combine un marco legal robusto con la acción coordinada de equipos interdisciplinarios. Estos dos pilares son estratégicos para garantizar una atención respetuosa de los derechos y eficaz desde el punto de vista terapéutico. Las profesionales del Hospital Santojanni estructuran su práctica en torno a normativas clave que han redefinido el paradigma de la salud mental en Argentina.

El marco legal que sustenta su práctica diaria incluye las siguientes normativas:

1. **Ley de Salud Mental de CABA (reglamentada en 2004):** Esta ley fue pionera en establecer la conformación de equipos de salud mental de guardia, especificando que debían estar integrados por un psiquiatra, un psicólogo y un trabajador social.
2. **Ley Nacional de Salud Mental (N.º 26.657):** Considerada un hito por las ponentes, esta ley amplía la mirada sobre los padecimientos mentales, introduciendo el concepto de **“padecimientos subjetivos”**. Este cambio representa un giro conceptual significativo que se aleja de un modelo puramente biomédico para adoptar una comprensión más holística del sufrimiento. Además, reconoce los derechos de las personas con padecimiento mental y refuerza la necesidad de integrar a diversas profesiones en los equipos de abordaje.

En los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, el equipo interdisciplinario mínimo de guardia está conformado por un psicólogo/a, un psiquiatra y un trabajador/a social. Las ponentes señalan la ausencia de otras disciplinas fundamentales como enfermería especializada en salud mental o terapeutas ocupacionales.

La estructura de sus cargos se organiza en turnos de **24 horas de cumplimiento efectivo**, comenzando a las 8:00 a.m. de un día y finalizando a las 8:00 a.m. del siguiente. Las profesionales destacan el desafío que implica esta modalidad, ya que la toma de decisiones críticas sobre la vida de las personas debe realizarse bajo condiciones de extremo agotamiento físico y mental, especialmente durante la madrugada. Esto exige el desarrollo de estrategias de equipo, como delegar la conclusión de casos complejos al turno entrante para garantizar la lucidez en la evaluación. Este marco estructural sienta las bases para definir y abordar lo que constituye una urgencia.

Para orientar la intervención del equipo de salud, es fundamental contar con una definición clara y multifactorial de la “urgencia en salud mental”. Las ponentes se basan en los lineamientos de Nación para conceptualizar estas situaciones, destacando su complejidad y el profundo impacto que tienen en la vida de las personas y su entorno.

La urgencia se define a partir de los siguientes conceptos clave:

- Situaciones **transitorias** que alteran la vida cotidiana y el desempeño habitual de una persona.
- Implican un gran nivel de **sufrimiento y riesgo** para sí mismo o para terceros.
- Resultan de la **interacción de factores orgánicos, psíquicos y sociales**, lo que exige una mirada integral.
- Representan una **ruptura en el equilibrio vital** del sujeto.

La guardia funciona como la principal vía de acceso al sistema de salud. Con frecuencia, las urgencias reflejan problemáticas no resueltas en instancias previas (familiares, comunitarias). Como señalan las profesionales, este acceso puede ser “medio fallido”, ya que las expectativas de los pacientes no siempre pueden ser satisfechas. Crucialmente, desde la perspectiva del Trabajo Social, se enfatiza que la “ruptura en el equilibrio vital” no se limita al individuo; genera un profundo movimiento que impacta a todo el grupo familiar y su entorno, marcando un antes y un después en sus dinámicas.

Las **situaciones y cuadros típicos** que se atienden en la guardia son:

- **Crisis agudas:** Agitaciones psicomotrices, crisis de angustia, estados delirantes y alucinaciones.
- **Conductas de riesgo:** Intentos de suicidio y situaciones de autolesión, con una alta incidencia observada en adolescentes y niños.
- **Consumo problemático:** Cuadros de intoxicaciones agudas por abuso de sustancias o alcohol.
- **Descompensaciones de cuadros de base:** A menudo desencadenadas por factores económicos, pérdida de obra social o dificultades de acceso a tratamientos.
- **Situaciones de violencia:** Abuso sexual en niños/as y adolescentes, maltrato infantil, violencia de género y violencia sexual.
- **Problemáticas en adultos mayores:** Deterioro cognitivo, accidentes domésticos y complejas situaciones de carencia o explotación.

Dada la diversidad de estas situaciones, existen múltiples vías por las que estas demandas llegan al hospital.

La diversidad de vías de ingreso a la guardia, que van desde la demanda espontánea

hasta la orden judicial, condiciona significativamente el primer abordaje del equipo de salud mental. Cada canal de llegada presenta un contexto que debe ser decodificado rápidamente.

Las **principales formas de llegada de las demandas** a la guardia son:

- **Demanda espontánea:** Del paciente o la familia.
- **Interconsultas internas:** De otros servicios del hospital (Clínica, Pediatría, Maternidad, Traumatología).
- **Traslados del SAME:** Desde domicilios o la vía pública.
- **Derivaciones externas:** Centros de salud, comisarías, escuelas.
- **Mandato judicial:** Oficios de juzgados o fiscalías que solicitan evaluación de riesgo.
- **Personas privadas de la libertad:** Evaluaciones solicitadas desde alcaidías para personas detenidas que requieren atención.

Una fuente de gran volumen de demanda es la activación del protocolo de actuación conjunta entre el sistema educativo y el de salud, activado ante sospechas de maltrato o abuso. Las ponentes señalan que reciben “mínimamente una o dos situaciones de estas todas las guardias”, lo que representa una carga de trabajo masiva. En estos casos, se exige al equipo de guardia determinar el nivel de riesgo y daño, y definir la medida de egreso del niño/a.

Antes de cualquier intervención específica en salud mental, es crucial realizar un **diagnóstico diferencial** para descartar cuadros orgánicos. Las ponentes subrayan la necesidad de negociar y a veces recordar a otros profesionales clínicos la importancia de este paso, ya que diversas condiciones físicas pueden simular padecimientos psiquiátricos. Entre los ejemplos se encuentran una **infección urinaria** en adultos mayores, un **Accidente Cerebrovascular (ACV)**, tumores o una **diabetes descompensada**.

Una vez realizado el primer contacto y el diagnóstico diferencial, el equipo procede a una evaluación integral para definir la estrategia de intervención.

La intervención en la guardia es un proceso de toma de decisiones complejas, centrado en la evaluación del riesgo y la definición de la mejor estrategia terapéutica. Las profesionales enfatizan que, en su práctica, la internación es un recurso excepcional y se considera siempre la última instancia, priorizando alternativas que restrinjan en menor medida la autonomía de la persona. La Ley Nacional de Salud Mental establece dos modalidades.

En la modalidad de **Internación Voluntaria** se presume la capacidad de la persona para comprender la propuesta terapéutica y dar su consentimiento. Las profesionales conciben el consentimiento informado no como un mero trámite, sino como un **proceso de diálogo continuo** donde se busca comprometer activamente a la persona en su tratamiento.

La **Internación Involuntaria** es un recurso **excepcional**, aplicable únicamente cuando el equipo determina la existencia de un **“riesgo cierto e inminente”** para la per-

sona o para terceros. Esta frase es el concepto legal central que habilita una medida que restringe la libertad del paciente sin su consentimiento.

El **procedimiento legal para una internación involuntaria** es estricto y busca garantizar los derechos de la persona:

1. **Comunicación obligatoria (en un plazo de 10 horas):** Informar a un juzgado civil, a la unidad de letrados y al órgano de revisión.
2. **Revalidación:** A las 48 horas, otro equipo debe convalidar o no la decisión inicial.
3. **Firma conjunta:** La decisión debe ser firmada por al menos dos profesionales, siendo uno de ellos psiquiatra o psicólogo.
4. **Organismos adicionales en casos de menores:** Se informa también al Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes y a la Asesoría General Tutelar. Es fundamental destacar que, por ley, una internación de salud mental en un niño o niña siempre se trata como una internación involuntaria a efectos del procedimiento legal de comunicación a los organismos de protección.

La evaluación del riesgo es una **construcción dinámica y del equipo**. Esto significa que una internación que comienza como involuntaria puede transformarse en voluntaria, o puede decidirse el alta si el riesgo cesa.

Dentro del equipo interdisciplinario, el trabajador social es un actor clave que aporta una mirada contextual e integral, fundamental para la evaluación y el abordaje de los padecimientos subjetivos. Su intervención sitúa el sufrimiento de la persona en su trama vital, social e institucional.

Las **actuaciones y responsabilidades específicas** del trabajador/a social incluyen:

- **Participación en la Evaluación:** Colaborar en la valoración de riesgo y daño en el marco de la ley.
- **Articulación Interinstitucional:** Coordinar acciones con efectores de salud, organismos judiciales (juzgados), de protección de derechos (Consejo de Derecho, línea 137), consulados, obras sociales, etc.
- **Asesoramiento y Orientación:** Brindar información a la persona y su familia sobre recursos, derechos y servicios.
- **Gestión de Redes y Sostenes:** Rastrear y contactar a la red de apoyo del paciente, incluyendo la articulación con el área CIFEBU para la identificación de personas NN.
- **Elaboración de Informes:** Redactar informes, especialmente en casos de vulneración de derechos de niños/as y adolescentes.
- **Intervención en Procesos Legales:** Realizar denuncias policiales en casos de abuso y ser citados a declarar posteriormente.

Más allá de estas tareas, el aporte distintivo del Trabajo Social no es solo un punto

de vista alternativo, sino un componente necesario que influye directamente en el resultado clínico. Esta perspectiva es clave para:

- Pensar a las personas en sus **contextos culturales, históricos y socioeconómicos**.
- Considerar cómo las **cuestiones de género, clase y edad** modulan el sufrimiento.
- Evaluar cómo las **condiciones de vida** (vivienda, trabajo) y familiares afectan directamente al **diagnóstico, las posibilidades de tratamiento y el pronóstico de la persona**.

La práctica en la guardia de salud mental es un termómetro sensible de las crisis macrosociales. Los factores económicos y políticos impactan directamente en el bienestar de la población y, por ende, en la demanda que llega a las urgencias hospitalarias. Las ponentes señalan que la guardia se ve cada vez más forzada a absorber las consecuencias de fallas sistémicas en las políticas sociales y económicas.

Las profesionales destacan cómo el contexto actual influye en su trabajo:

- El **aumento de la demanda** postpandemia.
- La relación entre las **crisis económicas** y el aumento de depresiones e intentos de suicidio.
- El impacto en poblaciones específicas: **adolescentes con falta de proyectos y varones mayores de 60 años** en crisis.
- El **deterioro de las redes de sostén del Estado**, que agrava las condiciones de llegada de los pacientes, quienes acuden con mayor vulnerabilidad.

En este escenario, las profesionales reflexionan que su intervención puede marcar un “antes y un después” en la vida de una persona, al dar entidad a su padecimiento y promover su rol activo en su salud.

Como cierre, Olga Caballero recurre a una cita de **Fernando Ulloa** que encapsula el sentido ético de su labor:

“Hablar de la ternura en estos tiempos de ferocidades no es ninguna ingenuidad, es un concepto profundamente político. Es poner el acento en la necesidad de resistir la barbarización de los lazos sociales que atraviesan nuestros mundos”.

