

Los servicios de salud mental en primera persona

Recorridos y experiencias en clave interseccional

Solana María Yoma
Editora



Los servicios de salud mental en primera persona

Recorridos y experiencias en clave interseccional

Magdalena Arnao Bergero

María Luján Bassi

Cecilia Emma Berra

Jacinta Burijovich

Natalia Debora Gonzalez

José Ignacio Páez

Trinidad Pereira

Ignacio Puigdomenech Makowski

Agustina Urquiza Segovia

Solana María Yoma

Los servicios de salud mental en primera persona: recorridos y experiencias en clave interseccional / Magdalena Arnao Bergero... [et al.] ; Compilación de Solana María Yoma. - 1a ed. - Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Sociales, 2025.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: online
ISBN 978-950-33-1912-3

1. Ciencias Sociales. 2. Salud Mental. 3. Derechos Humanos.
I. Arnao Bergero, Magdalena II. Yoma, Solana María, comp.
CDD 353.64

Los servicios de salud mental en primera persona:
Recorridos y experiencias en clave interseccional.

Solana María Yoma (editora)

Diseño de tapa:

Florencia Bacchini, a partir de imágenes de un taller de cartografía social realizado en el marco del 5° Encuentro de Usuaries de Salud Mental de Córdoba

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723

ÍNDICE

PRÓLOGO

Testimonios, activismos y producción académica para
la transformación del campo de la salud mental

Jacinta Burijovich 5

1. LOS ENCUENTROS DE USUARIOS DE SALUD MENTAL:

Sinergias entre activismos, investigación y extensión

Solana María Yoma y Cecilia Berra 9

2. DE LA PELIGROSIDAD Y EL AISLAMIENTO, A LA COMUNIDAD Y LOS APOYOS

Natalia Debora Gonzalez 22

3. METODOLOGÍAS CUALITATIVAS Y ANÁLISIS EN SALUD MENTAL:

La experiencia de usuarios y agentes de salud

Magdalena Arnao Bergero 36

4. RELATOS Y RESISTENCIAS DE MUJERES JÓVENES:

Los servicios de salud mental desde una mirada interseccional

Trinidad Pereira 53

5. ACCESO A LA SALUD MENTAL EN MUJERES ADULTAS:

Barreras, desigualdades y estrategias colectivas

María Luján Bassi 71

6. JÓVENES EN CONFLICTO:

Entre el sistema penal y los servicios de salud mental

José Ignacio Páez e Ignacio Puigdomenech Makowski 87

7. CIUDADANÍA EN DISPUTA: Experiencias, trayectorias y estrategias de adultos en servicios de salud mental <i>Agustina Urquiza Segovia</i>	100
8. DESIGUALDADES ENTRELAZADAS EN SALUD MENTAL: La accesibilidad en clave interseccional <i>Solana María Yoma</i>	123
9. NARRATIVAS DEL ENCUENTRO: Apoyos sociales para sortear barreras <i>Natalia Debora Gonzalez</i>	143
SOBRE LES AUTORES	169

PRÓLOGO

Testimonios, activismos y producción académica para la transformación del campo de la salud mental

Jacinta Burijovich

Prologar este libro ha sido una íntima convocatoria a la reflexión y una enorme alegría. Me siento con una conexión intelectual y afectiva inmediata al introducir este texto colectivo, cuya calidad es indiscutible y su valor, fundamental. Su lectura no se limita a la adquisición de datos, sino que irrumpe en el debate público con la fuerza de lo necesario, resonando con mi trayectoria académica y militante, e interpelando directamente la urgencia de transformar el campo de la salud mental.

Un primer capítulo realiza una historización de los procesos recientes en el campo de la salud mental, tomando como hitos normativos y ejes críticos la promulgación de la Ley Nacional N° 26657 y la Ley Provincial N° 9848. Al analizar críticamente esta trayectoria, el trabajo consigue ampliar la comprensión sobre el presente, mostrando los desafíos y avances reales en la implementación de la normativa.

La obra en su conjunto se fundamenta en un riguroso enfoque metodológico cualitativo que prioriza y sistematiza los relatos de vida de las personas usuarias de servicios de salud mental en situación de vulnerabilidad. Este rigor garantiza que la recuperación de testimonios sea un acto ético y sensible, orientado a hacer audibles las voces en primera persona, rompiendo el silencio impuesto y reconociendo el saber situado de sus protagonistas.

La validación de estos relatos trasciende la mera documentación académica y constituye en sí misma una acción política fundamental. Al desafiar las narrativas hegemónicas, los testimonios se consolidan como formas de resistencia que buscan la transformación del sistema de atención. Este enfoque logra una potente sinergia al hacer interactuar directamente la producción académica con los activismos y las experiencias situadas de los/as protagonistas. Este encuentro de saberes valida y potencia la voz de las personas usuarias como eje central del conocimiento y la transformación social.

Y es en este cruce de saberes donde emerge la figura del “experto por experiencia”. Este concepto no solo afirma el conocimiento adquirido en la propia “piel”, sino que lo sitúa como un saber central y equiparable al disciplinar. Asumir esta identidad es un acto de soberanía, una forma de apropiarse de la historia personal y desafiar la hegemonía psiquiátrica, posicionándose como un actor político decisivo en la arquitectura de un sistema más justo.

Uno de los mayores aciertos de este trabajo radica en su capacidad para iluminar las desigualdades desde un plano “situacional”, y no solo identitario. La manera en que los/as autores/as invitan a trascender el diagnóstico para enfocarse en las trayectorias biográficas resulta fundamental, permitiendo así reflexionar sobre cómo se entrelazan las injusticias materiales y culturales con la clase social y la propia condición de salud mental. Esta visión permite comprender las experiencias diferenciales de accesibilidad a los servicios, haciendo evidente la necesidad de incorporar la variable de género y otras identidades para revelar las realidades específicas de varones, mujeres y otras subjetividades. El texto se constituye así, en un llamado a la comprensión de la complejidad.

Propósito, sentido y pertenencia

Este texto recupera y redefine el concepto de salud mental no solo como la ausencia de enfermedad, sino como la capacidad para transformar la

realidad. Se la entiende intrínsecamente ligada a la posibilidad de dar propósito, sentido y pertenencia a la vida de las personas, elementos que encuentran su máxima expresión y fuerza en los espacios comunitarios y colectivos de apoyo mutuo.

El análisis de los relatos revela que el acceso efectivo a la salud mental está fuertemente condicionado por barreras que se entrelazan según género, clase, edad y territorio, una realidad marcada por la interseccionalidad. Se identifica la falta de escucha y la deslegitimación de las experiencias como barreras críticas. Frente a esto, los espacios comunitarios y las redes de apoyo entre pares se consolidan como los principales laboratorios de resistencia que permiten a las personas recuperar su voz y ejercer su ciudadanía. En este contexto, se confirma que hablar sobre sus vivencias es un acto político que promueve modelos de cuidado horizontales que dignifican.

Recomendaciones para la acción

El valor de este trabajo radica en que no se agota en el análisis académico, sino que asume una dimensión propositiva, subrayando la necesidad de acciones concretas para garantizar la plena vigencia de los derechos. A partir de estos hallazgos, se hace evidente que es esencial reforzar el financiamiento de dispositivos comunitarios para fomentar la inclusión y la vida independiente. Asimismo, se debe implementar una metodología que incorpore la escucha activa en los servicios, reconociendo el testimonio como una fuente de conocimiento vital para el tratamiento. Es fundamental adoptar una perspectiva interseccional en el diseño de servicios para eliminar barreras materiales y simbólicas. Finalmente, se recomienda fortalecer los espacios autogestionados como estrategia central para la construcción de redes de apoyo y el ejercicio de la agencia política, asegurando que la Ley de Salud Mental se traduzca efectivamente en acciones que eliminen la violencia institucional y reafirmen a los/as usuarios/as como sujetos plenos de derecho.

Este libro no sería posible sin el pensamiento lúcido y la profundidad de análisis de sus autores/as, lo cual se combina con una sensibilidad y un genuino activismo que se percibe en su cercanía con los/as usuarios/as. Su compromiso ético y político logra entrelazar la excelencia académica con la praxis transformadora, haciendo que la teoría se nutra directamente de la realidad vivida. Por todo ello, recomiendo su lectura a los distintos actores comprometidos con la transformación del campo de la salud mental, desde profesionales y académicos hasta activistas y decisores políticos, por ser un aporte fundamental al horizonte que consagra que **“la salud mental está en los derechos”**.

1. LOS ENCUENTROS DE USUARIOS DE SALUD MENTAL:

Sinergias entre activismos, investigación y extensión

Solana María Yoma y Cecilia Berra

1. El contexto de promulgación de las leyes de salud mental y de la lucha por su plena implementación

Existe en la provincia de Córdoba una clara trayectoria de participación en el campo de la salud mental, contemporánea a los procesos de formulación y promulgación de las leyes a nivel provincial y nacional. Numerosas organizaciones y colectivos que lucharon por los derechos humanos desde un tiempo anterior, se constituyeron en actores clave para la configuración de las agendas públicas y de gobierno en esta área de políticas. En el año 2008 se creó la Mesa de Trabajo Permanente en Salud Mental y Derechos Humanos, que logró instalar progresivamente las discusiones y promovió activamente la sanción de la Ley Provincial N° 9848 “Régimen de la protección de la salud mental en la provincia de Córdoba” en octubre de 2010.

A partir de la sanción de la Ley Provincial N° 9848 y de su homóloga nacional N° 26657 en noviembre de 2010, en el contexto de una activa militancia por la transformación de las condiciones de abordaje de los problemas de salud mental, se generaron espacios de legitimación tanto de personas que trabajan en los servicios como de las personas usuarias. Sin embargo, a pesar de discursos en favor de ambas leyes por

parte del gobierno provincial, se mantuvieron condiciones críticas en los hospitales monovalentes, que van desde el deterioro edilicio hasta prácticas violatorias de derechos humanos, frecuentemente denunciadas por distintas organizaciones de este campo. Al mismo tiempo, no se generaron dispositivos suficientes que pudieran lograr avanzar en el proceso de su efectiva sustitución (Buriyovich, 2019).

En ese contexto, se consolidó la iniciativa de trabajar por la efectiva implementación de lo establecido en dichos marcos normativos. Así, se crea en el año 2010 la Radio Los Inestables, un dispositivo de comunicación respetuoso en torno a las problemáticas de salud mental y de la militancia activa de las personas usuarias protagonistas. En 2011, surge el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos, un grupo de personas que pusieron a disposición sus herramientas técnicas para generar informes, encuentros y debates que permitieran producir información, monitorear e incidir en las políticas de salud mental de la provincia. En 2014, se llevó a cabo la primera edición de la Marcha por el Derecho a la Salud Mental, que pasó a ocupar anualmente el espacio público en forma ininterrumpida y en 2015 surgió “Confluir, Usuarixs en Acción por el Derecho a la Salud Mental”, la primera organización de personas usuarias organizadas de Córdoba. Producto del trabajo mancomunado de estas organizaciones y colectivos, surge en el año 2016 el 1° Encuentro de Usuarixs de Salud Mental.

2. Los Consejos Consultivos y la participación de las personas usuarias

En el campo de la salud mental ha ganado aceptación la propuesta de incluir a las personas usuarias en la planificación, implementación, evaluación y monitoreo de las acciones adoptadas (Ardila, 2012; de Lellis, 2015) y su participación ha sido ponderada como uno de los aspectos centrales de la transformación del sistema de atención (Agrest, 2011; Amarante, 2009). No obstante, hasta la sanción de las leyes de

salud mental, esta participación había quedado reservada a profesionales de la salud, dejando fuera de consideración los intereses y la opinión de las personas usuarias.

La Ley Nacional de Salud Mental incorporó en su articulado el derecho a la participación ciudadana al establecer que “todo el desarrollo de la política en salud mental deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental” (Ley N° 26657, art. 36). A partir de ello, mediante el Decreto Reglamentario 603/13 se crea la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CoNISMA) y se asientan las bases para conformar un Consejo Consultivo Honorario con participación de usuaries, familiares y trabajadores. De ese modo, en el año 2014, se crea formalmente el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones (en adelante, CCH), integrado por 30 organizaciones del campo de la salud mental y las adicciones, entre las que se encuentran: sindicatos; asociaciones y colegios profesionales; organismos de derechos humanos; espacios académicos; y organizaciones de usuaries y familiares. Entre sus funciones principales, se destaca la realización de observaciones y propuestas no vinculantes acerca de las políticas en materia de salud mental y adicciones (Acta 6/14 de la CoNISMA, art. 3).

Del mismo modo que la Ley Nacional de Salud Mental, la Ley Provincial N° 9848 establece la creación de un Consejo Consultivo “con el objeto de promover la vigencia del goce individual o colectivo del derecho humano a la salud mental, en cualquiera de sus formas, protegiendo el acceso a los servicios y al sistema promovido por la presente Ley” (art. 15). La Ley 9848 estipula que este Consejo debe estar coordinado por la Autoridad de Aplicación e integrado por representantes de los Ministerios de Salud y de Derechos Humanos, del Poder Judicial, de organizaciones gremiales del campo de la salud, de universidades, de entidades deontológicas con incumbencia en los

equipos de salud y de asociaciones de usuaries (art. 16). Las funciones asignadas a este organismo son: impulsar la aplicación de la ley a través de distintas acciones, formular propuestas de modificación legislativa, realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación y proponer a las autoridades la creación de nuevas alternativas de abordaje de salud mental (art. 17).

El Consejo Consultivo Provincial comenzó a reunirse en el año 2016 y convocó a Confluir para participar en representación de las personas usuarias. Con antecedentes de participación en grupos de usuaries del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, esta organización se constituyó como tal en el año 2015, en el marco de un conflicto gremial en el que se puso de manifiesto tanto la poca audibilidad de esas voces, como el escaso lugar que se les ofrece en las discusiones planteadas en asambleas donde predominan lo que dicen trabajadores y –especialmente– profesionales. A partir de la integración de Confluir al Consejo Consultivo Provincial, se planteó la necesidad de ampliar la red organizativa, para lograr mayor representatividad en su participación en ese espacio. Surgió, así, la iniciativa de generar una jornada de encuentro entre personas usuarias de distintos servicios de salud mental y su primera edición se llevó a cabo en el año 2016.

3. Los primeros Encuentros de Usuaries entre 2016 y 2019

En el año 2016, Confluir convocó a organizaciones y actores del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial para organizar el 1° Encuentro de Usuaries de los servicios de salud mental. Participaron en la organización de este Encuentro: Radio Los Inestables, Asociación Civil Abracadabra Arte y Creatividad, Asociación Cooperadora del Hospital, La Rampa y Casa de Convivencia. En las reuniones organizativas de este evento, se propusieron como objetivos: generar redes entre las organizaciones sociales, civiles, de usuaries y familiares; generar una agenda participativa en salud mental con enfoque de derechos humanos desde la perspectiva

de usuaries y familiares; y hacer más genuina la participación de Confluir en el Consejo Consultivo de Salud Mental de la provincia de Córdoba.

Creado como espacio que buscó relevar información sobre el sistema de salud mental de la provincia de Córdoba, el Encuentro propició la participación de personas usuarias de distintos servicios. A través de dinámicas lúdicas y grupales, se buscó que pudieran enunciar opiniones, experiencias, problemas y demandas que las atravesaran. En cada uno de estos Encuentros se contó con la presencia de personas que concurrían a diversas instituciones de salud (públicas y privadas) y organizaciones vinculadas al campo de la salud mental. Se mantuvieron los objetivos iniciales durante los primeros cuatro Encuentros y, en el año 2019 –con la incorporación de Confluir en el CCH nacional– se agregó en el documento de invitación el propósito de discutir y debatir acerca del estado de la salud mental en la provincia de Córdoba.

A partir de lo producido en estas instancias, se realizaron informes que fueron presentados en mecanismos institucionales de participación ciudadana, tales como el Consejo Consultivo Provincial y el CCH nacional. Estos documentos se construyeron a modo de agenda participativa en salud mental, con el consentimiento previo de las personas participantes de las jornadas y con el fin de fortalecer la representatividad de Confluir en esos espacios. Desde la organización de estos Encuentros se resaltó la importancia del protagonismo de las personas usuarias, debido a que son quienes transitan las instituciones de salud mental y conocen sus realidades en primera persona. De este modo, los problemas y las demandas enunciadas en los Encuentros de Usuaries encontraron resonancia en espacios formales de participación a nivel nacional y provincial.

4. Los Encuentros de Usuaries en 2023 y 2024

Entre los años 2020 y 2022, se interrumpió la realización de los Encuentros de Usuaries debido a la pandemia por Covid-19, que introdujo modifica-

ciones en la configuración de los servicios de salud mental y en los modos de funcionamiento de las organizaciones sociales de este campo.

Para afrontar esta debilidad organizativa, entre los años 2023 y 2024 se buscó realizar una sinergia entre los activismos de salud mental y algunos equipos de investigación y extensión de la Universidad Nacional de Córdoba, que permitieron dotar de un nuevo impulso a los Encuentros de Usuaries. Así, se logró potenciar la convocatoria, organización y coordinación de los Encuentros gracias a dos proyectos de Compromiso Social Estudiantil (CSE)¹ y se fortaleció la construcción y análisis de los datos producidos en estas instancias a partir del trabajo de dos proyectos de investigación que sumaron también a la coordinación de estas jornadas². Esto posibilitó, por un lado, duplicar la cantidad de participantes en los Encuentros de Usuaries (de 80 personas aproximadamente entre 2016-2019 a 160 personas entre 2023-2024) y, por otro, dotar de mayor sistematicidad al registro y análisis de lo producido por las personas usuarias.

1. Proyecto de CSE “Con-ciencia social en salud mental: información y comunicación para la promoción de derechos”, radicado en la Facultad de Psicología (UNC), dirigido por el Lic. José Ignacio Páez y co-dirigido por la Dra. Solana Yoma; y el proyecto de CSE “La salud mental está en los derechos”, radicado en la Facultad de Ciencias Sociales (UNC), dirigido por la Mgter. Jacinta Burijovich y co-dirigido por la Mgter. Cecilia Berra.

2. Proyecto de investigación “Acceso y barreras a servicios de salud mental de la ciudad de Córdoba en clave interseccional y desde la perspectiva de las personas usuarias” acreditado y financiado por el Programa Jóvenes en Ciencia (SeCyT-UNC y MinCyT-CBA), dirigido por la Dra. Solana Yoma con la asesoría de la Dra. Magdalena Arnao Bergero. Y el proyecto de investigación “Accesibilidad a los servicios de salud mental en la ciudad de Córdoba: barreras, experiencias y estrategias desde la perspectiva de las personas usuarias” acreditado y financiado por el programa PIDTA-Formar (SeCyT-UNC), dirigido por la Dra. Solana Yoma y co-dirigido por la Mgter. Cecilia Berra.

En sinergia con los referidos proyectos de investigación y previo consentimiento informado de las personas participantes, nos propusimos como eje de trabajo de los Encuentros de 2023 y 2024 comprender las experiencias de acceso a los servicios de salud mental de Córdoba en clave interseccional y desde las perspectivas de las personas usuarias, mediante técnicas de mapeo cartográfico y grupos focales. Para ello, conformamos subgrupos de personas usuarias reunidas en función del género y la edad y, en cada uno de ellos, buscamos identificar los servicios en los que solicitaron o recibieron atención, las barreras con las que podrían encontrarse al intentar acceder y sus experiencias positivas y negativas de atención. Estas experiencias de las personas usuarias se complementaron con las perspectivas de profesionales que las acompañaron al Encuentro y que se reunieron en grupos aparte, para conversar sobre las dificultades y desafíos con los que se encuentran al brindar atención de salud mental en la provincia.

Al finalizar cada Encuentro, se socializaron las producciones de los grupos en instancias plenarios. Todos estos relatos (grupales y plenarios, de personas usuarias y profesionales) fueron registrados con grabadores de audios y también quedaron plasmados de manera gráfica en afiches con dibujos de mapas, tablas y registros escritos, lo que luego permitió sistematizar y analizar la información por parte de los integrantes de los referidos equipos de investigación.

El análisis de esa información sirvió a distintos fines. En primer lugar, permitió potenciar la incidencia política e institucional de Confluir, al permitirle presentar ante el CCH nacional información clara y sistematizada sobre la situación de los servicios de salud mental de Córdoba, construida a partir de una amplia base de representación con más de 160 personas usuarias de distintos niveles, subsectores y jurisdicciones del sistema de salud de la provincia.

Además, se construyeron dos piezas de divulgación accesibles a la ciudadanía y que buscaron potenciar los procesos organizativos y

de acceso a derechos de las personas participantes de los Encuentros. Por un lado, la información del 5° Encuentro de Usuarios (2023) se recopiló en un mapa interactivo digital que permitió georreferenciar los servicios de salud mental de la ciudad de Córdoba y localidades cercanas por los que transitaban las personas usuarias allí participantes. Este mapa de acceso abierto a la ciudadanía³ buscó constituirse en un recurso para las propias personas usuarias (actuales o potenciales) de los servicios de salud mental, al proveer datos oficiales de estos servicios (ubicación, dirección, teléfono y página web), junto a información construida desde las perspectivas de las personas usuarias en relación a las barreras y a sus experiencias positivas y negativas de atención. Es decir, se constituyó en un recurso con información “de usuarios para usuarios”, con información accesible sobre lugares recomendables para la atención con base en sus experiencias.

Otra pieza de divulgación producida a partir del Encuentro de Usuarios de 2023 fue la guía “Miradas en Encuentro. Propuestas para mejorar nuestras experiencias de atención en salud mental”⁴. Condensó los aportes y perspectivas de las personas usuarias y profesionales respecto de aquello que consideraban necesario transformar para mejorar las experiencias de atención en salud mental, tanto en el plano de los tratamientos, como en el plano de los servicios y de las políticas, lo cual permitió reconocer diferentes niveles de responsabilidad política y técnica en los procesos de transformación en salud mental. Esta guía

3. Mapa interactivo digital de servicios de salud mental de Córdoba. Disponible en: <https://observatoriosmyddhh.org/en-primera-persona-los-servicios-de-salud-mental-de-cordoba/>

4. Guía “Miradas en Encuentro: propuestas para mejorar nuestras experiencias de atención en salud mental”. Disponible en: <https://observatoriosmyddhh.org/miradas-en-encuentro-propuestas-para-mejorar-nuestras-experiencias-de-atencion-en-salud-mental/>

se construyó a partir de lineamientos de Lectura Fácil⁵, con el objeto de crear un producto accesible que pudiera ser comprensible por el mayor número de personas posible, incluidas las personas cuya habilidad para comprender textos corrientes se encuentra limitada de manera transitoria o permanente.

Consideramos que estas piezas de divulgación también tienen un enorme potencial de impacto para el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas, en tanto proporcionan información estratégica, situada y actualizada respecto de la accesibilidad a los servicios de salud mental de Córdoba desde las perspectivas de las personas usuarias y se encuentran disponibles para distintos actores políticos y sociales de este campo.

Finalmente –y lo que motivó la publicación de este libro– fue producir información con fines académicos y científicos, que permitiera comprender las desigualdades en el acceso a los servicios de salud mental en Córdoba de personas participantes de los Encuentros de Usuaries de 2023 y 2024. Además de conformar los grupos en función del género auto percibido y la edad, confluyeron también en cada uno de ellos personas con discapacidad, con consumos problemáticos, de distintas clases sociales, de distintos barrios y con distintas coberturas de salud. Esta diversidad en la conformación de los grupos permitió nutrir al análisis de datos desde una perspectiva interseccional, que buscaremos profundizar en los siguientes capítulos, para comprender los modos en que estos ejes de diferencia se articularon en los recorridos de las

5. La Lectura Fácil es una estrategia para promover el acceso a la información y a la comunicación mediante la elaboración de textos comprensibles: con oraciones cortas y claras, vocabulario sencillo (que evite palabras complejas o jergas técnicas), estructura simple, uso de tipografía legible, espacios amplios y apoyo visual (como imágenes o pictogramas) que ayudan a entender el contenido de la información.

personas⁶ por los distintos servicios, en las barreras encontradas y en sus experiencias positivas y negativas de atención.

5. Estructura del libro y sus capítulos

En el siguiente capítulo, *Natalia Debora Gonzalez* realiza una breve historización del campo de la salud mental en Argentina, en lo que identifica como un proceso fragmentado que encuentra su punto de inflexión con la sanción de las leyes de salud mental, creadas al calor de la lucha colectiva de personas usuarias, organizaciones sociales y profesionales que denunciaron las condiciones deshumanizantes del modelo asilar. La autora define a este encuadre normativo como una bisagra legal que marca un “antes” caracterizado por la asociación entre locura y peligrosidad que legitimaba la reclusión y el aislamiento, y un “después” basado en el reconocimiento de la dignidad de las personas y la creación de estrategias que promuevan su integración social y comunitaria, situando al Estado como principal garante de este derecho.

Como marco metodológico que aborda las perspectivas y decisiones desde las cuales se llevaron adelante las investigaciones que dan origen a este libro, *Magdalena Arnao Bergero* reflexiona sobre las estrategias de construcción de información sensible a las experiencias de usuaries de salud mental desde una perspectiva interseccional. Desde una mirada crítica que toma a las cuestiones metodológicas no sólo como decisiones técnicas, sino desde el diálogo permanente con compromisos epistémico-políticos ineludibles, la autora pone en discusión el aporte específico que las metodologías cualitativas hacen al campo del análisis de las políticas de salud mental, con eje en la participación protagónica de las personas usuarias.

6. Todos los nombres utilizados en este libro son ficticios, con el propósito de preservar el anonimato y la confidencialidad de les participantes.

En su capítulo sobre las experiencias de mujeres jóvenes en los servicios de salud mental, *Trinidad Pereira* recupera las voces de estas usuarias para dar cuenta de trayectorias marcadas por la fragmentación institucional, barreras de acceso geográficas, simbólicas y administrativas, así como procesos de medicalización y discontinuidad de cuidados que reproducen desigualdades de género, clase y edad. Lejos de posicionarlas como víctimas pasivas, la autora recupera las resistencias y estrategias de cuidado colectivo que tejen las mujeres jóvenes, para resignificar la experiencia del malestar más allá del mandato biomédico y poner en valor conocimientos producidos desde su experiencia encarnada.

Siguiendo una lectura en clave de género, pero con las experiencias de mujeres de mayor edad, *María Luján Bassi* recupera las voces de mujeres adultas en su tránsito por los servicios de salud mental. Las trayectorias de estas mujeres aparecen signadas por la pérdida de vínculos familiares, la medicalización de sus malestares, la administración tutelar de sus (escasos) recursos económicos y las limitaciones en su autonomía, lo que evidencia la persistencia de lógicas manicomiales y patriarcales que perpetúan la dependencia y el estigma. En sus relatos también emergen los espacios colectivos como oasis de contención mutua y de resignificación del padecimiento, que rebasan los dispositivos clínicos tradicionales para avanzar en modalidades de cuidado más horizontales y dignificantes.

La situación de los jóvenes varones en situación de vulnerabilidad social que transitan entre el sistema penal y los servicios de salud mental es abordada por *José Ignacio Páez* e *Ignacio Puigdomenech Makowski*. En este enclave de clase, género y edad, los autores dan cuenta de itinerarios institucionales marcados por el consumo problemático de sustancias, recaídas, procesos de judicialización y experiencias de encierro, en las que priman experiencias de sobremedicación y violencia institucional. Frente a respuestas estatales fragmentadas (entre justicia, salud y asistencia social) que dificultan el acceso y sostenimiento de los tratamientos, algunos jóvenes valoran la existencia de espacios sociocomunitarios

que ofrecen contención, trato digno y abordajes integrales, los cuales trascienden las lógicas punitivas tradicionales orientadas a estos grupos.

El capítulo de *Agustina Urquiza Segovia* se centra en los procesos de subjetivación y ejercicio de ciudadanía de varones adultos usuarios de servicios de salud mental, cuyas trayectorias se ven atravesadas por internaciones prolongadas, precariedad económica y procesos de medicalización que limitan su autonomía, invisibilizan la voz y obstaculizan el ejercicio efectivo de sus derechos. Frente a estas situaciones, los usuarios ponen de relieve los talleres, radios y espacios comunitarios como territorios de resistencia y laboratorios de ciudadanía, que posibilitan recuperar la palabra, disputar sentidos y construir vínculos solidarios que sostienen la acción colectiva.

Tras este recorrido, *Solana María Yoma* reflexiona sobre los diversos modos en que las desigualdades sociales se entrelazan –de manera múltiple y crucialmente simultánea– en el campo de la salud mental, con particular énfasis en las experiencias de accesibilidad a los servicios. Para ello, la autora refiere a la construcción de regímenes de diferencias categoriales de base “identitaria” (locura, enfermedad mental) o “situacional” (padecimiento, uso de servicios), sobre los cuales se articulan estructuras de desigualdad en clave de clase, género o edad. Desde esa base, pone de manifiesto la necesaria articulación de las luchas y la reivindicación del protagonismo de sectores en situación de desventaja estructural en los procesos de reflexión y transformación en salud mental.

En el último capítulo de esta obra colectiva, *Natalia Debora Gonzalez* aborda el rol fundamental del apoyo social como estrategia para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud mental e impulsar la inclusión sociocomunitaria de las personas usuarias. A la par de reconocer las múltiples barreras que enfrentan, se destaca su capacidad de agencia para construir redes de apoyo que amortigüen el padecimiento subjetivo, al configurarse como fuentes de orientación, contención emocional, recursos materiales y sostén cotidiano. Esto le permite concluir que la accesibilidad

desde una perspectiva de derechos humanos requiere integrar el enfoque comunitario y recuperar la centralidad de los lazos sociales en la construcción del bienestar, considerando a los apoyos sociales como condición de posibilidad para promover vidas con mayor autonomía y dignidad.

Referencias bibliográficas

- Acta 6/2014, Anexo I. (2014, 1 de julio) Creación del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones. Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones. Argentina.
- Agrest, M. (2011). La participación de los usuarios en los servicios de salud mental. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 22(100), 409-418.
- Amarante, P. (2009). *Superar el Manicomio: Salud Mental y Atención Psicosocial*. Topia.
- Ardila, S. (2012). *La perspectiva de los usuarios en la evaluación de servicios de salud mental: estudio de caso de un programa de externación de mujeres en la Provincia de Buenos Aires*. [Tesis Doctoral. Doctorado en Salud Mental Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús].
- Burijovich, J (2019). Estancamiento, vulneraciones y discursos. Las políticas de salud mental nacional y provincial 2016-2018. En Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos, *Derecho a la Salud Mental en Córdoba*, 4° informe 2016-2018 (pp. 7-25). Editorial Brujas.
- Decreto Reglamentario 603/13 (2013, 28 de mayo). Reglamentación de la Ley N° 26657. Poder Ejecutivo Nacional. Argentina.
- De Lellis, M. (2015). Un nuevo paradigma en salud mental: ejes de la transformación. En De Lellis, M. (Comp.) *Perspectivas en salud pública y salud mental* (pp. 85-117). Nuevos Tiempos Ediciones.
- Ley 26657 (2010, 25 de noviembre). Derecho a la Protección de la Salud Mental. Senado de la Nación Argentina.
- Ley 9848 (2010, 20 de octubre). Régimen de protección de la salud mental en la provincia de Córdoba. Legislatura de la Provincia de Córdoba.

2. DE LA PELIGROSIDAD Y EL AISLAMIENTO, A LA COMUNIDAD Y LOS APOYOS

Natalia Debora Gonzalez

*“Lo que pretende una auténtica revolución,
es transformar la realidad que propicia un estado
de cosas que se caracteriza por mantener
a los hombres en una condición deshumanizante”.*

Paulo Freire (2015, p. 116).

1. Introducción

A partir del año 2010, tras varios años de movilización y construcción colectiva del conjunto de personas usuarias, familiares, profesionales y organizaciones de la sociedad civil por el derecho a la salud mental, como a raíz de los múltiples informes derivados de investigaciones que visibilizaron la situación que las personas en situación de internación presentaban en condiciones crueles y deshumanizantes, el plexo normativo que regulaba el campo de la salud mental en Argentina presentó un giro transformador. Esto implantó una nueva forma de entender y configurar la política pública en salud mental desde el enfoque de los derechos humanos.