Clase N°16

GESTACIONES, PARTOS Y PUERPERIO ATRAVESADOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Clase a cargo de la Lic. Agustina Soncini,
Luciana Faraone, Maria Ines Marquez, Daiana
Cichello^(*)

*Las profesionales son Lic. en Trabajo Social, que se desempeñan como integrantes del equipo de Obstetricia y Neonatología de Servicio Social del Hospital Santojanni. La Lic. Agustina Soncini es Diplomada en Crianza y Salud (Universidad ISALUD). Trabajadora Social en el Poder Judicial. La Lic. Maria Ines Marquez cuenta con un Postítulo de Formación Docente, con especialización en Equipos de Orientación Escolar de la Dirección de Educación Especial y/o de la Dirección de Psicología y Asistencia Social Escolar, Instituto Municipal de Educación Superior de Formación Docente C.A.P.A.C.Y.T., Distrito Tres de Febrero. Diplomada en Crianza y Salud (ISALUD). Ex Residente de Trabajo Social en Salud en el Hospital D.F. Santojanni. Referente del Servicio Social en el Consultorio Pediátrico para hijos de Madres adolescentes que funciona en Hospital de Día de Pediatría del Hospital D.F. Santojanni. Integrante del Comité Interdisciplinario de Enfermedad de Chagas Perinatal. La Lic. Daiana Cichello es Diplomada Universitaria en el Abordaje de las Violencias desde la perspectiva sociocultural: intersecciones entre género, salud mental y adicciones. Integrante del Comité Interdisciplinario de Chagas Perinatal. Integrante del Programa de acompañamiento a mujeres en situación de violencia de género. Finalmente, la Lic. Luciana Faraone es integrante del Comité de ITS y del equipo de IVE/ILE del hospital.



Gestaciones, Partos y Puerperios Atravesados por el Consumo de Sustancias

Clase a cargo de la Lic. Agustina Soncini, Lic. Luciana Faraone, Lic. María Inés Márquez y Lic. Daiana Cicchello

La presentación se centra en el complejo abordaje del consumo de sustancias durante la gestación, el parto y el puerperio, ofreciendo una perspectiva integral que combina el marco teórico, el análisis de datos y las reflexiones sobre la práctica cotidiana. El objetivo es compartir las estrategias, los desafíos y los aprendizajes derivados de su intervención profesional en un área de alta vulnerabilidad.

Agustina Soncini estructura la presentación en cuatro ejes centrales:

1. Presentación del equipo y su modalidad de trabajo.
2. Conceptualización del consumo problemático y el abordaje desde el Servicio Social, incluyendo aspectos de maternidad y crianza.
3. Sistematización de datos de mujeres atendidas en 2023 y 2024 en el contexto de consumo problemático durante el embarazo y puerperio.
4. Reflexiones finales e interrogantes para fomentar el debate y la mejora continua.

Se realiza una aclaración metodológica importante: en todo el documento se utiliza el término “mujeres” en lugar de “personas gestantes”, debido a que la totalidad de las personas atendidas en el período de estudio se identificaban como mujeres.

Esta introducción establece las bases para comprender no sólo los datos presentados, sino también el posicionamiento ético y profesional desde el cual el equipo fundamenta cada una de sus intervenciones.

Definir un marco de abordaje claro es un paso estratégico fundamental, ya que fundamenta todas las intervenciones del equipo, asegurando un enfoque coherente, respetuoso y basado en derechos. Este marco permite actuar de manera consistente frente a situaciones complejas, evitando la improvisación y garantizando que cada acción esté alineada con una filosofía de cuidado integral.

El equipo concibe el embarazo y el puerperio como etapas excepcionales de intensa adaptación física y emocional, que se desarrollan en contextos diversos y particulares. Por ello, su propuesta se basa en un abordaje respetuoso, singular e integral, que considera a las usuarias como sujetos activos en su

propio proceso de salud. Este enfoque contempla sus condiciones de vida, determinantes de salud, experiencias personales y redes sociofamiliares.

Las intervenciones del equipo se guían por los siguientes postulados y posicionamientos clave:

- **Promoción y protección de derechos:** Se basa en garantizar un trato digno e igualitario, el respeto a la autonomía y la privacidad, y la facilitación del acceso a derechos para poblaciones que atraviesan procesos de vulnerabilidad.
- **Perspectiva de género:** Contempla las desigualdades en roles, dinámicas de poder y distribución de recursos, reconociendo los procesos de discriminación por género o su expresión.
- **Interseccionalidad:** Reconoce que las estructuras de dominación (clase social, género, etnia) se entrecruzan y refuerzan, produciendo formas de opresión complejas que deben ser consideradas en el análisis de cada situación.
- **Interculturalidad:** Implica el respeto por la cultura, la cosmovisión y las creencias de las personas y sus familias en relación con la maternidad, el parto, la salud y la enfermedad.
- **Accesibilidad al sistema de salud:** Se analizan las barreras que dificultan el acceso, dividiéndolas en dimensiones: **organizacionales** (burocráticas), **geográficas** (distancia), **económicas** (costos) y **culturales** (hábitos y creencias tanto de usuarios como de profesionales).
- **Interdisciplina:** Aunque se reconoce como un desafío práctico, se aspira a un abordaje conjunto desde distintos saberes para enfrentar la complejidad social, generando espacios de encuentro y acuerdos para definir modalidades de intervención conjuntas.

Este marco de acción se sustenta en un robusto conjunto de normativas, entre las que se destacan:

- Ley Básica de Salud
- Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable
- Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes
- Ley de Protección Integral de las Mujeres
- Ley de Salud Mental
- Modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia
- Ley de Derechos del Paciente
- Ley de Parto Respetado
- Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, entre muchas otras.

Este posicionamiento teórico y normativo es el punto de partida para abordar de manera específica y sensible la problemática del consumo de sustancias en la población atendida.

Para intervenir eficazmente, es crucial adoptar una definición específica del consumo problemático adaptada a la población gestante y puerpera. Este posicionamiento teórico y normativo es el punto de partida para abordar de manera específica la problemática del consumo, un tema que **Luciana Farone**, integrante del equipo, procede a conceptualizar.

Farone subraya que el consumo de sustancias es un problema de salud pública que debe ser atendido desde las políticas de salud mental, requiriendo un abordaje interdisciplinario e intersectorial. Si bien un consumo problemático se define generalmente como aquel que afecta negativamente la salud física y psíquica de la persona y sus relaciones sociales, el Ministerio de Salud de la Nación establece una definición más estricta para esta etapa vital:

Cualquier tipo de consumo de sustancia no indicada durante la gestación y la lactancia es problemático.

Esta definición activa las interconsultas al Servicio Social y obliga a los profesionales a evaluar cada caso de manera situada, considerando la frecuencia, el tipo de sustancia y el vínculo que la persona establece con ella.

Un factor crítico en el abordaje son las representaciones sociales y la estigmatización que recaen sobre las mujeres consumidoras durante el embarazo. La mirada social, a menudo punitiva, asocia la maternidad con el cuidado y el consumo con el descuido, cuestionando directamente la capacidad de matinar. Esto genera prácticas de ocultamiento por parte de las mujeres, quienes temen ser **juzgadas o rechazadas**. La intervención de los Servicios Sociales puede hacer que se sientan **“mucho más observadas, juzgadas”**, lo que a su vez dificulta su adherencia a los controles de salud y la construcción de un vínculo de confianza con el equipo sanitario.

Para contrarrestar esta mirada, el equipo se apoya en dos reflexiones clave:

1. La necesidad de reconocer las **múltiples maternidades y formas de crianza**, lo que exige un análisis situacional y singular que se aleje de modelos idealizados y valore los recursos y potencialidades de cada mujer y su red.
2. El rol de las trabajadoras sociales como parte de la **red de cuidados**, posicionándose como un recurso de acompañamiento y no como una figura de control o vigilancia. El objetivo es construir una relación de confianza que permita abordar la problemática de manera integral.

La intervención se enfrenta a desafíos prácticos significativos, principalmente los cortos tiempos de internación (entre 48 y 72 horas), que exigen realizar evaluaciones profundas y complejas con celeridad. Esto requiere una articulación eficiente con otras instituciones y la movilización rápida de la red familiar y social de la mujer para planificar un egreso cuidado. Estos conceptos y desafíos se ven reflejados de manera contundente en los datos recopilados por el equipo.

La sistematización de datos es una herramienta de valor incalculable. Este análisis, que combina elementos cuantitativos y cualitativos, no sólo permite describir las características de la población atendida, sino que también funciona como un

insumo crítico para reflexionar sobre la práctica profesional y diseñar estrategias de intervención más efectivas y situadas.

Daiana Cicchello, otra integrante del equipo, introduce esta sección destacando la escasez de material bibliográfico enfocado en las estrategias de cuidado para personas gestantes con consumo problemático, lo que motivó al equipo a realizar su propio estudio. La muestra analizada corresponde a **29 mujeres** atendidas durante 2023 y 2024. Sin embargo, un dato alarmante revela la creciente urgencia de esta problemática: solo entre enero y julio de **2024**, el equipo ya había recibido **17 interconsultas**, una cifra que supera la mitad del total de los dos años previos.

A continuación, se detallan los hallazgos organizados por categorías de análisis.

- **Edad:** El 86% de las mujeres se ubica en el rango etario de 19 a 34 años. Este dato es significativo, ya que contradice la creencia social de que el mayor índice de consumo se concentra en la adolescencia.
- **Lugar de residencia:** El 65% reside en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), mientras que el 34.5% proviene de la Provincia de Buenos Aires. Esta variable es crucial, ya que la articulación con organismos de protección y el seguimiento post-alta dependen de la jurisdicción del domicilio.
- **Nivel educativo:** Se observa un bajo nivel de instrucción general: la mayoría no ha completado los estudios secundarios y ninguna cuenta con estudios terciarios o universitarios. Este factor repercute directamente en las oportunidades de inserción sociolaboral y puede estar influenciado por trayectorias educativas interrumpidas por el propio consumo.

La problemática del consumo no se presenta de forma aislada, sino que se intersecta con múltiples vulnerabilidades que potencian el riesgo y la complejidad de cada situación.

- **Situación laboral:** La gran mayoría de las mujeres no se encuentra inserta en el mercado laboral formal, y solo unas pocas realizan trabajos informales de manera intermitente.
- **Hijos al cuidado de terceros:** Un dato de alto impacto es que el 48% de las mujeres con más de una gesta tenían uno o más hijos al cuidado de otros familiares. Esto evidencia cómo el consumo problemático puede afectar la capacidad de cuidado a largo plazo. Una de las mujeres expresó este dolor con la frase: *“Aunque tenga vínculo con mi hijo, nunca acepté haberlo perdido.”*
- **Violencia de género:** Esta variable se entrecruza frecuentemente con el consumo, aumentando la vulnerabilidad. La violencia puede agudizarse durante el embarazo, afectando tanto a la mujer como al niño por nacer. Un testimonio ilustra este riesgo: *“No le conté del embarazo por miedo a que me pegue en la panza y me da miedo de su reacción si el bebé llora.”*
- **Situación habitacional:** Prevalece la inestabilidad residencial, con mujeres que alternan entre domicilios de familiares y parejas, a menudo debido a conflictos derivados de los hábitos de consumo. Algunas incluso refirieron haber atravesado períodos en situación de calle.

- **Hechos adversos en la historia vital:** Los relatos revelan antecedentes de eventos traumáticos como abuso sexual infantil, duelos significativos (perinatales o de figuras parentales) y crianzas a cargo de terceros, factores que a menudo se vinculan con el inicio o la agudización del consumo.
- **Inicio del consumo:** Ninguna de las mujeres presentaba un consumo experimental o inicial; la mayoría tenía trayectorias de larga data (más de 5 años). Casi la mitad de la población (11 de 29) comenzó a consumir durante la adolescencia, lo que, según el Ministerio de Salud, aumenta significativamente el riesgo de daños a largo plazo.
- **Sustancias referidas:** La siguiente tabla muestra las sustancias de mayor prevalencia. Se observa una baja percepción del riesgo asociado a la marihuana sobre la salud del recién nacido. Además, se estima un subregistro en el consumo de tabaco y alcohol, probablemente porque, al ser sustancias legales, su uso está más naturalizado y no suele generar interconsultas por sí solo.

Sustancia Referida	Orden de Prevalencia
Cocaína	1°
Marihuana	2°
Alcohol	3°
Pasta Base y Crack	4°
Benzodiacepinas y Anfetaminas	5°
Tabaco	Subregistrado

- **Frecuencia:** Analizar cuándo y en qué contexto se consume es clave para identificar el vínculo que la persona establece con la sustancia y diferenciar entre consumos ocasionales, habituales o de dependencia, aunque en el embarazo todos se consideren problemáticos.
- **Controles prenatales:** Una gran proporción de las mujeres (14 de 29) realizó escasos controles prenatales (menos de cinco), y cuatro de ellas no tuvieron ninguno. Las barreras de acceso están directamente relacionadas con el estigma y los comportamientos derivados del consumo, que dificultan sostener un encuadre institucional.
- **Número de gestaciones previas:** La mayoría de las mujeres (25 de 29) ya había tenido gestaciones anteriores, y siete de ellas acumulaban cinco o más. Este dato plantea interrogantes sobre el impacto del consumo en la salud sexual y el acceso efectivo a métodos anticonceptivos (MAC).
- **Lactancia y consumo:** Se detectó un registro escaso sobre este tema. La contraindicación de la lactancia materna suele ser una decisión del Servicio de Neonatología, basada en análisis toxicológicos. Sin embargo, se observan serias dificultades en el acceso a leche de fórmula para los bebés, a pesar de existir programas nacionales. Garantizar la inscripción en dichos programas requiere un “**trabajito de hormiga**” por parte del Servicio Social para asegurar que las recetas y la documentación sean correctas. El equipo propone la necesidad de un abordaje interdisciplinario en esta decisión y la implementación de consejerías post-alta para reevaluar la posibilidad de amamantar si la madre suspende el consumo.

- **Pareja:** De las 17 mujeres que se encontraban en pareja, 13 de ellas tenían compañeros que también consumían sustancias. Estudios etnográficos sugieren una tendencia en las mujeres a adaptarse a los patrones de consumo de sus parejas, lo que subraya la importancia de incluirlos en las estrategias de intervención.
- **Red familiar ampliada:** Aunque en la mayoría de los casos se caracteriza como “escasa” debido al deterioro de los lazos sociales provocado por el consumo, emerge una figura clave: **las abuelas maternas**, quienes suelen ser las principales referentes de apoyo. Se destaca también que el nacimiento de un hijo puede funcionar como un catalizador para la revinculación con otros familiares.
- Solo **9 de las 29 mujeres** tenían antecedentes de atención por consumo. Este bajo número puede deberse a múltiples factores: la estigmatización que dificulta la búsqueda de ayuda; la falta de problematización personal, con mujeres que afirman que **“lo pueden manejar”** y no necesitan tratamiento; y, de manera crítica, las **barreras estructurales de accesibilidad a los tratamientos**. El equipo subraya la necesidad de desarrollar ofertas terapéuticas con un enfoque de género, adaptadas a las particularidades y necesidades de esta población.

El análisis de estos datos permite pasar de una comprensión general a un conocimiento profundo de la realidad atendida, informando el diseño de las intervenciones cotidianas dentro de la institución hospitalaria.

La intervención hospitalaria diaria es un ecosistema complejo y dinámico. Lejos de ser un proceso lineal, implica la coordinación —o la falta de ella— entre múltiples servicios y actores, cada uno con sus propios tiempos, prioridades y perspectivas. Este escenario genera tensiones y desafíos que el equipo de Servicio Social debe navegar para garantizar un cuidado integral.

María Inés Márquez, del equipo, explica que el abordaje involucra a una red de servicios que incluye **Obstetricia, Neonatología** (con sus unidades de internación conjunta, terapia intermedia y terapia intensiva), **Enfermería y Pediatría**. El objetivo es afrontar cada situación de manera integrada, aunque no siempre se logra con la fluidez deseada.

La **tensión principal** se produce con la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Al ser un centro de alta complejidad y referencia, la UTIN tiene una alta demanda de camas, lo que genera una presión constante para acelerar las evaluaciones sociales y familiares y así liberar vacantes. Esta urgencia a menudo choca con los tiempos necesarios para realizar una evaluación profunda y construir un plan de egreso seguro.

Un desafío institucional crítico, que la ponente describe como un **“capítulo aparte”**, es la fractura en la articulación con el Servicio de Salud Mental. A pesar de reiterados intentos, no se ha logrado establecer un trabajo integrado e interdisciplinario. El servicio de Salud Mental del hospital no cuenta con un equipo específico para maternidad, lo que deriva en intervenciones fragmentadas que no consideran la especificidad de la díada madre-hijo/a. Esta falta de articulación impacta negativamente en la calidad de las evaluaciones y en la posibilidad de ofrecer una continuidad de cuidados post-alta, constituyendo un obstáculo estructural para la atención integral.

En este complejo escenario, el equipo reconoce y valora explícitamente el rol de dos actores clave que aportan información crucial y a menudo invisible:

- **El personal de enfermería:** Su contacto permanente (24/7) con las mujeres les permite observar el vínculo con el bebé, el cumplimiento de indicaciones y otras dinámicas sutiles que son fundamentales para la evaluación social.
- **El equipo de seguridad/vigilancia:** Proporcionan información valiosa sobre las visitas que reciben las mujeres, posibles conflictos y corroboran datos como domicilios y teléfonos, que resultan vitales al momento de planificar el egreso.

Este mapeo de actores y tensiones revela un entorno de trabajo exigente, donde el equipo de Servicio Social debe implementar estrategias concretas para articular recursos, gestionar presiones y asegurar el mejor plan de egreso posible para cada diada.

El objetivo central de la intervención del Servicio Social es diseñar un plan de acción concreto que asegure un egreso hospitalario cuidado y planifique, en la medida de lo posible, un seguimiento posterior que garantice el bienestar de la diada madre-hijo/a. Para ello, se implementan una serie de estrategias articuladas.

Las principales estrategias para el egreso hospitalario son:

1. **Convocatoria a un tercer adulto:** Siempre se busca identificar a un familiar o referente de confianza que pueda comprometerse formalmente, a través de un “**acta acuerdo interna**”, a garantizar el cuidado de la madre y el bebé, supervisando el cumplimiento de las indicaciones médicas y los controles de salud.
2. **Ofrecimiento de acompañamiento:** El Servicio Social se presenta como un espacio de contención y escucha, distanciándose explícitamente de un rol de control o vigilancia. El objetivo es construir una relación de confianza para que la mujer pueda compartir dificultades y buscar soluciones conjuntas.
3. **Derivaciones acompañadas:** Se realizan esfuerzos proactivos para facilitar el acceso a tratamientos por consumo, reconociendo las barreras existentes. Esto implica una gestión activa para conseguir turnos y articular con los dispositivos de la red.

En los casos donde el recurso familiar es frágil o inexistente, se realiza la **intervención de los organismos de protección a la infancia** (el Consejo de Derechos en CABA y el Servicio Local en la Provincia de Buenos Aires). Es importante destacar que el **48% de los casos se resolvieron sin necesidad de esta intervención**, lo que demuestra la efectividad de la estrategia de fortalecimiento de las redes primarias.

A pesar de una planificación cuidadosa, el **seguimiento post-egreso** presenta importantes desafíos y dificultades:

- **Fragmentación jurisdiccional:** Cuando los controles de salud se realizan en la Provincia de Buenos Aires, el equipo del hospital pierde acceso a las historias clínicas, dificultando el monitoreo del bebé.
- **Inestabilidad de contacto:** Los números de teléfono a menudo cambian o dejan de funcionar, lo que limita la comunicación.

- **Limitaciones de herramientas digitales:** Aunque el sistema SIGEHOS es una herramienta útil para el seguimiento de pacientes en CABA, no es accesible para quienes se atienden en otras jurisdicciones.

Estos obstáculos evidencian la necesidad de fortalecer los mecanismos de articulación interjurisdiccional y desarrollar estrategias de seguimiento más robustas y flexibles para no perder el contacto con estas familias de alta vulnerabilidad.

Esta sección final delinea los aprendizajes clave de la experiencia del equipo y propone líneas de acción concretas para mejorar la calidad del abordaje, tanto a nivel institucional como en el ámbito de las políticas públicas. Se trata de una mirada crítica y proactiva que busca transformar los desafíos en oportunidades de mejora.

Las principales reflexiones y propuestas del equipo son:

- **Mejorar el registro de datos:** Es fundamental registrar de manera más sistemática variables clave como el nivel de lectoescritura (para adaptar las indicaciones), el acceso a métodos anticonceptivos, el tipo de alimentación del bebé y, especialmente, el consumo de sustancias legales como **alcohol y tabaco**, que actualmente está subregistrado.
- **Intervenir tempranamente:** Dado que el inicio del consumo para muchas mujeres ocurre en la adolescencia, es crucial fortalecer los dispositivos de atención en esta etapa vital para realizar abordajes preventivos y tempranos.
- **Diseñar dispositivos de atención integrales y flexibles:** Se propone la creación de consultorios ajustados a las necesidades reales de estas familias (por ejemplo, con turnos más largos, flexibles y que atiendan a la madre y al bebé en un mismo espacio) en lugar de someterlas a las lógicas institucionales rígidas y fragmentadas.
- **Incluir a las parejas y referentes familiares:** Es indispensable incorporar a las parejas (especialmente si también consumen) y a los familiares sólidos en las estrategias de intervención, reconociendo que el contexto relacional es clave para el proceso de recuperación.
- **Exigir un abordaje integral e interdisciplinario:** Se reitera la crítica a las prácticas fragmentadas, especialmente con el Servicio de Salud Mental, y se insiste en la necesidad de un enfoque que integre la perspectiva de género y una mirada situada en la realidad social de cada mujer.
- **Reclamar políticas públicas:** La labor del equipo no puede desvincularse de un contexto social más amplio. Se subraya la necesidad de políticas públicas que garanticen condiciones de vida digna, ya que la vulnerabilidad social es un factor estructural en la problemática del consumo.

El equipo finaliza su exposición con un mensaje de cierre que resume su filosofía de trabajo: el **compromiso, la empatía y una mirada situada** en cada caso son herramientas fundamentales para abordar esta compleja problemática.