Cabe destacar que los informes previos a la sanción de la normativa de salud mental aportaron a la discusión y arrojaron luz para pensar los

procesos de internación por los que las personas usuarias atravesaron y sobrevivieron durante casi dos siglos de implementación del modelo asilar como forma de tratamiento del padecimiento subjetivo, y marcaron la imperiosa necesidad de aperturas y transformaciones desde el enfoque de derechos humanos. Asimismo, las investigaciones posteriores a dicha sanción, se detuvieron a mirar cómo se producía el pasaje del modelo manicomial al de integración social comunitaria, valorando la creación de dispositivos de salud mental en los enclaves territoriales y de las redes para las personas usuarias, como las barreras que a pesar de los cambios siguen presentes en el acceso a los mismos.

En relación al último tópico, en los años 2022-2023 en el marco del proyecto de investigación “Acceso y barreras a servicios de salud mental de la ciudad de Córdoba en clave interseccional y desde la perspectiva de las personas usuarias”⁷, buscamos -a partir de los diálogos construidos en el Encuentro de Usuaries de Salud Mental- conocer desde las voces de las personas usuarias de los servicios de salud mental cuáles eran las instituciones, grupos y redes en las que participaban, cuáles eran sus experiencias en el tránsito por esos espacios, cómo identificar las barreras y experiencias de acceso a los servicios de salud mental⁸.

En el 2024, desde este equipo decidimos dar continuidad a la línea de investigación desde otro proyecto⁹, con el objetivo de construir

7. Acreditado y financiado por el Programa Jóvenes en Ciencia (SeCyT-UNC y MinCyT-CBA).

8. Los resultados de esa investigación se compartieron también a través de productos comunicacionales en lenguaje accesible, un mapa de los servicios de salud mental locales y una guía donde se plasman las experiencias de las personas usuarias y las propuestas para transformar y mejorar los servicios, tratamientos y políticas públicas.

9. Proyecto de investigación “Accesibilidad a los servicios de salud mental en la ciudad de Córdoba: barreras, experiencias y estrategias desde la perspectiva de las

información actualizada sobre las condiciones de accesibilidad y las barreras que obstaculizan la atención en los servicios de salud mental de Córdoba y, al mismo tiempo, reconocer la capacidad de agencia de las personas usuarias al recuperar sus aprendizajes, estrategias desplegadas y los significados que atribuyen a las acciones que (desde su perspectiva) promueven u obstaculizan el disfrute del derecho a la salud mental.

Desde estas coordenadas, presentaré brevemente un recorrido histórico en torno a las formas de entender y, por ende, de hacer en relación al abordaje de los padecimientos subjetivos de las personas, anclaje histórico que se configura aún en obstáculo para el acceso a los servicios de salud mental, porque el manicomio no es solo la institución sino una práctica.

2. Historizar: de aislar a integrar

Pensar la salud mental y su diseño e implementación como política pública, demanda recuperar el contexto socio histórico como proceso, ya que las rupturas que se comienzan a vislumbrar en la actualidad, son parte de la gesta de movimientos de actores sociales y políticos que lucharon y luchan por instituir una nueva mirada y práctica en relación a la salud mental desde el enfoque de derechos humanos en contrapunto a lo que estaba instituido.

Los procesos socio históricos están atravesados en su construcción por los debates y poderes que se tensionan y ponen en juego en cada momento, lo que conlleva avances, retrocesos y estadios truncos. Así, es factible decir que en Argentina el proceso de desmanicomialización ha intentado brotar en distintas épocas, pero pareciera que no era el tiempo indicado para que los “intersticios de libertad en los contextos de reclusión” (Seda, 2011, p. 14) emergieran por completo y se quedaran instalados.

personas usuarias”, proyecto aprobado y financiado por SECyT-UNC.

En la segunda mitad del siglo XIX comienzan a emerger en Argentina diversos dispositivos de internación-segregación de la “locura”¹⁰. Allí se asiste a la configuración de un campo donde la atención psiquiátrica, la medicina legal y el campo jurídico, confirman la idea de locura asociada a la peligrosidad, siendo la alternativa posible la alienación de las personas en asilos u hospitales psiquiátricos.

La idea de “peligrosidad” se constituye en el fundamento de prácticas ligadas a la internación en hospitales psiquiátricos, a la idea de la necesidad de que las personas con padecimientos mentales estén aisladas y asiladas, segregadas de la vida social. Como dice Amico (2004) “se funda así una trilogía: el juicio de peligrosidad, la necesidad de control y vigilancia asilar, la idea de irreversibilidad y cronicidad. Estos tres aspectos cierran el círculo trágico de la internación manicomial” (p. 2).

Erving Goffman (2001) luego de realizar un estudio sobre los hospitales psiquiátricos en la década de 1950, concluyó que estos espacios compartían características similares con otros como las cárceles y las denominó “instituciones totales”. En estas “un gran número de individuos, en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (p.11). Las personas internadas en este contexto eran confinadas a instituciones totales, en la mayoría de las situaciones de por vida, siendo alienadas de su núcleo familiar, lejos de su hogar, lugar de origen y de la ciudad. Así, lo que no se enmarcaba en los cánones de la normalidad, era resuelto en nuestro país (siguiendo los patrones europeos) desde este momento y por un largo período a través de la reclusión (Seda, 2011).

10. El primero fue creado en el año 1854 en Buenos Aires, denominado Hospital de Mujeres Dementes y, en 1863, el Hospital de Hombres.

Hacia finales del siglo XIX y principios del XX, los manicomios resultaron superados en su capacidad, instituyéndose como una posibilidad de cambio ante esa situación la alternativa del Hospital *Open Door* (Puertas Abiertas), donde el eje central era el trabajo¹¹ (Marquiegui, 2020). Si bien esta alternativa implicó algunos avances, mantenía la alienación y aislamiento de las personas con padecimientos subjetivos en los pequeños pueblos creados para su internación. Bajo la idea de que la “locura” debía estar lejos de las urbes, se sostenía la representación de la “peligrosidad de los enfermos mentales” (Marquiegui, 2013).

En el año 1945 se comienzan a incorporar las políticas sociales en el campo de la salud mental, tras los grandes debates y críticas al sistema de internación psiquiátrico tradicional (Tizio, 2016). En el año 1957 se crea el Instituto Nacional de Salud Mental y paralelamente se institucionaliza el primer servicio de salud mental en el Hospital General, tras las consignas de reformar la estructura administrativa sanitaria y crear nuevas estrategias de intervención en salud mental, relacionadas al ámbito comunitario (Tizio, 2016). Sin embargo, el golpe militar de 1966 dejó en punto muerto estas ideas e impulsos (Vezzetti, 2016).

En los años 70 se profundizaron los debates y las fuertes críticas al orden manicomial. Uno de los hechos importantes que marcó estos cambios fue el IV Congreso de la Federación Argentina de Psiquiatras, pero un nuevo golpe militar frenó esta iniciativa. Durante el período 1976-1983, en plena dictadura militar, la concepción de la salud estuvo vinculada al cuerpo biológico, partiendo de una concepción de la enfermedad mental centrada en la peligrosidad e irrecuperabilidad y, como consecuencia, las

11. Uno de los impulsores de esta modalidad fue el Doctor Domingo Cabred, quién refería en relación a esto “Levantados en zonas rurales sin muros de contención, con unidades habitacionales en formas de chalets, diseminados en una vasta extensión, dan en su conjunto, la impresión de un pueblo pequeño y no de un hospital de alienados”.

políticas implementadas para su atención fueron planteadas con criterio custodial, condenando a las personas con padecimiento subjetivo a su cronificación (Agencia Nacional de Discapacidad, s.f.; Ramos, 2013).

Las personas internadas en los manicomios habían perdido la libertad, se les quitó la capacidad de decidir. Así, el hospital que tenía como función social la de curar, se ocupaba más que de ello, de custodiar a quienes se encontraban dentro de sus muros. El hospital ejercía violencia sobre la subjetividad y sobre el cuerpo de los sujetos, los expropiaba de su ser en el mundo y los aprisionaba en una condena de la que no se conocía su fin, convirtiéndose el manicomio en un hábitat forzado y de perpetua institucionalización (Basaglia, 1965/176).

En el año 1984 con la apertura democrática, se solicitó un estudio a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), respecto de la situación de la salud mental en Argentina. Algunos de los resultados de ese estudio titulado “Lineamientos para un Plan Nacional de Salud Mental” fueron: el deterioro de la asistencia, la prevalencia de enfermedades crónicas, la concepción biologista de la enfermedad mental, la insuficiencia de recursos, la ausencia de acciones sistematizadas e integradas a políticas de salud pública (OPS, 1990), y la falta de explicitación de las políticas de salud pública. A partir de este período, inició un incipiente proceso de reorganización del sistema de salud, que tendería a ir desplazando la mirada médica hegemónica hacia la mirada integral sobre la salud mental (Custo, 2008).

A fines de la década del 80, se reconocieron los derechos humanos del sujeto con padecimiento subjetivo, el que tiene sus antecedentes en la Declaración de la Federación Mundial para la Salud Mental, la reafirmación de la comisión de Derechos Humanos de la ONU, y luego en la Declaración de Caracas –OMS/ OPS de 1990– (Custo, 2008), además de los Principios de Protección de los Enfermos Mentales aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas (1991) y el Informe Mundial de Salud (2001). El carácter normativo y prescriptivo

de estos documentos plantearon la necesidad de reorganización de la atención en salud mental poniendo especial énfasis en la transformación del hospital psiquiátrico y en la imperiosa necesidad de desarrollar los servicios comunitarios para eliminar la exclusión (OMS, 2001).

Los años 90 en Argentina significaron para la salud el dismantelamiento y desfinanciación, lo que profundizó el deterioro de la asistencia. Sin embargo, animados por los marcos legales internacionales desde el enfoque de derechos humanos, se comenzó con la gesta por la promulgación de una ley de salud mental, porque desde este paradigma no había lugar para las instituciones asilares donde estaban las personas excluidas en razón de un tratamiento que los aislaba, los cuales reforzaban los estigmas bajo la idea de peligrosidad (Gorbacz, 2011).

A este fin contribuyó el informe “Vidas Arrasadas: la segregación en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre Derechos Humanos y salud mental” (CELS, 2007), al explicitar la situación por la que atravesaban miles de personas en las instituciones manicomiales del país, lo que puso en evidencia que la respuesta del Estado frente a las personas con padecimiento psíquico era su internación de manera crónica, condenándoles al aislamiento y a la exclusión de los espacios de interacción social. Asimismo, el documento sobre “Contenidos mínimos necesarios desde una perspectiva de derechos humanos para avanzar en la formulación de una Ley Nacional de Salud Mental y otras regulaciones vinculadas con el acceso a la justicia” (CELS, 2009), acompaña el accionar social con la intención de instalar en la agenda pública la necesidad de modificación normativa para promover el reconocimiento de las personas usuarias de salud mental como sujetos de derecho.

En sintonía con ello, cabe destacar como antecedente la promulgación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), donde se reconoce un enfoque basado en la comunidad (art. 19, derecho a vivir en la comunidad), en el que las redes de apoyo sociales son esenciales para el acompañamiento en la toma de decisiones,

la inclusión y participación plena de las personas (Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2014). Así, la Convención plantea que para que las personas puedan ser incluidas en la comunidad y facilitar su existencia dentro de ella, evitando caer en el aislamiento, es preciso el acceso a una variedad de servicios de asistencia residencial, domiciliaria y de servicios de apoyos de la comunidad (art. 19, inc. b), que favorezcan la participación plena en todos los aspectos de la vida promoviendo la autonomía. En ello cobra especial relevancia el rol de los Estados, en tanto deben proveer la existencia de recursos, programas y servicios que apunten a tal fin (ONU, 2006, art. 26).

Frente a la realidad de la salud mental en Argentina e impulsados por el movimiento en el orden internacional sobre esta temática y por las acciones e intervenciones continuas de familiares, profesionales y organizaciones sociales en pos de una nueva salud mental, como de los resultados de investigaciones, es que en 2010 fue promulgada la Ley N° 26657 “Derecho a la Protección de la Salud Mental”¹².

12. Luego de la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, el CELS junto con el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba y el Instituto de Derechos Humanos de la Universidad Nacional de Cuyo, realizaron una investigación conjunta que dio origen al libro “Cruzar los muros. Desafíos y propuestas para la externación del manicomio” (CELS, 2015), en el que reflejan la realidad del campo de salud mental de ese momento, visibilizando que, si bien se produjo el cambio normativo, la transformación en las realidades concretas de las personas usuarias de salud mental eran lentas, especialmente en quienes estaban en internaciones asilares prolongadas. En paralelo a estos documentos, el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba, publicó los informes anuales de monitoreo provincial “Mirar tras los muros” en los años 2013, 2014 y 2015; durante el 2019 presentó el informe “Derecho a la salud mental en Córdoba: 4º informe 2016-2018; y “Una pausa para pensar el campo de la salud mental. Reflexiones desde el Observatorio de Salud Mental y DDHH” (2021) durante la pandemia. Los escritos aportan de manera diagnóstica a conocer el

Meses antes de que se sancionara la Ley Nacional, se aprobó en Córdoba la Ley Provincial de Salud Mental N° 9848. En este plexo normativo se define el derecho a la protección de la salud mental, el pleno goce de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental, se enfatiza que el abordaje debe contemplar la promoción de los lazos sociales, además de definir que la internación es un recurso terapéutico de carácter restrictivo y excepcional, que debe utilizarse cuando aporte mayores beneficios a las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. De esta manera, esta ley coloca el énfasis en la promoción y sostenimiento de los vínculos de las personas con padecimiento subjetivo con sus redes sociales de pertenencia (familiares, de amistad, laboral) y la integración a la comunidad.

Esta legislación basada en derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental, “pone en crisis la propia construcción histórica de la enunciación del problema sobre el cual se interviene” (Faraone, 2013, p. 29). Así, el encuadre normativo es una herramienta bisagra que marca un antes y un después: el “antes” caracterizado por el aislamiento, la consideración del otro como objeto a tutelar y encerrar, ya que la locura se ligaba al rótulo de la peligrosidad; y el “después”, se basa en el reconocimiento de la dignidad de las personas con padecimiento mental como sujetos de derechos, lo que implica la creación de dispositivos y estrategias que promuevan la integración social y comunitaria.

Esto implica un giro en la consideración del otro como sujeto pasivo de su tratamiento a un sujeto activo, partícipe y protagonista del mismo, incluyendo a su familia y miembros significativos de la comunidad en el proceso de atención. Lo esencial de la perspectiva comunitaria en salud

estado de situación del campo de la salud mental a nivel local, focalizando en el alcance, los obstáculos y barreras presentes en la implementación de las políticas públicas en esta materia, centrando la mirada en la voz y experiencia de las personas usuarias con padecimiento mental.

mental consiste en atender en primer lugar el “lazo social”, en el que radica la capacidad del sujeto para establecer vínculos con los otros que le permitan la vida en común (Ardila & Galende, 2009, p. 47).

Siguiendo los aportes de Ardila y Galende (2009), la salud mental en comunidad tiene como eje central la recuperación y preservación en las personas con padecimientos subjetivos de sus capacidades vinculares, la vida en común con los otros, en el territorio del cual son parte. El objetivo es apoyar y facilitar el sostén de las personas usuarias de salud mental en su entorno familiar y/o social, evitando el desarraigo y el encierro institucional, al tiempo que busca favorecer el acceso a las redes comunitarias e institucionales.

3. Construir historia

El recorrido histórico de la salud mental en Argentina permite comprender cómo las prácticas manicomiales, sostenidas durante más de un siglo, configuraron un modelo de exclusión, aislamiento y cronificación del padecimiento subjetivo. La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en 2010 marcó un punto de inflexión al establecer un enfoque centrado en los derechos humanos, reconociendo a las personas usuarias como sujetos activos y titulares de derechos.

Sin embargo, la transición del modelo asilar hacia uno comunitario continúa enfrentando múltiples obstáculos estructurales, simbólicos e institucionales que limitan el acceso efectivo a los servicios de salud mental en particular y a los derechos sociales en general. En este sentido, resulta fundamental no sólo consolidar políticas públicas acordes al marco normativo vigente, sino también fortalecer la participación de las personas usuarias en el diseño y evaluación de los dispositivos, reconociendo su agencia, experiencias y saberes situados.

La transformación de las prácticas en salud mental no depende exclusivamente de la normativa, sino de una voluntad colectiva capaz de interpelar las lógicas históricas del encierro, promoviendo vínculos,

territorios de cuidado y condiciones materiales para una verdadera inclusión social. Solo así será posible construir una salud mental integral, democrática y comunitaria.

Referencias bibliográficas

- Agencia Nacional de Discapacidad. (s.f.). *Salud mental y derechos humanos: Testimonios*. ANDIS. <https://www.argentina.gob.ar/anm/oral/salud-mental-y-ddhh>
- Amico, L. (2004). Desmanicomialización: Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental. *Revista de Trabajo Social Margen*, 35, <https://www.margen.org/suscri/numero35.html>
- Ardila, S. & Galende, E. (2009). El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 1, 39-50. <https://saludmentalcomunitaria.unla.edu.ar/documentos/saludmentalycomunidad1.pdf>
- Basaglia, F. (1965). *La institución negada: Informe de un hospital psiquiátrico*. Barral Editores.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (2007). *Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina*. CELS.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (2009). Contenidos mínimos necesarios desde una perspectiva de derechos humanos para avanzar en la formulación de una Ley Nacional de Salud Mental y otras regulaciones vinculadas con el acceso a la justicia. En https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2009/10/regulacion_salud_mental.pdf
- Centro de Estudios Legales y Sociales (2015). *Cruzar el muro. Desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. CELS. https://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro/wp-content/uploads/sites/2/2015/12/Cruzar_el_muro_Web.pdf

- Comisión Provincial de la Memoria Córdoba, Observatorio de Derechos Humanos UNC y UNRC (2013). *Mirar tras los muros: situación de los derechos humanos de las personas privadas de libertad en Córdoba*. Universidad Nacional de Córdoba y Editorial de la Universidad Nacional de Río IV.
- Comisión Provincial de la Memoria Córdoba, Observatorio de Derechos Humanos UNC y UNRC (2014). *Mirar tras los muros: situación de los derechos humanos de las personas privadas de libertad en Córdoba. Segundo Informe Provincial*. Universidad Nacional de Córdoba.
- Comisión Provincial de la Memoria Córdoba, Observatorio de Derechos Humanos UNC y UNRC (2015). *Mirar tras los muros: situación de los derechos humanos de las personas privadas de libertad en Córdoba. Tercer Informe Provincial*. Universidad Nacional de Córdoba.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo (2008) Ley 26378. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26378-141317/texto>
- Custo, R. (2008). Derechos humanos y salud mental: Entre lo normativo y lo posible. En E. R. Oñativia (Ed.), *Salud mental y derechos humanos* (pp. 21–39). Teseo Press.
- Faraone, S. (2013). Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. *Salud Mental y Comunidad*, (3), 29–40. <https://doi.org/10.18294/smyc.2013.4992>
- Freire, P. (2015). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI Editores.
- Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Editorial Amorrortu.
- Gorbacz, L. (2011). Ley 26.657: El desmontaje del sistema represivo en salud mental. *Salud Mental y Comunidad*, 1(1), 112–117. <https://revistas.unla.edu.ar/saludmentalycomunidad/article/view/4972>
- Lewkowicz, I. (2004). Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez. Editorial Paidós.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. “Derecho a la Protección de la Salud Mental”.

- Ley Provincial de Salud Mental N° 9848. “Régimen de Protección de la Salud Mental en la provincia de Córdoba”.
- Marquiegui, D. N. (2013). El lugar de la locura: Una lectura a partir de los Registros Internos de la Colonia Nacional de Alienados Dr. Domingo Cabred de Open Door a principios del siglo XX. *Anuarios de Geografía*, 9(9), 75-92. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/26156>
- Marquiegui, D. N. (2020). Ciencia y política en Argentina: Domingo Cabred, la Comisión Nacional de Asilos y la Colonia de Puertas Abiertas a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX. *Cambios y Permanencias*, 11(1), 572-601. <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistacyp/article/view/11074>
- Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos (2019). *Derecho a la Salud Mental en Córdoba. 4° informe 2016-2018*. Editorial Brujas.
- Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos (2021). Una pausa para pensar el campo de la salud mental. Reflexiones desde el Observatorio de Salud Mental y DDHH. *E+E: estudios de extensión y humanidades*, 8 (11), 18-35.
- Organización de las Naciones Unidas (1991). *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental*. ONU.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe Mundial de la Salud 2001: Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>
- Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas: Reestructuración de la atención psiquiátrica dentro de los sistemas locales de salud*. OPS. <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/19282.html>
- Ramos, M. (2013). La dictadura argentina utilizó la psiquiatría para esparcir su doctrina. *La Marea*. <https://www.lamarea.com/2013/08/11/la-dictadura-argentina-utilizo-la-psiquiatria-para-esparcir-su-doctrina/>
- Seda, J. A. (2011). *Discapacidad intelectual y reclusión. Una mirada antropológica sobre la Colonia Montes de Oca*. Noveduc.

- Tizio, H. (2016). Políticas sociales en salud mental y transformaciones del Estado en Argentina (1945-1990). *Documentos y Aportes en Administración Pública y Gestión Estatal*, 16(26), 115- 144. https://repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar/vufind/Record/SEDICI_c39713139262e29308143f461f17d977
- Vezzetti, H. (2016). *Psiquiatría, psicoanálisis y cultura comunista: Batallas ideológicas en la Guerra Fría*. Siglo XXI Editores.

3. METODOLOGÍAS CUALITATIVAS Y ANÁLISIS EN SALUD MENTAL: La experiencia de usuaries y agentes de salud

Magdalena Arnao Bergero

*“La necesidad de prestar voz a un sufrimiento,
es condición de toda verdad”*

T. Adorno

1. A modo de introducción:

Reflexiones y andamiajes metodológicos

En este capítulo abordaremos las decisiones y perspectivas metodológicas desde las cuales se llevaron adelante las investigaciones que dan origen a este libro¹³ y que hunden sus raíces en la búsqueda de construcción de información sensible a las experiencias de usuaries de salud mental. Nos proponemos, para ello, un abordaje desde una perspectiva crítica

13. Como mencionamos en la introducción, en el presente libro se abordan resultados de dos proyectos investigación que acompañaron la realización, registro y análisis de los Encuentros de Usuaries de Salud Mental en 2023 y 2024: el proyecto “Acceso y barreras a servicios de salud mental de la ciudad de Córdoba en clave interseccional y desde la perspectiva de las personas usuarias” (Convocatoria Jóvenes en Ciencia- Mincyt/Secyt UNC) y el proyecto “Accesibilidad a los servicios de salud mental en la ciudad de Córdoba: barreras, experiencias y estrategias desde la perspectiva de las personas usuarias” (Convocatoria Formar-Secyt UNC).

que toma a las cuestiones metodológicas no sólo como decisiones técnicas sino, por el contrario, desde un abordaje crítico que concibe a las mismas en diálogo permanente con compromisos epistémico-políticos ineludibles. En esta línea, dichas investigaciones asumen un par de compromisos que serán motivo de reflexión en este apartado: el **enfoque de derechos** y la **perspectiva situada**.

En el momento que escribimos, estamos asistiendo a un escenario en que los derechos humanos (en adelante, DDHH) están siendo interpelados desde quienes, en un movimiento regresivo y oscurantista, realizan una embestida en contra de su legitimidad y razón de ser. Esto está impulsando, a su vez, la urgencia de comprender, revisar y repensar las condiciones de posibilidad de estos nuevos escenarios luego de décadas donde el consenso parecía ser la defensa de los DDHH como terreno común, al menos, en occidente. Esta interpelación, por tanto, significa cosas muy distintas en uno y otro lado: en un terreno significa la aniquilación del *horizonte de deseo* de la dignidad humana; en el otro, el intento de comprender qué ha fallado en dicho horizonte para impulsar, una vez más, a los DDHH como proyecto global y local común, bajo el reconocimiento de las situaciones estructurales e históricas de desigualdad que atraviesan diferentes colectivos, poblaciones y territorios.

En efecto, el auge de las llamadas nuevas derechas viene de la mano de discursos conservadores a nivel cultural y social, que sitúan como blanco de críticas las mujeres, las personas en situación de inmigración, las llamadas “minorías” o los sectores sociales que se señalan como “improductivos”, como las personas con discapacidad, personas mayores o personas usuarias de salud mental, entre otros. A su vez, estos discursos hacen blanco de sus ataques a los modelos de Estado que priorizan la protección social, desde posiciones a la vez conservadoras en lo sociocultural y liberales en lo económico, como valor supremo de la sociedad.

Desde la teoría crítica de DDHH (Gándara Carballido, 2019; Crisafulli, 2018) partimos de concebir que los DDHH no son críticos

per se, esto quiere decir que está en permanente disputa el alcance de “lo humano”. Es por esto que, desde su declaración, los DDHH han ido ampliando su alcance en términos de definición y de inclusión progresiva de colectivos históricamente subordinados. De esto da clara cuenta el reconocimiento de los derechos específicos de las personas con discapacidad que se incorporan a través de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.

Un abordaje crítico de los DDHH¹⁴ parte de la concepción, por tanto, de la necesidad de desmontar los dispositivos de poder frente a la opresión de sectores subalternos, parafraseando a Nancy Fraser (2019), para dar un marco a los procesos de luchas por la igualdad vinculadas al reconocimiento de los excluidos, que demanda la participación efectiva de dichos agentes sociales desde sus enclaves históricos, sociales y territoriales. Esto es, un enfoque **situado** y **participativo** en la distribución equitativa de las condiciones materiales y simbólicas para la equidad. Esto tiene al menos dos consecuencias que nos interesa rescatar aquí:

1) Que adoptar un enfoque de DDHH desde una base crítica es comprender *históricamente* los procesos de exclusión, en tanto nacen de la crueldad que emerge de la radicalización de las lógicas de opresión y segregación (y, en su forma radical, el exterminio) de la *otredad/diferencia*. De este modo los DDHH se vuelven dispositivo político-epistémico de márgenes móviles que se expanden a medida que *otras otredades* emergen para hablar por su diferencia: mujeres, indígenas, personas de la comunidad LGTTIBQ+, personas con discapacidad. La noción de interseccionalidad hunde sus raíces aquí.

14. Dicho enfoque se ha nutrido, en nuestro contexto, del aporte de tres categorías indispensables de las Epistemologías decoloniales: la colonialidad del poder, la colonialidad del saber y la colonización del ser occidental (ontología colonial).

2) Que la **participación** de quienes son sujetos de tales derechos, entendidos como agentes y no (sólo) como destinatarios es central para el análisis de las realidades y el diseño de las estrategias de transformación. A la vez, implica un desafío: cómo garantizar la participación efectiva de dichos actores sociales. Más aún, cuando se configura cada vez con más fuerza, a escala global y local, que uno de los objetivos estratégicos es el de la batalla incesante contra toda forma de otredad, con la reedición de discursos de odio materializados como política de la crueldad, con el objetivo de sustentar la aniquilación del Estado como garante de derechos y en el proyecto de su reducción a agente administrativo en favor de poderes económicos concentrados (Saidel, 2021).

La coyuntura actual nos exige volver a poner en el centro del debate estas cuestiones fundamentales (por fundantes y por urgentes). De esta manera es que cuando explicitamos una **perspectiva de derechos**, asumimos no sólo un interés analítico sino un precepto epistémico político como guía del diseño y decisiones metodológicas.

Por otro lado, partimos de un **enfoque cualitativo** no ya/no sólo como un conjunto de estrategias para indagar lo social sino como un modo de desplegar preguntas y herramientas que hagan suya la perspectiva de los agentes para comprender las experiencias, percepciones y significados de aquellos fenómenos sociales que buscamos comprender. Y si bien es esta una declaración de principios de las metodologías cualitativas, aquí adquieren una dimensión específica: el de reflexión en acto sobre los modos de construir información para analizar las políticas públicas desde la experiencia de los usuarios de salud mental. En un cruce dialéctico entre análisis del sistema de salud mental, principalmente de la Ciudad de Córdoba, la producción de información sobre el estado de situación en materia de derechos y el objetivo de construir diversas vías de incidencia, es que las preguntas metodológicas que fuimos desplegando tuvieron que ver con ajustar el diseño metodológico a la dimensión de lo sensible, en el sentido de una metodología que se pone al servicio de la

escucha atenta (Quiroz, 2021) y la reflexividad (Guber, 2004), y en el de ir profundizando en el conocimiento desde y a través de la experiencia encarnada de quienes transitan por el sistema de salud buscando atención ante situaciones de padecimiento subjetivo. En síntesis, una metodología como un modo de materialización de una perspectiva situada y que propicie la participación activa en la comprensión de lo hecho y por hacer en materia de salud mental.

2. Accesibilidad como tema y problematización

2.1. *Cómo y quiénes en tanto decisión metodológica*

El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de Naciones Unidas (ONU, 2000) establece que el derecho a la salud abarca determinados elementos esenciales entre los cuales destaca la disponibilidad y accesibilidad de los servicios. La cuestión del acceso a la salud aparece, por tanto, como un terreno de indagaciones acerca de su significado (¿qué es la accesibilidad? ¿qué quiere decir acceso a la salud?), de sus condiciones de posibilidad (¿qué hace falta para poder acceder a la salud?) así como sus contornos específicos en relación a los actores sociales que buscan acceder a tal derecho (¿quiénes acceden / pueden acceder? ¿son las condiciones de accesibilidad idénticas para todos?) ¿Cómo **problematizar** entonces el tema del acceso a la salud mental?

Distintas investigaciones sobre el tema han señalado que la disponibilidad territorial de los servicios no garantiza *por sí sola* que todas las personas puedan acceder a ellos (Comes et al., 2007; Garbus, 2010; Solitario, Garbus & Stolkiner, 2008). Por su lado, y observando las barreras para el acceso efectivo a la salud, Comes et al. (2007) definirán la accesibilidad como “una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse” (p.202). Esta perspectiva es interesante porque permite hacer pie en la dimensión relacional entre sistema de

salud y usuaries, desplegando así un marco que permite complejizar la mirada de un entramado de condiciones, relaciones, contextos y procesos que implica una lectura situada de qué es y cómo analizar la cuestión del acceso a la salud en general y a la salud mental en particular, en contextos específicos. Pero, lo que es quizás más relevante de esta propuesta, es que les usuaries aparecen aquí como **agentes**.

Si se considera que se trata de un problema de oferta, las representaciones, discursos y prácticas de la población no son necesariamente considerados por los servicios a la hora de dar respuestas para mejorar la accesibilidad. Al pensarlo como un problema de *encuentro/desencuentro* entre la población y los servicios de salud, es ineludible la inclusión de las *prácticas de vida y salud* de la población en cada estrategia para mejorar el acceso (Comes *et al.*, 2017, p.202, el subrayado no está en el original).

Permite, por tanto, problematizar esta relación agentes-sistema en el marco de las políticas de salud y tomar como aspecto clave para la comprensión de los determinantes sociales del acceso a la salud, a los *modelos de política sanitaria en juego y disputa*. Habilita, a su vez, la inclusión de aspectos que hacen a dicha relación en términos de *subjetividades en juego* y de las *modalidades de relación* que nos impulsa a indagar sobre los *modelos de atención* que incluyen el muy complejo análisis del *trato* (Epele, 2013, 2017).

Estos modos de problematizar el tema de la accesibilidad empiezan a marcar el camino del rumbo metodológico. Si queremos generar información acerca del acceso en salud mental en Córdoba, serán preguntas claves ¿cómo se construye esa información? ¿Es esa información sensible a resultados o a procesos? ¿Quiénes participan en la construcción de la misma?

Adoptar estas preguntas en su dimensión político-metodológica es lo que permitió que se adoptara una perspectiva *interseccional*. En los años

de conocimiento acumulado de investigación e intervención por parte del equipo de investigación¹⁵, se pudo observar que las barreras de acceso a la salud mental tienen sesgos diferenciales en base a jerarquías sociales estructuradas en función del género, clase, edad, capacidad, etc. Asimismo, diversas investigaciones han advertido que, en nuestro país, ciudadanos con iguales derechos garantizados por la Constitución Nacional reciben diferentes prestaciones en salud según su poder adquisitivo, el territorio donde vivan o de particularidades en clave interseccional (Ballesteros, 2016; Burijovich & Yoma, 2023; Chaves, 2014). Dichos ejes de diferencia son determinantes y profundizan las condiciones de desigualdad y exclusión de determinados grupos o colectivos sociales. En el caso de la salud mental, además, les usuaries deben enfrentar a barreras específicas ligadas a la estigmatización y discriminación del padecimiento subjetivo (Habebe *et al.*, 2025)

La adopción de perspectivas teóricas que conciben a les usuaries como agentes que despliegan estrategias de acceso a la salud, nos permitió preguntarnos por la experiencia de las personas en la búsqueda de atención en situaciones de malestar subjetivo. A su vez, pudimos desglosar esta pregunta en otras que aportaron densidad metodológica: por un lado, poner la noción de **experiencia** en el centro de la pesquisa; por otro, interrogar acerca de los **recorridos** de les usuaries (pero también de quienes acompañan/cuidan/sostienen). Este último aspecto permite, a su vez, realizar un mapa por los distintos niveles de atención que de otro modo resultaría difícil de reconstruir. De esta manera, nos acercamos desde un punto de vista privilegiado a nuevas dimensiones de la complejidad del acceso a la salud.