Clase N°17

EL APOYO A LA INCLUSIÓN ESCOLAR: UNA PERSPECTIVA DESDE EL TRABAJO SOCIAL

Clase a cargo de la Lic. Gisela Sesa y Melisa Lerner^(*)

*Ambas profesionales son Trabajadoras Sociales del Hospital Santojanni y miembros del equipo organizador del curso. Cuentan con vasta experiencia de trabajo en un centro privado de integración escolar. La Lic. Melisa Lerner es integrante del equipo de niños del Hospital Santojanni desde 2012. Asimismo, la Lic. Gisela Sesa es Magíster en Psicogerontología. Diplomada en Abordajes en Autismo y Psicosis en las Infancias. Integrante del Equipo Técnico del Centro de Integración Escolar y Aprendizaje Luderé.



El Apoyo a la Inclusión Escolar: Una Perspectiva desde el Trabajo Social

Clase a cargo de la Lic. Gisela Sesa y la Lic. Melisa Lerner *

Para comprender las prácticas de inclusión escolar, es fundamental entender el marco filosófico y legal que las sustenta. Este enfoque representa una transformación profunda de la visión tradicional del sistema educativo, que debe estar preparado para acoger y potenciar la diversidad de todo su alumnado.

La **educación inclusiva** es un enfoque transformador que rompe con la dicotomía entre niños con y sin discapacidad. Su espíritu es celebrar la diversidad como una oportunidad de enriquecimiento para toda la comunidad educativa, y no como un problema a resolver. Pretende que el sistema se adapte a todas las personas que forman parte de él, garantizando el derecho universal a una educación pública, gratuita y de calidad, sin discriminación de ningún tipo.

Desde esta perspectiva, la **discapacidad** se entiende como un constructo dinámico. No es un atributo inherente a la persona, sino el resultado del encuentro entre sus características individuales y las barreras que impone el entorno. Estas barreras son las que dificultan o impiden su acceso y participación activa en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás.

Es a partir de estos conceptos que se diseñan y ejecutan dispositivos prácticos de apoyo, como el equipo SAIE, cuya estructura y funcionamiento se detallan a continuación.

El Servicio de Apoyo a la Inclusión Escolar (SAIE) es la materialización de los principios de la educación inclusiva en el ámbito práctico. Funciona como un puente estratégico que articula las necesidades del sistema de salud con las del sistema educativo, con el fin de garantizar la trayectoria escolar de estudiantes con discapacidad en escuelas comunes.

El objetivo central de un equipo SAIE es brindar **apoyo y acompañamiento personalizado** a estudiantes que, por su discapacidad o alguna dificultad específica, requieren un andamiaje para llevar adelante su proceso escolar. El equipo participa activamente en la adaptación de estrategias pedagógicas y en la eliminación de barreras dentro de la escuela común.

Una particularidad clave de este dispositivo es su modelo de financiamiento. Aunque se implementa en el ámbito escolar, el SAIE es considerado una **prestación de salud** reconocida por el Estado argentino. Como tal, requiere una orden médica y su cobertura es abonada por las obras sociales y empresas de medicina prepaga. Esta estructura sitúa la responsabilidad financiera en el sistema de salud, incluso cuando la intervención ocurre en la escuela. Sin embargo, este modelo crea importantes barreras de acceso para las familias que dependen del sistema público y carecen de obra social, evidenciando una inequidad sistémica fundamental.

La conformación de un equipo SAIE es intrínsecamente interdisciplinaria. El equipo básico requerido incluye especialistas en las siguientes áreas:

- Psicología
- Trabajo Social
- Psicopedagogía
- Profesoras de Educación Especial

En el centro donde las ponentes desarrollan su experiencia, los roles se distribuyen de manera que psicólogas, psicopedagogas y profesoras de educación especial suelen actuar como coordinadoras de los casos, mientras que las trabajadoras sociales acompañan esa coordinación.

Las funciones del equipo técnico son variadas y abarcan todo el proceso de acompañamiento. Entre las más importantes se encuentran:

- Realizar la admisión y evaluación inicial de cada situación.
- Seleccionar al profesional de apoyo adecuado, conocido como Apoyo Personal No Docente (APND), según el perfil del niño.
- Elaborar estrategias de intervención personalizadas.
- Colaborar con el equipo docente de la escuela en la confección del **Proyecto Pedagógico Individual (PPI)**, un plan adaptado a las necesidades y potencialidades del estudiante.
- Realizar el seguimiento de los alumnos y mantener un trabajo interdisciplinario constante con terapeutas externos, docentes y directivos.
- Brindar asesoramiento y orientación a las familias.
- Llevar a cabo observaciones situacionales en el entorno escolar para evaluar el desempeño del niño en su contexto real.
- Ofrecer capacitación continua a los profesionales de apoyo (APND) y a los equipos escolares.

Una vez descrita la estructura del dispositivo, el siguiente apartado detallará el recorrido que una familia y un niño realizan para acceder y beneficiarse de este servicio.

La eficacia del acompañamiento depende de un proceso operativo claro y estructurado. Este recorrido, que comienza con un diagnóstico y una prescripción médica, está diseñado para garantizar que cada paso, desde la admisión hasta la intervención continua, responda a las necesidades singulares del niño y su familia.

Para acceder al servicio de apoyo a la inclusión escolar, la familia debe cumplir con dos requisitos fundamentales:

1. Contar con el **Certificado Único de Discapacidad (CUD)**.
2. Disponer de una **orden médica** que prescriba el módulo de apoyo.

Los diagnósticos más frecuentes que se reciben en el centro incluyen Trastorno del Espectro Autista (TEA), Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), retraso madurativo, Trastorno Específico del Lenguaje (TEL), Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) y, en menor medida, síndromes genéticos.

El proceso para incorporar a un niño al programa sigue una serie de pasos bien definidos:

1. **Entrevista inicial con la familia:** Generalmente conducida por una trabajadora social junto a otra profesional del equipo (como una psicopedagoga). En esta instancia se recaba información exhaustiva sobre la trayectoria del niño: su historia de desarrollo desde el embarazo, su recorrido escolar y de salud, y se evalúa la red de apoyo social y familiar con la que cuentan.
2. **Entrevista con el niño:** Realizada por psicólogas, psicopedagogas o maestras de educación especial para conocer al niño de manera directa, observar sus habilidades e identificar sus necesidades.
3. **Elaboración del informe SAIE:** El equipo técnico sintetiza toda la información recabada en un informe que define las necesidades específicas del niño y traza el perfil del profesional de apoyo (APND) más adecuado para acompañarlo.
4. **Selección del APND (Apoyo Personal No Docente):** La elección del perfil del APND (psicóloga, psicopedagoga, maestra de educación especial, etc.) depende de las necesidades del niño y de los requisitos específicos que pueda plantear la institución escolar.
5. **Proceso de vinculación:** Antes de iniciar el trabajo en la escuela, se organiza un primer encuentro presencial en el centro entre el niño y su APND para facilitar el conocimiento mutuo y construir un primer vínculo en un entorno controlado.

Una vez que el APND comienza a trabajar en la escuela, el centro mantiene un acompañamiento continuo. Esto incluye la supervisión del APND, la celebración de reuniones periódicas con la escuela y la articulación constante con la familia y los terapeutas externos que atienden al niño, asegurando un abordaje integral y coordinado.

El Apoyo Personal No Docente (APND) es el agente principal de la intervención en el entorno escolar. Sus funciones clave son brindar apoyo pedagógico, fomentar la inclusión social del niño con sus pares y promover su autonomía progresiva. Colabora estrechamente con los equipos educativos en la elaboración del PPI y media en la relación del niño con el docente. Un objetivo central es no naturalizar su presencia como un requisito permanente, sino empoderar a la escuela para que asuma su responsabilidad inclusiva.

Una vez establecido el vínculo, el éxito del proceso depende de la articulación continua entre el APND, la escuela y la familia, un ecosistema donde el trabajo social desempeña un rol de articulación fundamental.

El trabajo con las familias es un pilar central en cualquier proceso de inclusión exitoso. En este contexto, el rol del trabajador social es fundamental para articular las necesidades, recursos y dinámicas familiares con las exigencias y posibilidades de los sistemas escolar y de salud.

En un centro de integración privado, construir el rol del trabajo social supuso un desafío particular. Fue necesario superar un preconceito inicial que asociaba la figura del trabajador social con funciones de control o únicamente con la gestión de recursos. A través de la práctica, se logró consolidar una mirada profesional centrada en:

- La garantía de los **derechos del niño**.
- El **acompañamiento integral** a las familias.
- La **articulación interinstitucional** como estrategia clave.

Las tareas del trabajador social dentro del equipo SAIE son diversas y estratégicas. Entre ellas se destacan:

- **Evaluación y diagnóstico:** Durante la entrevista de admisión, se realiza una evaluación de las condiciones socioeconómicas y culturales, así como de la trayectoria familiar, para obtener una comprensión holística de la situación.
- **Estrategias de intervención:** Mediar activamente para mejorar el vínculo entre la familia y la escuela, facilitando una comunicación fluida y constructiva.
- **Orientación y garantía de derechos:** Asesorar a la familia sobre sus derechos, como la prohibición de negar la asistencia escolar a un niño por falta de APND, y sobre los recursos disponibles (por ejemplo, cómo proceder ante demoras de las obras sociales).
- **Articulación interinstitucional:** Coordinar acciones con otras entidades relevantes en la vida del niño, como defensorías, centros de terapia, clubes u otras organizaciones comunitarias.
- **Abordaje de problemáticas complejas:** Intervenir en situaciones de alta complejidad como ausentismo escolar, bullying o sospechas de maltrato, adaptando los objetivos de la intervención a las competencias específicas de un centro de integración escolar.

Como una iniciativa para fortalecer el trabajo con las familias, el centro organizó talleres virtuales. El objetivo era crear un espacio de intercambio y escucha mutua. La temática elegida por las propias familias fue **“dificultades y facilitadores en el proceso de integración”**. En estos encuentros surgieron como principales **obstáculos** la rigidez de las normas de algunas instituciones escolares y la falta de recursos materiales o humanos para responder a la diversidad. Como **facilitadores** se destacaron la buena articulación con los terapeutas externos, la socialización positiva con pares y, fundamentalmente, la apertura de la escuela para crear “espacios de calma”

que ayuden a la regulación emocional de los niños.

El trabajo con las familias es crucial, pero la inclusión también enfrenta desafíos que trascienden el ámbito familiar y se instalan en el propio sistema educativo.

Los desafíos de la inclusión escolar rara vez son problemas individuales del niño o su familia. Con frecuencia, son el resultado de barreras sistémicas, falta de recursos y una interpretación limitante del diagnóstico médico, que puede convertirse más en un obstáculo que en una herramienta de apoyo.

Las profesionales sostienen una postura crítica sobre el uso del diagnóstico. Enfatizan que este debe ser una **“brújula”** que oriente el abordaje, pero nunca una **“excusa”** para justificar conductas o una **“etiqueta”** que defina al niño. Critican la tendencia de algunas escuelas y familias a adjudicar todo lo que el niño hace a su diagnóstico, perdiendo de vista su singularidad, su etapa de desarrollo y su historia personal. Este enfoque homogeneizante impide ver al niño en su totalidad y limita las posibilidades de intervención, ya que se asume erróneamente que todos los niños con un mismo diagnóstico necesitan lo mismo.

El sistema educativo actual presenta una serie de obstáculos estructurales que dificultan una inclusión real y efectiva:

- **Resistencia institucional y falta de recursos:** Muchas escuelas carecen del personal, los materiales y la capacitación necesarios para abordar la diversidad de manera adecuada.
- **Un sistema obsoleto y homogeneizante:** El modelo educativo tradicional, diseñado para que todos aprendan de la misma manera y al mismo tiempo, muestra una gran dificultad para adaptarse a las necesidades individuales.
- **Precarización laboral y falta de capacitación docente:** Los educadores a menudo enfrentan condiciones laborales precarias y no reciben la formación específica que requieren para trabajar en contextos de diversidad.
- **Comunicación deficiente y culpabilización:** Es común que se genere una dinámica de conflicto entre la escuela y la familia, donde ambas partes se culpan mutuamente de las dificultades del niño.
- **Demonización de las escuelas especiales:** En el afán de promover la inclusión en escuelas comunes, se ha tendido a estigmatizar a las escuelas de educación especial, perdiendo de vista que para ciertos niños, este dispositivo puede ser el más adecuado para su desarrollo.

Superar estos desafíos sistémicos requiere un compromiso que va más allá de la buena voluntad de los profesionales y las familias, apuntando directamente a la necesidad de políticas públicas robustas.

La exposición de Gisela Sesa y Melisa Lerner subraya una idea central: la inclusión escolar no es solo una responsabilidad de las escuelas o las familias, sino que debe ser entendida y abordada como una **política pública**. El Estado, en su rol garante, es el principal responsable de asegurar el derecho a una educación de calidad para todos y todas, proporcionando los recursos, la capacitación y el marco normativo necesarios para que la diversidad sea una realidad en las aulas.

En este sentido, es crucial fomentar un debate abierto y desprejuiciado sobre el rol de las **escuelas de educación especial**. Lejos de ser un vestigio del pasado, deben ser reconocidas como un dispositivo valioso y necesario dentro de un sistema educativo verdaderamente inclusivo, que sea capaz de ofrecer a cada niño el apoyo específico que necesita para prosperar.

Finalmente, el mensaje principal que transmiten las ponentes es un llamado a no olvidar la humanidad detrás de los diagnósticos y los procedimientos. El objetivo final de todos estos esfuerzos es recordar que, ante todo, **los niños son niños**, y la meta primordial es acompañar su desarrollo, garantizar sus derechos y contribuir a su felicidad.

Clase N°18

EL IMPACTO DEL ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN ADOLESCENTES *PARTE I*

Clase a cargo de la Lic. Gabriela Insua^(*)

*Licenciada en Psicología, Psicoanalista y Escritora. Coordinadora clínica, supervisora y docente del equipo de abordajes de los efectos del acontecimiento traumático del Centro Dos. Supervisora y docente en los equipos de salud mental del Hospital Santojanni, Álvarez, Piñero, Durán y Posadas. Supervisora de las residencias de salud mental (PRI) en la Provincia de Buenos Aires. Supervisora del Programa PRICE (Programa de Reparaciones y Detención de Salud) en Santiago de Chile. Autora de múltiples libros. Su obra Abuso sexual en las infancias y adolescencias: El horror más silenciado fue declarada de interés social y para la salud por la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires en junio de 2020. Conferencista.



El Impacto del Acontecimiento Traumático y Conductas Autolesivas en Adolescentes (Parte I)

Clase a cargo de la Lic. Gabriela Insúa

La ponente subraya que el abuso sexual en infancias y adolescencias es un problema endémico en Argentina, con cifras que, aunque alarmantes, no reflejan la totalidad del fenómeno. Detalla los siguientes puntos clave:

- **Estadísticas Oficiales:** Según los casos denunciados, **una de cada cuatro niñas y uno de cada nueve niños** son víctimas de abuso. Sin embargo, la Lic. Insúa sostiene que la cifra en niños es probablemente mayor, pero la presión y los prejuicios sobre la masculinidad dificultan la denuncia.
- **El Concepto de “Denuncia”:** Aclara que el término “denuncia” no se limita al acto jurídico. Incluye también la capacidad de un niño, niña o adolescente de poder hablar sobre lo sucedido en espacios seguros como la escuela o un hospital.
- **Frecuencia en Hospitales:** Comparte su experiencia supervisando hospitales, donde se reportan “dos o tres casos de denuncias de abuso” cada semana.
- **Fallas Sistémicas:** Critica la falta de sanción efectiva por parte de la justicia y, de forma más amplia, la dificultad del mundo adulto y de los sistemas institucionales para creer y validar el testimonio de las víctimas.

Estas reflexiones iniciales sirven de preámbulo para introducir una perspectiva más sensible y humana del horror, a través de la literatura.

Para transmitir la profundidad del trauma de una manera que la teoría por sí sola no puede alcanzar, la ponente elige comenzar con la lectura de un fragmento literario. Explica que la literatura tiene el poder de poner en palabras poéticas y conmovedoras una realidad terrible. Introduce el libro, una novela titulada *Teoría General del Olvido*, y el capítulo que leerá, “El accidente”, que narra el abuso vivido por la protagonista.

“Muchas veces al mirar los espejos lo veía detrás de mí. Ahora no lo veo más. Tal vez por ver tan mal. Beneficios de la ceguera. Tal vez porque cambiamos de

espejos. En cuanto recibí el dinero del departamento, compré espejos nuevos. Me deshice de los antiguos. [...] No quise decirle que muchas veces al mirar los espejos veía inclinarse sobre mí al hombre que me violó. En aquella época yo todavía salía de casa. Llevaba una vida casi normal. Iba y venía del colegio en bicicleta. En el verano alquilábamos una casa en la costa. Yo nadaba, me gustaba nadar. Una tarde, al llegar a la casa de la playa me di cuenta que me faltaba un libro que estaba leyendo. Volví sola a buscarlo. [...] Entré, oí un ruido y al volverme vi un sujeto en la puerta sonriéndome. Lo reconocí. Solía verlo en un bar jugando las cartas con mi padre. [...] No tuve tiempo. Cuando me di cuenta, ya estaba sobre mí. Me rasgó el vestido, me arrancó la bombacha y me penetró. Me acuerdo del olor, de las manos ásperas,

duras, apretándome los senos. Grité, me golpeó en el rostro. Golpes fuertes, [...] no con odio, no con furia, como si estuviera divirtiéndose. Me callé. Llegué a casa sollozando, el vestido rasgado, lleno de sangre, el rostro hinchado. Mi padre comprendió todo, perdió la cabeza, me abofeteó. Mientras me azotaba con el cinto, me gritaba, “¡Putá, atorranta, desgraciada!”. Todavía hoy lo oigo, puta, puta. Mi madre agarrada a él, mi hermana llorando. Nunca supe con certeza lo que ocurrió al hombre que me violó. Era pescador. Dicen que huyó a España, desapareció. Quedé embarazada. Me encerraron en un cuarto. Oía allá afuera las personas secreteando. Cuando llegó el momento, vino una partera a ayudarme. Ni siquiera llegué a ver el rostro de mi hija. Me la quitaron. La vergüenza me impedía salir de casa. Mi padre murió sin dirigirme la palabra nunca más. Nunca más logré salir a la calle sin experimentar una profunda vergüenza. Ahora pasó. Salgo a la calle y ya no siento vergüenza, no siento miedo. [...] Los niños juegan conmigo, me dan la mano. No sé si es porque soy muy vieja o porque soy tan niña como ellos”.

Tras la lectura, reflexiona sobre la capacidad de un escritor para expresar el horror de forma tan conmovedora y utiliza este potente inicio como puente para adentrarse en los conceptos teóricos sobre los efectos del abuso y, posteriormente, en el tema de los cortes autoinflingidos.

La ponente establece un marco conceptual clave para entender las secuelas del abuso: definirlo como un **“acontecimiento traumático”**. Esta distinción es fundamental, ya que lo diferencia de otras experiencias dolorosas y permite comprender la naturaleza específica de su impacto en el psiquismo de la víctima.

La Lic. Insúa ofrece una definición precisa, sintetizada en los siguientes puntos:

1. **Intensidad Inusitada:** Se trata de un evento que libera una cantidad de energía tan intensa que resulta imposible de tramitar o elaborar por el aparato psíquico.
2. **Falta de Inscripción Psíquica:** Al no poder ser procesado, el evento no se inscribe en las cadenas de significantes del inconsciente. Queda en un lugar que “nosotros lo llamamos de identidad de percepción”, funcionando como un “agujero en esa trama”.
3. **Ejemplos de Trauma:** Para ilustrar el concepto, enumera diversos acontecimientos traumáticos que se abordan en la clínica, como los sobrevivientes de la tragedia de Cromañón o de Once, la dictadura militar, la guerra de Malvinas, asaltos, violencia de género y el Holocausto.
4. **La Reviviscencia Traumática:** Este es un efecto central del trauma, donde el evento se revive como si estuviera ocurriendo en el presente. Lo ejemplifica con el veterano de Malvinas que se esconde al oír un estruendo o el caso de una persona que, tras un asalto, es diagnosticada erróneamente con psicosis paranoica por su hipervigilancia, cuando en realidad es una reminiscencia del trauma.

El abuso sexual es, ante todo, violencia. La ponente establece una diferencia crucial entre la sexualidad infantil, que está en pleno proceso de construcción, y “el impacto abrupto del goce sexual de un adulto sobre una sexualidad que se está construyendo”. Utiliza la analogía de un edificio en construcción al que se le impone un peso que no está preparado para soportar, interrumpiendo su desarrollo vital.

Para ilustrar la persistencia de la *reviviscencia traumática*, comparte el caso de una paciente que, de repente, se vio incapacitada para cambiarle los pañales a su hijo pequeño. Este bloqueo inexplicable la llevó a recordar que había sido abusada en el jardín de infantes por el portero de la escuela. Un síntoma crónico e incomprensible que padecía —una aversión extrema al olor a cigarrillo— cobró sentido al recordar “el penetrante olor a cigarrillo de ese hombre”. Este caso demuestra cómo el trauma puede permanecer latente durante décadas y reactivarse ante un estímulo sensorial.

Este marco teórico sirve no solo para comprender el fenómeno, sino también para cuestionar interpretaciones psicoanalíticas que, en su opinión, minimizan la realidad del horror.

En esta sección, la ponente realiza un análisis crítico de las dos barreras fundamentales que impiden una comprensión adecuada del abuso. Deconstruye, en primer lugar, la ortodoxia psicoanalítica que minimiza el trauma real al interpretarlo como fantasía edípica y, en segundo lugar, la renegación social y judicial que sistemáticamente desestima el testimonio de la víctima. Superar estas barreras es crucial para un abordaje ético y efectivo.

La Lic. Insúa critica duramente a los psicoanalistas ortodoxos que interpretan el relato de un abuso desde la perspectiva del complejo de Edipo, sugiriendo que es una fantasía o un deseo de la víctima. Califica esta práctica como una “barbaridad” y acuña el término **“edipizar el horror”** para describirla. Sostiene que lo que un niño busca de sus figuras parentales es la “corriente tierna” —ser elegido, querido y cuidado—, no el “goce pedófilo de un adulto”, que es una irrupción violenta y abrupta.