15. Este equipo viene generando información sobre salud mental en Córdoba desde hace más de una década, en torno a las acciones de monitoreo e incidencia del Observatorio de Salud Mental y DDHH de Córdoba del que formamos parte como integrantes.

2.2. La experiencia al centro:

Saber qué pasa, saber cómo pasa, saber qué se quiere

Señalamos al principio de este capítulo que un enfoque de derechos desde un paradigma crítico, nos ponía al frente el desafío del reconocimiento de los sujetos de derechos como agentes y partícipes necesarios en las transformaciones para el logro efectivo de tales derechos. Y, por tanto, ante el compromiso con la búsqueda de la generación de mecanismos que contribuyan a la participación efectiva para que la agencia, a tal fin, sea posible.

Resuena aquí la noción de *agenciamiento político* (Pachilla & Spinelli, 2025) como la potencialidad de las personas y colectivos de actuar y ejercer influencia en el ámbito político que supone una noción de ciudadanía que pone énfasis en la capacidad de acción y cuestiona la mirada de los sujetos como meros receptores de poder y las normas sociales. Esto quiere decir que la agencia es algo que no está dado *per se*, sino que en tanto potencia es susceptible de ser desplegada, siendo el agenciamiento colectivo y la participación ciudadana claves para ello.

Por otro lado, la participación activa de la comunidad aparece como elemento esencial en la toma de decisiones vinculadas al derecho a la salud (Ase & Burijovich, 2009). Es este un aspecto que se ve reflejado en la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657), cuando impulsa la creación del Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones que incluye la representación de organizaciones de usuaries, lo que promueve la participación activa de las personas usuarias en la planificación, implementación, evaluación y monitoreo de las acciones adoptadas.

En este sentido, pensar la política pública desde el marco de la Ley Nacional de Salud Mental, implica otorgar un espacio central al análisis de la realidad sanitaria del sistema de salud mental desde la perspectiva de las personas usuarias y de otros agentes que integran la red de atención: familiares, organizaciones, instituciones, profesionales, comunidad.

En clave metodológica, la noción de **experiencia** es adoptada como categoría que otorga status epistemológico, metodológico y político a las percepciones, significados, sentidos y sentires que constituyen las experiencias de diversas situaciones en distintos contextos. A la vez que tales escenarios son vividos en función de la transversalidad de diferentes ejes de diferencia que constituyen la realidad de dichas personas y tales escenarios sociales. En palabras de Trebisacce (2016): “la experiencia fue citada a dar testimonio de formas de dominio y de opresión productoras de sujetos subalternos” (p. 289).

La experiencia es entendida, por tanto, como un lugar de construcción legítima de saber frente a una hegemonía epistémica que aparta y menosprecia la vivencia en primera persona por sospecharla sesgada y subjetiva, a la vez que anuda lo individual y lo colectivo, lo privado y lo público, lo personal y lo político.

3. Decisiones metodológicas

3.1. Pensar la población, definir la muestra: Participación y relevamiento de experiencias en/desde el Encuentro de Usuaries

Como mencionamos anteriormente, se configuró como objetivo de las investigaciones que dieron lugar a este libro el analizar el acceso al sistema de salud mental de Córdoba, desde la experiencia de usuaries, en una modalidad participativa y atendiendo a los factores condicionantes en base a la interseccionalidad. Es el *Encuentro de Usuaries de servicios de salud mental* el universo muestral que reúne las condiciones político-metodológicas que hemos identificado.

Estos espacios de participación son claves para conocer la situación que viven las personas que deben afrontar distintas barreras para acceder a sus derechos, para saber en qué consisten esas barreras, cuáles son las estrategias de afrontamiento que tanto les usuaries como familiares y, en ocasiones, les propias agentes de salud, organizaciones e instituciones, deben desplegar para garantizarlos.

3.2. Estrategias metodológicas:

Encuentro de Usuaries, mapeo colectivo e interseccionalidad

Tanto en el 5° como en el 6° Encuentro de Usuaries participaron más de 160 personas que pudieron narrar sus recorridos por distintos servicios de salud mental e instituciones de Córdoba y localidades cercanas. Una apuesta de estas ediciones del Encuentro, fue la incorporación de una *perspectiva interseccional* que procuró analizar las barreras para el acceso en la búsqueda de atención de salud mental que pudieran reflejar diferencias específicas según estas claves de identidad. Centrado en una metodología participativa, se trabajó en grupos de discusión distribuidos por *género y franja etaria*, quedando conformados subgrupos de personas usuarias: mujeres adultas, mujeres jóvenes, hombres jóvenes y hombres adultos. Otro grupo quedó conformado por profesionales y acompañantes de les usuaries, quienes se encontraron para poner en diálogo percepciones acerca de la situación de salud mental desde la implicancia de ser trabajadores del campo de la salud y/o de organizaciones sociales que acompañan situaciones de vulnerabilidad social y padecimiento subjetivo.

Se adoptó la propuesta de *usuaries guía* (Merhy, Feuerwerker & Silva, 2012), que hace foco en los recorridos que les usuaries hacen por el sistema de salud en búsqueda de atención, en diferentes niveles y sectores. En dichos recorridos se exhiben las barreras y obstáculos que encuentran, pero también las estrategias que despliegan, las redes que se construyen, los saberes acumulados acerca de cómo, dónde, con quién acceder a los servicios. Esta metodología nos permitió comprender las experiencias de les usuaries frente a la búsqueda de atención. Esto es, nos permitió comprender los efectos en la propia subjetividad de dicha búsqueda y las diferentes situaciones vividas en la misma. En este sentido, nos otorgó una información, por un lado, descriptiva del acceso y sus barreras al sistema de salud mental, de la calidad de atención de dichos servicios en materia de derechos y, a la vez, nos permitió abordar

cómo son vividos dichos intentos, a veces exitosos, a veces infructuosos por el acceso a los servicios de salud mental. De esta manera, la dinámica de trabajo con los grupos siguió como consigna el relato de experiencias por el recorrido en búsqueda de atención en relación a salud mental de cada una de las participantes en los últimos cinco años. A través de dichos relatos se fue elaborando un mapeo colectivo que recuperó tránsitos, identificó espacios (instituciones públicas, privadas, casas de medio camino, dispositivos comunitarios, etc.), experiencias positivas y negativas, obstáculos para encontrar atención y facilitadores para acceder a la atención.

A la vez, se fueron registrando dichos relatos y conversaciones, profundizando en los acontecimientos, sentidos y vivencias asociados a dichas experiencias. Al finalizar el trabajo por grupos, se realizó un cierre con todas las participantes del Encuentro en un *plenario* donde se fue recuperando lo trabajado en cada espacio usando como apoyo los mapas realizados en los mismos.

Creemos que este es un aspecto central que emerge de estos Encuentros y que debería ocupar un lugar privilegiado a la hora de analizar el sistema de salud, para comprender las urgencias y necesidades de transformación, que impacten en las políticas públicas que tienen en sus manos las herramientas necesarias para dicha transformación (Buriyovich, 2011). En el Encuentro, la circulación de la palabra nos permitió acceder al mundo de sentidos, experiencias y saberes de forma dialógica y, en el intercambio, emergieron las necesidades de las personas usuarias.

3.3. Sobre el análisis: Lo común, lo específico, los sentidos, las experiencias

Para el análisis se procedió a realizar un análisis de contenido según cuatro categorías teóricas (barreras de acceso, facilitadores, experiencias positivas, experiencias negativas) y categorías emergentes, en dos segmentos de

análisis: *intra grupos*, esto es, por eje de intersección según género y edad, y según análisis comparativo *entre grupos*, esto es, realizando un cruce de las similitudes y diferencias en las modalidades de acceso, las resonancias subjetivas de dichas experiencias y los emergentes específicos.

La decisión de esta doble vía de análisis (intra/inter grupos) fue una decisión metodológica que se fue adoptando en el primer análisis y debate de los resultados, que nos iba indicando la riqueza del análisis comparativo constante no sólo para comprender las especificidades de cada universo de análisis. Esto es, que aun cuando los objetivos de investigación nos indicaban centrarnos en la necesidad de conocer las experiencias *de cada población definida*, la densidad de la comprensión nos pedía trascender lo específico de dichas experiencias para observar también los aspectos comunes *entre grupos*. Sumar al análisis por eje, un análisis comparativo aportó riqueza para observar las estructuras propias del sistema de atención, así como las falencias que se repiten en todos los usuarios independientemente de las marcas identitarias y que dan cuenta de, por ejemplo, déficit de atención ligados a vaciamiento de los servicios, o a modalidades de atención ligadas a persistencia de modelos biomédicos.

3.4. Hallazgos de campo: el punto de vista de los agentes de salud

Un hallazgo muy interesante que encontramos fue que el espacio destinado en el Encuentro a los profesionales/agentes de salud y acompañantes de las personas usuarias, que se había reservado como espacio de diálogo propio con el objetivo de fomentar la autonomía participativa de los propios usuarios, resultó ser un espacio necesario y rico en información acerca de sus experiencias. Dichas experiencias dieron cuenta del malestar que los trabajadores vivían frente a la precarización, fragmentación y desmantelamiento del sistema de salud, en contextos de creciente malestar social.

En el momento del análisis advertimos que había una **íntima relación** entre las instituciones que podían acompañar y garantizar un trato digno y respetuoso a les usuaries y el desgaste de les trabajadores que, en la mayoría de los casos, en condiciones de vulnerabilidad laboral, garantizaban derechos pese al peso de las condiciones de profunda precariedad.

4. Una apuesta metodológica de circulación de la información: insumos de investigación y transferencia

Quienes integramos este equipo de investigación, venimos dándonos el debate metodológico y político acerca del rol social de la investigación. Es por eso que nos cuesta separar en compartimentos estancos investigación, docencia, extensión, militancia. En este sentido, nos interpela de modo permanente la forma y destino de nuestras producciones académicas y cómo encontrar modalidades de circulación de la información que emerge de nuestras investigaciones. Por dos razones asociadas: por la democratización de la investigación y por la incidencia del conocimiento. Lejos de ser sólo debates metodológicos, los mismos nos han abierto diversos horizontes de posibilidades. En particular, buscamos volcar estos resultados en dos insumos de transferencia que nos permitieron construir piezas de divulgación accesibles a la ciudadanía.

Como emergente de la información del 5° Encuentro de Usuarios (2023) se realizó un mapa interactivo digital de los servicios de salud mental de la ciudad de Córdoba y localidades cercanas en base a las experiencias de tránsito de les participantes. En este sentido, se buscó no solo brindar información acerca de los servicios existentes (públicos y privados) sino hacerlo desde la experiencia de les usuaries.

Un segundo material fue una cartilla de propuestas, recomendaciones e información desde las experiencias de les usuaries y agentes de salud participantes del Encuentro, titulada “Miradas en Encuentro. Propuestas

para mejorar nuestras experiencias de atención en salud mental”¹⁶. Esta cartilla se realizó en base al análisis de lo registrado en el Encuentro de Usuaries de 2023. En dicho análisis se identificaron necesidades y demandas emergentes a partir de experiencias que identifican prácticas que urgen ser abandonadas, pero también aquellas que, acorde al espíritu de la Ley Nacional de Salud Mental, se constituyen como dispositivos de salud, respeto y cuidado.

La cartilla está escrita pensando en la multiplicidad de personas a quienes podría llegar: trabajadores de la salud, instituciones, espacios de formación profesional, familias, entre otros. Por eso pensamos en la importancia de que sea accesible, sobre todo, para quienes la construyeron con sus relatos y desde sus experiencias. En este sentido, usamos los lineamientos de Lectura Fácil¹⁷ para hacer una adaptación del contenido y diseño. En la primera parte aparece la voz de les usuaries expresando. “¿Qué necesitamos las personas usuarias?”: “En relación a los tratamientos”, “En relación a los servicios de salud mental” y “En relación a las políticas públicas”. En la cartilla se decidió acompañar el análisis en términos de necesidades, que se van relacionando a su vez con lo que dice la Ley Nacional de Salud Mental al respecto y acompañando con citas textuales de les usuaries. En la segunda parte, se recuperaron las experiencias compartidas por les trabajadores de la salud.

En esta ocasión y bajo el formato de libro, volcaremos los resultados de investigación en una serie de capítulos que buscan profundizar algunos de los emergentes que surgieron en el análisis sistemático de los grupos.

16. Guía Miradas en Encuentro disponible en: <https://observatoriosmyddhh.org/miradas-en-encuentro-propuestas-para-mejorar-nuestras-experiencias-de-atencion-en-salud-mental/>

17. La Lectura Fácil (LF) es un modo de escribir que facilita la comprensión, destinada en particular a personas con discapacidad, personas mayores, migrantes que hablan lenguas distintas del español, personas con poco hábito lector.

El universo de experiencias, sentidos y sentires presentes en cada uno es reflejo de lo que venimos advirtiendo en los relatos de las vidas concretas que vamos conociendo y reconociendo a lo largo de años de acompañar la lucha colectiva por el derecho a la salud mental. En este trabajo quisimos profundizar y situar aún más estos relatos en los contornos específicos que tienen esas vidas con rostros de mujeres, hombres, transexualidades, juventudes, vejez, maternidades, territorios. La deuda con una perspectiva interseccional era un pendiente que necesitábamos alojar tras todos estos años de tramarnos con usuarios y usuarias de los servicios de salud mental, cuyas vidas tienen nombres, historias, deseos y sueños que queremos seguir escuchando y soñando juntos.

Referencias bibliográficas

- Burijovich, J. (2011). El concepto de buenas prácticas en salud desde un enfoque prescriptivo a uno comprensivo. En Rodigou Nocetti, M y Paulin, H (Coord.) *Coloquios de investigación cualitativa: subjetividades y procesos sociales* (pp. 29-40). Universidad Nacional de Córdoba.
- Crisafulli, L. (2018). *Derechos humanos. Praxis histórica, vulneración, militancias y reconocimiento*. Editores del Sur.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R; Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, 14, 201-209.
- Gándara Carballido, M. (2019). *Los derechos humanos en el siglo XXI: una mirada desde el pensamiento crítico*. CLACSO.
- Garbus, P. (2010). Consideraciones sobre las categorías de acceso a la atención en salud y procesos de estigmatización en personas externadas de instituciones de salud mental. *Anuario de investigaciones*, 17 (12), 309-316.

- Epele, M. (2013). El tratamiento como palimpsesto. Cuando la medicalización se convierte en crítica “políticamente correcta”. *Cuadernos de Antropología Social*, 38, 7-31.
- Epele, M. (2017). La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud. *Cuadernos de Antropología Social*, 25, 151-168.
- Fraser, N. (2019) *¡Contrabegemonía ya!* Siglo XXI Editores.
- Guber, R. (2004). *El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Paidós.
- Habeb, M., Ciobanu, A.M., Al-Ani, M. & Mottershead, R. (2025). Stigma in Mental Health: The Status and Future Direction. *Cureus*, 5;17(6). doi: 10.7759/cureus.85398.
- Merhy, E.; Feuerwerker, L., Camargo M. & Ceccim, R. (2006). Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*, 2, 147-160.
- Merhy, E.; Camargo M., Feuerwerker, L. & Silva, E. (2012). Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Salud Colectiva*, 8(1), 25-34.
- Organización de Naciones Unidas (2000). *Observación General n° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre el derecho a la salud*. ONU.
- Pachilla P. & Spinelli J. M. (2025). El concepto deleuzo-guattariano de agencement y su recepción en Manuel DeLanda. *Tábano*, 25, e3, 1-20. <https://doi.org/10.46553/tab.25.2025.e3>
- Quirós, J. (2021). *¿Para qué sirve unx antropólox? La intervención antropológica y sus relaciones con la investigación*. Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba.
- Saidel, M. (2021). El neoliberalismo autoritario y el auge de las nuevas derechas. *História Unisinos*, 25(2), 263-275, https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/173696/CONICET_Digital_Nro.7c38875c-b47d-49ee-9b8c-844a7142833c_B.pdf?sequence=2&isAllowed=y

- Solitario, R.; Garbus, P. & Stolkiner, A. (2008) Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con accesibilidad simbólica a los servicios. *Anuario de Investigaciones*, 15, 263-269.
- Trebisacce, C. (2016). Una historia crítica del concepto de experiencia de la epistemología feminista. *Cinta moebio*, 57, 285-295 doi: 10.4067/S0717-554X2016000300004.

4. RELATOS Y RESISTENCIAS DE MUJERES JÓVENES:

Los servicios de salud mental desde
una mirada interseccional

Trinidad Pereira

1. Introducción

En los últimos años, los debates en torno a los derechos en salud mental han recuperado las voces de las personas usuarias de los servicios, desplazando el eje del saber experto hacia una epistemología que valore las experiencias situadas. Este capítulo se centra en las trayectorias de mujeres jóvenes¹⁸ que participan de diversos dispositivos de salud mental en Córdoba. A través de sus relatos, se reconstruyen recorridos institucionales, barreras en el acceso, estrategias de resistencia y formas alternativas de construir sentido en contextos de alta vulnerabilidad.

Centrar el análisis en las mujeres jóvenes responde a la necesidad de visibilizar un colectivo que suele quedar invisibilizado o subsumido bajo las categorías genéricas de “juventud” o “feminidad”, sin atender a las intersecciones específicas que configuran sus experiencias. La salud mental de mujeres jóvenes está fuertemente atravesada por múltiples

18. La categoría “mujeres jóvenes” incluyó a aquellas personas que se autopercebían como mujeres (cis y trans), en un rango etario de entre 16 a 44 años.

formas de desigualdad estructural. Diversos estudios dan cuenta de una mayor prevalencia de malestares psicosociales, automedicación e internaciones involuntarias entre mujeres jóvenes de sectores populares, en comparación con varones de la misma edad (Tajer, 2018). La medicalización temprana, la judicialización del consumo o la intervención del Estado en las maternidades juveniles son algunos de los fenómenos que requieren análisis críticos con enfoque de género.

Tal como plantea Butler (2007), el género no es una identidad estable, sino una práctica performativa que se constituye en el hacer. Las trayectorias que aquí se presentan dan cuenta de cómo esas prácticas se despliegan en espacios que las jóvenes transitan, habitan, resisten y transforman. Por su parte, Segato (2014) señala que las violencias hacia las mujeres deben comprenderse no sólo como acciones individuales sino como efectos estructurales de una matriz de poder que inscribe a los cuerpos femeninos en lógicas de subordinación. En este sentido, los relatos de las participantes reflejan cómo la salud mental se entrelaza con otras formas de violencia -institucional, de género, simbólica- que condicionan y, al mismo tiempo, activan respuestas subjetivas y colectivas.

Partimos de una perspectiva interseccional y situada, entendiendo que las experiencias de las mujeres jóvenes se configuran en la intersección entre clase, género, edad, racialización y territorialidad. No es lo mismo habitar el sistema de salud mental desde el centro de la ciudad que desde zonas periféricas como Villa El Libertador, Guiñazú o Malvinas Argentinas. Tampoco es lo mismo ser una joven cisgénero con respaldo familiar que una joven trans, migrante o madre adolescente en situación de violencia. Siguiendo a Tajer (2018), comprendemos que la salud mental es un campo atravesado por disputas políticas y epistemológicas, donde las categorías de género no son neutras y donde las políticas de atención impactan diferencialmente según la posición que ocupan los sujetos en la estructura social.

Este capítulo busca aportar conocimiento sobre las formas en que las mujeres jóvenes significan sus trayectorias en los servicios de salud mental, con especial atención a los procesos de subjetivación, las redes de apoyo y los dispositivos institucionales. Nos preguntamos: ¿Qué condiciones habilitan o dificultan el acceso a servicios de salud mental para las mujeres jóvenes? ¿Qué narrativas emergen sobre el malestar, la medicación, la escucha, la maternidad o el acompañamiento entre pares?

El análisis se nutre de los registros producidos en los Encuentros de Usurios (2023 y 2024), a partir de los grupos de trabajo específicos con mujeres jóvenes. Los testimonios, que aquí se presentan de forma textual (haciendo uso de nombres ficticios para preservar el anonimato), fueron analizados con el objetivo de construir una mirada crítica sobre el sistema de salud mental cordobés desde las voces de quienes lo transitan.

2. Barreras de acceso y trayectorias institucionales

Las trayectorias de las mujeres jóvenes por los dispositivos de salud mental se configuran entre fragmentaciones, discontinuidades institucionales, barreras materiales, geográficas, administrativas y violencias simbólicas. Estas experiencias evidencian cómo el acceso a la atención no puede pensarse como una categoría neutra o puramente logística, sino como una construcción social e histórica en la que se juegan desigualdades de género, clase, edad y territorio.

“Nos quedaba a trasmano de mi casa, teníamos que tomar dos colectivos o ir en taxi, y había veces que no teníamos la plata. [...] Era ver de dónde sacamos, pedir a mis hermanos...” (Sofía, 37 años. EU 2024).

Uno de los momentos más críticos se produce en el pasaje de la adolescencia a la adultez, cuando muchas jóvenes, al cumplir 18 años, ven interrumpida su atención sin una transición cuidada ni una alternativa clara. Esta lógica binaria de corte etario no contempla la complejidad de

los procesos subjetivos ni la necesidad de sostener vínculos terapéuticos en momentos de especial vulnerabilidad.

“Me dijeron que ya no podían atenderme más porque era mayor de edad. Pero yo seguía con lo mismo, solo que con un año más. Fue como que me soltaron la mano”. (María, 20 años. EU 2023).

Este tipo de situaciones puede analizarse a través del concepto de trayectorias institucionales fragmentadas, tal como lo desarrollan Míguez (2010) y Diker y Kaplan (2001). Los recorridos por diferentes instituciones –de salud, justicia, educación, protección– están marcados por intervenciones desarticuladas, muchas veces contradictorias, que recaen sobre los cuerpos y biografías de las personas más precarizadas. La fragmentación se acentúa en contextos de pobreza estructural, donde las condiciones materiales limitan aún más la continuidad de cuidados.

Esto se enlaza con lo que Míguez (2017) conceptualiza como trayectorias interrumpidas: circuitos que se ven truncados por criterios institucionales que desatienden la singularidad de las vidas subjetivas. Las políticas públicas destinadas a juventudes pierden su continuidad justo cuando las jóvenes comienzan a ejercer una mayor autonomía, reforzando así su dependencia o abandono institucional. A la discontinuidad se suma la rigidez de los abordajes biomédicos, que reducen la complejidad de las experiencias a un diagnóstico o a una prescripción.

“Empecé a tomar pastillas, eso me hizo sentir peor. [...] Me costaba hablar en grupo y no podía hacer nada sin que me estén mirando las 24 horas del día”. (Tiziana, 16 años. EU 2023).

Este fragmento evidencia una intervención centrada en la vigilancia y la medicación, que profundiza la sensación de desamparo en lugar de alojarla. Según Sibia (2005), la expansión de los dispositivos de control

sobre los cuerpos jóvenes opera en nombre de la salud, pero en muchos casos produce una domesticación de lo sensible que acalla el malestar y refuerza la medicalización de las emociones.

Como sostienen Hoyos y Nejamkis (2013), la accesibilidad debe entenderse en términos integrales, que incluyan tanto dimensiones geográficas o económicas como simbólicas e institucionales. Sentirse bienvenida, comprendida y respetada resulta tan relevante como tener un turno disponible o un colectivo que lleve al centro de salud. Estas dimensiones se tensan aún más cuando el vínculo con los espacios de atención se corta arbitrariamente por decisiones administrativas, cambios en la cobertura o por razones externas a las jóvenes.

“Yo fui a la salita porque no me sentía bien, y al rato estaba firmando unos papeles con una trabajadora social y después aparecieron unos policías y me llevaron a un lugar donde estuve internada. Nunca entendí bien por qué”. (Rocío, 23 años. EU 2023).

Estas escenas condensan una violencia institucional que se disfraza de cuidado, pero que en la práctica reproduce asimetrías y vulneraciones. La judicialización de las trayectorias, en particular, constituye una dimensión crítica que se entrecruza con el género, la edad y la clase. En muchos casos, son las jóvenes pobres quienes ingresan al sistema de salud mental a través de denuncias, intervenciones policiales o decisiones judiciales, sin haber sido previamente consultadas ni informadas de sus derechos. Estas trayectorias impuestas tienden a producir desconfianza, retraimiento y una experiencia de medicalización forzada que deja marcas difíciles de reparar. Como sostienen diversas autoras feministas (Segato, 2013; Tajer, 2020), el Estado muchas veces aparece más como una maquinaria de control que como garante de derechos, especialmente cuando se trata de cuerpos jóvenes feminizados y racializados.

Las barreras territoriales profundizan estas desigualdades. Las jóvenes que habitan en barrios periféricos, asentamientos informales o zonas rurales enfrentan mayores obstáculos para sostener tratamientos. La distancia geográfica, la falta de transporte público adecuado, la escasez de dispositivos comunitarios y la sobrecarga de los efectores disponibles contribuyen a que la atención resulte esporádica, centrada en la urgencia y difícilmente sostenida en el tiempo.

“Yo iba al centro de salud, pero a veces no había turno o la psicóloga no estaba. Después dejé de ir. Era muy lejos y no tenía ni para el colectivo”. (Sofía, 37 años. EU 2024).

Estos relatos muestran que el acceso no depende solo de la existencia formal de servicios, sino de un entramado de condiciones materiales, simbólicas y afectivas que hacen posible –o no– la continuidad del cuidado.

A estas dimensiones se suma la desigual presencia de mujeres jóvenes en espacios comunitarios mixtos, lo que se convierte en una barrera simbólica adicional. Tal como advierte Segato (2014), las instituciones muchas veces reproducen una pedagogía de la desigualdad, donde lo masculino hegemoniza los modos de habitar, de hablar, de ocupar el espacio. Esto refuerza la invisibilidad de las jóvenes como sujetas de derecho dentro de los ámbitos de participación colectiva y atención.

“Se re ve que a las mujeres les cuesta más ir, entonces hay muchos más pibes y también te hace sentir incómoda. Yo siempre lo he podido expresar por suerte esto de que me gustaría que hubiera más pibas en el lugar, porque no es que las pibas no consumen, sí consumen, yo también consumo”. (Soledad, 23 años. EU 2023).

Frente a este panorama de múltiples obstáculos –estructurales, institucionales y subjetivos–, las mujeres jóvenes desarrollan estrategias

de resistencia, resignificación y reformulación de sus vínculos con los espacios de salud mental. Sus voces no sólo expresan demandas individuales, sino que configuran un mapa colectivo de reclamos por un sistema más accesible, humano y situado.

3. Subjetividades, resistencias y vínculos

Frente a las múltiples barreras y violencias que atraviesan sus trayectorias, las mujeres jóvenes no se posicionan únicamente como víctimas pasivas del sistema. En sus relatos emergen con fuerza formas diversas de resistir, sostenerse y construir sentido, aún en contextos hostiles. Estas estrategias no sólo habilitan modos de habitar la salud mental por fuera del mandato biomédico, sino que permiten el despliegue de subjetividades complejas, afectivas y colectivas.

Un aspecto central en estas experiencias es el rol de las redes afectivas. Las amigas, hermanas, vecinas o compañeras de talleres se convierten en figuras claves de cuidado mutuo. En muchos casos, son estas redes quienes acompañan a las jóvenes en momentos críticos, quienes las alientan a buscar ayuda o las sostienen cuando los espacios formales no lo hacen.

“Yo iba porque una amiga me acompañaba, sino no iba. Me daba miedo entrar sola”. (Lorena, 24 años. EU 2023).

Este tipo de acompañamientos entre pares habilita una circulación del cuidado que excede la lógica profesionalizada. Lejos de representar una carencia, son formas propias de responder al abandono o a la fragmentación institucional, que reconfiguran la idea misma de cuidado en salud mental. En palabras de Lugones (2008), se trata de prácticas de desobediencia epistémica: modos de conocimiento y de acción que no se inscriben en el canon médico, pero que sostienen vidas.

En varios testimonios aparece también la importancia de los espacios autogestionados y de participación colectiva, como radios comunitarias,

talleres artísticos, ferias o encuentros de mujeres. Estos lugares, muchas veces impulsados por las propias usuarias o por organizaciones sociales, funcionan como plataformas desde las que las jóvenes reconstruyen sentido, identidad y pertenencia, rompiendo con el aislamiento y el estigma.

“En la radio yo podía hablar de lo que me pasaba y sentía que me escuchaban. No era la psicóloga que me analizaba, eran mis compañeras”. (Rocío, 23 años. EU 2024).

Estos espacios habilitan formas de agencia subjetiva que desbordan la narrativa del “trastorno”. Allí, las mujeres jóvenes pueden elaborar sus historias desde otro lugar, apropiarse de sus palabras, resignificar diagnósticos y disputar sentidos. Esta dimensión política del testimonio se vuelve clave: no se trata solo de hablar, sino de ser oídas, reconocidas como sujetas que piensan, sienten y producen saber.

En este sentido, resulta potente pensar los relatos no solo como insumos para los equipos de investigación, sino como formas de conocimiento en sí mismas. Tal como propone Boaventura de Sousa Santos (2010) desde las epistemologías del Sur, los saberes subalternos –producidos desde la experiencia– deben ser reconocidos como válidos, incluso cuando no responden a la lógica científica occidental. Del mismo modo, Jelin (2002) sostiene que el testimonio en primera persona tiene valor político porque desafía las versiones oficiales de la realidad, poniendo en juego otras memorias, otras verdades.

“Capaz lo que yo cuento no es importante para ellos, pero para mí sí. Porque es mi historia”. (Rosario, 30 años. EU 2024).

Así, se abre un campo de disputa no solo por el derecho a la atención, sino por el derecho a narrar(se), a construir la propia versión de sus vivencias. En muchas experiencias, narrarse fue el primer paso para resistir el borrado, para volver a nombrar lo vivido desde un lugar menos solitario.

Este proceso también da lugar a formas situadas de subjetividad, donde el sufrimiento no es entendido como falla interna, sino como síntoma de condiciones estructurales: pobreza, exclusión, violencia de género. Las jóvenes, al reconocerse en otras, ponen en común lo que antes parecía íntimo e intransferible, desarmando el aislamiento que impone la mirada psicopatológica.

“Cuando escuché a otra decir lo mismo que yo sentía, me di cuenta que no estaba tan loca”. (María, 34 años. EU 2023).

Estas resonancias habilitan el pasaje del malestar individual a la crítica colectiva, poniendo en cuestión el modelo biomédico que aísla, medicaliza y silencia. En ese desplazamiento, las mujeres jóvenes no solo se reconocen entre sí: también reconocen su derecho a habitar el mundo de otros modos, sin pedir permiso.

4. Cuerpos, géneros y maternidades

Los cuerpos de las mujeres jóvenes se encuentran atravesados por múltiples formas de control, regulación y disciplinamiento, tanto en los discursos biomédicos como en las prácticas institucionales. En el campo de la salud mental, esta regulación adopta formas específicas: desde la medicalización del deseo hasta la patologización de la maternidad, pasando por una vigilancia constante sobre el modo “correcto” de ser mujer. En las experiencias recogidas, los cuerpos aparecen como escenario de disputas, pero también como territorios de resistencia.

“Me dijeron que lo que tenía era por cómo me vestía. Que llamaba la atención, que tenía que cuidarme más y yo tenía 14 años”. (Juana, 19 años. EU 2023).

Este tipo de intervenciones, en las que se asocia el sufrimiento psíquico con la moral sexual o la presentación corporal, evidencia la persistencia de discursos normativos que culpabilizan a las jóvenes por lo que les

sucede. En lugar de alojar el malestar, las instituciones lo interpretan como desvío, como señal de inadecuación o riesgo. Esta lectura se agrava cuando las jóvenes no responden a los mandatos de feminidad hegemónica o cuando expresan disidencias en su identidad o expresión de género.