Explica que un punto de inflexión histórico fue el abandono por parte de Freud de su “teoría de la seducción” (que atribuía los síntomas de sus pacientes a abusos reales). Si bien este giro abrió nuevos campos de investigación sobre la fantasía y la realidad psíquica, tuvo una consecuencia negativa. Cita directamente al psicoanalista Juan Carlos Volnovich, un pionero en el tema, quien afirmó que este cambio “pagó el precio de volver a invisibilizar el abuso sexual realmente cometido y a ino-centizar a los perpetradores”.

La ponente argumenta que “nadie nace abusador”, sino que esta figura se construye en un entorno donde ha fallado la transmisión de la prohibición del incesto. Esta falla no es exclusiva de un sector socioeconómico. Para demostrarlo, cita el caso que originó la Ley Piazza: “Piazza era una familia de alcurnia”, explica, “y sufrió el abuso de un hermano mucho mayor a sabiendas de sus padres”. Este ejemplo subraya que el incesto y su encubrimiento atraviesan todas las clases sociales.

Finalmente, plantea una pregunta retórica que apunta a la renegación social y sistémica del abuso: “¿Qué le pasa al otro jurídico, al otro social... para negar tanto que un testimonio sea un testimonio de abuso?”. Esta desestimación del testimonio de la víctima es una de las barreras más dolorosas y revictimizantes, lo que hace imperativo un abordaje clínico centrado en la escucha y la validación.

Esta sección se enfoca en los aspectos prácticos de la intervención clínica, delineando los principios fundamentales para trabajar con víctimas e identificando los efectos devastadores que el abuso puede generar a corto y largo plazo.

La Lic. Insúa destaca dos principios irrenunciables al recibir a una persona que relata una experiencia de abuso:

1. **Creerle a la Víctima:** Es fundamental creer en el testimonio desde el primer momento, sin dudar. Cuestiona por qué, si en el sistema penal se presume la inocencia, no se presume la veracidad en el testimonio de un niño, niña o adolescente.
2. **Desculpabilizar:** Las víctimas suelen sentir una culpa enorme, ya sea porque otros las responsabilizaron (“vos lo provocaste”) o porque sienten que deberían haber hecho algo para evitarlo. Comparte el ejemplo de una paciente de 40 años que aún se culpa por no haberle cerrado la puerta a su padre a los 4 años. Es crucial aclarar que una sensación corporal placentera, que a veces ocurre, no equivale a consentimiento ni elección, y no disminuye la gravedad del delito.

Advierte que, si bien desde el psicoanálisis no se trabaja con “perfiles”, existen ciertos **indicadores** que no deben ser pasados por alto como posibles señales de abuso:

- Masturbación compulsiva.
- Dibujo sexualizado.
- Lenguaje sexualizado (aclarar que no se refiere a decir malas palabras, sino a usar frases explícitas que un niño no debería conocer, como “vení que te chupo”).
- Agresión sexual hacia otros niños.

Asimismo, enumera algunos de los **efectos devastadores** que pueden manifestarse en la adolescencia y la adultez: el *acting* (pasaje al acto), insomnio, estallidos de violencia, y “estados de abatimiento” (depresión). También menciona la correlación con la entrada en la prostitución, la trata de personas y el consumo problemático de sustancias.

Para ilustrar el peligro de un diagnóstico erróneo, presenta el caso de una adolescente que fue medicada con Risperidona por un supuesto brote psicótico, cuyo síntoma principal era ver sombras. Tras poder hablar del abuso que sufrió en su niñez, se comprendió que las sombras eran alucinaciones postraumáticas vinculadas al recuerdo de su padre acercándose a su cama por la noche. Al darle el sentido correcto a su experiencia, la medicación ya no fue necesaria y pudo empezar a elaborar el trauma.

Estos conceptos dieron lugar a un enriquecedor intercambio con los profesionales asistentes, abordando dilemas prácticos del trabajo cotidiano.

En esta sección se captura la interacción directa entre la ponente y los profesionales, un espacio donde se abordaron dilemas prácticos, los desafíos del trabajo en equipo y las fallas sistémicas que enfrentan en su labor diaria.

Un asistente pregunta sobre la pertinencia de la medicación para calmar la “tormenta” inicial en un paciente traumatizado, especialmente en el contexto de una guardia.

La Lic. Insúa responde enfáticamente que el problema no es la medicación en sí, sino el **diagnóstico**. Aclarar que es pertinente medicar para frenar la compulsión o la angustia desbordante, pero es un error medicar para una psicosis si no la hay.

Un diagnóstico incorrecto no solo es clínicamente inadecuado, sino que también estigmatiza al paciente y a su familia, silenciando nuevamente la verdadera causa del sufrimiento: el delito del abuso. Como ejemplo, relata el caso de un médico residente en Tucumán que, en lugar de diagnosticar “depresión” a una mujer abatida, le preguntó qué le había pasado y, al saber que su marido había muerto un mes antes, cambió el diagnóstico a “duelo”, ajustando la medicación a esa realidad.

Una trabajadora social plantea el problema de que otros miembros del equipo de salud mental desestiman su palabra cuando un paciente le revela un abuso a ella y no a ellos, argumentando: “A mí no me lo dijo”.

La ponente responde con contundencia, introduciendo el concepto de “**Terapón**”: cualquier persona que, sin necesidad de un título específico, puede oír el testimonio de un trauma. Ilustra que un “terapón” puede ser la portera de la escuela, el personal administrativo que da los turnos o cualquier otro miembro de una institución que genere la confianza suficiente. Afirma que el trauma “no le habla a cualquiera”, sino a quien la víctima siente que puede escucharla. Por lo tanto, si un miembro del equipo recibe la denuncia —sea trabajador social, psicólogo, médico o personal administrativo—, toda la institución está notificada. La actitud de “a mí no me lo dijo” es inaceptable en un equipo que trabaja de manera interdisciplinaria.

Varios asistentes discuten la complejidad del protocolo de denuncia en las escuelas, la obligación legal frente a la revictimización en el sistema judicial, y los riesgos que corren los profesionales al denunciar.

La Lic. Insúa ofrece una postura matizada y centrada en la protección de la víctima:

- **Riesgo Inminente:** Si la víctima convive con el abusador, la denuncia es inmediata y obligatoria para todos los profesionales. No hay discusión posible.
- **Sin Riesgo Inminente:** Si el peligro no es actual, ella prefiere darle tiempo al adolescente para que elija cómo y dónde quiere denunciar. Esto se debe a que el sistema judicial puede ser muy maltratador y revictimizante.
- **El Ordenador Simbólico:** Valida la idea de que la denuncia funciona como un “**ordenador simbólico**”, pero aclara que este efecto se logra cuando alguien **crea** en el testimonio y lo valida, no necesariamente a través de una denuncia judicial. El verdadero ordenador es el crédito que se le da a la palabra de la víctima, que rompe el pacto de silencio. Si el padre, por ejemplo, niega el hecho, el ordenador simbólico falla.

La sesión concluye con una reflexión sobre la frustración y el desgaste inherentes al trabajo en la salud pública. La Lic. Insúa reconoce que el sistema es complejo y a menudo devastador, pero reafirma la importancia de “hacer lo que podamos” dentro de esas limitaciones, luchando constantemente contra los “molinos de viento” para proteger a las víctimas y validar su dolor.

Clase N°19

ANÁLISIS PSICOSOCIAL DEL TRAUMA, EL ABUSO Y LA ADOLESCENCIA

PARTE II

Clase a cargo de la Lic. Gabriela Insua



Análisis Psicosocial del Trauma, el Abuso y la Adolescencia (Parte II)

Clase a cargo de la Lic. Gabriela Insúa

La comprensión del trauma va más allá del evento desencadenante; se extiende a la compleja y a menudo dolorosa reacción del entorno social. La respuesta de la familia, las instituciones y la sociedad en su conjunto puede ser tan devastadora como la agresión inicial, perpetuando el sufrimiento y obstaculizando la recuperación de la víctima. Esta reacción, lejos de ser un mero epílogo, constituye un segundo golpe que define el contexto para la instauración de profundos mecanismos de defensa social, los cuales silencian a la víctima y abroquelan las estructuras que permiten la violencia.

Uno de los mecanismos más destructivos es la **renegación del otro social**, un concepto proveniente del psicoanálisis freudiano que describe una forma particular de defensa ante una realidad insoportable. Este mecanismo se encapsula en una frase clave que ilustra su perversidad: “Sí, ya lo sé, pero aún así...”

Esta fórmula expresa un conocimiento intelectual de los hechos que es inmediatamente invalidado en la práctica. Se sabe que el abuso ocurrió, pero aun así se exige a la víctima que lo olvide, que siga adelante, que no altere el orden familiar o social.

El impacto de esta renegación en las víctimas de abuso sexual infantil es catastrófico. La experiencia clínica demuestra que la recuperación de un adulto que fue abusado en la infancia es significativamente menos nociva si fue creído por su madre u otros familiares. Por el contrario, cuando la víctima no es creída, es dejada en total desamparo, silenciada o incluso culpada, los efectos en la vida adulta son **“muchísimo más devastadores”**. La ponente subraya la gravedad de que los propios equipos de salud incurran en este mecanismo, calificando esta actitud profesional como “terrible”, ya que constituye una forma de revictimización institucional.

La memoria traumática no funciona de manera lineal ni coherente, lo que a menudo genera confusión tanto en la víctima como en quienes la escuchan. Sus manifestaciones principales son dos:

1. **Hipermnesia:** La incapacidad de olvidar. El suceso se revive constantemente, de forma intrusiva y enloquecedora.
2. **Lagunas:** La presencia de fragmentos olvidados, trozos de la historia que parecen borrados.

Estas lagunas tienen implicaciones directas en el sistema judicial, donde el testimonio de niños y adolescentes con ausencias o inconsistencias es frecuentemente desestimado. Sin embargo, desde una perspectiva psicoanalítica, estas ausencias no invalidan el relato, sino que son una característica intrínseca de cómo el psiquismo procesa un evento abrumador.

Una frase recurrente en las víctimas es: **“No sé si ocurrió o fue un sueño”**. Lejos de ser una señal de duda, la ponente argumenta de manera contundente que la sola aparición de esta interrogante es una confirmación del abuso. Sostiene que para

una persona que no ha vivido una situación de esta naturaleza, **“no hay posibilidad psíquica de que se nos ocurra”** tal idea. Ante la desestimación de un testimonio por parte de un juez debido a esta frase, la ponente afirma su convicción profesional con una certeza inquebrantable, asegurando que estaría dispuesta a declarar: “de mi parte yo les firmo donde comprometo mi matrícula en que esto ocurrió”.

Esta compleja interacción entre la reacción social de renegación y la naturaleza fragmentada de la memoria traumática crea las condiciones perfectas para que el abuso se arraigue y se perpetúe dentro de las estructuras familiares más íntimas.

Los mecanismos de renegación social y las particularidades de la memoria traumática no operan en el vacío. Contribuyen directamente a un fenómeno más amplio y peligroso: la perpetuación del abuso a través de su naturalización cultural y el establecimiento de pactos de silencio familiares. Esta sección explora las raíces y las dinámicas que permiten que la violencia se enquiste en los linajes, pasando de generación en generación como un secreto ominoso.

La ponente observa que en ciertas poblaciones y regiones —mencionando como ejemplos Bolivia, Paraguay, Perú y zonas del “interior”— el abuso sexual se encuentra tan extendido que está prácticamente naturalizado. En estos contextos, se asume como algo “común” que los hombres tomen a niñas y niños como objetos. Sin embargo, es crucial evitar simplificaciones clasistas o regionalistas, ya que este fenómeno no es exclusivo de contextos de pobreza; la ponente advierte que **“los clanes de poder tienen un nivel de endogamia y de incesto que no se puede creer”**.

Para ilustrar este grado de naturalización cultural, se cita la película peruana ***La teta asustada***, donde una abuela aconseja a su nieta introducirse una papa en la vagina para evitar ser abusada, una práctica que refleja la aceptación de la violencia como un hecho inevitable de la vida.

Frente a esta realidad, el rol del profesional es claro: **“desnaturalizar”** estas prácticas. Sin embargo, la clave para una intervención efectiva no es imponer una visión externa, sino hacerlo **“hablando con términos de su cultura”**. Solo así se puede lograr que el mensaje de que el abuso “estaba mal también en Perú, estaba mal también en Bolivia” sea realmente escuchado.

Los secretos familiares que protegen al abusador son increíblemente resistentes. La ponente ofrece varias hipótesis, basadas en años de trabajo clínico, para explicar por qué se mantienen estos pactos de silencio:

1. **La inermidad de la infancia:** Los niños son frágiles, manipulables y, a menudo, no son considerados sujetos de derecho creíbles. La mirada adulta los sitúa como objetos que “no saben” o “no comprenden”.
2. **El silencio de los linajes:** Existe una costumbre arraigada de no hablar sobre el abuso para proteger la “institución familiar”, evitando que **“la sombra de la perversión caiga pegajosa y lujuriosamente sobre la institución familiar”**.
3. **La culpa internalizada:** Los propios niños callan porque, aun sin comprender del todo lo que sucede, sienten que ellos también están “incluidos en la perversión”, que son parte de algo prohibido y vergonzoso.

Este silencio familiar reforzado por la renegación social crea lo que se denomina un **“linaje del abuso”**. Este concepto se refiere específicamente a madres que, habien-

do sido ellas mismas abusadas en su infancia, son incapaces de reconocer y proteger a sus propios hijos cuando estos se convierten en víctimas, perpetuando así el ciclo del trauma.

Estos profundos antecedentes de trauma, renegación y silencio familiar no son abstractos; tienen manifestaciones concretas y alarmantes en el comportamiento de los adolescentes, como es el fenómeno extendido de los cortes autoinfligidos.

Lejos de ser una “moda” pasajera, los cortes autoinfligidos son un síntoma complejo y extendido entre los adolescentes, directamente vinculado al manejo de un dolor psíquico insoportable. Se trata de una manifestación de época que ha cobrado una masividad alarmante en la última década. Esta sección busca desmitificar el fenómeno, aclarar sus motivaciones subyacentes y ofrecer pautas claras para su abordaje profesional, evitando respuestas precipitadas que pueden agravar la situación del joven.

Es fundamental diferenciar los cortes autoinfligidos de la ideación suicida. Aunque se infligen daño físico, la motivación principal reportada por el 90% de los adolescentes no es hacerse daño o morir, sino sentir **alivio**.

La lógica detrás de este comportamiento es la de “provocarse un dolor que se provocan ellos cuando ellos están viviendo tantos dolores que le provoca al otro”. Es un intento desesperado de externalizar y controlar un sufrimiento interno inmanejable. La elección de los instrumentos para los cortes revela una vulnerabilidad infantil desgarradora: “¿Saben con qué se cortan mucho ahora? Con la parte de adentro del sacapuntas. (...) Eso habla de lo niño, de lo desamparado que [están]”.

Los detonantes más comunes mencionados en la charla incluyen:

- **Frustraciones cotidianas:** Ser sacado de un grupo de WhatsApp (un acto de exclusión social severo para un adolescente), peleas de pareja o conflictos familiares.
- **Desamparo familiar:** Sentirse sin lugar en familias disgregadas y no poder soportar más ese dolor.
- **Reminiscencias traumáticas:** Flashbacks y recuerdos intrusivos relacionados con abusos sexuales sufridos en la infancia.

La estrategia profesional recomendada ante la revelación de cortes autoinfligidos es crucial. La primera y más importante regla es **no salir corriendo a contárselo a los padres**. Hacerlo rompe la confidencialidad, destruye la confianza y, casi con seguridad, se pierde el tratamiento. El adolescente no volverá a contar nada.

El abordaje adecuado implica una escucha cualificada que permita diferenciar la naturaleza del sufrimiento. Es necesario hacer preguntas específicas para distinguir entre:

- Un deseo de morir: *“Estoy pensando en matarme”*.
- Un deseo de cambiar una situación insoportable: *“No quiero más vivir así”*.

Ese “así” es la clave, ya que abre la puerta a una intervención que busca modificar

las condiciones de vida, no a terminar con la vida misma. El corte debe entenderse como un síntoma de ansiedad e intolerancia a la frustración, o bien como una forma desesperada de gestionar el desborde abrumador del trauma.

Si bien el malestar puede ser universal, las manifestaciones de este sufrimiento adolescente pueden variar significativamente según el entorno social y económico en el que se desarrolla el joven.

Aunque el sufrimiento subyacente de los adolescentes puede ser similar —desamparo, disfunción familiar, trauma—, su manifestación externa está profundamente influenciada por el contexto socioeconómico. La forma en que un joven expresa su dolor no es la misma en un entorno de precariedad que en uno de mayor control social. A continuación, se analiza la hipótesis de la ponente sobre la diferencia entre la tendencia a la acción (“acting out”) y el repliegue autodestructivo sobre uno mismo.

La ponente expone una hipótesis basada en las ideas del psicoanalista D.W. Winnicott:

- **En contextos de mayor precariedad**, donde la privación y el desamparo son más evidentes, hay una mayor tendencia al “acting”. Esto se manifiesta en acciones como delinquir, fugarse de casa o involucrarse en peleas. Winnicott considera esta tendencia antisocial como una **“acción esperanzadora”**, una forma de denuncia desesperada, un intento de que alguien los vaya a buscar y los salve.
- **En adolescentes de familias más acomodadas**, quienes suelen estar más controlados socialmente, el malestar tiende a manifestarse hacia adentro. Las formas más comunes son los cortes autoinfligidos y los trastornos de la alimentación.

Esto no significa que un grupo sufra más que otro, sino que las vías de expresión del padecimiento están condicionadas por el entorno.

La ponente expresa una profunda preocupación por un perfil específico: el adolescente silencioso. Se trata de aquel que **“no hace lío”**, le va bien en la escuela y no genera problemas aparentes.

Este perfil es considerado una **“bomba de tiempo”** porque su silencio no es sinónimo de bienestar, sino de una incapacidad para expresar el sufrimiento. A diferencia del joven que exterioriza sus problemas a través de síntomas visibles (agresividad, bajo rendimiento, etc.), el adolescente silencioso acumula el malestar internamente. Por esta razón, este perfil está más asociado con el riesgo de un suicidio efectivo. La ponente lo resume en una frase paradójica pero reveladora: “Que un adolescente tenga síntomas es una buena señal”.

El síntoma es una construcción, una forma de comunicar que algo sucede. El silencio absoluto, en cambio, es un indicativo de un peligro mucho mayor.

Este análisis, que parte de lo individual y contextual, debe elevarse para comprender que la violencia y el malestar juvenil no son fenómenos aislados, sino el reflejo de una crisis social mucho más amplia.

La violencia, la desesperanza y las conductas autodestructivas en la adolescencia no deben ser vistas como un problema aislado de una “generación perdida”, sino como

un **“síntoma social”**. Son el reflejo de dinámicas sociales, políticas y tecnológicas que modelan un entorno hostil y exigente. Esta sección explora cómo las crisis del mundo adulto se derraman sobre los jóvenes, moldeando su comportamiento y su percepción del futuro.

No podemos asombrarnos de la violencia adolescente cuando la sociedad misma es violenta. La ponente señala múltiples ejemplos de esta violencia estructural:

- Las **redes sociales**, que a menudo funcionan como una “cloaca” donde prolifera el discurso de odio.
- El **ataque sistemático a la diferencia** ya sea de género, de pensamiento o de cualquier otra índole. La ponente ofrece su propia experiencia como un ejemplo concreto: tras una publicación en la que utilizó lenguaje inclusivo (“la X”), recibió ataques personales que ignoraban el contenido del mensaje para centrarse en descalificar la forma.
- El **discurso del poder**, que cuando es agresivo y descalificador, “se derrama en las bases” y legitima la violencia en las interacciones cotidianas.

El concepto de la **“construcción del otro social”** se origina en la familia. Si los padres transmiten una visión del mundo hostil, basada en el individualismo, la desconfianza y la competencia salvaje (principios del “neoliberalismo imperante”), no es de extrañar que los jóvenes repliquen estas conductas segregativas y violentas, como el bullying.

La postura sobre la tecnología es clara: el problema no son las herramientas en sí (celulares, redes), sino **“lo que se hace con eso”**. La tecnología se convierte en un problema cuando sustituye lo humano.

- El caso del joven que se suicidó por su amigo creado con Inteligencia Artificial es un ejemplo extremo de cómo se abandonan los vínculos reales en favor de sustitutos fabricados a medida. La lógica del “capitalismo salvaje” se evidencia en la defensa de la empresa, que se deslindó de toda responsabilidad argumentando que su software incluye un aviso: *“está usted hablando con un robot”*, una advertencia clínicamente inadecuada frente a un profundo apego emocional.
- El **“ghosting”** (desaparecer sin explicación de una relación) es otro síntoma social de “la desaparición”, donde los vínculos humanos se vuelven descartables.

La ponente introduce la referencia al filósofo **Byung-Chul Han** para explicar una transformación social clave: hemos pasado de la “sociedad disciplinaria” (donde un poder externo vigilaba y castigaba) a la **“sociedad del cansancio”** o “del rendimiento”. En este nuevo paradigma, somos **“nuestros propios amos”**, autoexigiéndonos rendir constantemente, sin descanso.

Esta presión por el rendimiento se conecta directamente con la **desesperanza adolescente**. ¿Cómo pueden tener esperanza si el mensaje de los adultos es que “en este país no se puede hacer nada” y que si eligen seguir su vocación (por ejemplo, el arte) se van a “morir de hambre”?

Ante este panorama complejo y desafiante, donde el trauma individual se entrelaza

con la disfunción familiar y una profunda crisis social, el rol del profesional de la salud y lo social adquiere una importancia crítica e insustituible.

En medio de la abrumadora complejidad del trauma, la disfunción familiar y una crisis social que genera desesperanza, la intervención más poderosa y transformadora que un profesional puede ofrecer es la capacidad de crear un espacio de **escucha genuina y cualificada**. Más allá de los protocolos y los diagnósticos, alojar el sufrimiento de una persona a través de la palabra es el acto fundamental que puede iniciar un camino de recuperación.