En ese sentido, es importante destacar la invisibilización de las vivencias de mujeres trans y otras identidades disidentes dentro de los dispositivos de salud mental. A pesar de que algunas de estas voces emergen en los espacios comunitarios, su presencia sigue siendo marginal en los circuitos de atención pública. El caso de una de las participantes permite visibilizar la precariedad del acceso cuando se intersectan transfeminidad, juventud y pobreza.

“Fui a pedir turno con la psiquiatra y me preguntó si me quería ‘cambiar de sexo’. No supe qué decirle. Yo quería que me ayudaran a dormir”. (Maia, 26 años. EU 2024).

La patologización de las identidades trans o no binarias es una expresión de la violencia epistémica que denuncia Fricker (2007), donde ciertos sujetos son sistemáticamente desautorizados como fuentes válidas de conocimiento sobre sí. Esta desautorización se traduce en diagnósticos errados, tratamientos inapropiados y situaciones de abuso simbólico que expulsan a las personas de los espacios de atención.

Otro punto crítico que aparece en los relatos es la articulación entre maternidad y salud mental. Varias participantes refieren haber atravesado situaciones de embarazo o crianza en paralelo con procesos de atención y, en muchos casos, la figura de madre se convierte en un factor de estigmatización. Ser madre joven y usuaria del sistema de salud mental suele activar una doble sospecha: sobre la capacidad de cuidado y sobre la estabilidad emocional, lo que genera temores constantes a la intervención judicial o la pérdida de la tenencia.

“Me preguntaban todo el tiempo si yo era capaz de cuidarlo. Pero nadie me preguntó cómo me sentía yo. Estaba sola, con miedo y encima tenía que demostrar que era buena madre”. (Lorena, 24 años. EU 2024).

Tal como plantea Portocarrero (2021), la maternidad no puede pensarse fuera del entramado de desigualdades sociales y de género. Las “madres usuarias” no son un grupo homogéneo, pero comparten una experiencia común de vigilancia institucional, donde se ponen en juego imaginarios sobre la maternidad “normal”, “sana” o “apropiada”. En lugar de ofrecer redes de sostén, las intervenciones suelen centrarse en el control y la evaluación, reproduciendo la lógica de la sospecha.

En contraposición a estos discursos patologizantes, emerge en los relatos una concepción de maternidad situada, atravesada por la precariedad, pero también por el deseo, la intuición y la agencia. Las jóvenes madres recurren a estrategias propias para cuidar, sostener y proteger a sus hijos, incluso en contextos adversos. Estas formas de maternar, lejos de ser disfuncionales, dan cuenta de una capacidad de respuesta que desborda las categorías clínicas.

“No tenía plata, ni casa, ni ayuda. Pero yo sabía qué necesitaba mi hija. Me las arreglé como pude”. (Sofía, 37 años. EU 2024).

Estas experiencias cuestionan la imagen homogénea y normativa de la maternidad, e invitan a pensar otras formas posibles de cuidado que no estén subordinadas al ideal burgués, adulto y medicalizado. Como señala Palomar (2020), escuchar a las madres desde sus propios términos implica reconocer los saberes que producen, los modos de amar y sostener que despliegan, incluso cuando no coinciden con los modelos oficiales.

Finalmente, vale señalar que muchas de las participantes refieren haber encontrado en sus cuerpos espacios de conflicto, pero también de expresión. A través del arte, la escritura, la danza o los tatuajes, construyen lenguajes propios para narrar su historia y reapropiarse de

sus marcas. Estos gestos no son meramente estéticos: son intervenciones sobre el cuerpo como territorio político, como superficie de inscripción y de reapropiación subjetiva.

“Cuando me tatué esa palabra, sentí que volvía a tener control sobre algo. Que mi cuerpo era mío otra vez”. (Maia, 26 años. EU 2024).

En suma, los relatos sobre cuerpos, géneros y maternidades muestran cómo las jóvenes resisten a las lógicas de la corrección, del diagnóstico y de la vigilancia, y producen otras formas de habitar, de cuidar y de narrarse. En esas grietas, se abren posibilidades para pensar una salud mental que no corrige, sino que escuche; que no castigue, sino que acompañe.

5. Saberes situados y testimonios como resistencias

En el marco de esta investigación, los testimonios de las mujeres jóvenes no fueron abordados únicamente como “fuentes de información” o insumos para ilustrar categorías teóricas, sino como formas de conocimiento en sí mismas. Cada relato compartido en los talleres, entrevistas o espacios comunitarios condensa una lectura situada del mundo, construida desde experiencias encarnadas de dolor, resistencia, cuidado y exclusión. Esta perspectiva recupera la idea de saberes situados, desarrollada por autoras como María Lugones o Elizabeth Jelin (2002), para dar cuenta de cómo el conocimiento nunca es neutral ni universal, sino que está atravesado por los cuerpos, las trayectorias, las condiciones materiales y las luchas colectivas.

“Cuando hablo de lo que me pasó, siento que no soy solo yo. Muchas pasamos por eso, pero nadie nos escucha”. (Josefina, 19 años. EU 2023).

Esta frase evidencia el carácter colectivo que adquiere el testimonio cuando se comparte en espacios donde otras pueden reconocerse.

No se trata sólo de narrar un hecho personal, sino de disputar sentidos, romper silencios y generar comunidad. En contextos de marginación y violencia institucional, el derecho a narrar la propia historia se vuelve un acto profundamente político. Como plantea Jelin (2002), el testimonio no es sólo recuerdo, sino también intervención en el presente: permite reconstruir memorias negadas y nombrar lo que fue silenciado por los discursos oficiales.

Desde esta perspectiva, los talleres no fueron sólo instancias de escucha, sino también de producción de conocimiento colectivo, donde se tejieron preguntas, conceptualizaciones y categorías que emergieron de las experiencias. Así, las participantes no fueron tratadas como “casos” o “informantes”, sino como productoras de teoría viva, con capacidad de análisis, de síntesis y de construcción de sentido. Boaventura de Sousa Santos (2010) lo llama “epistemologías del Sur”: modos de conocer que se oponen al monopolio eurocéntrico y académico, y que valoran los saberes populares, comunitarios y feministas como fuentes legítimas de conocimiento.

“Yo sé lo que necesito. Capaz no tengo las palabras difíciles, pero sé lo que me hizo bien y lo que me lastimó”. (Maia, 26 años. EU 2024).

Este tipo de afirmaciones interpelan fuertemente las formas hegemónicas de producir conocimiento en salud mental. Frente a un modelo centrado en expertos, diagnósticos y categorías clínicas, las jóvenes proponen una lectura compleja, situada y profundamente crítica de los dispositivos. Su palabra no es sólo denuncia, sino también propuesta: nombran lo que falta, lo que duele, pero también lo que podría ser distinto.

A su vez, estas formas de saber están atravesadas por lo que Fricker (2007) define como injusticia epistémica, es decir, la desautorización sistemática de ciertos sujetos como portadores legítimos de conocimiento. En salud mental, esta injusticia se expresa cuando la voz de las usuarias

es puesta en duda, relativizada o directamente anulada por profesionales o instituciones. Ser joven, mujer, pobre y usuaria de servicios de salud mental es, muchas veces, garantía de que tu palabra será escuchada con sospecha, o traducida a otros lenguajes que despojan de sentido a la experiencia vivida.

En este contexto, generar espacios donde el testimonio circule libremente, sin juicios ni traducciones forzadas, es una forma de resistencia epistémica. Las mujeres jóvenes no solo comparten lo que vivieron: construyen una narrativa colectiva que confronta las lógicas del silencio, del aislamiento y del estigma. En cada relato, en cada gesto de confianza, se habilita la posibilidad de otro modo de hacer salud mental: uno donde el saber no baje de la academia, sino que emerja del encuentro entre cuerpos, memorias y territorios.

“No quiero que esto le pase a otras. Por eso hablo”. (Tiziana, 16 años. EU 2023).

Esta última frase, compartida al cierre de uno de los Encuentros, condensa el potencial político del testimonio. Hablar no solo como catarsis, sino como forma de trazar un horizonte común. En un mundo donde ciertos cuerpos y voces son sistemáticamente negados, decir lo propio –en los propios términos– es ya un acto transformador.

6. Conclusiones y proyecciones: hacia una salud mental comunitaria situada y transformadora

Las trayectorias narradas por mujeres jóvenes en los Encuentros de Usuaries de 2023 y 2024 ofrecen un mapa complejo y vital de experiencias en salud mental atravesadas por múltiples dimensiones: género, edad, clase, territorio, maternidades, corporalidades y vínculos. Lejos de constituir relatos lineales o individuales, estos testimonios ponen en evidencia las condiciones estructurales que configuran el acceso, la permanencia y la calidad del acompañamiento que reciben.

A lo largo del capítulo se mostraron las principales barreras institucionales, tales como la discontinuidad de la atención, la lejanía geográfica de los dispositivos, la medicalización sin escucha o la falta de reconocimiento de las decisiones propias de las usuarias. Estas barreras refuerzan desigualdades de base y dificultan la construcción de vínculos terapéuticos sostenidos. Tal como lo plantean Hoyos y Nejamkis (2013) y Alvarado (2014), las políticas públicas en salud mental deben adoptar una perspectiva integral de accesibilidad, que contemple no sólo la dimensión territorial, sino también la simbólica, vincular y subjetiva.

Sin embargo, los relatos también nos invitan a mirar las estrategias de resistencia que las jóvenes despliegan: el sostén entre pares, la apropiación de los espacios, el valor de la escucha y la afirmación de prácticas subjetivas que no responden a los guiones institucionales. Estas formas de estar en el mundo desafían la idea de que las usuarias de salud mental son personas en una situación de pasividad o carentes, y reafirman su lugar como productoras de sentido y redes comunitarias.

Los relatos recuperados también muestran que las instituciones de salud mental operan muchas veces desde modelos normalizadores, centrados en el control o la productividad. Las jóvenes interpelan esos marcos y construyen otras formas de cuidar(se), dignificarse y construir comunidad. Este desplazamiento puede leerse también en términos políticos. Como plantea Svampa (2008), las prácticas comunitarias que emergen en los márgenes –donde el Estado muchas veces no llega o lo hace de manera fragmentada– producen modos alternativos de reproducción de la vida, basados en la reciprocidad, el cuidado colectivo y el sostenimiento entre iguales.

En este mismo sentido, las políticas dirigidas a las juventudes suelen estar atravesadas por lógicas tutelares que oscilan entre el control y la omisión. Las jóvenes que participaron de los Encuentros desafían esa mirada al exigir no solo presencia institucional, sino también participación, escucha y reconocimiento como sujetas activas. Sus testimonios

muestran que desean y demandan formar parte de las decisiones que afectan sus vidas.

Desde una perspectiva de derechos y salud integral, este capítulo aporta a una lectura situada que reivindica la pluralidad de experiencias de las mujeres jóvenes en los servicios de salud mental. Como señala Tajer (2018), las políticas de cuidado deben ser capaces de alojar la diversidad de trayectorias y cuerpos, sin imponer trayectos únicos de “normalización” ni limitar el cuidado a lo individual o lo terapéutico.

Los aportes desarrollados en este capítulo permiten tensionar y complejizar los marcos vigentes de la salud mental comunitaria desde la experiencia situada de mujeres jóvenes. En primer lugar, se afirma la centralidad de la escucha activa, el acompañamiento sostenido y la creación de vínculos entre pares como pilares fundamentales del cuidado subjetivo, en contraposición a las lógicas de intervención centradas en el control, la medicalización y el individualismo.

Esta perspectiva pone en cuestión los marcos institucionales que imponen trayectorias estandarizadas de inserción, autonomía o “progreso”, muchas veces desligadas de los tiempos, deseos y condiciones de vida de las usuarias. En este sentido, se destaca la urgencia de construir políticas públicas que sean sensibles al género, a las desigualdades territoriales y a las condiciones materiales de existencia, evitando reproducir esquemas de exclusión bajo nuevas formas.

Como líneas futuras de trabajo, resulta imprescindible profundizar una perspectiva interseccional que permita incorporar las voces históricamente silenciadas de mujeres indígenas, migrantes, trans, rurales y con discapacidades, ampliando así el campo de análisis y de acción. Asimismo, se vuelve prioritario estudiar críticamente los efectos subjetivos de la medicalización en mujeres jóvenes, especialmente cuando esta opera sin procesos de escucha ni participación real.

Finalmente, se propone avanzar hacia la creación de prácticas institucionales que promuevan la participación activa de las usuarias en el

diseño, implementación y evaluación de las políticas que las afectan, reconociendo sus saberes como legítimos y transformadores. Es fundamental fortalecer la formación de profesionales en género, diversidad y perspectiva interseccional para garantizar abordajes sensibles y contextualizados. También es urgente consolidar y ampliar espacios mixtos de participación con enfoque de género, que garanticen la inclusión, el reconocimiento y la co-construcción de saberes.

Las trayectorias complejas y las diversas formas de cuidado que emergen desde las jóvenes usuarias invitan a repensar el sistema de salud mental no sólo como un espacio de atención sino como un territorio de transformación social, donde las mujeres jóvenes no sean solo destinatarias de un servicio, sino protagonistas activas de sus procesos de cuidado y emancipación.

En conclusión, no se trata solo de asistir, sino de ser escuchadas, reconocidas y habilitadas para transformar sus propias vidas y el sistema que las atraviesa. Las voces aquí amplificadas señalan un camino posible hacia una salud mental comunitaria situada, que articule derechos, cuidados, autonomía y redes de apoyo, desde y para las mujeres jóvenes.

Referencias bibliográficas

- Alvarado, C. (2014). *Salud mental comunitaria: Perspectivas y desafíos*. Lugar Editorial.
- Boaventura de Sousa Santos. (2010). *Epistemologías del Sur: La reinención del conocimiento y la emancipación social*. Siglo XXI Editores.
- Butler, J. (2007). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad* (5ª ed.). Paidós.
- Diker, A., & Kaplan, E. (2001). Trayectorias institucionales fragmentadas: una aproximación crítica a los circuitos de atención en salud mental. *Revista de Salud Mental*, 24(3), 45-59.

- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.
- Hoyos, S., & Nejamkis, M. (2013). Accesibilidad integral en servicios de salud mental: dimensiones simbólicas y materiales. *Salud Colectiva*, 9(2), 213-225.
- Jelin, E. (2002). *Los trabajos de la memoria*. Siglo XXI Editores.
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. En G. Cano & E. Dussel (Eds.), *Colonialidad, género y feminismos: perspectivas latinoamericanas* (pp. 111-143). CLACSO.
- Míguez, D. (2010). *Trayectorias institucionales en salud mental: fragmentación y discontinuidades*. Editorial Universidad Nacional de La Plata.
- Míguez, D. (2017). Trayectorias interrumpidas y políticas públicas de juventudes: una lectura crítica desde la salud mental. *Revista Latinoamericana de Estudios Sociales*, 32(1), 78-94.
- Palomar, M. (2020). *Maternidades en contextos de vulnerabilidad: Saberes, afectos y prácticas de cuidado*. Editorial Universidad Nacional de Rosario.
- Portocarrero, R. (2021). *Maternidades, género y salud mental: miradas críticas desde la psicología social*. Lugar Editorial.
- Segato, R. L. (2013). *La crítica de la violencia y la memoria feminista*. Tinta Limón.
- Segato, R. L. (2014). *Las nuevas formas de violencia contra las mujeres y su expresión en el cuerpo*. Siglo XXI Editores.
- Sibilia, P. (2005). *La intimidad como espectáculo: Ensayo sobre la domesticación de la sensibilidad*. Ediciones Manantial.
- Svampa, M. (2008). *Cambio de época: Movimientos sociales y poder político*. Siglo XXI Editores.
- Tajer, D. (2018). *Género y salud: políticas en acción*. CLACSO.
- Tajer, D. (2020). Judicialización del consumo y control social: perspectivas desde la salud mental y género. *Revista de Estudios Feministas y Salud*, 15(2), 45-67.

5. ACCESO A LA SALUD MENTAL EN MUJERES ADULTAS:

Barreras, desigualdades y estrategias colectivas

María Luján Bassi

1. Introducción

El acceso a la salud integral constituye hoy uno de los principales desafíos del campo sanitario, especialmente en lo que respecta a la salud mental. Desde una perspectiva crítica, la salud no puede reducirse a una condición individual ni exclusivamente biomédica, sino que debe entenderse como un proceso histórico y social atravesado por relaciones de poder, condiciones materiales de existencia y estructuras de desigualdad que inciden en los modos de enfermar, atender y cuidar.

Si bien el acceso a los servicios de salud ha sido abordado por referentes del campo de la salud comunitaria y de la salud mental, es importante destacar que este ocupa un lugar central en la agenda de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Ambas instituciones reconocen el acceso a la salud como un derecho universal que debe garantizar la atención integral, continua y de calidad, orientada a responder a las necesidades de las personas y a reducir las desigualdades sociales en salud (Dmytraczenko & Almeida, 2015). Sin embargo, el acceso no puede ser entendido únicamente como la disponibilidad de servicios, sino como un proceso complejo que exige considerar las

dimensiones culturales, subjetivas y simbólicas que atraviesan a quienes transitan los dispositivos de salud mental.

En este marco, el presente capítulo propone recuperar las voces de las mujeres adultas¹⁹ usuarias de los servicios de salud mental en la ciudad de Córdoba, poniendo en el centro sus experiencias situadas. A partir de los Encuentros de Usuaris de 2023 y 2024, se reconstruyen sus trayectorias institucionales, se identifican las barreras que condicionan el acceso a la atención, así como las estrategias personales y colectivas que despliegan para habitar, resistir y resignificar su tránsito por los dispositivos. De este modo, se busca dar cuenta de los sentidos que las propias mujeres atribuyen a su padecimiento, al cuidado y a los vínculos, lo que posibilitará ampliar la comprensión sobre la accesibilidad más allá de las definiciones normativas o técnicas.

En este sentido, los estudios feministas han evidenciado que las desigualdades de género no solo afectan las condiciones de vida de las mujeres, sino que también modelan formas específicas de padecimiento subjetivo. Las experiencias de discriminación, sobrecarga de tareas de cuidado, violencia simbólica y exclusión de derechos inciden en la salud mental de las mujeres, configurando trayectorias marcadas por el sufrimiento, la culpa y la autoexigencia. Tal como señala Linardelli (2015), en contextos patriarcales, los mandatos sociales de feminidad producen una mayor vulnerabilidad psíquica, naturalizan malestares específicos como femeninos y refuerzan su medicalización. Desde esta perspectiva, resulta indispensable incorporar la perspectiva de género como categoría crítica para comprender las formas en que se produce, se nombra y se trata el padecimiento de las mujeres en los dispositivos de salud mental.

19. La categoría “mujeres adultas” incluyó a aquellas personas que se autopercibían como mujeres (cis y trans), en un rango etario de entre 45 a 70 años.

Los resultados que analizamos a continuación emergen de los Encuentros de Usuarios de Salud Mental de la ciudad de Córdoba, realizados en 2023 y 2024. Con el objetivo de incorporar una perspectiva interseccional, conformamos distintos grupos focales organizados en función del género y la edad de las personas usuarias. En este trabajo retomamos específicamente los aportes surgidos de los grupos de mujeres adultas de entre 45 y 70 años, que coordinamos desde una lógica horizontal y de cuidado, promoviendo un espacio de cercanía, intimidad y escucha activa. En el caso de estas mujeres adultas, encontramos que sus trayectorias se ven atravesadas por mandatos de género, desigualdades estructurales y formas específicas de regulación de sus cuerpos y subjetividades, que inciden tanto en la forma en que experimentan el padecimiento como en las posibilidades de ser escuchadas, cuidadas o legitimadas en el espacio sanitario.

2. El costo afectivo del encierro: vínculos y barreras simbólicas

Los dispositivos de salud mental no son espacios neutros: operan atravesados por relaciones de poder, desigualdades sociales y mandatos de género que configuran de manera desigual la experiencia del padecimiento y del cuidado. Para muchas mujeres adultas, las instituciones aparecen como único refugio posible frente a condiciones extremas de vulnerabilidad, pobreza o desamparo.

Yoma y Burijovich (2023) sostienen que el sistema de salud, lejos de cuestionar o revertir las condiciones sociales que generan los padecimientos subjetivos de las mujeres, tiende a medicalizar y a invisibilizar sus malestares. De este modo, contribuye a perpetuar las desigualdades de género y las iniquidades en salud que afectan a este grupo poblacional de manera diferencial, injusta y evitable.

Siguiendo a Bianchi y Sabin Paz (2023), las razones de internación asociadas a contextos de exclusión social también involucran diferentes situaciones, entre ellas problemas habitacionales y de vivienda, contextos

de pobreza, ausencia de red familiar, apoyo y/o cuidados, y situaciones de calle. Es por ello que los motivos que llevan a una internación no deberían abordarse de manera aislada, ya que suelen combinarse múltiples elementos superpuestos e interrelacionados, que adquieren distintos niveles de relevancia en función de la situación particular de cada mujer.

“Toda mi problemática estaba en mis ámbitos familiares, sociales, de mi divorcio, que no podía vender la casa. Médicos, psicólogos, asistentes sociales, todos, me consiguieron ahí para que yo esté en ese lugar y me llevaron en taxi a conocer la casita (...). Me prepararon para ir. Fui contenta, me dieron la bienvenida, yo no tenía donde estar y ahí empecé a organizarme la vida (...). Pero bueno, no veo a mis hijos, no veo a ningún familiar, pero ahí adentro me tienen tranquila, estoy medicada (...), busco resolver todas mis dificultades”. (Carolina, 48 años. EU 2024).

Este testimonio resalta, por un lado, todo lo que puede habilitar un equipo que acompaña de manera presente y respetuosa: la posibilidad de organizar la vida cotidiana, retomar proyectos personales, sentirse escuchada y contenida. Pero, por otro, aparece con fuerza el impacto que tienen ciertas prácticas institucionales que –sin nombrarse como tales– generan distancia, silencian vínculos y desarman redes afectivas, especialmente cuando se trata del lugar que las mujeres ocupan como madres.

Por su parte, Yoma, Buhlman y Buriyovich (2021) destacan tres aspectos relevantes: por un lado, que la internación pone en evidencia el lugar de la mujer como cuidadora; por otro lado, que la tríada mujer-madre-usuaria del hospital monovalente, expone la ausencia de políticas integrales e intersectoriales con perspectiva de género que contemplen tales entrecruzamientos; finalmente, que ellas enfrentan con frecuencia la pérdida de vínculos con sus hijos y lazos familiares.

“Del hospital no me gusta que no podés ver a tus hijos. A mis hijos no los pude ver porque se demoran en hacerte los trámites (...) Fui una sola vez y hasta el día de hoy no he podido verlos. Me dicen que no puedo verlos porque tengo que hacer trámites para ver en qué barrio viven mis hijos, si el barrio es feo (...) Mis hijos no tienen plata para venir a visitarme”. (Viviana, 56 años. EU 2024).

Este conjunto de barreras evidencia una lógica institucional que desarticula los vínculos afectivos en nombre del tratamiento, la seguridad o la normalización, mientras traslada la responsabilidad por esa ruptura a las propias mujeres o a su entorno. Como señalan Lenta y Fazzini (2023), muchos dispositivos continúan operando desde una estructura paternalista y androcéntrica, que no reconoce a las mujeres como sujetas de derecho ni como ciudadanas plenas, sino como “pacientes” cuya vida debe ser regulada, controlada o contenida.

En esta misma línea, Tajer (2020) advierte que, en el caso de mujeres con discapacidad y padecimientos psíquicos, se parte de la presunción de que no son aptas para ejercer tareas de cuidado. Lejos de ofrecer apoyos que fortalezcan su capacidad de agencia o acompañen el ejercicio de la maternidad, el sistema tiende a separarlas de sus hijos apelando a supuestos riesgos que no siempre se fundamentan en hechos concretos, sino en prejuicios imperantes.

Como aporte a este análisis, el Informe SESPAS (2020) alerta sobre la medicalización diferencial del sufrimiento de las mujeres y la tendencia a invisibilizar sus trayectorias vitales, afectivas y comunitarias, bajo un modelo de atención centrado en la prescripción y el encierro. La distancia forzada con los hijos u otras figuras significativas, lejos de funcionar como recurso terapéutico, opera como una barrera simbólica y estructural que empobrece la experiencia de cuidado y profundiza el aislamiento.

“Tengo un hijo que es mayor, tiene 27 años, pero no lo veo. En el ámbito de abogados, de la justicia, no me supieron ayudar (...). Yo no me hice entender porque hacía mal tratamiento. Ahora, estando en la casa de medio camino, yo veo otra perspectiva de la realidad, pero ha pasado mucho tiempo. Si yo hubiese estado en la casa antes hubiese resuelto la problemática”. (Romina, 51 años. EU 2024).

Aquí, el relato no sólo visibiliza la internalización de una narrativa de culpa y responsabilidad individual, donde se asume que no haber accedido antes al tratamiento fue la causa de la pérdida del contacto con su hijo. Esta forma de significar la experiencia está profundamente atravesada por mandatos de género, que colocan a las mujeres en el lugar de cuidadoras emocionalmente disponibles y responsables del bienestar ajeno, incluso en condiciones de padecimiento psíquico.

Siguiendo a Bianchi y Sabin Paz (2023) la maternidad aparece como un factor determinante en los procesos de internación y externación psiquiátrica. La presencia de hijos y el supuesto de haber fallado en el rol materno son interpretadas por los equipos profesionales tanto como una razón para internarse, como también un motivo para propiciar el alta lo antes posible, una vez alcanzada cierta estabilidad, con el objetivo de que las mujeres regresen al hogar y retomen las tareas de cuidado. Como bien mencionan Valero y Faraone (2013), la internación emerge como una construcción (desde múltiples actores) vinculada a una única salida posible.

Para Ana María Fernández (2005), el dispositivo cultural de la culpa femenina articula los imaginarios de maternidad, sacrificio y padecimiento, construyendo a la mujer como sujeto moralmente responsable de sostener los vínculos familiares aún en contextos de violencia o desigualdad.

“Hace trece años que estoy internada en SN y no veo a mi familia”. (Lucía, 49 años. EU 2023).

En las narrativas recogidas durante los Encuentros de Usuaries, emerge con fuerza la dimensión afectiva del encierro: muchas mujeres relatan cómo la separación de sus hijos y seres queridos se vivió como una sanción implícita, sostenida en mandatos culturales que siguen asociando el cuidado al espacio doméstico y deslegitiman a las mujeres con padecimiento psíquico en su rol materno y familiar (Bianchi & Sabin Paz, 2023).

Para Valero y Faraone (2013) el rol genérico de la madre está fundado en un forzado argumento de naturaleza biológica en asociación a una concepción universalizante que asigna las responsabilidades reproductivas y de cuidado y crianza de los hijos como funciones naturales y exclusivas de la mujer-madre. Sin embargo, la institucionalización no sólo deteriora las redes preexistentes, sino que además impone obstáculos materiales y simbólicos –como la lejanía geográfica, la falta de permisos y la arbitrariedad administrativa– que debilitan las relaciones de cuidado y los vínculos significativos (CELS, 2021).

En el plano de los vínculos y lazos afectivos, las mujeres relatan que las instituciones tienden a desarticular sus redes familiares y sociales, erosionando su rol como madres y como cuidadoras, al tiempo que refuerzan el estigma asociado a fallar en los mandatos tradicionales de género. Según Amigot y Pujal (2009), el género organiza las relaciones afectivas imponiendo normas de disponibilidad emocional, abnegación y maternidad que, cuando no se cumplen según lo esperado, son sancionadas mediante prácticas disciplinantes, explícitas o simbólicas. Así, el despojo de vínculos que narran las mujeres no sólo responde a la lógica institucional, sino también a los modos en que las relaciones de género han configurado las expectativas y los castigos sociales hacia ellas.

Los testimonios que analizamos permiten identificar que las barreras de acceso se materializan también en prácticas institucionales que afectan las trayectorias vinculares de las mujeres, reforzando el estigma, la deslegitimación y la culpa. En este sentido, sostenemos que la perspectiva de

género en salud mental no puede limitarse a ajustar intervenciones clínicas, sino que debe problematizar las formas en que distribuimos, significamos y vivimos el cuidado quienes transitamos los dispositivos.

3. Condiciones materiales y desigualdades en el acceso

El acceso efectivo a los servicios de salud mental no depende únicamente de la existencia formal de dispositivos o prestaciones, sino de las condiciones concretas en las que las mujeres usuarias pueden ejercer su derecho a ser atendidas con dignidad. Estas condiciones están profundamente atravesadas por desigualdades estructurales de género: precariedad habitacional, ingresos bajos o nulos, sobrecarga de cuidados y dependencia económica. Estos factores no solo limitan la capacidad de las mujeres para trasladarse o sostener sus tratamientos, sino que también refuerzan su subordinación en las decisiones sobre su propia vida y su salud. Como advierten Valero y Faraone (2023), estas desigualdades configuran verdaderas “capas de violencia”, donde las condiciones materiales, simbólicas e institucionales se superponen, profundizando la exclusión y el sufrimiento.

En las trayectorias de las usuarias, emergen con fuerza las barreras geográficas, económicas y simbólicas que las obligan a sostener su atención a costa de su autonomía, sus recursos y sus vínculos. Estas barreras, lejos de ser inevitables, son producto de prácticas institucionales que reproducen la lógica manicomial, aún en ámbitos comunitarios o alternativos, que naturalizan relaciones de dependencia y sometimiento (CELS, 2021).

Los relatos dan cuenta de esta realidad: las dificultades para cubrir traslados y la ausencia de políticas efectivas que garanticen transporte gratuito afectan la continuidad de los tratamientos.

“A mí me han hecho todo el trámite de la tarjeta para viajar en colectivo, pero no me la han autorizado, no sé por qué.
—¿Y cómo hacés para ir si no tenés la tarjeta?
—En remis, pero es caro. Cada una lo paga con su platita”.
(Rebeca, 53 años. EU 2024).

La situación descrita muestra que la vulneración de derechos que debieran estar garantizados –como la gratuidad del transporte para personas usuarias– evidencia las barreras estructurales que persisten en la práctica y desplaza la carga hacia las propias mujeres, que deben resignar otras necesidades para poder sostener la atención. Lejos de promover autonomía, la institución las coloca frente a nuevas formas de vulnerabilidad económica. Estos tipos de obstáculos son invisibles en los discursos normativos, pero son centrales en la experiencia cotidiana de quienes transitan los dispositivos.

Este tipo de prácticas institucionales, resultan manifestaciones sistemáticas de una lógica tutelar que asume que las mujeres no son capaces de administrar sus propios recursos económicos. Como evidencian los testimonios, esta dinámica refuerza relaciones de poder que despojan a las mujeres de su autonomía económica y las mantienen en un estado de dependencia y subordinación.

“Lo que no me gusta de la casita es el manejo de la plata, que la manejan ellos. Los enfermeros. Todos los meses nos sacan \$70.000 que son supuestamente para pagar lo del agua, del gas, nos retiran esa plata.

—¿Ellas cobran las pensiones de ustedes?

—Sí, ellas manejan las tarjetas. Si les pedimos nos dan, pero te dan poco.

—¿Los profesionales las escuchan cuando plantean el tema de lo económico?

—Es que tenemos miedo, nos tratan mal, nos contestan mal”.

(Paola, 58 años. EU 2024).

El CELS (2021) describe este tipo de dinámicas como prácticas tuteladas y abusivas que, aunque normalizadas, vulneran derechos fundamentales y socavan las posibilidades de autonomía económica y subjetiva. Es así como Valero y Faraone (2023) mencionan que los tratos genéricos e impersonales legitiman la exclusión y la dependencia,

naturalizando un estado de subordinación como si fuera parte inevitable del padecimiento psíquico.

En clave de género, estas prácticas revelan que la vulneración económica no es neutral: se inscribe en relaciones históricas que han asignado a las mujeres una posición subordinada en lo económico y dependiente en lo afectivo. Las usuarias no sólo enfrentan barreras materiales objetivas, sino que también ven cuestionada su capacidad de tomar decisiones, administrar dinero y sostener vínculos familiares, precisamente porque el estigma social las despoja de su condición de ciudadanas plenas.

Este punto es especialmente problemático cuando se considera la contradicción con el marco normativo nacional en vigencia dado por la Ley N° 26657, que establece en su artículo 7 que las personas usuarias deben mantener todos sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales durante la atención. Aun así, entendemos que la sanción de una ley no resulta ser condición suficiente para su traducción en políticas públicas y la instauración de cambios efectivos en acciones (Faraone, 2012).