Las recomendaciones finales para la práctica profesional se pueden sintetizar en las siguientes acciones clave:

- **Priorizar la escucha:** Recordar la anécdota del psicoanalista Eric Laurent, quien propuso implementar en la urgencia hospitalaria una escucha profesional de solo 15 minutos antes de cualquier trámite burocrático. Su justificación es una guía para toda intervención: *“la emergencia de una palabra tal vez salva todo”*.
- **Evitar la psicopatologización:** Luchar activamente contra la tendencia a rotular y cerrar diagnósticos prematuramente. Una crisis de angustia puede ser una cuestión neurótica tratable ambulatoriamente y no necesariamente un brote psicótico que requiera internación inmediata.
- **Alojar el sufrimiento:** Centrarse en la pregunta fundamental: **“¿De qué sufre este hombre en este momento?”**. Esta pregunta, hecha con interés genuino, permite que la persona se sienta alojada, escuchada y reconocida en su padecimiento, mucho más allá de llenar un formulario.
- **Desmitificar síntomas:** Abordar fenómenos complejos con cautela y conocimiento. Entender que los cortes no son sinónimo de riesgo suicida inminente y que las alucinaciones pueden ser manifestaciones traumáticas en lugar de síntomas de psicosis, permite una intervención más precisa y menos estigmatizante.

Clase N°20

ANÁLISIS DEL DISPOSITIVO HOSPITAL DE DÍA MAFALDA

Clase a cargo de la Lic. Daniela Antonaccio
y equipo^(*)

*La Lic. Daniela Antonaccio es Psicóloga. Coordinadora del Hospital de Día Mafalda. Psicóloga de planta del Hospital Álvarez y del grupo de trabajo del Hospital. Ex Coordinadora Nacional de Capacitación de la Sedronar. Integrantes del equipo: La Lic. Alejandra Perez es Psicóloga. Especialista en psicología clínica con orientación psicoanalítica UBA. Colaboradora docente en cátedras de la Facultad de Psicología UBA. La Lic. Julieta Rocío Fernández es Terapeuta Ocupacional. Egresada de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental del Hospital Laura Bonaparte. Especialista en Salud Mental Comunitaria. Actual Terapeuta Ocupacional de planta del Hospital Álvarez. Finalmente, el Lic. Tomás Arellano es Psicólogo. Maestrando en psicoanálisis, UBA. Docente de la Facultad de Psicología, UBA.



Análisis del Dispositivo Hospital de Día Mafalda

Clase a cargo de la Lic. Daniela Antonaccio y equipo *

El **Hospital de Día Mafalda** se constituye como un dispositivo estratégico de salud pública inserto en el Hospital Álvarez (CABA, Argentina), diseñado específicamente para el abordaje integral de las infancias y la salud mental comunitaria. Su relevancia radica en ofrecer una respuesta especializada y de alta intensidad clínica frente a patologías graves del desarrollo, operando en una franja vespertina que complementa la oferta tradicional del sistema de salud.

Esta presentación tiene como propósito difundir las herramientas clínicas y operativas que permiten el tratamiento de la niñez desde una perspectiva de derechos y singularidad subjetiva. La solidez de este equipo no es azarosa, sino el resultado de una trayectoria institucional que ha sabido transformar la demanda asistencial en un proyecto clínico con identidad propia y memoria histórica.

Para un consultor en gestión de salud, es imperativo analizar el origen de una institución para comprender su lógica actual. Mafalda surge de una **“demanda insatisfecha”**: en 2013, los consultorios externos del Hospital Álvarez recibían recurrentemente pacientes infanto-juveniles que no encuadraban en las categorías de admisión tradicionales. Ante esta brecha, la **Dra. Nora Villa** (fundadora y médica) junto a la **TO Silvia Clevan**, impulsaron la creación de un dispositivo específico, evolucionando desde los grupos TGI (Trastornos Graves de la Infancia) hasta la consolidación del Hospital de Día actual.

Este surgimiento estuvo marcado por un posicionamiento político-clínico internacional denominado **“La Batalla del Autismo”**. En un contexto donde en países como Francia se intentaba prohibir la intervención psicoanalítica en favor de enfoques puramente reeducativos, Mafalda se plantó como un bastión del **psicoanálisis de orientación lacaniana** en el ámbito público. El objetivo fue garantizar que el psicoanálisis fuera una opción válida dentro de las prestaciones básicas (PMO), defendiendo la subjetividad frente al avance de las teorías cognitivo-conductuales. Este proyecto contó con el apoyo institucional decisivo del **Dr. Pablo Friedman**, entonces Jefe de Salud Mental, quien fomentó la creación de este espacio psicoanalítico como una política de hospital.

Este posicionamiento define el marco teórico que sostiene la clínica del hospital: una apuesta por el sujeto allí donde otros solo ven un déficit orgánico o conductual.

En Mafalda, el marco teórico es la herramienta de intervención que determina la mirada sobre el niño. Se establece una **diferenciación conceptual clara**: el autismo no es un déficit, sino una respuesta subjetiva singular, un funcionamiento específico frente al lenguaje y al lazo social. A diferencia de la psicosis, donde existe un desencadenamiento y fenómenos elementales, el autismo se caracteriza por una relación particular con el objeto y el “otro”.

El equipo plantea una crítica rigurosa a la **“epidemia diagnóstica”** impulsada por el manual DSM, cuyas cifras han escalado de 1 cada 150 niños en el año 2000 a proyecciones actuales de 1 cada 31. Frente a esta lógica de etiquetamiento masivo, el dispositivo propone el **diagnóstico en transferencia**. Se retoman los conceptos

fundamentales de Leo Kanner para leer la clínica:

- **Sameness (Inmutabilidad/Iteración):** La necesidad del sujeto de mantener el entorno idéntico y repetir secuencias sin variación.
- **Loneliness (Soledad):** El repliegue defensivo frente a la intrusión de un “otro” que se experimenta como persecutorio.

El trabajo clínico no busca suprimir la **iteración** (repetición vacía), sino utilizarla como base para una **invención** subjetiva que permita al niño ampliar su mundo. Esta base teórica es la que sustenta la implementación práctica de la dinámica grupal.

La estabilidad del encuadre es crucial en el tratamiento de patologías graves para garantizar un ambiente continente. Mafalda opera los lunes y miércoles de 15:00 a 18:00 hs., organizando el trabajo en dos grupos:

- **Grupo Inicial (2 a 6 años):** Enfocado en el juego libre y la habituación al espacio institucional.
- **Grupo Avanzado (6 a 9 años):** Con propuestas de talleres estructuradas según sus intereses, incluyendo espacios de musicalidad y creatividad.

Para asegurar la viabilidad del tratamiento, se han definido los siguientes criterios de admisión:

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Dificultades marcadas en interacción social y reciprocidad.	Niños menores de 2 años o mayores de 7 años al momento del ingreso.
Ausencia de juego simbólico o espontáneo.	Patología orgánica asociada que requiera un perfil de centro médico-rehabilitador.
Alteraciones cualitativas de la comunicación y el lenguaje.	Requerimiento de medicación psiquiátrica inmediata (el equipo no cuenta con psiquiatra en planta).
Conductas repetitivas, estereotipias o intereses restringidos.	Cuadros de agresividad extrema que impidan el trabajo en el dispositivo grupal.

El proceso de admisión comienza con entrevistas a los referentes (padres u hogares) para relevar la historia del niño y sus objetos de interés. Si se considera una posible admisión, se entrevista al niño para evaluar su respuesta en transferencia antes de incorporarlo a los talleres.

Basada en la experiencia de *Antenne 110*, la **“Práctica entre varios”** es el eje metodológico de Mafalda. Evita que el niño se enfrente a un único terapeuta —que podría resultar intrusivo— y ofrece en cambio un colectivo de analistas que regulan el goce. Se trabaja mediante el **“forzamiento suave”** y una **“clínica del detalle”**, donde el analista se despoja de su saber previo para seguir el interés del niño.

Esta dinámica permite intervenciones precisas entre diferentes estructuras. En una jornada, el niño **“A” (Autismo)** giraba iterativamente alrededor de una mesa (repetición vacía). El niño **“G” (Psicosis)**, caracterizado por un desborde de goce

y descontrol motor, verbalizó la palabra “*Tuki*”. Este elemento captó la atención de “A”, transformando su giro solitario en un juego de persecución mutua. Sin embargo, cuando la secuencia se volvió brusca debido al desborde de “G”, el coordinador intervino para realizar un “**corte**” necesario. Esto permitió que la iteración de “A” se transformara en repetición (con un elemento nuevo) y que el goce de “G” encontrara un límite regulador.

Incluso tras la pandemia, el equipo mantuvo esta lógica, utilizando la virtualidad para refinar propuestas lúdicas que hoy potencian el trabajo presencial, extendiendo la intervención hacia el entorno familiar.

La eficacia del dispositivo radica en su mirada interdisciplinaria. La **Lic. Julieta Fernández** interviene más allá de lo sensorial; su foco es la **autonomía progresiva** en hitos como el control de esfínteres y la alimentación, evitando visiones reduccionistas del neurodesarrollo.

El **Taller de Familias**, co-liderado por la Coordinadora y la Psicomotricista, es un espacio vital donde los padres recuperan su saber sobre el hijo, compartiendo experiencias desde la crianza hasta la gestión del Certificado Único de Discapacidad (CUD).

- **Viñeta Clínica “K”:** Un niño de 5 años residente en un hogar convivencial. Mafalda funcionó como un dispositivo de **revinculación**, permitiendo que su madre asistiera a las sesiones. A través de la intervención de TO y la inclusión de la madre en el espacio de la “merienda”, se logró que el niño superara una desnutrición severa y selectividad alimentaria, a la vez que la madre aprendía a manejar la autonomía de su hijo en un entorno clínico contenido.

Mafalda es un dispositivo de “puertas abiertas” que exige comunicación constante con el ecosistema del niño. En el ámbito escolar, el equipo negocia la inclusión caso por caso. Existe una advertencia clínica fundamental: **“la inclusión puede terminar en segregación”** si se fuerza la permanencia de un niño en una escuela común de 20 alumnos sin los recursos adecuados. El pasaje de **Nivel Inicial a Primaria** se identifica como un punto de quiebre traumático donde a menudo el cambio de modalidad (a escuela especial) resulta ser la intervención más pacificadora para el sujeto.

Desde el punto de vista de la gestión, un desafío central es el **desfasaje horario con el Servicio de Trabajo Social**. Mientras Mafalda opera de 15:00 a 18:00 hs., el equipo de Trabajo Social del hospital funciona por la mañana. Esto requiere un sistema de **“referenciación”** proactivo, donde se coordinan turnos y gestiones (subsidios, transporte, CUD) para familias con alta vulnerabilidad social.

Finalmente, el hospital es un centro de formación que recibe residentes y rotantes de diversas disciplinas, manteniendo un diálogo fluido con cátedras de la UBA (*Clínica del Autismo, Urgencias*). Esta rotación constante aporta una vitalidad que renueva las preguntas clínicas del equipo.

El espíritu del Hospital de Día Mafalda demuestra que en la salud pública es posible producir clínica de excelencia “empezando con lo que se tiene”. La apuesta por el sujeto y la organización interdisciplinaria permiten transformar la precariedad de recursos en una invención institucional potente.