Reconocer estas desigualdades como “capas de violencia”, tal como lo plantean Valero y Faraone (2023), implica entender que no son fallas aisladas ni inevitables, sino resultado de relaciones sociales y culturales que reproducen la opresión en múltiples niveles: en lo económico, en las prácticas cotidianas, en el trato profesional y en las políticas públicas. En relación con las condiciones materiales y las desigualdades en el acceso, las mujeres también evidencian que las instituciones reproducen jerarquías económicas y limitan su autonomía. La administración tutelar de sus pensiones y peculios, la imposibilidad de decidir sobre su propio dinero o de pagar sus traslados son ejemplos de la manera en que el género como dispositivo de poder desubjetiva a las mujeres negando su capacidad de agencia económica.

“Nosotros tenemos un gran problema, nos dejaron sin auto hace casi un año y no podemos conseguir... hemos presentado toda clase de notas en medios (...) pero no nos dan autos, así que nos tenemos que arreglar como podemos”. (Adriana, 49 años. EU 2023).

“El año pasado iba el transporte, tocaba bocina, salíamos, nos llevaba y nos traía. Y ahora ya hace un año que no”. (Gisela, 55 años. EU 2023).

Lo que estos relatos muestran con claridad es que las barreras económicas y simbólicas no sólo limitan el acceso a la atención, sino que también socavan la dignidad y la subjetividad de las mujeres. Pensar otras formas de cuidado, más horizontales y respetuosas, es el desafío que estos testimonios nos interpelan a asumir.

4. Estrategias y sentidos: lo colectivo como resistencia

Las experiencias compartidas por las mujeres en los Encuentros de Usuaries muestran que, incluso dentro de dispositivos institucionales atravesados por lógicas tutelares, ellas elaboran estrategias colectivas para sostenerse, escucharse y resignificar su malestar. Aprender un oficio, organizar salidas y generar lazos entre pares son formas de recuperar agencia y construir sentido allí donde la institucionalización tiende a homogeneizar y silenciar. Tal como plantea Esteban (2003), asumir el género como categoría analítica permite visibilizar que estos gestos cotidianos son también resistencias a las jerarquías y a las relaciones de poder que configuran la atención en salud mental. Desde esta clave, lo comunitario emerge como un territorio político donde las mujeres reconstruyen su subjetividad y cuestionan los sentidos impuestos a su experiencia.

Para Galende (2008) las instituciones no son sólo espacios físicos sino también matrices simbólicas que moldean identidades, organizan

significados y regulan comportamientos de quienes las habitan. Esta producción institucional tiende a configurar una subjetividad forzosa, caracterizada por la obediencia, la pasividad y la aceptación de jerarquías, lo cual anula en muchas ocasiones la singularidad y la creatividad del sujeto.

Frente a las barreras materiales y simbólicas que atraviesan las mujeres en su tránsito por los dispositivos institucionales, los espacios colectivos aparecen como escenarios de resistencia y de producción de sentidos alternativos. Las mujeres que participaron de los Encuentros destacaron que estos ámbitos les permiten construir nuevas formas de habitar su padecimiento y recuperar su voz, su agencia y sus vínculos, no solo como destinatarias pasivas de cuidado, sino como protagonistas activas de procesos colectivos.

“Yo siento mucha contención, me gusta que estoy aprendiendo costura, algo que me va a hacer bien el día de mañana para poder emprender un camino. Cuando he tenido alguna dificultad, lo he hablado con algún profesional en particular y yo particularmente tengo mucha contención”. (Mercedes, 60 años. EU 2024).

En estos testimonios, la idea de contención no remite a una tutela institucional, sino a la construcción horizontal de confianza y apoyo mutuo. Como señalan Fernández, Serra y Grup de Dones de Radio Nikosia (2020), estos espacios colectivos logran habilitar una vivencia distinta, en donde la coordinación –entendida como una escucha porosa, respetuosa y facilitadora, más que como control o disciplina– es clave para sostener estos procesos sin invadir ni imponer y, al mismo tiempo, como una apuesta a reconstruir vínculos comunitarios sin que el diagnóstico condicione la posibilidad de pertenecer.

“Somos un grupo muy compacto, nos ayudamos el uno con el otro. Eso es lo que tenemos nosotros, somos un grupo de 10,

a veces somos 12 y somos muy compañeros, o sea, si falta algo lo ponemos entre todos”. (Fabiana, 51 años. EU 2023).

Este relato refuerza la idea de que la dimensión colectiva no solo es terapéutica, sino también política: habilita un lugar de pertenencia, confianza y horizontalidad donde las mujeres pueden politizar su malestar, compartir experiencias, generar lazos y disputar el estigma.

Las salidas culturales, las actividades grupales, las redes de apoyo y la posibilidad de compartir fuera de la lógica de encierro producen subjetividades distintas, donde las mujeres se reconocen como ciudadanas con derecho a la autonomía y la participación.

“Siempre tenemos salidas, hemos ido a los museos, a ferias del libro, un montón de salidas”. (Mariela, 56 años. EU 2024).

En definitiva, los espacios colectivos se revelan como un lugar de resistencia que ofrecen a las mujeres la posibilidad de habitar sus malestares desde una lógica digna y emancipadora.

Podemos leer las experiencias colectivas que las mujeres construyen en los dispositivos no solo como espacios de apoyo, sino también como grietas en las tramas de poder que las han constituido históricamente como sujetos subordinados. Siguiendo a Amigot y Pujal (2009), el género puede ser comprendido como un dispositivo de poder que produce y regula las identidades y relaciones sociales a través de normas históricas y discursivas, generando subjetividades femeninas adecuadas que suelen quedar ligadas a la pasividad, la dependencia y la desposesión.

En este sentido, las estrategias colectivas de las mujeres –aprender un oficio, ayudarse mutuamente, salir al espacio público, ejercer la palabra– pueden leerse como prácticas cotidianas de resistencia y como formas de producción de sentido, identidad y autonomía que buscan desplazar las identidades impuestas y abrir posibilidades para nuevas formas de existencia (Amigot & Pujal, 2009).

Así, lo comunitario no es solamente un recurso terapéutico ni una extensión del dispositivo manicomial bajo otras formas, sino un espacio donde se disputa la producción de subjetividad, donde las mujeres se afirman como sujetos con voz propia, capaces de cuidar, sostener y crear sentido en vínculos simétricos y recíprocos. Lo comunitario, en este sentido, no es sólo un complemento de la atención institucional, sino un espacio político que permite desarmar, al menos parcialmente, las tramas de poder que sostienen la exclusión y la desigualdad.

La reconstrucción de vínculos afectivos, la búsqueda de autonomía material y la generación de estrategias colectivas se articulan como formas de resistencia ante el dispositivo de género que las había configurado como sujetos subordinados. Reconocer estas prácticas es fundamental para pensar políticas públicas y modelos de cuidado que promuevan autonomía, restituyan derechos y reconozcan la diversidad de formas en que las mujeres significan sus propias vidas.

5. Conclusiones

Las experiencias de las mujeres usuarias de los servicios de salud mental en la ciudad de Córdoba revelan que el acceso a la atención no puede entenderse únicamente como un hecho técnico-administrativo, sino como una práctica profundamente atravesada por relaciones de poder, desigualdades estructurales y lógicas institucionales que configuran modos específicos de padecer, de ser tratadas y de habitar los dispositivos.

Como hemos desarrollado a lo largo del escrito, entendemos que las instituciones de salud mental operan reproduciendo lógicas que vulneran derechos fundamentales, en donde persisten prácticas que desarticulan vínculos afectivos, perpetúan relaciones de dependencia económica y refuerzan estereotipos de género.

Sin embargo, en medio de estas barreras, las mujeres construyen formas de resistencia cotidianas. En los espacios colectivos, emergen prácticas que restituyen voz, vínculos y sentido. Estas estrategias configuran territorios

políticos donde se disputa la producción de subjetividad, se desafían las jerarquías institucionales y se crean nuevas formas de cuidado basadas en la reciprocidad, la horizontalidad y la dignidad.

En suma, este trabajo invita a repensar el acceso a la salud mental desde una clave interseccional, reconociendo que no habrá inclusión real sin transformación de las estructuras que históricamente han subordinado a las mujeres. Como sostiene Tajer (2017) escuchar sus voces, reconocer sus estrategias y poner en valor sus prácticas de cuidado mutuo no solo es un acto de justicia, sino una condición necesaria para construir modelos de atención más humanos, más justos y profundamente emancipadores.

Referencias bibliográficas

- Amigot, P., & Pujal, M. (2009). Una lectura del género como dispositivo de poder. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, (40), 1–24. <https://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/amigot.pdf>
- Bianchi, E., & Sabin Paz, L. (2023). *Género, salud y educación permanente: una mirada crítica a las prácticas institucionales*. Editorial Universidad Nacional de Lanús.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (2021). *Relaciones vinculares en instituciones psiquiátricas: el derecho a la vida familiar y a la vida íntima*. CELS.
- Congreso de la Nación Argentina. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*. Boletín Oficial, 3 de diciembre de 2010. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/32829/20101202>
- Dmytraczenko, T., & Almeida, G. (2015). *Medición de la cobertura universal de salud en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7691>
- Esteban, M. L. (2003). El género como categoría analítica en las ciencias sociales. En M. L. Esteban (Ed.), *Identidades, cuerpos y género* (pp. 23-46). Bellaterra.

- Faraone, S. (2012). El acontecimiento de la ley nacional de salud mental. Los debates en torno a su sanción. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 2(4).
- Galende, E. (2008). Conferencia: Desmanicomialización y políticas de salud mental en Argentina. *Jornadas Nacionales de Salud Mental y Derechos Humanos*. Buenos Aires: Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo.
- Lenta, M. M. (2021) Perspectiva de género, diversidad e interseccionalidad en los actos de salud. *Rev Arg Med*, 9(3), 141-145 <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s26184311/rutojra3f>.
- Lenta, M. M., & Fazzini, J. (2023). Género, salud y educación permanente: necesidades, obstáculos y posibilidades del sistema público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Valero, V., & Faraone, M. (2023). *Las capas de la violencia: género, encierro e instituciones psiquiátricas*. Secretaría de Derechos Humanos de la Nación.
- Yoma, S.M.; Buhlman, S. & Burijovich, J. (2021). Aun no estamos todas... a algunas no nos ven. Las mujeres en los hospitales psiquiátricos. En: Herrera, M., Fernández, S., De La Torre, N. (Dir.). *Políticas públicas y multidisciplinas. Tratado de géneros, derechos y justicia* (pp. 151-166.). Rubinzal Culzoni.
- Yoma, S., & Burijovich, J. (2023). Las múltiples desigualdades en salud. En M. I. Peralta & P. Gramaglia (Comps.), *Desigualdades, territorios y política(s)*, (pp. 20-26). Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.

6. JÓVENES EN CONFLICTO:

Entre el sistema penal y los servicios de salud mental

José Ignacio Páez e Ignacio Puigdomenech Makowski

1. Introducción

En este trabajo nos proponemos analizar las condiciones de acceso y las barreras presentes en los servicios de salud mental a partir de las experiencias y trayectorias de las personas usuarias, en particular de varones jóvenes con distintos recorridos institucionales.

En una primera instancia, introducimos una breve contextualización y categorías conceptuales relevantes para el abordaje del campo, entendidas como una “caja de herramientas” destinada a visibilizar y explicitar los posicionamientos epistémicos que orientan el trabajo del equipo investigador. Posteriormente, presentamos resultados parciales provenientes de la indagación realizada en el 5° y 6° Encuentro de Usuarios de los Servicios de Salud Mental de Córdoba (EUSSMC)²⁰, con especial atención a los itinerarios institucionales de jóvenes varones. Finalmente, compartimos algunas reflexiones preliminares, dado que el presente capítulo es el resultado de un proceso de investigación de carácter exploratorio y que los aspectos metodológicos fueron presentados en el tercer capítulo de esta obra colectiva.

20. Realizados en los años 2023 y 2024 respectivamente.

2. Contextualización

En Argentina, hacia finales del 2010, se sancionaron la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 y, en Córdoba, la Ley Provincial N° 9848. Ambas normativas establecen la necesidad de transformar el sistema de atención al prohibir la creación de nuevos hospitales monovalentes –o manicomios– y promover su adaptación hasta su reemplazo por una red de servicios centrados en la comunidad. Asimismo, reconocen el padecimiento como un proceso multi determinado e incorpora a las adicciones dentro de las políticas de salud mental (Yoma & Buriyovich, 2023), lo que permite encuadrar a las problemáticas de consumo bajo la órbita de la salud en el Estado y no en el área penal.

El enfoque de derechos que consagran estas legislaciones no sólo prevé la obligación de disponibilidad de los servicios sino también la de asegurar su “accesibilidad” universal a todas las personas sin discriminación alguna (Abramovich, 2021). A nivel nacional y local existen numerosos estudios que trabajan a partir de la noción de “barreras de acceso” en el campo de la salud (Comes & Stolkner, 2005; Comes et al. 2007; Solitario, Garbus & Stolkner, 2008; Buriyovich et al., 2014) a través de los cuales se identifican diferentes barreras que obstaculizan el acceso igualitario de diferentes grupos poblacionales a los servicios de salud y salud mental. No obstante, en Córdoba identificamos una vacancia de investigaciones que abordasen la problemática del acceso a la salud mental de manera integral, focalizando en la trayectoria de las personas usuarias, quienes a veces se encuentran atravesadas por diferentes encuadres institucionales que trascienden el ámbito de la salud. Con esta indagación nos propusimos aportar a los estudios de juventud y trayectorias sociales, al centrar la mirada en los recorridos institucionales que estos jóvenes realizan, en los cuales se entrecruzan instituciones tales como centros socioeducativos para jóvenes en conflicto con la ley penal, instituciones monovalentes de salud mental y cárceles para mayores de edad.

3. Caja de herramientas

A los fines de profundizar en la comprensión del acceso a derechos por parte de les usuaries, nos posicionamos desde un enfoque de derechos, donde les destinataries de las políticas públicas son titulares de éstos, lo que genera obligaciones al Estado y, en consecuencia, hace necesario incorporar sus voces en la producción y reformulación de las mismas (Abramovich & Pautassi, 2010). Retomamos la noción de “obligación de accesibilidad” en relación a los servicios de salud mental, considerando el principio de igualdad y no discriminación, especialmente en poblaciones que presentan mayores vulneraciones tales como jóvenes que atraviesan procesos de institucionalización psiquiátrica y penal (Abramovich, 2021). Comes y Stolkiner (2005) definen a la accesibilidad como la relación que se construye entre los servicios de salud y les usuaries, a partir de la combinación de “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (p.139). Las autoras distinguen algunos obstáculos para el acceso igualitario a los servicios de salud tales como barreras geográficas (relacionadas a las posibilidades de acceso al espacio físico), económicas (vinculadas a la capacidad adquisitiva de las personas), administrativas (dadas por la organización interna de los servicios) y simbólicas (asociadas a las representaciones e imaginarios sociales). Por otro lado, Chaves (2014) plantea que todas estas barreras encuentran, a su vez, particularidades diferenciales según el género, edad, etnia o clase social de las diferentes personas o colectivos que pretenden acceder a tales servicios.

Por otra parte, entendemos a les jóvenes en tanto construcción socio-histórica (Bourdieu, 2002), lo cual permite trascender el encuadre adultocéntrico establecido a partir de la edad cronológica, que ubica a este grupo en una especie de incompletud y moratoria social hasta llegar a la vida adulta. Por el contrario, aquí buscamos reconocer la agencia de les jóvenes a partir de sus recorridos por los dispositivos institucionales.

En este sentido, coincidimos con el planteo de Acevedo y Andrada (2010, en Acevedo, Andrada y Machinandiarena, 2018) respecto de que la sociedad occidental ha separado “la juventud” de “los jóvenes”, atribuyendo a la primera un sentido social positivo o deseado, mientras que a los segundos les adjudica adjetivaciones sociales negativas tales como peligrosos, irresponsables, delincuentes, entre otros.

Esto último nos lleva a incorporar la categoría de interseccionalidad, la cual exige contemplar que las fuentes estructurales de desigualdad (género, etnia, generación, capacidad, clase social) se articulan de manera múltiple y crucialmente simultánea en la emergencia de modalidades agravadas de exclusión, padecimiento e inequidad (Brah, 2012; Crenshaw, 1989; Platero Méndez, 2014) e, incluso, en la selectividad ante el sistema penal. En este punto, no se trata de hacer una lista inagotable de desigualdades y de ponerlas una sobre la otra, sino de atender al modo en que estos marcadores sociales atraviesan las experiencias de estos jóvenes en el acceso a la salud mental, a partir de recorridos complejos que superponen instituciones de salud mental, de jóvenes en conflicto con la ley y cárceles.

4. “En un momento uno toca fondo y necesita ayuda”

En primer lugar, resulta importante destacar que los resultados obtenidos constituyen una primera aproximación por parte del equipo a una población constituida por las dimensiones juventud-penalidad-salud mental, por lo cual lo que se presenta a continuación posee un carácter de apertura que merece ser investigado puntualmente, ya que representa un campo específico de investigación e intervención donde confluyen, por lo menos, diferentes agencias del Estado y encuadres normativos internacionales y nacionales.

En la mayoría de los relatos, el ingreso a los servicios de salud mental está ligado al consumo problemático de sustancias²¹. Algunos jóvenes manifiestan trayectorias de consumos pendulares, donde por momentos realizan tratamientos y luego tienen recaídas con desligazón de los tratamientos, actividades y espacios de atención. En otros casos, han sostenido los espacios de participación a través de internaciones, casas de convivencia, espacios sociolaborales o mediante tratamiento individual y/o grupal. Los motivos de consulta suelen estar ligados a la necesidad de frenar con el consumo, ya sea porque afecta sus relaciones familiares y socio afectivas, porque les genera conflicto con la ley penal o porque se puso en riesgo la continuidad de su vida, en lo que expresan como “tocar fondo”.

“Llevo muchos años de consumo y he buscado diferentes lugares para el cambio, ¿no? Yo llegué aquí por mi hermana, me fui hasta España para empezar de cero, pero el cambio no está a donde uno se vaya, el cambio está en uno mismo, y este lugar lo conocí gracias a Dios por mi hermana y un amigo que fue recuperado. Él le habló a mi hermana y ella me comentó. Al principio no quería, claro, pero luego en un momento que uno toca el fondo y no sé... yo sabía que necesitaba ayuda”. (Jacinto, 39 años, EU2023).

También se puede observar el entrecruce entre la situación de jóvenes que se encuentran en un proceso de tratamiento por consumo

21. Dentro del grupo se presentaron también otras situaciones para abordar tales como la discapacidad. Consideramos que tales situaciones requieren un abordaje específico que, por motivos de extensión, no será desarrollado en este capítulo. Elegimos abordar exclusivamente aquellas narraciones que se relacionan con el consumo problemático de sustancias y las prácticas de encierro vinculadas a instituciones de salud mental y el sistema penal.

problemático y que a su vez están implicados en procesos judiciales. En este sentido, Rebollo (2019) asevera que la vida de jóvenes de sectores populares de Córdoba se nutre de diversas problemáticas que atraviesan sus vidas, tales como el delito, el consumo de sustancias, la violencia, las detenciones policiales, el abuso de autoridad, entre otras. Un joven relataba:

“(...) me llevó a la justicia por situaciones que uno se manda cuando está en consumo”. (Julio, 22 años, EU2024).

A partir de este hecho delictivo, la justicia consideró que se trataba de una problemática vinculada a las adicciones y que requería una respuesta del ámbito de la salud, en concordancia con lo establecido en la Ley Nacional de Salud Mental. Siguiendo a Stolkiner (2025), “la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 y las políticas devenidas de sus principios colocan el consumo problemático de sustancias, sean legales o ilegales, en el estricto terreno de la salud y no de la seguridad” (p.31). El hecho de contar con la posibilidad de asistir a una audiencia en la cual fuera posible dialogar con el juez y llegar a un acuerdo para no ir a un penal sino a una casa convivencial donde trabajar la problemática de consumo –como fue el caso de algunos jóvenes que participaron de los grupos– permite incorporar otras agencias del Estado en definiciones relevantes para la salud mental de los jóvenes, aun cuando ya ha sido puesto en marcha el brazo judicial-penal del Estado. No obstante, resulta importante considerar lo que plantean Fernández Garbin y Salomone (2023) respecto de que a veces, dentro del sistema de justicia juvenil, se desestiman indicadores y síntomas propios de la salud mental de los jóvenes, aun cuando existen derivaciones al sistema de salud mental, lo cual obstaculiza garantizar los mecanismos para un abordaje adecuado.

5. “Para que el día de mañana salga afuera y esté bien”

Del relevamiento realizado se observa cómo los espacios recorridos marcan un itinerario de atención ligado a los procesos de salud-participación-vida cotidiana de los jóvenes. En particular, aquellos espacios en los que su transitar significó pertenencia, encuentros con pares que configuraron redes de sociabilidad-complicidad y recepción de trato adecuado por parte de los profesionales, fueron significados por los jóvenes como lugares donde continuar y quedarse:

“Estoy en un espacio que me cuidan, que cuidan de mi salud mental, cuidan de mí, que yo... de mi salud, de mi salud física, muy acompañado constantemente, como te dije recién, por psicólogos, por psiquiatras, por compañeros que se recuperaron que hoy en día son nuestros ejemplos, que son coordinadores, nuestros referentes, nuestros talleristas porque también son una parte fundamental de nosotros y siento que estoy muy cuidado ahí, siento que me ayudan de guiar mucho, ¿viste? Para que yo el día de mañana salga afuera y esté bien ¿viste? y no vuelva a lo mismo que ha estado antes. Siento que estoy cuidado”. (Mariano, 20 años, EU 2024).

En consonancia con lo anterior, dentro de esta heterogeneidad existen experiencias que consideramos como facilitadores para el acceso al derecho a la salud mental. Se destaca como denominador común entre ellas el trato digno y el bienestar que experimentan en las instituciones y espacios que atravesaron. En términos generales, los jóvenes valoran experiencias tales como dejar de consumir, encontrarse con pares para acompañarse y sostenerse, contar con atención interdisciplinaria, recibir buen trato de los profesionales, sentirse parte de una institución, adquirir herramientas para la vida que van desde el estudio y capacitaciones en oficios hasta la efectiva inserción laboral. Esto contribuye al sostenimiento del encuadre terapéutico, como así también al establecimiento de los

vínculos con les profesionales. Es necesario precisar que estas experiencias surgieron, mayoritariamente, al momento de referirse a instituciones de salud mental cuyos dispositivos son de carácter socio-comunitarios.

En el mismo sentido, se destaca el fortalecimiento de redes familiares por parte de las instituciones. Además, los vínculos con otros usuarios cobran un peso significativo, al destacar la importancia del compañerismo y sentirse “como una familia” (Mateo, 20 años, EU 2023), lo que les permite sostener sus tratamientos y acompañar a otros usuarios.

6. “Podés tener suerte y te mandan a un centro de rehabilitación”

En contraposición, también reconocieron espacios cerrados donde experimentaron hostilidad, escasa capacidad de hospitalidad y sufrieron violencia institucional.

“León: —Yo estuve en el Complejo Esperanza tres meses.

Coordinadora 1: —¿Complejo Esperanza lo hemos agregado?

Javier (18 años): —Está acá en Córdoba, está por Ruta 20, creo.

Ezequiel (24 años): —¿No es el instituto de menores?

Coordinadora 2: —Es lo que antes era el instituto de menores.

Ezequiel (24 años): —Es como la cárcel de menores. Eso ya es todo carcelario.

Matías (34 años): —¿Es el que está ahí frente al Misericordia?

[Hace referencia a la UCA]” (EU 2023).

Aquí podemos apreciar que los usuarios confunden los centros socioeducativos para jóvenes menores de edad en conflicto con la ley penal (Complejo Esperanza), con la Unidad de Contención del Aprehendido (UCA), para adultos. Esta confusión puede deberse a la diversidad de trayectorias que existen en esta población, es decir, jóvenes que transitan regularmente por instituciones ligadas a la penalidad juvenil, salud mental y sistema penal para adultos de manera secuencial o solapada. En este punto, sería importante analizar en qué medida existen diferencias,

desde la perspectiva de los usuarios, en las lógicas de funcionamiento de estos establecimientos.

En vinculación con lo dicho anteriormente fue posible identificar experiencias negativas que operan como barreras para el acceso a la salud mental reconocidas por parte de los usuarios. Por un lado, se puede observar cómo desde la perspectiva de un usuario, se percibe cierta arbitrariedad en la decisión por parte del sistema judicial respecto del destino de su inserción o no en el sistema de salud, vivenciado como algo que queda librado a la suerte:

“(...) podés tener suerte y te van a mandar a un centro de rehabilitación” (Ezequiel, 24 años, EU2023).

Las experiencias negativas fueron atribuidas mayoritariamente a los espacios de encierro, tales como centros socioeducativos para jóvenes en conflicto con la ley penal (Complejo Esperanza), cárceles (Bouwer; Unidad de Contención del Aprehendido [UCA]) y hospitales monovalentes. En estos recorridos, se destacan situaciones tales como la sobremedicación, agresiones sexuales, condiciones indignas de alojamiento y/o encierro, interrupción sostenida del vínculo usuario-profesional, abandono y deslegitimación, lo que convierte a estos lugares en iatrogénicos.

En los casos mencionados, llegaron a las instituciones de salud mental a través de contactos de familiares o cercanos que insistieron en la demanda de acceso ante un Estado que se presenta excesivamente burocrático en dar respuestas que faciliten el acceso a dispositivos terapéuticos de salud mental. Para las situaciones de usuarios que se encontraban judicializados, dicha burocracia fue considerada aún mayor, dado que se sumaban el requisito de evaluaciones del comportamiento de los usuarios como condición de acceso a los servicios. El dispositivo de la “pulsera electrónica” puede verse como símbolo donde se condensan dichas complejidades.

“Después encontramos el Programa del Sol. Bueno mi viejo lo encontró porque yo en ese momento no podía salir, tenía la pulsera también. Me he echado mocos. Y mi viejo lo buscó, encontró Programa del Sol y nos queda a cuatro cuadras de mi casa”. (Germán, 20 años, EU 2024).

“Es muy lejos, al sur. Yo tengo una pulsera, ¿viste? y es todo un tema tener la pulsera con la justicia, así que hace un año y medio ya estoy por recuperarme”. (Julio, 22 años, EU 2024).

Tras la presentación de estos fragmentos de registros de campo, se considera relevante volver sobre lo enunciado inicialmente, acerca de la importancia de la perspectiva de los usuarios en su tránsito por las diferentes instituciones del Estado. En este sentido, lo planteado por Rebollo (2019) sobre el modo en que “los efectos de trama están sumamente ligados a los efectos de estructura” (p.106), ponen de relieve que las instituciones del Estado y sus formas de organización –entre ellas el sistema de salud y sistema penal– poseen incidencia directa en las formas en que los sujetos construyen sentidos acerca del acceso o no a la salud y la justicia. Es decir, existe una relación dialéctica entre aquello que se percibe como una experiencia singular y las dinámicas con las que se organizan y resuelven las distintas dependencias del Estado.

7. Reflexiones finales

Hasta aquí se han recuperado resultados parciales del análisis sobre el trabajo realizado, indagando aquellos facilitadores y barreras respecto del acceso a los servicios de salud mental, con jóvenes varones que transitan instituciones, dispositivos socio comunitarios de salud mental, hospitales monovalentes, cárceles y centros socioeducativos para jóvenes en conflicto con la ley penal. Consideramos que sus experiencias dejan preguntas abiertas para indagar cuáles son las estrategias que emplean para sortear las barreras que se presentan a la hora de sostener los tratamientos

y la participación en distintos espacios que les permiten “salir adelante”.

Además de las recurrencias encontradas en mecanismos institucionales que operan como facilitadores o barreras, consideramos necesario avanzar en precisar, por ejemplo, las características que posee el acceso a la salud mental en jóvenes que se encuentran judicializados por conflictos con la ley penal, a los fines de diferenciarlos de otros procesos de judicialización. Finalmente, consideramos importante profundizar en el conocimiento acerca de los procesos de subjetivación política de estos jóvenes y la apropiación de las legislaciones vigentes como mecanismo para el reclamo, acceso y ejercicio de sus derechos.

Referencias bibliográficas

- Abramovich, V. y Pautassi, L. (2010). *La medición de derechos en las políticas sociales*. Editores del Puerto.
- Abramovich, V. (2021). Los derechos humanos en las políticas públicas. En Pautassi, L. y Marco Navarro, F. (Coord.) *Feminismos, cuidados e institucionalidad. Homenaje a Nieves Rico* (pp. 375-392). Fundación Medifé Edita.
- Acevedo, P., Andrada, S. & Machinandiarena, P. (2018). *Investigar e intervenir con jóvenes de sectores populares: claves conceptuales y herramientas de trabajo*. Grupo Editor Universitario.
- Bourdieu, P. (2002). La “juventud” no es más que una palabra. En *Sociología y cultura* (pp. 163-173). Grijalbo.
- Brah A. (2012). Pensando en y a través de la interseccionalidad. En: Zapata, M., García, S. & Chan de Avila, J. (Ed.) *La Interseccionalidad en debate* (pp. 14-20). Lateinamerika-Institut der Freien Universität Berlin.
- Burijovich, J., et al. (2014). La salud mental en Córdoba: entre la sanción de las leyes y su efectiva concreción. En Bonafé et al. (Comp.) *Mirar tras los muros: situación de los Derechos Humanos de las personas privadas de libertad en Córdoba* (pp. 261-338). Universidad Nacional de Córdoba.

- Chaves, M. (2014). Haciendo trámites con los pibes y las familias: barreras de acceso y micropolíticas públicas. *Escenarios*, 14(21), 15-23.
- Comes, Y. & Stolkner, A. (2005). "Si pudiera pagaría": Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Anuario de Investigaciones*, 12, 137-143.
- Comes, Y., et al. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, 14, 201-209.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine. *Feminist Theory and Antiracist Politics*, 140, 139-167.
- Fernández Garbin, N. & Salomone, G.Z. (2023). El acceso a la salud mental de jóvenes y adolescentes infractores de la ley penal. Cruces discursivos, concepciones y responsabilidad en las prácticas de intervención. *Anuario de investigaciones*, 30, 79-85.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine de Gruyter.
- Ley N° 26657. Ley Nacional de Salud Mental (2 de diciembre de 2010). Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ley N° 9848. Ley Provincial de Salud Mental (5 de Noviembre de 2010). Disponible en: https://www.justiciacordoba.gob.ar/Estatico/justiciaCordoba/files/TSJ/intervenciones_voluntarias/1%20Ley%209848%20de%20Salud%20Mental%20Provincial.pdf
- Merhy, E., Feuerwerker, L., & Silva, E. (2012). Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Salud Colectiva*, 8(1), 25-34.
- Rebollo, S. (2019). Juventudes y conflictos comunitarios. ¿Cómo pensar/hacer-se salud cuando el conflicto se impone? *Scripta Ethnologica*, 41, 96-116.

- Solitario, R., Garbus, P., & Stolkiner, A. (2008). Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. *Anuario de Investigaciones*, 15, 263-269
- Platero Méndez, R. (2014). Metáforas y articulaciones para una pedagogía crítica sobre la interseccionalidad. *Quaderns de Psicologia*, 16(1), 55-72.
- Stolkiner, A. (2025). Salud Pública y consumos problemáticos. En: Del Do, A. & Calloway, C., *Consumos problemáticos y derechos humanos: perspectivas comunitarias* (pp.15-38). Teseo.
- Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Editorial Síntesis.
- Yoma, S.M. & Buriyovich, J. (2023). Leyes de salud mental: un largo camino recorrido... y mucho por recorrer. En: Cristini, R., Echavarri, L. & Yoma, S.M., *Sujetes, derechos y políticas: claves conceptuales y experiencias situadas* (pp.84-101). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba.

7. CIUDADANÍA EN DISPUTA:

Experiencias, trayectorias y estrategias de adultos en servicios de salud mental

Agustina Urquiza Segovia

1. Introducción

El presente capítulo aborda los procesos de subjetivación y de ejercicio de ciudadanía en un grupo de varones adultos usuarios de servicios de salud mental de la ciudad de Córdoba, quienes participaron en los Encuentros de Usuarios de Salud Mental de 2023 y 2024. Los participantes se encontraban en el rango etario de 42 a 73 años y, en su mayoría, carecían de cobertura de obra social, por lo que accedían a la atención principalmente a través de instituciones públicas de salud mental. La totalidad de los varones adultos incluidos en este estudio tenía antecedentes de internación en salud mental, algunos previos y otros posteriores a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26657, lo que permitió analizar la transformación de sus trayectorias en el marco de los cambios normativos y de la progresión hacia enfoques comunitarios.

En relación a este colectivo, identificamos que la literatura existente sobre salud mental en Argentina se centra principalmente en análisis generales de personas usuarias, que invisibilizan la experiencia de varones adultos en relación con su subjetivación política y ejercicio de ciudadanía. Esta investigación intenta contribuir a llenar este vacío, recuperando voces y trayectorias que den cuenta de los procesos colectivos de construcción

de sentido y de reivindicación de derechos de este grupo. La importancia de centrar el análisis en la ciudadanía radica en su capacidad de ofrecer un marco para comprender no sólo el acceso formal a derechos, sino también la participación activa y crítica de los usuarios en los espacios que habitan. El capítulo se propone explorar cómo estos hombres adultos experimentan y resignifican su papel como sujetos de derecho, cómo enfrentan barreras y cómo participan en espacios colectivos.

Así, buscaremos responder tres preguntas centrales que orientarán el desarrollo del capítulo: ¿Cómo viven los varones adultos los procesos de subjetivación y reconocimiento de derechos en salud mental? ¿Qué estrategias colectivas despliegan para enfrentar barreras y exigir el cumplimiento de la Ley de Salud Mental? ¿Qué aprendizajes y sentidos emergen en los espacios de participación comunitaria que habitan?

Históricamente, la atención en salud mental estuvo dominada por un modelo manicomial de base biologicista y asilar, caracterizado por el encierro, la exclusión social y prácticas terapéuticas coercitivas que vulneraron derechos fundamentales. A partir de la segunda mitad del siglo XX, los movimientos sociales y de derechos humanos comenzaron a cuestionar estas prácticas, promoviendo alternativas comunitarias, participativas e integrales. La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26657 (2010) y su correlato provincial N.º 9848 (2010) representó un punto de inflexión, al reconocer a las personas con padecimiento psíquico como sujetos de derecho, capaces de participar activamente en la construcción de políticas públicas y de exigir la garantía de sus derechos.

Paralelamente en Córdoba, surgieron colectivos de usuarios y se consolidaron instancias como la primera Marcha por el Derecho a la Salud Mental (2014) y la organización Confluir, que marcaron hitos en la repolitización del campo y la visibilización de la voz de los usuarios. Estas transformaciones normativas e institucionales implicaron una redistribución del poder-saber, al promover nuevas relaciones entre profesionales, usuarios y comunidad y sentar las bases para el desarrollo de estrategias colectivas de participación y resistencia.

Desde una perspectiva teórica, la subjetivación en el campo de la salud mental puede entenderse como un proceso mediante el cual los individuos se constituyen como sujetos en relación con marcos sociales, históricos y políticos, lo que permite superar la lógica de la mera sujeción e impulsar formas renovadas de agencia y participación (Foucault, 1982; Bustos, 2018). Cuando este proceso se analiza en su dimensión política, adquiere un nivel adicional de complejidad, en tanto no solo se interroga la manera en que una persona deviene sujeto, sino también cómo se configura en tanto sujeto político (Bustos, 2018). En esta línea, el enfoque de derechos consagrado en la Ley Nacional de Salud Mental reconoce a los usuarios como titulares de derechos y protagonistas en su ejercicio, lo cual sitúa a la participación como eje fundamental para la transformación del campo (Pautassi, 2013; Ase & Burijovich, 2016). Como destaca Stolkiner (2012), las organizaciones de usuarios constituyen un nuevo actor social que disputa sentidos y prácticas en torno a la salud mental, generando espacios de participación y visibilidad.

En articulación con estos aportes, puede sostenerse que la ciudadanía en salud mental no se limita a la pertenencia formal a una comunidad política, sino que implica el ejercicio efectivo de derechos, la participación activa en la vida pública y la posibilidad de disputar sentidos y prácticas en torno a la atención. Así, la subjetivación, el derecho a decir y la emocionalidad política se configuran como dimensiones claves que permiten comprender cómo las personas usuarias construyen agencia política en interacción con el Estado, la comunidad y otros actores sociales.

El análisis que se desarrolla en este capítulo parte de la premisa de que la subjetivación y la ciudadanía no son procesos lineales ni homogéneos, sino experiencias situadas y atravesadas por desigualdades estructurales, simbólicas y materiales. Se reconoce que, aunque la legislación ha generado marcos de reconocimiento y participación, persisten brechas entre la norma y la práctica cotidiana de los usuarios, así como vacíos de conocimiento sobre cómo los hombres adultos negocian y resignifican

sus derechos. La investigación se enfocó en reconstruir estas experiencias, identificando las estrategias y aprendizajes emergentes en espacios de participación comunitaria y sociolaboral.

En este contexto, el capítulo se organiza en tres apartados complementarios: barreras simbólicas, materiales y relacionales; trayectorias de participación y apropiación de derechos; y espacios comunitarios como laboratorios de resistencia y ciudadanía. La introducción establece el marco teórico, histórico y conceptual que permite comprender la relevancia de estos apartados y la pertinencia de estudiar la experiencia de los varones adultos desde una perspectiva situada, interseccional y crítica.

En suma, la presente introducción ubica al lector en el contexto de la investigación: una población específica de varones adultos en Córdoba, con trayectorias de internación previas y posteriores a la Ley 26657, en un escenario post-pandemia, donde se desplegaron tensiones entre la normativa vigente y las prácticas institucionales.

2. Barreras simbólicas, materiales y relacionales en el acceso a la ciudadanía

El reconocimiento de derechos en salud mental no se limita a la mera existencia de leyes o marcos normativos: implica la posibilidad concreta de ejercerlos y de participar activamente en los espacios donde se construye ciudadanía. En el caso de los hombres adultos usuarios de servicios de salud mental en Córdoba, este ejercicio se encontraba condicionado por múltiples barreras que restringían su acceso y su participación plena.

Comes y Stolkiner (2005) entienden la accesibilidad en salud como un proceso relacional que se construye entre quienes demandan atención y los servicios que la ofrecen, a partir de la interacción entre los discursos institucionales y las condiciones sociales y subjetivas de los usuarios. Desde esta perspectiva, el acceso no se reduce a la mera disponibilidad de prestaciones, sino que se expresa en la manera concreta en que las personas logran –o no– hacer uso de ellas. En su análisis, las

autoras distinguen distintos tipos de barreras: geográficas, económicas, administrativas y simbólicas. Por su parte, Chaves (2014) advierte que estas barreras no afectan a todas las personas de igual manera, sino que se entrecruzan con condiciones de género, edad, etnia o clase social, produciendo desigualdades específicas en el acceso. En esa línea, los testimonios de los usuarios demostraron cómo las barreras económicas impactaban directamente en su autonomía:

“Yo vendo plantas, por ejemplo, y por lo menos para comprar el pan te alcanza. Una vez vendí las cerámicas que hacemos y compré gaseosas”. (Julián, 49 años, EU 2023).

“Sí, aparte era una platita que entraba. En el 2018 cuando todavía se hacía eso yo presenté un libro en un fin de año en la puerta del Hospital Neuropsiquiátrico, que habían cortado la calle, habían puesto un escenario, pero ahora no se puede hacer”. (Pedro, 62 años, EU 2023).

“[...] no solo en el precio de los medicamentos, las consultas, los pocos derechos sociales adquiridos, todavía los van a apretar más y a la sociedad le trae malestar general. En vez de bienestar nos trae malestar”. (Roberto, 61 años, EU 2024).

Estos relatos evidencian la precariedad económica. Las barreras no sólo limitan el acceso a recursos y servicios, sino que muchos usuarios refirieron enfrentar dificultades para acceder a pensiones, empleo estable o ingresos suficientes. En definitiva, las carencias materiales se convirtieron en barreras invisibles que limitaban el acceso a cuidados y profundizaban la desigualdad en salud mental.

El estigma constituía otro eje central en la experiencia de los usuarios de salud mental, que condicionaba tanto la percepción social como la interacción con los dispositivos de atención.

Como argumenta Bustos (2018):

El padecimiento psíquico históricamente ha sido ligado a representaciones como la incapacidad y la peligrosidad, y esas creencias discursivas y extra-discursivas no han sido ajenas a las formas en que se imprimen en las corporalidades de quienes son personas usuarias de salud mental. (p.81).

Los testimonios evidencian la persistencia de estas percepciones y el modo en que los imaginarios asociados a peligrosidad, incapacidad o debilidad reforzaban la subordinación de los usuarios.

“Con la excusa de la desmanicomialización, están manicomializando más, porque levantan más los muros”. (Pedro, 63 años, EU 2024).

“Quiero que S firme la ley y que nadie diga ‘ahí va el loquito, el mogólico, el tarado’, cuando vamos por la calle. Porque cuando te ven así medio enfermo te pegan... te ven tirado en el suelo y te gritan ‘dale levántate, levántate’... así, ¿a vos te parece que nos pueden tratar así?” (Jerónimo, 55 años, EU 2023).

“A mí me parece que es tan difícil... antes era más fácil todo, otra cosa, ahora se te van cerrando las puertas; antes se abrían porque no sabían que el chico era discapacitado. Pero ahora que saben, le cierran todas las puertas y le ponen trabas en todo... Discriminación es lo que digo yo, es lo que vivo, lo vivo, lo viven”. (Carlos, 57 años, EU 2023).

Estos relatos resuenan con los aportes de Le Blanc (2007), citado en Bustos (2018):

“El precario que pierde su voz es ante todo aquel que es objeto de desprecio social, de denegatoria de reconocimiento ejercida contra quien, humillado, acosado, violentado, tiene dificultad

para conservar ‘su’ voz en razón de las heridas morales de que es objeto” (p. 72).

Bonvillani (2010) advierte que los usuarios de salud mental han sido históricamente contruidos como objetos de estudio dentro del orden médico-psiquiátrico-hegemónico, donde los discursos sobre peligrosidad y locura condicionan tanto su subjetividad como sus posibilidades de participación.

Los datos contruidos mostraron que el estigma en salud mental operaba en múltiples niveles: actitudes sociales, policiales e institucionales deslegitiman la voz del usuario y promueven exclusión y auto estigmatización. Al estar cargado de ideas negativas referidas a su supuesta peligrosidad y/o incapacidad, el discurso de los usuarios era interpretado de manera sesgada por quienes lo recibían, perpetuando la invisibilización de sus necesidades y experiencias. El estigma no era un mero prejuicio social, sino una barrera simbólica que atravesaba instituciones, vínculos y prácticas. Se podría concluir que el estigma actuaba como un filtro que distorsionaba cualquier intento de participación.

La violencia institucional emergió como otro aspecto que atravesaba la experiencia de los usuarios y afectaba su dignidad, participación y autoafirmación como sujetos de derechos. Los testimonios narraban privación de necesidades básicas y control extremo:

“Me tuvieron atado a la cama como tres días... y no me dejaban ir al baño, nada. Es la sala de contención, pero ahora como está prohibida la sala de contención te tienen atado en la cama...” (Juan, 51 años, EU 2023).

“Había un compañero que tiene adicciones... mucho al alcohol, está con sonda, está atado. No lo tratan bien ahí. La enfermera lo tiene en pañales... por esa razón no me dejan entrar a mí”. (Julián, 49 años, EU 2023).

Los relatos sobre la falta de alimentos, agua y condiciones básicas durante la internación reforzaban la percepción de subordinación y desprotección, evidenciada también por usuarios en sus experiencias en salas de contención.

“Tienen el mismo funcionamiento, con la diferencia que en la sala de contención podías elegir un rincón y hacer tus necesidades, en la cama no te traen ningún... no te sacan. (...) Ya sé que es medio duro, y medio... pero... bueno... hacía mis necesidades ahí. No te dan de comer las cuatro comidas diarias como al resto de los pacientes... cuando se acuerdan te traen alguna comida. Bajé mucho de pesos en esos tres días”. (Juan, 51 años, EU 2023).

“También estaba con la boca seca y pedía que me traigan agua. Y eso es la parte negativa que me ha pasado”. (Juan, 51 años, EU 2023).

“A mí también me pasó estar en la sala de contención”. (Jerónimo, 55 años, EU 2023).

Al respecto, Rancière (2006) citado en Bustos (2018) plantea que el derecho a decir constituye un proceso de subjetivación política:

Tomar la palabra para distanciarse de una identificación opresora, es un procedimiento simbólico que se realiza a partir de la comprensión de que se pertenece a un colectivo que ha sido históricamente despojado de la posibilidad de nombrarse a sí mismo, y con eso, adquirir visibilidad pública, inscribiendo la ‘palabra re-apropiada’ en un destino común. (...) La subjetivación política es una puesta en práctica de la igualdad (p. 22).

La interpretación de estos relatos evidenció que la violencia institucional invisibilizaba la voz del usuario, negaba necesidades básicas

y reforzaba la percepción de control y subordinación, lo cual afectaba su reconocimiento como sujetos de derecho. La implementación de la legislación por sí sola no garantiza un ejercicio pleno de ciudadanía. En definitiva, la violencia institucional no solo disciplinaba cuerpos, sino que anulaba voces.

La medicación se percibía como instrumento de control dentro de los dispositivos de salud mental, al priorizar la sedación y el manejo del síntoma por sobre la comprensión de la experiencia subjetiva:

“Pedro (63 años): —Pero si vos denuncias algo, después el culpable sos vos...

Arturo (67 años): —¿Y ustedes saben qué es lo que les ponen?

Pedro (63 años): —Yo me puse a investigar por mi cuenta... y es halopidol.

Arturo (67 años): —A mí el psiquiatra me dice que la droga es de tercera generación. Algunos psiquiatras luchan para que no les den más de segunda generación sino de tercera, ya en muchos países sacaron los de segunda generación... (...) Los de segunda generación son, por ejemplo, los *clonazepam* que te dan síntomas extrapiramidales; te empieza a temblar y te los tienen que dar por un tiempo determinado, y luego otro tiempo se lo tiene que cortar por los efectos colaterales”. (EU2024).

Desde la perspectiva teórica, Gómez (2017) citado en Costa (2023) sostiene que “el Estado usa como dispositivo de control la medicalización para sedar al paciente que está siendo intervenido” (p. 1). Estos relatos mostraron cómo la medicación se vivía como un mecanismo de control que limitaba la voz de los usuarios y reforzaba su dependencia de la institución. La ausencia de espacios de diálogo sobre los fármacos y sus efectos no solo desplazaba alternativas de cuidado comunitario, sino que también restringía la posibilidad de decidir sobre el propio tratamiento, lo que en última instancia debilitaba su agencia. La medicalización,

entonces, funcionaba simultáneamente como control del síntoma y como silenciamiento de la experiencia subjetiva.

El entramado de barreras económicas, simbólicas y relacionales condicionaban la vida cotidiana y la subjetividad de los usuarios. El estigma, la violencia institucional y la medicalización no solo afectaban la experiencia individual, sino que reproducían desigualdades estructurales y dificultaban la participación efectiva en la comunidad. Como señalan Fernández, Mecca y Pinto (2013), la efectividad de la Ley de Salud Mental depende de políticas que aseguren no solo recursos institucionales, sino también condiciones materiales que permitan ejercer los derechos de manera concreta.

3. Trayectorias de participación y apropiación de derechos

El recorrido de los hombres adultos usuarios de servicios de salud mental en Córdoba reveló itinerarios complejos, atravesados por barreras que durante años los situaron en posiciones de dependencia y pasividad frente a las instituciones. Sin embargo, el habitar espacios de participación durante sus internaciones les permitió también conocer la Ley de Salud Mental y su cambio paradigmático y, con ello, instaló la posibilidad de visibilizar nuevos lenguajes, significados y prácticas. Esto permitió generar instituyentes que se configuran en el actual escenario en instancias de potencia para la resistencia, para la exigibilidad, donde “tengan el efectivo reconocimiento de ser sujetos de derecho, desde un aspecto relacional al reconocerse y ser reconocidos como protagonistas participantes” (D’Agostino & Veloz, p. 10, 2021).

Instalar nuevos sentidos y nuevas formas de pensar la política en salud mental fue una de las grandes conquistas tras la sanción de la ley. Sin embargo, también existe un reconocimiento de que la ley, si bien constituye un elemento fundamental, no alcanza sin la decisión política de su aplicación.

Los testimonios de los usuarios reflejan esta tensión entre la norma y la práctica:

“[...] hay una ley para eso, que se cumpla la ley. Está la ley firmada... pero ahí está uno y el otro que no piensan en los enfermos y en los discapacitados” (Pedro, 62 años, EU 2023).

El usuario puso en evidencia que el conocimiento formal de la ley constituye sólo un primer paso para apropiarse de derechos; su ejercicio efectivo requiere acción práctica, interacción con pares y espacios de participación comunitaria. Como afirma Stolkiner (2001):

Nunca como ahora hubo una enunciación tan explícita de los derechos que se plantearían como objetivo para la organización societal y nunca fue tan visible y masiva su violación. Pero para que un derecho se denuncie como violado es necesario que exista como representación, y es a ello a lo que aludo. Y sobre esta enunciación de derechos se construyen algunos idearios de sujetos que requieren de un nuevo contrato social redistributivo. Se trata de la relación entre subjetividad y ejercicio de ciudadanía (p.4).

Por otra parte, a pesar de los avances normativos, los usuarios enfrentaron restricciones institucionales que limitaban la continuidad de talleres y espacios de socialización, algunas de ellas asociadas al contexto de pandemia por Covid-19.

“Joaquín (68 años): —Ella dijo que esto es un loquero que no es un lugar para hacer talleres.
Fernando (70 años): —¡Dijo que los talleres no sirven!” (EU 2024).

“No fue de ahora, todo fue desde la pandemia, se cerró todo. Nosotros hacíamos radio en el patio, en el internado. Y un día nos dijeron que no fuéramos más, no se hace más y por eso no

hicimos más radio. Hasta que buscamos lugar y caímos acá, donde hicimos la radio.” (Pablo, 59 años, EU 2023).

“La política esa ya estaba implementada, estaban esperando el momento, y la pandemia le dio el pie para cerrar todos los talleres. Porque además la directora que asumió con este gobierno, el gobierno de A., porque viste que todo es política.” (Pedro, 62 años, EU2023).

Sin embargo, estas limitaciones no detuvieron la búsqueda de alternativas:

“La cuestión es que dijeron que la fundación que organizaba los talleres, no le dejaron hacer más los talleres dentro del Hospital y bueno el Doctor M., como participa del centro de jubilados de la CTA nos encontró un espacio ahí y otro espacio es acá en el Carena que le abrió las puertas a Los Inestables y a Los Pickles”. (Pablo, 59 años, EU 2023).

Frente a estas experiencias, la teoría señala que las instituciones pueden limitar la agencia individual, pero los espacios de participación surgen como escenarios de disputa frente a lógicas manicomiales y permiten desarrollar estrategias de resistencia (González & Urquiza, 2025). Lo señalado por Rancière (2006) refuerza esta perspectiva, al afirmar que la subjetivación se entiende como la búsqueda de igualdad por parte de sectores históricamente excluidos, cuestionando la distribución social de lugares, nombres y posiciones y habilitando líneas de fuga que transforman las relaciones de poder y los lazos sociales.

“En los talleres, por más que se lo van mezquinando un poco, porque hay una lógica de achicar...” (Pablo, 59 años, EU 2023).

La participación en talleres y dispositivos comunitarios permitió resignificar experiencias de vulneración y generar agencia compartida.

La apropiación de la palabra surgió como un mecanismo de resistencia y construcción de autonomía, evidenciando que, pese a las lógicas de poder históricamente instauradas, los usuarios podían reorganizar sus experiencias y recuperar autonomía dentro de un contexto adverso. Esto expresó con efusividad en el Encuentro:

“¡Que vuelvan los talleres! Eso está bueno”. (Ángel, 58 años, EU 2023).

Este recorrido nos permite afirmar que la participación activa transforma la pasividad en protagonismo político y fortalece la identidad como sujetos de derecho. Frente a estas restricciones institucionales, la dimensión afectiva se vuelve clave como un componente esencial en las trayectorias de estos adultos: la transformación de afectos vinculados al miedo, la vergüenza o la desafección en confianza, esperanza y solidaridad sostiene la participación y fortalece los vínculos grupales (González & Urquiza, 2025).

Este proceso también implicó el reconocimiento de la propia voz y la interacción afectiva con pares como motores de subjetivación política. Según Rancière (2006) citado en Paredes et al. (2018), la subjetivación política puede entenderse como el proceso a través del cual los grupos históricamente excluidos irrumpen en el escenario público reclamando igualdad y desestabilizando la distribución establecida de lugares, identidades y posiciones sociales. Este proceso se configura en la acción de los sujetos, en sus cuerpos y pensamientos, que interpelan tanto las jerarquías de poder como las formas de reconocimiento e identidad que les han sido impuestas en un determinado orden político.

“Nosotros somos personas iguales. Mirá lo que pasó con ese chico que estaba drogadicto y lo mataron, la policía, lo mató la policía. Si ellos sabían que tenía esos ataques, lo ataron, lo agarraron y al chico le dio un ataque y se murió...” (Jerónimo, 55 años, EU 2023).

Dicho testimonio demuestra la necesidad de construir espacios donde la experiencia compartida permita resistencia y protección mutua.

La identidad de “experto por experiencia” emerge como otro eje central en estas trayectorias. Este reconocimiento del saber adquirido a través de la vivencia coloca los conocimientos personales al mismo nivel que los disciplinares y permite disputar la definición de la subjetividad frente a la psiquiatría. Nombrarse “experto por experiencia” es una forma de apropiarse de la historia personal, del cuerpo vivido y situarse como actor político capaz de generar cambios en el sistema (García Castro, 2022). Bustos (2018) subraya que los prejuicios y representaciones patologizantes constituyen obstáculos para que las personas sean reconocidas como actores políticos. No obstante, los espacios comunitarios permiten identificar problemas estructurales y promover estrategias de incidencia política desde la experiencia colectiva. Como un usuario expresó:

“Yo digo que a las personas con problemas de salud mental no las pueden tratar como a un delincuente... Hay que capacitar a la policía para que, ante las situaciones con las personas con problemas de salud mental, no las traten igual que a un delincuente”. (Jerónimo, 55 años, EU 2023).

En palabras de Corea Urquiza (2012):

No hablamos aquí de habilitar espacios en donde puedan ejercer su derecho a la palabra en términos sólo de la posibilidad de enunciación, es decir, no hablamos de instancias para un decir que caiga en el vacío. Sino de territorios que provoquen y propongan a su vez verdaderas instancias de comunicación e interacción con los otros saberes y la comunidad en general; lugares desde donde esa palabra pueda materializarse, transformarse en discurso que contribuya a repensar la salud mental, la locura, el estigma, lo comunitario. (p. 9)

En suma, las trayectorias de participación evidencian que la subjetivación política y la apropiación de derechos no son actos individuales, sino procesos colectivos que combinan memoria de exclusión, aprendizajes compartidos, disputas con instituciones y proyección de futuros comunes. La participación en espacios comunitarios fortalece la agencia, construye identidad colectiva y abre posibilidades para disputar sentidos en torno a la ciudadanía, lo cual deja en evidencia que la salud mental se constituye como un derecho en acción, sostenido por la solidaridad, el acompañamiento y la construcción colectiva de subjetividades críticas.

4. Espacios comunitarios como laboratorios de resistencia y ciudadanía

Los espacios comunitarios y sociolaborales constituyen ámbitos fundamentales para la construcción de ciudadanía y la resistencia frente a las barreras que atraviesan la vida de los varones adultos, usuarios de salud mental en Córdoba. Lejos de limitarse a un rol terapéutico, estos espacios funcionan como laboratorios donde se experimentan nuevas formas de habitar la salud mental, se legitiman saberes situados y se fortalece la agencia política de los participantes (González & Urquiza, 2025). La participación en talleres, colectivos y grupos comunitarios habilita un tránsito desde la pasividad y el aislamiento hacia el protagonismo político.

“Sí, nosotros íbamos al taller de escritura, el taller de cocina que lo están cerrando... En otra época había teatro...” (Fernando, 70 años, EU 2024).

Este testimonio evidencia que los talleres no solo ofrecían opciones recreativas, sino que constituían espacios donde los usuarios participaban activamente y construían sentidos compartidos. La diversidad de propuestas permitía explorar diferentes formas de expresión, generar vínculos entre pares y fortalecer la identidad colectiva, articulando lo personal con lo político.

La participación en talleres y espacios colectivos permitía a los usuarios construir relatos compartidos, fortalecer el sentido de pertenencia, fomentar la solidaridad y proyectar objetivos comunes. Los talleres funcionaban como laboratorios donde se ensayan nuevas formas de interacción, resistencia y construcción de ciudadanía, articulando lo afectivo con lo político y permitiendo que la pertenencia al colectivo se transforme en motor de subjetivación política (González & Urquiza, 2025).

“Hicimos reciclado. En el 2019 me acuerdo que fuimos a la Facultad de Ciencias Sociales a presentar los cortos que hicimos en cine”. (Mario, 54 años, EU 2024)

La experiencia de presentar un cortometraje en un contexto académico permitió compartir aprendizajes, visibilizar experiencias y fortalecer la identidad grupal. Así, la actividad individual se inscribía en un marco colectivo, transformando la vivencia personal en acción social y política.

La autonomía en la participación y la elección de actividades fue factor central en la recuperación de la voz y la agencia política. Los usuarios podían decidir sus intereses, explorar habilidades y vincularse con otros en un proceso de construcción de ciudadanía activa.

“Para mí sí, porque me gusta y porque cada uno elige sus temas, sus talleres, lo que le gusta. Antes iba a otros lugares, pero por la pandemia se cerró y pasó mucho tiempo”. (Agustín, 49 años, EU 2023).

Este relato evidenciaba cómo la participación voluntaria y la posibilidad de elegir fortaleció la motivación individual y la continuidad de la acción colectiva, articulando la agencia personal con la experiencia comunitaria.

Uno de los ejes centrales de estos laboratorios fue la construcción de redes de apoyo entre usuarios. La compañía de pares permitió mantener

la participación, enfrentar barreras estructurales y simbólicas y sostener la acción colectiva. La interacción cotidiana contribuyó a la construcción de estrategias conjuntas y a fortalecer la cohesión grupal (Bustos, 2018).

“Joaquín (68 años): —Que los talleres te dan una salida laboral...

Fernando (70 años): —Ahí te conocí, en los talleres...” (EU 2024).

“Juan (53 años): —Yo hago visitas y una compañera que se llama AS que estuvo hasta el lunes, yo le llevé puchos. Hay que visitar a los que están internados, mientras se pueda. Son los lunes y los miércoles...

Julián (49 años): —Sí, pero yo la quise ir a visitar a la AB, nosotros le decimos B... y no nos dejaron.

Pablo (59 años): —Debe ser porque tenés que ser familiares para que te dejen entrar...” (EU 2023).

Estos relatos muestran cómo los talleres facilitaron tanto la inserción sociolaboral como la construcción de vínculos de apoyo mutuo. Conocer a otros usuarios y poder mantener contacto con quienes estaban internados reforzó la solidaridad y posibilitó la participación sostenida y la cohesión grupal, constituyendo una forma concreta de acción política y cuidado mutuo. La diversidad de talleres y actividades –como gimnasia, música, huerta y deportes– permite a los participantes explorar intereses distintos, desarrollar habilidades y fortalecer la identidad colectiva.

“Rodrigo (71 años): —Nosotros hacemos deportes.

Joaquín (68 años): —Yo estoy en un taller de huerta en A.

Fernando (70 años): —Lo positivo son los talleres piolas, de música, de gimnasia, de huerta, de deportes”. (EU2024).

Sin embargo, el acceso a estos espacios no siempre es sencillo:

“Joaquín (68 años): —Ehh... no sé cómo decirlo... Si bien a mí no me ha pasado porque me queda cerca caminando, pero hay gente que no puede llegar por los horarios, no tiene transporte, falta de transporte.

Fernando (70 años): —Falta movilidad”. (EU2024).

Estos relatos reflejaron la importancia de garantizar la accesibilidad y la movilidad, ya que las barreras físicas y logísticas limitaban la participación. Aun así, la diversidad de actividades fortaleció la autonomía, la acción colectiva y la construcción de ciudadanía activa. Un usuario recuerda:

“Cuando se levantó la pandemia yo estuve buscando por mucho tiempo y nada, no encontraba nada. Hasta que encontré este lugar, la Clínica San Nicolás, los talleres para grupos.” (Agustín, 49 años, EU 2023).

Este testimonio destaca cómo encontrar un entorno donde expresarse y ser escuchado fortalece la agencia individual y colectiva, proyectando reivindicaciones hacia la esfera pública. La voz recuperada se convierte en instrumento de acción política capaz de desafiar jerarquías, cuestionar la hegemonía biomédica y articularse con movimientos sociales y redes de derechos humanos.

Finalmente, los usuarios expresaron que los espacios comunitarios favorecían la formación y el desarrollo personal, ampliando la inclusión sociolaboral y fortaleciendo su autonomía.

“Estuve dos años estudiando locución, gracias a una beca y el apoyo económico de Radio Lxs Inestables”. (Pablo, 59 años, EU 2023)

Este testimonio evidencia que la participación en proyectos formativos permite desarrollar habilidades, generar oportunidades laborales y

fortalecer la autonomía personal, al tiempo que contribuye a la construcción de vínculos de apoyo y a la proyección de objetivos individuales y colectivos. Así, los espacios comunitarios y sociolaborales se consolidan como laboratorios de participación, cuidado mutuo y acción política, donde lo afectivo y lo colectivo se entrelazan para transformar la experiencia individual en agencia y ciudadanía activa.

La autonomía en la participación y la elección de actividades se constituye como factor central en la recuperación de la voz y la agencia política. La posibilidad de decidir intereses, explorar habilidades y vincularse con otros permite que la motivación individual se transforme en acción colectiva sostenida. Asimismo, la construcción de redes de apoyo entre usuarios facilita la continuidad de la participación, la cohesión grupal y la inserción sociolaboral, mostrando que la solidaridad y el cuidado mutuo son formas concretas de acción política.

5. Desafíos y reflexiones finales

Los procesos de subjetivación y ciudadanía en hombres adultos usuarios de salud mental en Córdoba se configuraron como itinerarios atravesados por tensiones entre el reconocimiento normativo y la experiencia concreta de exclusión. La legislación vigente, aunque significativa, no siempre se traduce en prácticas efectivas: la ciudadanía en salud mental se disputa cotidianamente en espacios comunitarios, talleres, encuentros colectivos y en la interacción con instituciones que, pese a los avances normativos, continúan reproduciendo lógicas de control y disciplinamiento.

La voz emerge como dimensión constitutiva de la ciudadanía: sin ella no hay existencia política. La recuperación de la palabra constituye un tránsito del silencio impuesto a la expresión colectiva, donde la participación en talleres, el intercambio de experiencias y la reivindicación de derechos permitió a los usuarios reconocerse como sujetos de derechos y construir vínculos solidarios que sostienen la acción política.

Los espacios comunitarios se consolidan como territorios estratégicos para la construcción de ciudadanía. La palabra propia es escuchada y reconocida como válida, al tiempo que la grupalidad funciona simultáneamente como sostén afectivo y condición política. La ciudadanía se configura, así, como práctica compartida y colectiva, donde la acción conjunta articula afecto, solidaridad y protagonismo político. Actividades como escritura, cine, música, huerta, gimnasia y deportes se convierten en laboratorios donde se experimentan nuevas formas de interacción, se ensayan estrategias de resistencia y se articula lo personal con lo político.

Persisten desafíos significativos: la continuidad de prácticas violentas en los servicios de salud mental, la carencia de condiciones materiales dignas y la fragmentación de los lazos sociales obstaculizan la consolidación de la ciudadanía y la construcción de subjetividades autónomas. Sin embargo, los usuarios demuestran capacidad de generar estrategias de resistencia y proyectar horizontes emancipadores, incluso frente a la omisión estatal y la falta de recursos. La garantía de derechos en salud mental no puede disociarse de condiciones de vida dignas: vivienda, ingresos estables, trabajo y redes de apoyo constituyen la base sobre la que se construye autonomía y protagonismo.

El aporte principal de este capítulo radica en visibilizar a los varones adultos como actores políticos en el campo de la salud mental, un colectivo poco explorado en investigaciones previas. La recuperación de sus voces evidencia que la subjetivación política no es una categoría teórica distante, sino una práctica situada que se configura en espacios comunitarios, en la calle, en marchas y en la construcción de redes de apoyo. A pesar de los avances normativos, el campo de la salud mental sigue siendo un terreno de disputa donde los usuarios deben insistir, reclamar y sostener su participación para que sus derechos sean efectivamente reconocidos. La lucha persiste, pues con cada cambio de gobierno las desigualdades se reconfiguran, pero la resistencia se mantiene como necesidad constante.

Resulta evidente la urgencia de vincular los derechos en salud mental con condiciones de vida dignas. La ciudadanía se vuelve difícil de ejercer cuando faltan vivienda, alimentación, trabajo e ingresos suficientes. Los usuarios demandan, por lo tanto, no solo dispositivos de atención de calidad, sino políticas sociales integrales que aseguren un piso de dignidad sobre el cual construir autonomía y protagonismo.

Además, es necesario explorar cómo la intersección de género, clase y edad influye en la construcción de ciudadanía, dado que no todos los usuarios atraviesan la exclusión de la misma manera ni disponen de los mismos recursos simbólicos y materiales. También resulta relevante analizar cómo las coyunturas políticas y económicas impactan en los procesos de organización colectiva, dado que, en contextos de ajuste o retroceso de derechos, las formas de resistencia pueden adquirir nuevas modalidades o enfrentar obstáculos inéditos.

En síntesis, los hombres adultos usuarios de salud mental comenzaron a reconocerse y ser reconocidos como sujetos políticos cuando recuperaron la voz, transformaron emociones y sostuvieron vínculos solidarios en espacios comunitarios. La ciudadanía en salud mental implica la construcción colectiva de subjetividades críticas capaces de disputar sentidos y transformar prácticas institucionales, lo cual trasciende el acceso a servicios.

Los desafíos son múltiples: fortalecer los espacios colectivos, garantizar condiciones materiales dignas y revisar críticamente las prácticas institucionales que reproducen violencias. No obstante, en escenarios adversos, los usuarios son capaces de generar estrategias de resistencia y proyectar horizontes emancipadores. La potencia de una salud mental comunitaria situada, basada en derechos humanos, reside en su capacidad de articular cuidados, participación social y protagonismo político como pilares de un proyecto transformador y emancipador.

Referencias bibliográficas

- Ase, I., & Buriyovich, J. (2016). El enfoque de derechos en políticas sociales: Tensiones y desafíos. *Revista Interferencias*, 7, 43-52.
- Bonvillani, A. (2010). Jóvenes cordobeses: una cartografía de su emocionalidad política. *Nómadas*, 32, 27-44.
- Bustos, D.S. (2018). *Confluir, usuarixs en acción por el derecho a la salud mental: Una experiencia de subjetivación política* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Córdoba]. Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Psicología.
- Chaves, M. (2014). Haciendo trámites con los pibes y las familias: barreras de acceso y micropolíticas públicas. *Escenarios*, 14(21), 15-23.
- Comes, Y. & Stolkiner, A. (2005). "Si pudiera pagaría": Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Anuario de Investigaciones*, 12, 137-143.
- Corea Urquiza, M. (2012). Salud mental: nuevos territorios de acción y escucha social. En Desviat M., Moreno A., (Ed). *Acciones de salud mental en la comunidad*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Costa, M. (2023). *La salud mental en contexto de encierro: el uso y consumo de psicofármacos en las personas privadas de la libertad en el Complejo Penitenciario de Boulogne Sur Mer* [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de Cuyo]. Repositorio Digital de la UNCU. Recuperado de https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitaes/19226/costa-lasaludmentalencontextodeencierro.pdf
- D'Agostino, A. & Veloz, J. (2021). Políticas públicas y producciones subjetivas. Accesibilidad y derecho a la salud. *Revista de Psicología*, 22(2), 2-17. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe079>
- Foucault, M. (1982). The subject and power. *Critical Inquiry*, 8(4), 777-795. <https://doi.org/10.1086/448181>
- García Castro, C. G. (2022). *Trayectorias en salud mental: el caso de los participantes del Colectivo Autogestión Libre Mente* (Memoria de título,

- Universidad de Chile). Repositorio Universidad de Chile. Recuperado de <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/201734/Trayectorias-en-salud-mental.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gonzales, N., D., & Urquiza Segovia, A. (2025). Internalizar la Ley, cuidar lo público y exigir derechos. *ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social*. 8(16).
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. (2010). Honorable Congreso de la Nación Argentina. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>
- Ley Provincial de Salud Mental N° 9848. Córdoba. (2010).
- Paredes, J. P., & Ortiz, N. (2018). *Conflicto social y subjetivación política: Performance, militancias y memoria en la movilización estudiantil post-2011*. Red Mexicana de Estudios de los Movimientos Sociales.
- Pautassi, L. (2013). *El enfoque de derechos y las políticas públicas*. Biblos.
- Stolkiner, A. (2012). Nuevos actores del campo de la salud mental. *Revista Intersecciones Psi*, 2 (4), 1-13.
- Stolkiner, A. (2001). Subjetividades de época y prácticas en salud mental. *Revista Actualidad Psicológica*, 26(239).

8. DESIGUALDADES ENTRELAZADAS EN SALUD MENTAL:

La accesibilidad en clave interseccional

Solana María Yoma

1. Introducción

En este libro, nos propusimos realizar un acercamiento a los diversos modos en que las desigualdades sociales se entrelazan –de manera múltiple y crucialmente simultánea– en el campo de la salud mental, con particular énfasis en las experiencias de accesibilidad a los servicios.

Para comprender la configuración histórica de tales desigualdades, consideramos propicio realizar un breve repaso por los procesos que permitieron el surgimiento de la psiquiatría positivista y del manicomio como entramados disciplinares e institucionales que buscaron dar una respuesta política a un problema social: el control de quienes perturbaban (o podrían perturbar) la vida en la ciudad. En ese marco, la locura –ahora catalogada como “enfermedad mental”– se erigió como una identidad social negativa asociada a supuestos de peligrosidad, incapacidad e irrecuperabilidad, lo cual permitió la construcción de un régimen de diferencia categorial entre locos-cuerdos/sanos-enfermos, sobre el cual se articularon diversas estructuras de desigualdad.

Pero además de esta concepción categorial heredada del pensamiento biomédico clásico, nos interesa aportar a una comprensión de las desigualdades que se traman a partir de las trayectorias biográficas de las personas

en su calidad de usuarias de los servicios o personas con padecimientos subjetivos, ya no en clave “identitaria” sino en un plano “situacional”.

Esto nos permitirá reflexionar –en un primer momento– acerca de los modos en que se articulan las injusticias materiales y las injusticias culturales en el entrelazamiento de las dimensiones de clase y las de condición/situación de salud mental, para luego poner de manifiesto la importancia de “hacer la otra pregunta” e incluir la variable de género para comprender las experiencias diferenciales de accesibilidad a los servicios de varones, mujeres y otras identidades.

Para finalizar, reflexionaremos sobre los desafíos para la transformación de las desigualdades sociales en el campo de la salud mental (tanto a nivel de la academia como de la lucha política) e identificaremos como ejes centrales la implementación de investigaciones flexibles, la necesaria articulación de las luchas y la reivindicación del protagonismo de los sectores en situación de desventaja estructural en estos procesos de reflexión y transformación en salud mental.

En relación a esto último, decidimos incorporar en todos los apartados de este trabajo –y a modo de epígrafe– fragmentos de un poemario de Marisa Wagner, una mujer-pobre-loca que estuvo internada en un hospital psiquiátrico público de nuestro país.

2. Construcción de la locura como identidad social

*“Maníaca. Depresiva. Psicótica.
Caractericemos.
Encuadremos.
Traguemos la pastilla.”
Marisa Wagner*

Históricamente y a nivel mundial, la atención en salud mental estuvo regida por los lineamientos del modelo manicomial, de base biologicista y asilar, que pretendía la curación de la enfermedad mental mediante el

encierro, la marginación social y tratamientos físicos y correccionales que significaban graves vulneraciones a los derechos de las personas (Galende y Kraut, 2006; Stolkner & Ardila, 2012).

Para comprender el surgimiento del modelo manicomial, es preciso remontarnos al período definido por Foucault (1964) como “el Gran Encierro”, en el que –frente a la expansión de la pobreza en el orden monárquico francés– se creó una institución llamada “Hospital General” en la que se encerraba masivamente a personas que perturbaban o podrían perturbar la vida en la ciudad, tales como personas en situación de pobreza, de desocupación, de “locura” o prostitución. Posteriormente, con el estallido de la Revolución Francesa en 1789 y su “Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano” emerge la necesidad de regular los encierros compulsivos y resolver la contradicción política que tensionaba los idearios de “libertad e igualdad” frente a los de “orden y seguridad”. En ese contexto, se sanciona la Ley Esquirol en el año 1838, que otorgaba a la psiquiatría funciones propias del Poder Judicial: a partir del mero diagnóstico de “enfermedad mental”, los psiquiatras se encontraban facultados a decidir de manera autónoma y absoluta –esto es, sin juicio, defensa ni debido proceso– sobre la privación de libertad de las personas y a mantener la detención por períodos de tiempo indefinidos (Galende & Kraut, 2006).

De este modo, la psiquiatría positivista fue convocada a otorgar convalidación científica a la creación del manicomio en tanto espacio de reclusión con fines de tratamiento y curación de las llamadas “enfermedades mentales” (De Lellis, 2015; Galende & Kraut, 2006; Stolkner, 2003) y se erigió como modo legitimado de proceder ante la locura, anudado a intereses políticos de control social (Centro de Estudios Legales y Sociales [CELS], 2015).

Aun en nuestros días, esta construcción de la “locura” como “enfermedad mental” se asienta en una concepción biologicista y estática asociada a supuestos de causalidad orgánica que imprimen

una etiqueta indeleble en la vida de las personas, bajo una presunción de irrecuperabilidad de su cuadro patológico (Augsburger, 2004; Galende & Kraut, 2006). Sumado a ello, la enfermedad mental opera como explicación de una debilidad moral de las personas, quienes son significadas como peligrosas, carentes e incapaces (De Lellis, 2015).

Esta construcción de sujeto nos permite trazar un paralelismo con las características que Caggiano (2023) atribuye al racismo y que podrían aplicarse también en el caso de “cuerdismo”²², al considerar los “trazos mentales” de ese otro social:

¿Qué características permiten circunscribir el racismo y diferenciarlo de otros mecanismos de clasificación social que legitiman desigualdades? Mi propuesta es que al menos tres elementos permiten esta caracterización general: 1) una referencia inmanentista al cuerpo y a los trazos físicos de un otro social, 2) que funciona como explicación de sus valores y capacidades socioculturales, intelectuales y morales, 3) los cuales resultan de imposible o muy lenta transformación (Briones, 2005, en Caggiano, 2023, p.2).

En el caso de la locura o la enfermedad mental, tales supuestos legitimaron abordajes físicos y medicamentosos (como el electroshock, cirugías de lóbulos frontales, el confinamiento en celdas solitarias, medidas de sujeción física y sobremedicación) que, encubiertos bajo la forma de tratamientos médicos, perseguían una finalidad coercitiva, correccional y disciplinaria (Galende & Kraut, 2006; Stolkiner, 2003, 2015). Además, justificaron a las internaciones indefinidas como respuesta segregativa para aislar a las personas de su medio comunitario

22. El cuerdisimo es un tipo de opresión estructural basada en un conjunto de prácticas e ideología que presuponen la superioridad de los pensamientos, prácticas y experiencias de las personas “cuerdas” sobre las de las personas “locas” (Henning, 2022).

y familiar, así como medidas de interdicción y tutela jurídica orientadas a sustituir su voluntad (De Lellis, 2015; CELS, 2015; Stolkiner, 2015).

En suma, diremos con Anahí Sy y su equipo (2020) que recibir un diagnóstico psiquiátrico implicó para las personas recibir una etiqueta y un lugar social. Esta construcción de la locura como identidad social permitió clasificar a las personas mediante un proceso de enclasmiento que redundó en desigualdades entre aquellos considerados “cuerdos” y aquellos considerados “locos”. Podríamos decir, entonces, parafraseando a Caggiano (2023) que las prácticas de psiquiatrización sostienen una forma de clasificación social y construyen la existencia de la locura como un dato sobre el que se sustenta el cuerdisimo.

Al mismo tiempo, podríamos argumentar que esta construcción de la locura como identidad social negativa acarrea también una falta reconocimiento, en los términos expuestos por Nancy Fraser (2016):

Desde mi punto de vista, la falta de reconocimiento no equivale simplemente a ser desahuciada como una persona enferma, ser infravalorado o recibir un trato despreciativo en función de las actitudes conscientes o creencias de otras personas. Equivale, por el contrario, a no ver reconocido el propio estatus de interlocutor/a pleno/ a en la interacción social y verse impedido/a a participar en igualdad de condiciones en la vida social (pp. 91-92).

Continuando con Fraser (2016), consideramos que esta falta de reconocimiento no sólo entraña una construcción socio-cultural, sino también una construcción material que instituye normas que hacen que una clase de personas sea infravalorada y no pueda participar en pie de igualdad. En relación a las prácticas de psiquiatrización, el CELS (2015) plantea: “A través de la restricción a la libertad (internación/institucionalización) y a la capacidad jurídica (interdicción), el sujeto queda excluido física y legalmente de la vida en comunidad” (p.121).

3. ¿La locura como identidad o como trayectoria?

“*¿Uno es loco o está loco?*
¡That is the question!”

Marisa Wagner

Juan Pablo Pérez Sains y Minor Mora Salas (2009), al abordar el fenómeno de las desigualdades sociales en América Latina se realizan dos preguntas básicas: ¿desigualdad de qué?, y ¿desigualdad entre quienes? A lo que responden: *desigualdad de poder* en los mercados y *desigualdades entre* clases sociales y al interior de las clases sociales por desigualdades simbólico-culturales entre los grupos (de género, etnia, edad, nacionalidad, etc.) y a nivel de las trayectorias individuales de las personas. En palabras de los autores:

Fitoussi y Ronsavallon (1997) han argumentado que se han desarrollado desigualdades intracategoriales haciendo que individuos pertenecientes a una misma categoría social confronten oportunidades distintas con resultados en términos de obtención de recursos, materiales o simbólicos, muy disímiles. La génesis de estas diferencias hay que rastrearlas en las trayectorias biográficas que, por definición, son particulares a cada individuo (Perez Sains y Mora Salas, 2009, p. 423).

La propuesta teórica de tales autores nos lleva a replantearnos si la “locura” constituiría en sí misma una identidad social construida a partir del plano horizontal de una diferencia categorial entre los grupos (mediante el par dicotómico “locos-cuerdos”, “sanos-enfermos”) o si, más bien, produciría estructuras de desigualdad a partir de las trayectorias individuales de personas que –más allá de sus diagnósticos– tuvieron experiencias negativas de internación en hospitales psiquiátricos.

Al respecto, en el marco de mi tesis doctoral (Yoma, 2022), me encontré con una proliferación de términos para referirse a las personas

en el campo de la salud mental, tanto a nivel de la literatura específica, de los instrumentos internacionales de derechos humanos como de las concepciones construidas por las personas entrevistadas en mi investigación, quienes se referían a este grupo poblacional como: “locos”, “enfermos”, “neurodivergentes”, “usuarios de servicios de salud mental”, “personas con padecimiento/sufrimiento mental”, “expertos por experiencia”.

La noción de “neurodivergencia” postula la existencia de una condición identitaria diferencial que es clasificada por la medicina o la psicología en términos de trastorno, padecimiento o enfermedad. Alan Robinson (2018), una persona que se autodefine como neurodivergente lo explica del siguiente modo:

Considero que el concepto de “neurodivergencia” es una forma que tenemos las personas locas, de resistirnos a todos y cada uno de las etiquetas que pretenden transformar nuestra identidad en una “enfermedad mental”, “padecimiento”, “diagnóstico” o “trastorno”. Las personas neurodivergentes, a diferencia de las personas neurotípicas, hemos recibido un diagnóstico psiquiátrico y la psicóloga o el psiquiatra nos explicó que la esquizofrenia, la bipolaridad o el autismo son trastornos que hay que tratar con drogas psiquiátricas. Pero, ¿qué pasaría si ellos se equivocaron? ¿Qué pasaría si los diagnósticos en vez de ser trastornos, fuesen identidades?” (p.32).

Por otra parte, el concepto de “padecimiento/sufrimiento mental” permite incorporar la dimensión subjetiva de estas experiencias (los modos singulares en que son vivenciadas por cada persona) así como las condiciones sociales en que se generan, lo que permite considerarlos como procesos dinámicos, históricos y multideterminados y no como un estado individual inmodificable (Yoma, 2022).

En el campo de la salud mental, también se propone –desde una perspectiva situacional– la noción de “expertas por experiencia”, esto es,

de personas que detentan un saber específico producto de las experiencias vivenciadas en este ámbito, tanto en relación a su padecimiento como a sus procesos de atención (Yoma, 2022).

En función de lo reseñado hasta aquí, podríamos agrupar a tales concepciones en dos grandes perspectivas: 1) Quienes asumen una postura identitaria respecto de las diferencias categoriales entre grupos de personas (locos-cuerdos; enfermos-sanos; neurodivergentes-neurotípicos); 2) Quienes comprenden las referidas desigualdades a partir de las trayectorias individuales de las personas, desde una perspectiva situacional que las considera como modificables (usuarias de servicios de salud mental; personas con padecimiento/sufrimiento mental; expertas por experiencia).

A decir de Martin Agrest (2011), cada uno de estos términos tiene su particularidad, su contexto de significación y una potencialidad para formar grupos de identidad diferentes. Desde la perspectiva de Fraser (2016), el primer agrupamiento tendería a reforzar las diferenciaciones de grupo desde una perspectiva identitaria (*ser* loco, enfermo, neurodivergente), mientras que el segundo tendería a desdibujar tales diferenciaciones desde una perspectiva situacional (*estar o haber estado* usando los servicios, teniendo un padecimiento o vivenciando una experiencia en este ámbito).

4. La locura empobrece, la pobreza enloquece

*“El hospicio estatal
está lleno
repleto
hacinado
superpoblado
de locos... pobres
y de pobres locos.*

*Me acuerdo de Alfredo Moffat
cuando decía: existe un par dialéctico
entre la locura y la pobreza
–y se rascaba la cabeza–
La locura empobrece,
la pobreza enloquece.”
Marisa Wagner*

En cualquier caso, sea que asumamos una perspectiva identitaria o una perspectiva situacional en salud mental, resulta innegable que las personas que recibieron un diagnóstico o fueron internadas en este ámbito, se enfrentan a una serie de desigualdades respecto de las demás personas.

A decir de Burbaker (2015), los regímenes de clasificación horizontal por similitudes o diferencias se intersectan con un plano vertical de desigualdades que estructuran jerarquías sociales y distribuyen a las personas según la posesión de un bien considerado deseado (riqueza, ingreso, salud, prestigio profesional, derechos). En la misma línea, Motta, Jelin y Costa (2021) argumentan:

Los procesos simbólicos e interactivos están vinculados a la discriminación, la inferiorización, la segregación de aquellos que se caracterizan como “diferentes” y, de esta manera, tienen un impacto en las desigualdades en la medida en que estos procesos implican, para los más desfavorecidos, la obstrucción de los canales para ingresar a posiciones deseables (p. 24).

En efecto, en un estudio multicéntrico realizado en el año 2015²³,

23. Estudio multi-céntrico financiado con el apoyo del programa de becas de la Comisión Nacional Salud Investiga (Ministerio de Salud de la Nación) con la investigación titulada “Barreras para la inclusión social de las personas con padecimientos mentales que se encuentran en proceso de externación de

encontramos que las personas externadas de hospitales psiquiátricos de Argentina se enfrentaban a graves vulneraciones de sus derechos sociales básicos: dificultades para acceder al sistema de salud debido a actitudes de rechazo y discriminación en hospitales generales; imposibilidad de acceder a alternativas sostenibles de vivienda (por la pérdida de la titularidad de bienes, las limitaciones de ingresos y la reticencia de los propietarios a alquilar a una persona con padecimientos mentales); pérdida de sus trabajos tras la internación, lo que las dejaba en situaciones de desempleo o empleo informal con retribuciones irregulares y muy reducidas (Atala, Buhlman, Caminada, Del Carpio & Yoma, 2017). En relación a ello, Nancy Fraser (2016) explica que:

Las luchas por el reconocimiento tienen lugar en un mundo de desigualdades materiales exacerbadas: en cuanto a la renta y la propiedad, en el acceso al trabajo asalariado, la educación, la asistencia sanitaria y el tiempo de ocio, aunque también, de manera más evidente, en el consumo de calorías y la exposición a la toxicidad medioambiental y, como consecuencia, en las expectativas de vida y las tasas de enfermedad y mortalidad (p. 24).

Siguiendo con su argumentación, y pese a las críticas realizadas por Judith Butler (2016), la autora dirá que la injusticia económica y la injusticia cultural no constituyen dos esferas separadas, sino que se encuentran habitualmente imbricadas hasta el punto de reforzarse dialécticamente la una a la otra (Fraser, 2016). Esta aseveración nos remite al subtítulo y al epígrafe de este apartado: “La locura empobrece, la pobreza enloquece”.

instituciones de salud mental en la Provincia de Buenos Aires y las ciudades de Buenos Aires, Córdoba y Mendoza. Estudio cuali-cuantitativo de tipo descriptivo” (2014-2015).

Ahora bien, habiendo ejemplificado un modo en que “la locura empobrece”, resta repasar brevemente la manera en que “la pobreza enloquece”. Aquí nos interesa recuperar una articulación propuesta por Iván de la Mata (2017) en relación a las desigualdades materiales y las problemáticas de salud mental:

Sabemos que la desigualdad es uno de los mayores determinantes de la salud de las poblaciones, en especial de la salud mental, a tenor de las investigaciones realizadas sobre este tema. A mayor desigualdad, mayor prevalencia de los problemas de salud mental. La desigualdad de ingresos parece ser el factor decisivo para determinar la salud mental de una sociedad (p.152).

En las intersecciones entre clase social y procesos de vulnerabilización en salud mental, los resultados del “Primer censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental” (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2019) resultan también elocuentes. Este instrumento oficial arrojó como resultado que, para el año 2019, permanecían 12.035 personas internadas en instituciones psiquiátricas de Argentina. Aunque el 75% de las instituciones censadas correspondía al sector privado, la distribución era homogénea entre los sectores privados y públicos (el 52% de las personas se encontraban alojadas en instituciones públicas). Además, en el sector público el promedio de internación era de 12,5 años, mientras que en el sector privado rondaba los 4,2 años. Esto significa que los hospicios estatales no sólo se encontraban hacinados de “locos-pobres” (como plantea Marisa Wagner), sino que los tiempos de internación se triplicaban en personas usuarias correspondientes a las clases sociales más bajas.

5. Hacer “la otra pregunta” en salud mental

*“Eche veinte centavos en la ranura...
y pase
–voy a mostrarle un mundo–
Un contrauniverso, acaso.
Un pedazo de realidad, que casi seguro,
Ud. teme y desconoce,
y porque desconoce, teme.”*
Marisa Wagner

Pese a algunos de sus aportes, consideramos que una gran falencia del referido censo de salud mental es que no permitió comprender las condiciones de internación de las personas desde una perspectiva interseccional. Aquí, retomamos la noción de interseccionalidad en los términos propuestos por Motta, Jelin y Costa (2021) que la conciben como un campo de estudios que interpreta “las posiciones de los individuos en las jerarquías sociales como interpenetraciones y articulaciones de diferentes categorizaciones” (p.16). Los autores, a su vez, retoman a Roth (2013) para profundizar en los alcances de esta definición:

En vez de examinar el género, la raza, la clase, la nación, etc., como jerarquías sociales distintas, los enfoques ligados a una perspectiva de la interseccionalidad examinan cómo se construyen mutuamente los diferentes ejes de estratificación y cómo se articulan las desigualdades y se conectan con las diferencias. Una perspectiva interseccional siempre toma en consideración el carácter multidimensional, así como los entramados, las analogías y las simultaneidades de varios ejes de estratificación (Roth, 2013, p.12, en Motta, Jelin y Costa, p. 16).

En ese marco de comprensión, cuestionamos que el censo de salud mental sólo caracterizó a la población internada en instituciones psiquiátricas en función del género y la edad y no consideró otros ejes de estratificación social como la raza²⁴, la clase o la etnia. Además, sólo aportó una caracterización absoluta de la población internada en clave de género y edad, pero el resto de los datos (tiempos de internación, situación social, judicial, laboral, de vivienda y familiar) no fueron desagregados considerando la articulación entre estas y otras dimensiones. Esto imposibilitó comprender el modo en que las diferentes fuentes estructurales de desigualdad –racial, sexual, de género, etnia, generación, clase social– se articulaban allí en la emergencia de modalidades múltiples y crucialmente simultáneas de exclusión, padecimiento e inequidad o, incluso, el modo en que allí se combinaban posiciones de subordinación con posiciones relativas de privilegio entre las personas internadas (Davis, 2008; Fraser, 2016).

En función de ello, y retomando los aportes de Kathy Davis (2008), consideramos que en los Encuentros de Usuarios debíamos aplicar la metodología de “hacer la otra pregunta” y cuestionarnos, puntualmente: ¿dónde está el patriarcado en las instituciones de salud mental?, ¿cómo operan las diferencias de género en las experiencias de acceso a la atención?

En los distintos capítulos de este libro, conjugamos la pregunta sobre el género con la pregunta sobre la edad y pudimos avanzar en una comprensión respecto del modo en que esos diferentes ejes de diferencias configuraban las experiencias de acceso de los diferentes grupos analizados. Así, por ejemplo, pudimos identificar que muchas mujeres jóvenes se acercaron a los servicios de salud mental desde el sistema educativo (por situa-

24. Al respecto, Caggiano (2023) afirma que, en la Argentina “La armazón censal definida por el sistema estadístico a finales del siglo XIX tuvo un rol clave en la ‘desaparición estadística’ de indígenas y negros” (pp.5-6) tras la supresión de las preguntas sobre raza y color.

ciones de abuso o maltrato intrafamiliar); los varones jóvenes de barrios populares entraron por la puerta del sistema penitenciario (por consumos de sustancias o conflictos con la ley penal); las mujeres de mediana edad encontraron dificultades para el acceso y permanencia debido a la asunción de tareas de cuidado no remuneradas; las mujeres adultas mayores tenían trayectorias más prolongadas de institucionalización (con escasos apoyos familiares); y sus pares varones tenían mayor conciencia de derechos por su mayor disponibilidad de tiempos para participar en espacios recreativos y de acción colectiva.

6. Desafíos para la transformación

*“¡Qué voy a estar sola... si somos
mil setenta locos acá adentro!
Y cuando nos juntamos los espejos
uno le da coraje al otro y resistimos.
La subestimación.
La discriminación.
Los abandonos.
Pero, bueno, éstas ya no son cosas de locos”*
Marisa Wagner

Para analizar las desigualdades sociales en el campo de la salud mental, consideramos que no basta con sumar dimensiones aisladas (clase, edad, género, condición/situación de salud mental), sino que es necesario comprender que estos ejes de diferencia se entrelazan unos con otros en la reproducción de desigualdades y que, al mismo tiempo, puede suceder que algunas personas estén subordinadas en relación a un eje de división social, pero detentan ciertos privilegios en relación a otros (Davis, 2008; Fraser, 2016). Un ejemplo claro de esto es que los usuarios varones mayores se enfrentaban a situaciones de discriminación y vulneración de derechos debido al proceso de estigmatización que asocia

locura-peligrosidad-incapacidad, pero, dentro de los espacios de salud mental, tenían mayor conciencia de derechos que sus pares mujeres. Una explicación posible es que mientras ellas cuidaban a sus familias o se encontraban des-cuidadas en las instituciones, ellos eran cuidados por mujeres de sus familias y no tenían que cuidar de otras personas, lo cual les permitía contar con más tiempo para participar en espacios colectivos, recreativos y de participación en salud mental.

A su vez, es preciso advertir que tales entrelazamientos de desigualdades se producen de manera contingente o no necesaria, es decir, que se construyen mediante procesos socio-históricos-culturales que son también dinámicos. En palabras de Motta, Jelin y Costa (2021):

Las desigualdades son plurales, implican múltiples categorizaciones jerárquicas construidas socialmente, que acompañan la evolución histórica y las luchas sociales contra la discriminación y la desvalorización. Las categorías llegan a ser socialmente definidas, reconocidas y reforzadas –y, al final, opacadas o borradas–. Las dimensiones a partir de las cuales se construyen las jerarquías y las categorizaciones no son independientes, están interrelacionadas (p.19).

A partir de ello, consideramos que un desafío en las agendas de investigación sobre estas problemáticas se vincula, por un lado, a desarrollar unidades de análisis relacionales y flexibles, que permitan abarcar diferentes jerarquías asociadas con las posiciones sociales que ocupan las personas o grupos en las distintas esferas en las que surgen las desigualdades (Motta, Jelin & Costa, 2021). Por otra parte, recuperamos las propuestas del Grupo Latinoamericano de Estudios Subalternos (1998) y apostamos por la producción de un saber académico que revalorice el saber de las personas en situación de desventaja estructural, ya no como “puros objetos” de las epistemologías coloniales, sino como sujetos activos en la construcción de agendas políticas y de investigación

que tengan en cuenta sus propios proyectos de hacer historia. Aquí recordamos que un concepto clave del feminismo radical es la noción de "política de la experiencia", esto es, del análisis de la sociedad desde la experiencia personal de quienes se encuentran en situaciones de opresión y desigualdad (Varela, 2029, p.120). Y esta es, precisamente, una de las mayores riquezas de los Encuentros de Usuaries y de las sinergias entre activismo, investigación y extensión que hicieron posible esta producción colectiva.

Por otra parte, a nivel de la lucha política, recuperamos el concepto de "interseccionalidad política" propuesto por Kimberleé Crenshaw (1994) y sostenemos la importancia de "enlazar unas luchas con otras, unas discriminaciones con otras, generando alianzas cada vez más amplias. Y respetando el lugar cruzado en que se encuentran los/as afectados/as" (Galcerán Huguet, 2016, p.17). En esa línea, en una investigación sobre mujeres internadas concluíamos que:

La violencia contra las mujeres en los hospitales psiquiátricos es una situación de extrema urgencia y gravedad que debemos denunciar y visibilizar desde el campo de la salud mental y que es preciso incluir en la agenda del movimiento feminista (Yoma, Buhlman & Burijovich, 2021, pp. 166-167).

Judith Butler (2016) dará un paso más allá y argumentará que estos movimientos sociales no deberían concebirse como entidades discretas y diferenciadas que "articulan esfuerzos", sino como terrenos de politización superpuestos, confluyentes y mutuamente determinados, que encuentran su condición de posibilidad en el otro. En palabras de la autora:

Aquí la diferencia no se reduce simplemente a las diferencias externas entre los movimientos, entendidas como las que distinguen un movimiento de otro, sino, por el contrario, a la propia diferencia en el seno del movimiento, a una ruptura

constitutiva que hace posibles los movimientos sobre bases no identitarias, que instala un cierto conflicto movilizador como base de la politización (Butler, 2016, p. 74).

Para finalizar, retomamos la apuesta de Donna Haraway (1984) por construir movimientos que no afirmen su capacidad de actuar sobre la base de una identificación natural (por ejemplo, “mujeres”, “usuarios de salud mental”, “jóvenes”, “personas en situación de pobreza”), sino sobre la base de una coalición consciente de parentesco político y de afinidad en la lucha frente a esta multiplicidad de desigualdades entrelazadas.

Referencias bibliográficas

- Agrest, M. (2011). La participación de los usuarios en los servicios de salud mental. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 22(100), 409-418.
- Atala, L.; Buhlman, S.; Caminada M.P.; Del Carpio, S.V. & Yoma, S.M. (2017). Inclusión social y salud mental: barreras para el acceso a derechos. En Colegio de Psicólogos de Córdoba (Comp.), *Decir lo indecible. Jornadas Nacionales de Derechos Humanos* (pp.129-134). Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba.
- Augsburger, C. (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología. *Psicología & Sociedad*, 16 (2), 71-80.
- Butler, J. (2016). El marxismo y lo meramente cultural. En: *¿Redistribución o reconocimiento? Un debate entre marxismo y feminismo*, (pp. 67-88). Traficantes de sueños.
- Brubaker, R. (2015). Difference and Inequality. Grounds for Difference. *Harvard University Press*, 10-47.
- Caggiano, S. (2023). Articulación hegemónica de desigualdades. El caso del racismo a la Argentina [Ficha Clase 10]. Curso virtual “*Desigualdades entrelazadas. Herramientas para su análisis sociocultural*”, primera cohorte. IDES-UNTREF.

- Centro de Estudios Legales y Sociales (2015). *Cruzar el Muro: desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. CELS.
- Crenshaw, K. (1994). Mapping the margins. Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. En: Albertson Fineman, M. & Mykitiuk, R. (Eds). *The Public Nature of Private Violence*, (pp. 93-118). Routledge.
- Davis, K. (2008). Intersectionality as buzzword. A sociology of science perspective on what makes afeminist theory successful. *Feminist Theory*, 9(1), 67-85.
- De la Mata, I. (2017). Salud mental y neoliberalismo. En: Maestro, A., González Duro, E., Rendueles, G., Fernández Liria, A. y de la Mata, I. (Coord.). *Salud mental y capitalismo* (pp. 145-160). Cisma-Ensayo.
- De Lellis, M. (2015). Un nuevo paradigma en salud mental: ejes de la transformación. En De Lellis, M. (Comp.) *Perspectivas en salud pública y salud mental* (pp. 85-117). Nuevos Tiempos Ediciones.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019). *Primer censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.
- Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la Época Clásica*. (1ª ed. 7ª reimpresión). Fondo de Cultura Económica S.A.
- Fraser, N. (2016). ¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas de la justicia en la era ‘postsocialista’” En: *¿Redistribución o reconocimiento? Un debate entre marxismo y feminismo* (pp. 23-66). Traficantes de sueños.
- Galcerán Huguet, M. (2016). ¿Qué se reconoce en las políticas de reconocimiento? Una introducción al debate entre Nancy Fraser y Judith Butler. En: *¿Redistribución o reconocimiento? Un debate entre marxismo y feminismo* (pp.7-23). Traficantes de sueños.
- Galende, E. & Kraut, A. (2006). *El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos*. Lugar Editorial.
- Grupo Latinoamericano de Estudios Subalternos. (1998). Manifiesto Inaugural. En Castro Gómez, S. & Mendieta, E. (Eds). *Teorías sin*

- disciplina (latinoamericanismo, poscolonialidad y globalización en debate)* (pp. 70-81). Miguel Ángel Porrúa.
- Haraway, D. (1984). *Manifiesto Ciborg. El sueño irónico de un lenguaje común para las mujeres en el circuito integrado*.
- Henning, B. (2022). Algunas reflexiones político-teóricas sobre el campo de la Salud Mental. *Question/Cuestión*, 72(3), E720. <https://doi.org/10.24215/16696581e720>
- Motta, R.; Jelin, E. y Costa, S. (2021). Introducción. En: Jelin, E.; Motta, R. y Costa, S. (Comps). *Repensar las desigualdades* (pp.11-33). Siglo XXI Editores.
- Pérez Sainz, J. P. & Mora Salas, M. (2009). Excedente económico y persistencia de las desigualdades en América Latina. *Revista Mexicana de Sociología*, 71(3), 411-451.
- Robinson, A. (2018). La perspectiva neurodivergente en el arte argentino. En Cea-Madrid, J. C. (Ed.) *Por el derecho a la locura. La reinención de la salud mental en América Latina* (pp. 29-41). Editorial Proyección.
- Stolkiner, A. (2003). De la epidemiología psiquiátrica a la investigación en el campo de la Salud Mental. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 14(54), 313-319.
- Stolkiner, A. (2015). Salud mental: avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria. En Tesler, L. (Comp.) *¿Qué hacer en salud? Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria* (pp.57-70). Colihue.
- Stolkiner, A., & Ardila, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(101), 57-67.
- Sy, A.; Naszewski, M.; Pierri, C. y Barrio, A.L. (2020). *Historias locas. Internaciones psiquiátricas durante el siglo XX*. Teseo.
- Varela, Nuria (2019). *Feminismo para principiantes*. B de Books.
- Wagner, Marisa (1997). *Los montes de la loca*. Milena Caserola.

- Yoma, S.M.; Buhlman, S. & Burijovich, J. (2021). Aun no estamos todas... a algunas no nos ven. Las mujeres en los hospitales psiquiátricos. En: Herrera, M.; Fernández, S.; De La Torre, N. (Dir.). *Políticas públicas y multidisciplinas. Tratado de géneros, derechos y justicia* (pp. 151-166). Rubinzal Culzoni.
- Yoma, S.M. (2022). *Participación ciudadana en salud mental: Evaluación del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones desde un enfoque de derechos humanos*. [Tesis doctoral]. Doctorado en Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.

9. NARRATIVAS DEL ENCUENTRO:

Apoyos sociales para sortear barreras

Natalia Debora Gonzalez

*“Nosotros seguimos creyendo
en los asombrosos poderes
del abrazo humano”.*

Galeano, E. (2017, p. 184)

1. Introducción

En este capítulo pretendo recuperar parte de las discusiones y reflexiones derivadas del proceso investigativo que dio origen a este libro, enfocando la mirada en la presencia de los apoyos sociales como estrategia que favorece la accesibilidad a los servicios de salud mental y la integración en la vida sociocomunitaria de las personas usuarias.

Este interés emerge al considerar que uno de los ejes estructurales de desigualdad en el acceso a los servicios de salud mental, se vincula a que las personas usuarias suelen enfrentarse a múltiples barreras para acceder a los servicios de salud luego de su internación en hospitales psiquiátricos, como producto del estigma y discriminación asociado al padecimiento mental (Garbus, 2010; Centro de Estudios Legales y Sociales [CELS], 2015; Atala, Buhlman, Caminada, Del Carpio & Yoma, 2017).

Sin embargo, frente a las concepciones que atribuyen un rol pasivo a las personas usuarias como meras “receptoras” de la atención o “víctimas” de las barreras encontradas, considero que la noción de accesibilidad concebida como un problema de “encuentro/desencuentro entre la

población y los servicios de salud” (Comes & Stolkiner, 2005), permite recuperar también la posición activa de las personas en el despliegue de prácticas y estrategias para mejorar su acceso a este derecho (Garbus, 2010). Al decir de Freidin, Ballesteros y Wilner (2019):

El acceso a la atención de la salud constituye un proceso que implica iniciar la búsqueda y superar posibles obstáculos, incorporando las experiencias previas, el papel de las redes e interacciones sociales, las representaciones sobre la salud y la enfermedad, y los circuitos de retroalimentación que se generan en la utilización de los servicios de salud (p.74-75).

En esta clave, los apoyos sociales –en cuanto redes e interacciones sociales con el entorno socio comunitario– son un componente esencial para favorecer el derecho a la salud mental, en tanto promuevan la participación inclusiva y activa en la comunidad para la toma de decisiones vinculadas a este derecho (Ase & Burijovich, 2009; ONU, 2000).

Recuperaré las voces de las personas usuarias identificando quiénes son sus apoyos y qué funciones despliegan los mismos, como mecanismos que posibilitan producir accesibilidad, pero que también contienen, sostienen, permiten pertenecer a lo común en tanto comunidad. Para finalizar, dejaré explicitadas un conjunto de preguntas e ideas abiertas para seguir construyendo y resistiendo en un escenario que acciona menoscabando y buscando derribar las conquistas conseguidas.

2. No estamos soles, nos tenemos

El nuevo marco normativo acentúa la imperiosa necesidad de configurar en los entornos de vida de las personas usuarias de salud mental redes comunitarias, institucionales, familiares que sirvan de apoyo social. Esta impronta viene a posicionarse a contrapelo del encierro y aislamiento crónico como forma de abordaje del padecimiento subjetivo.

En esta línea, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2017), observa los articulados normativos que declaran el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad e indica que, en el presente, aún no se dispone de apoyos o su prestación está restringida a determinadas formas de vida y que la infraestructura comunitaria no se ajusta a las necesidades diversas de la población. Agrega que los Estados aun asignan los recursos que disponen a las instituciones, favoreciendo la dependencia, institucionalización, aislamiento y segregación de las personas, en vez de invertirlos en el desarrollo de las comunidades para la inclusión plena. También resalta que el internamiento involuntario suele estar vinculado a la falta de apoyos adecuados, por lo que el Estado debe garantizar la configuración de apoyos para las personas para disminuir tal efecto.

Así, el derecho a la vida independiente e inclusiva en la comunidad es una demanda histórica de un grupo poblacional que a lo largo del tiempo ha visto cercenada la posibilidad de ejercer el control sobre sus vidas, lo que exige la creación de formas de apoyo social con enfoque en la comunidad que permitan el pleno ejercicio de sus derechos.

El apoyo social alude a las redes de colaboración, tanto aquellas que involucran las relaciones interpersonales del entorno afectivo cercano (vínculos familiares, de amistad, vecindad), como las relativas a las organizaciones y servicios formales (instituciones de salud, barriales) que se configuran en apoyos al momento de prestar servicios y recursos cuando la persona lo precisa (Berra et al., 2007). De esta manera, pensar en el apoyo social en la trama de la red posibilita trascender la mirada restrictiva que ha tenido la idea de apoyo centrada en los establecimientos formales de salud y comprender que el acceso a la atención debe incluir las experiencias previas y el papel de las redes e interacciones sociales (formales e informales) que las personas han construido y construyen para el cuidado en salud mental (Freidin, et al., 2019).

El apoyo social en tanto conjunto de relaciones interpersonales se configura, así, en una práctica simbólica-cultural que permite integrar a la persona al entorno social, proveyendo de recursos, expresiones, instrumentos, aportadas por la familia, los amigos, la comunidad (Aranda, et al., 2013). Ander (como se citó en Aranda et al., 2013) refiere que las prácticas del apoyo social tienden a la protección, el acompañamiento, la orientación o auxilio de otros para afrontar aquellas situaciones que se plantean como problemáticas. Esto tiene un doble impacto (Filgueira, 2022): por un lado, amortigua los efectos del padecimiento subjetivo y, por otro lado, fortalece la autoestima, la identidad, el sentimiento de agencia de la persona al percibir que cuenta con otros para afrontar las vicisitudes de la vida.

En concreto, el apoyo social constituye un factor determinante en la salud mental, ya que se ha comprobado que posee efectos protectores sobre la salud y el bienestar de los individuos y cumple la función de amortiguar la patología o malestar psicológico (Barrera Herrera, et al., 2019, p. 106).

En los estudios sobre el apoyo social se distinguen niveles, tipos de información y dimensiones. En cuanto a los niveles, se pueden reconocer tres (Ruiz Jiménez, et al., 2017). El primero se relaciona al entorno comunitario, donde la persona desarrolla su vida, participa y utiliza los recursos e instituciones que la comunidad ofrece (clubes, centros de salud, iglesia, asociaciones, centros vecinales, etc.), lo que permite construir un sentido de pertenencia colectivo, favoreciendo la integración ciudadana. El segundo nivel son las relaciones cotidianas que la persona construye desde los roles que desempeña en los espacios en los que participa, ya sea laboral, familiar o social. El tercer nivel, es el entorno inmediato, más cercano, donde se producen más intercambio mutuos y recíprocos, en el que el compromiso con el bienestar de las personas que integran el grupo son un eje central.

A su vez, retomando a Cobb (como se citó en Matrángolo et al., 2022), el apoyo social se compone de tres tipos de información: aquella que contribuye a que la persona se perciba amado; la que posibilita a la persona sentirse valioso y apreciado; y la que aporta al sentido de pertenencia, formando parte de una red de comunicación y responsabilidades recíprocas.

Por último, se reconocen dos tipos de apoyos, el objetivo o efectivamente recibido, del percibido o subjetivo. De este último se diferencian dos dimensiones: la primera es la estructural que hace referencia a la cantidad de relaciones que tiene la persona y las interconexiones entre esos vínculos; y la segunda, la funcional que representa el modo en que esas relaciones proveen apoyos y su utilidad para satisfacer distintas necesidades. En esta dimensión se pueden identificar cinco modalidades:

(1) el apoyo emocional, que remite las expresiones de afecto positivo, la empatía y a la estimulación de la expresión de sentimientos, (2) el apoyo informacional, que refiere al asesoramiento y consejo guía o retroalimentación que se ofrece a una persona, (3) el apoyo tangible, vinculado a la facilitación de recursos materiales, (4) la interacción social positiva, que se refiere a la disponibilidad de otros para hacer cosas divertidas y agradables con la persona, y (5) el apoyo afectivo, relacionado con expresiones de cariño y cuidado hacia la persona. (Matrángolo et al., 2022, p. 165).

Si bien estas modalidades son diferenciadas en cinco categorías, para los fines de la presentación de los resultados de esta investigación, decidimos recuperar solo tres, que entendemos unifican aspectos que son de difícil segregación en términos de la práctica. Por lo que las modalidades sobre las que haremos referencia son: el apoyo emocional (que incluye el apoyo afectivo y la interacción social positiva), el apoyo material o instrumental (tangible) y el apoyo informacional.

La inclusión en la comunidad de forma plena requiere la apelación a los apoyos sociales, en tanto redes que nos permiten integrarnos al entorno. En los Encuentros que sostuvimos con las personas usuarias de los servicios de salud mental durante los años 2023-2024, pudimos entre otros aspectos, acceder y conocer desde sus propias experiencias, quiénes eran sus apoyos y ante qué situaciones.

Los primeros apoyos sociales que son mencionados por jóvenes y adultos de ambos géneros, son aquellos vinculados al nivel inmediato de vida, es decir, las relaciones con referentes familiares –madre, padre, hijas, hijos, hermanas, hermanos–.

“Sí, a mí mi hijo me cuidaba más a mí que yo a él, me dijo ‘Ma, necesitás ayuda’ y ahí en el 2020 empecé a buscar ayuda”. (Patricia, 48 años, EU 2024).

“Natalia (coordinadora): —Entonces ¿quiénes nos cuidan a nosotros?

“Arnaldo (45 años): —A mí me cuida mi mamá.

“Gastón (60 años): —Mis hermanos.

“Arnaldo (45 años): —Lo que yo no puedo hacer solo ella me ayuda, lo que yo puedo hacer solo lo hago solo. (EU 2024)

“A mí me cuida mi hermano, mi cuñada, mis sobrinas”. (Lisa, 41 años, EU 2024).

“A fines de 2020 vine con mi mamá a pasar las fiestas que estaba enferma, tenía cáncer y ella después de año nuevo tuvo una descompensación y estuvo una semana internada y ya después volvió, pero ya no era la misma. Duró tres meses y falleció en abril de 2021 y ahí ya me quedé acá en Córdoba. Yo vivo con mi hermano, su esposa y tres de sus hijas, mis sobrinas. Y bueno, siempre he estado con mi mama, nunca me dejó sola, nunca viví sola. Ahora vivo con ellos” (Lisa, 41 años, EU 2024).

Asimismo, los entornos en los que residen como los dispositivos de casa de medio camino y casas de convivencia, son significados por las personas usuarias como un “hogar”, lugar de vínculos próximos, en tanto allí transcurre el tiempo de vida y es donde cuentan con lazos sociales con los que comparten la cotidianeidad doméstica, pero también se sostienen emocionalmente, como expresan:

“Se llama así, casa de medio camino y ahí podemos salir, podemos... eh, convivir de otra forma. Nos organizamos con las tareas de la casa, es como vivir en una casa de Gran Hermano (risas) está buenísimo” (Rebeca, 58 años, EU 2023).

“Ahí somos todos como una familia también porque uno tiene un problema y vamos y lo ayudamos, vemos que podemos hacer y así somos entre todos para ayudarnos entre todos, para que todos nos sintamos en familia, somos un grupo hermoso” (Ariel, 20 años, EU 2023).

Los vínculos inmediatos, suelen ser personas referentes con quienes acuden para hablar, quienes le demuestran cariño, afecto y provocan sentimientos de amor y seguridad, es decir, funcionan como apoyo emocional.

“A mí me cuida mi mamá en lo económico y en lo emocional, estoy muy apegada a mi mamá. Después de todo lo que le hice porque yo tenía problemas con el alcohol y lo canalizaba de esa manera y ella me cuidó. Y ayer le dije ‘gracias por no renunciar a mí’, todos mis hermanos se hicieron un lado”.

“Sí, mi mamá siempre estuvo en las buenas y en las malas. Quedaba destrozada porque mi mamá tiende a querer ayudarnos a todos y se dejó también de lado, entonces le digo ‘yo te entiendo, nunca te diste cosas para vos y yo tampoco’. Entonces nos cuesta”. (Amalia, 45 años, EU 2024).

Cabe destacar, que son principalmente mujeres quienes aparecen en los relatos de las personas usuarias como apoyos sociales, como figuras que brindan cuidado: mujeres madres, hermanas, parejas. También, son quienes brindan apoyo material, siendo quienes colaboran en la resolución de los problemas prácticos cotidianos y contribuyen o se responsabilizan de las tareas diarias (prestar, dinero, cuidar niñas-niños, gestionar turnos, etc.).

“Mi mamá y mi hijo me cuidan a mí. Mi mamá en la parte económica y me cuida cuando tengo que tomar las pastillas, si estoy bien, si tengo que ir a la psicóloga cuando me pongo triste”. (Macarena, 42 años, EU 2024).

Esta presencia de las mujeres en los espacios de acompañamiento y apoyo está ligado al modelo capitalista patriarcal, en el que la división sexual del trabajo asignó al rol de las mujeres las tareas de cuidado doméstico y, como una de las características centrales del género, la capacidad de expresar sentimientos afectivos. Como expresan Bard Wigdor y Bonavitta (2019):

La división histórica y sexual del trabajo condiciona a las mujeres a hacerse cargo de las tareas de reproducción cotidiana y generacional de los/as miembros de la familia, recluidas en el ámbito de lo doméstico. Mientras que los hombres son designados a ocupar la conducción de la sociedad desde la producción, enfocados en el ámbito público. Si bien en la vida cotidiana la esfera pública y la privada no se encuentran separadas dicotómicamente, las mujeres efectivamente son inducidas a ocuparse de la familia, del cuidado y la reproducción, de los vínculos naturales de sentimientos y de consanguinidad, fundados en el estatus sexual de la esposa (p. 7).

Los vínculos inmediatos o próximos se organizan para proveer de recursos materiales, ya sea en torno a lo estrictamente económico,

como a la disposición de tiempo o generación de acciones que permiten resolver dilemas en lo cotidiano. Como expresaron en los Encuentros de Usuaris:

“A veces mi marido no me puede traer y tiene que hacerse un tiempito del trabajo. Como ser, a ella el chofer le lleva los nietos a la escuela, después ella viene en el ómnibus. A ella la trae el nieto y así”. (Carina, 56 años, EU 2023).

Cabe destacar que, en los dispositivos de casas asistidas, el apoyo material es sostenido a través de las propias prestaciones e ingresos que perciben quienes habitan en la vivienda, centralmente por medio de políticas sociales del Estado. Cuando el único ingreso es el de las transferencias de la seguridad social no es suficiente para permitir la cobertura de sus necesidades. En cambio, a otras personas usuarias se le suman los aportes de otros referentes, lo que amplía sus ingresos y el marco de posibilidades de satisfacción. Como dice una persona usuaria:

“Todos los meses nos sacan \$70.000 que son supuestamente para pagar lo del agua, del gas, nos retiran esa plata. Hay chicas que les queda muy poco porque cobran solamente la pensión. Yo cobro la pensión y una ayuda por parte de mi papá que me da, así que a mí me queda un poquito más. Pero hay otras que no les queda casi nada”. (Rita, 36 años, EU 2024).

En los dispositivos alternativos, entre quienes habitan el espacio se proporcionan apoyos que facilitan la consecución de las tareas domésticas cotidianas, así lo referencian:

“Creo que teníamos un ritmo de trabajo en equipo que hacía que fluyera, o sea, un día le tocaba a una limpiar todas las cosas de la casa, a otra le tocaba cocinar, a otra le tocaba barrer al frente y bueno cada uno tenía una ocupación y bueno y me hice una amiga”. (Rebeca, 58 años, EU 2024).

“Éramos seis. Limpiábamos la casa, nos hacíamos la comida, íbamos al supermercado... ¡Era un paraíso!”. (Marisa, 71 años, EU 2023).

Asimismo, estos apoyos cumplen una función informativa en tanto orientan, aconsejan y son quienes acompañan en la vinculación con las instituciones y la comunidad, es decir, sirven de guía a las personas permitiéndoles comprender su mundo y las transformaciones del entorno social. Las personas usuarias dan cuenta de esta función de los apoyos, principalmente en los momentos de crisis en su padecimiento subjetivo, identificando que son quienes les orientan, aconsejan y acompañan para acceder a los servicios de salud mental. Como dicen:

“Antonela (Coordinadora): —¿Y cómo fue que llegaste a la Casa del Joven?

Daniel (29 años): —Como le dije, mi hermano se hacía atender ahí, él me aconsejó. Yo estaba muy perdido y ahí encontré consuelo.

Francisco (23 años): —Llevo muchos años de consumo y he buscado diferentes lugares para el cambio, ¿no? Yo llegué aquí por mi hermana, yo me fui hasta España para empezar de cero, pero el cambio no está a donde uno se vaya, el cambio está en uno mismo y este lugar lo conocí gracias a Dios por mi hermana. Y un amigo, AV, fue recuperado. Él le habló a mi hermana y ella me comentó. Al principio no quería, claro, pero luego en un momento que uno toca el fondo y no sé, yo sabía que necesitaba ayuda”. (EU 2024).

“Bueno yo cuando inicié... Mi vida fue en Oliva, me internó mi hija, me llevaron en ambulancia y todo. Me llevaron porque empecé a romper todo, tirar todo” (Carina, 56 años, EU 2023).

“Después encontramos el Programa del Sol. Bueno mi viejo lo encontró porque yo en ese momento no podía salir, tenía la pulsera también. Me he echado mocos. Y mi viejo lo buscó, encontró Programa del Sol” (Alexis, 37 años, EU 2024).

“Ignacio (Coordinador): —¿Cómo conociste Ocuppare?
Norberto (39 años): —Porque mi hermano buscó un lugar y encontró ese lugar y me anotó en Ocuppare” (EU 2024).

Los apoyos sociales no solo expresan de manera discursiva sus orientaciones o consejos, sino que accionan creando estrategias que viabilizan la accesibilidad a los servicios de salud mental, crean puentes que favorecen la inclusión de las personas usuarias a los espacios de abordaje de su padecimiento.

El otro nivel de apoyo social, es el que definimos como el de vínculos cotidianos, aquellos que las personas construyen desde los roles que desempeñan diariamente. En las experiencias de las personas usuarias, centralmente surgieron como espacios de participación los centros de día, hogares de día, espacios sociolaborales o talleres de estimulación o aprendizaje. Coincidiendo con Rattagan (2011), participar en estos espacios no es un recurso más, sino que se constituyen en un instrumento de cambio, dado que promueve la sensación de bienestar, posiciona a las personas como protagonistas activas en su proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados, siendo un factor dinamizador que permite distanciarse de la indiferencia, el aislamiento y la ubicación del otro como espectador pasivo y segregado, aspectos que caracterizaron el tratamiento del padecimiento durante años.

Los espacios de participación despliegan funciones de apoyo emocional, material e informacional. En cuanto al primero, las personas usuarias refieren:

“Jacinta (Coordinadora): —¿Y en Casa del Joven cómo les va?
Manuel (18 años): —Esta es la primera institución a la que asisto.

Es muy divertido, son muy compañeros, muy buena onda, te tratan bien.

Violeta (Coordinadora: —¿Te gustaría ponerle alguna palabra?

Manuel (18 años): —Compañerismo.

Luis (18 años): —Felicidad. Es como un mundo diferente, porque uno está acostumbrado al mundo de violencia afuera. Porque actualmente el mundo está muy lleno de violencia y cuando entras ahí adentro es como otro mundo”. (EU 2023).

“Yo en el lugar donde estoy, estoy bien atendido, es un buen grupo el que tengo y es un espacio muy lindo para mí y ahí se puede contar todo lo malo y todo lo bueno y te tratan de ayudar y de sacar adelante” (Lisandro, 28 años, EU 2023).

En los espacios en los que participan las personas usuarias construyen vínculos entre sí, pero también con las y los profesionales, que se basan en el reconocimiento de la otredad, la aceptación de los intereses diversos y en la identificación de los impactos que pueden tener en la vida de las personas el accionar profesional. Las relaciones que se construyen brindan seguridad a las personas usuarias, porque sienten confianza y se sienten habilitadas a expresar lo que les sucede, ya que ese encuentro con las y los profesionales es un lugar donde es posible hablar y donde su palabra es válida. Ejemplo de ello, resultan estas palabras:

“A mí me pasa que una vez la psiquiatra no le dio a mi mamá un certificado diciendo ‘qué tenía yo’ para no etiquetarme. Eso para mí estuvo bueno porque en el colegio ya me trataban de loca y si encima me hubiesen dado un certificado, esa etiqueta me haría sentir incómoda”. (Juana, 16 años, EU 2023).

“La G era la jefa del hogar donde vamos, asistimos. Y bueno ella se tuvo que ir a otro lado a trabajar. Y bueno la extrañó mucho, ya estoy muy acostumbrada a la G yo. Sí, lloré cuando me enteré de que no iba a ir más la G, lloré muchísimo porque

me encariñé mucho y fue mi jefa desde que entré al hogar”. (Romina, 33 años EU 2024).

“Me acompañaron en todo momento los profesionales. Me acompañaron incluso hasta una audiencia y de ahí comprendí que estoy a salvo en ese lugar, que estoy segura y que ante cualquier cosa me puedo comunicar con ellos”. (Marcela, 23 años, EU 2024).

“Para mí sí, porque me gusta y porque cada uno elige sus temas, sus talleres, lo que le gusta. Antes iba a otros lugares, pero por la pandemia se cerró y pasó mucho tiempo. Cuando se levantó la pandemia yo estuve buscando por mucho tiempo y nada, no encontraba nada. Hasta que encontré este lugar, la Clínica San Nicolás, los talleres para grupos. (...) Y en la clínica cada uno elige uno por uno, somos amigos. A mí me gusta”. (Oscar, 55 años, EU 2023).

Los espacios de taller en los que participan son lugares de cuidado, donde las personas usuarias se sienten acompañadas en el tránsito de su padecer, en el que son sostenidas para “estar bien” y en el que son comprendidas.

“A mí me gusta todo lo de Vientos [de Libertad]. Bien o mal, me ayudaron y me están ayudando y gracias a ellos puedo estar bien y poder estar con salud y no puedo estar mal tirado en una calle, tirándome como estaba antes y hoy día no quiero saber más nada con eso y es gracias a Vientos de Libertad” (Natalio, 21 años, EU 2024).

“Me acompañan en todo momento. (...) Ahí los profesionales serían los que más nos entienden con los recuperados. Los recuperados salen, son coordinadores, ¿viste? Son coordinadores del espacio, no llaman a una persona que nunca consumió y está coordinándonos a nosotros, sino a las personas

que se recuperan del mismo espacio, que es Vientos de Libertad, nos coordinan a nosotros después, ¿viste? Porque son los que más no entienden lo que pasaron en esos momentos y, bueno, son esos los profesionales. Tenemos psicólogas, tenemos talleres también, talleres de educación física, muchas cosas tenemos, viste, huerta, también. Fútbol, que nos gusta también, muchas cosas, ¿viste? ¿Viste?” (Natalio, 21 años, EU 2024).

“Estoy en un espacio que me cuidan, que cuidan de mi salud mental, cuidan de mí, que yo... de mi salud, de mi salud física, muy acompañado constantemente como te dije recién por psicólogos, por psiquiatras, por compañeros que se recuperaron que hoy en día son nuestros ejemplos, que son coordinadores, nuestros referentes, nuestros talleristas porque también son una parte fundamental de nosotros y siento que estoy muy cuidado ahí, siento que me ayudan de guiar mucho, ¿viste? Para que yo, el día de mañana, salga afuera y esté bien ¿viste? Y no vuelva a lo mismo que ha estado antes. Siento que estoy cuidado” (Germán, 20 años, EU 2024).

El acceso y participación en estos espacios también posibilita el despliegue de otras funciones como apoyo social en la vida de las personas usuarias. Así, la inclusión en las experiencias participativas permite la generación de ingresos desde el aprendizaje de oficios y la creación de productos culturales, artísticos, etc., que son vendidos por las personas usuarias, siendo un ingreso que se suma a los recursos económicos que disponen y que les permite sobrellevar la vida e intentar hacerla, en un escenario tan complejo, un poco más vivible. A esto lo manifiestan en sus palabras:

“Me dieron la posibilidad de vender mis artesanías ahí, yo como estudiaba carpintería tenía una máquina ahí en mi casa y hacía maceteros, de todo, de pallet y lo vendía ahí, y

crearon ese espacio y contención para que pueda vender mis artesanías”. (Alexis, 52 años, EU 2023).

“Que los talleres te dan una salida laboral. Yo vendo plantas por ejemplo y por lo menos para comprar el pan te alcanza. Una vez vendí las cerámicas que hacemos y compré gaseosas. Lo que se ha suspendido y no se hizo más nunca es el cierre final de los talleres”. (Bartolo, 53 años, EU 2023).

“Flor de Cactus, lo explico. Es una cooperativa chiquita que a base de las ganancias que tenemos ahí nos pagan un porcentaje. Pero tampoco es que es un trabajo de empresa que te pagan mucha plata”. (Andrés, 53 años, EU 2024).

En sus decires, también se explicita la preocupación por el desfinanciamiento y cierre de los espacios de taller, lo cual obtura la posibilidad de socializar, de generar recursos y participar en actividades de su interés.

Es importante destacar que las personas usuarias reconocen los espacios sociolaborales como trabajo y se reconocen como trabajadoras y trabajadores de la economía popular, en tanto producen objetos que luego comercializan para obtener ingresos. En su discurso explicitan una transformación de la clásica idea del trabajo como actividad alienante y, por el contrario, manifiestan de manera disruptiva la condición de ser trabajadora y trabajador como una experiencia de encuentro, de contención y de integración social en el campo de la salud mental. Al decir por uno de ellos:

“La paz que se encuentra en ese lugar para trabajar. Por ejemplo, en una empresa no la encontrás porque te está presionando el jefe y que, por ejemplo, si salís a fumar tenés que entrar ahí nomás. Acá, por ejemplo, yo si quiero me fumo un pucho, uno, dos y los psicólogos no se molestan. Al contrario, me dicen: 'A, si no te sentís bien, si necesitás algo, cualquier cosa,

hablamos'. El psicólogo, los psicólogos (...) del vivero nos apoyan ahí, no es como cualquier trabajo. Es un trabajo que vos podés ir y si tenés un problema lo hablás y ya lo aclarás y te despejas las dudas" (Alexis, 37 años, EU 2024).

En los espacios de participación también resuelven necesidades cotidianas, vinculadas a lo alimentario. Así, el centro de día o los talleres se convierten en un lugar donde responder a cuestiones que hacen a la sobrevivencia, como lo es el compartir la comensalidad, en tanto acto colectivo. Como expresa una de las personas usuarias:

"Es lindo el taller donde voy yo del Socio Laboral en Cosquín... En Villa Bustos es, Villa Bustos. Y bueno... participo del taller y lo lindo también es el desayuno, el almuerzo al mediodía, vamos en remis y volvemos en remis a la casita. La pensión nos da una ayuda" (Carina, 59 años, EU 2024).

Además, como indica otra persona usuaria, los ingresos de la pensión por discapacidad –si bien necesarios y un derecho fundamental–, suponen un monto insuficiente para todas las erogaciones que deben afrontar si buscan sostener una vida independiente, por lo que la presencia de apoyos sociales que brinden recursos para el sostenimiento diario permite seguir apostando a la autonomía. En torno a este punto refieren:

"Yo lo que pasa es que vivo sola, tengo que alquilar, los alquileres están carísimos. Obviamente que alquilo una habitación, pero también está carísimo. Prácticamente que me consume la pensión y obviamente no me queda para alimentarme. Yo tengo muchos problemas de salud, uno de ellos es anemia hemolítica y me tendría que alimentar muy bien y no lo estoy pudiendo hacer. En el Socio Laboral me ayudan y cuando queda comida, me la dan para que yo me la pueda llevar y cenar en casa" (Sofía, 47 años, EU 2024).

Asimismo, el apoyo desde lo material no se limita a brindar alimentos, sino también a posibilitar –en el marco de la promoción de la vida independiente y en comunidad– recursos que permitan habitar espacios personales y a que construir un lugar donde vivir sea una realidad. A decir de una persona usuaria:

“Casandra me cuida, ellos están todos, cuando algo me va mal o si no consigo pensión. Me alquilaron una pensión nueva sin muebles y yo no tengo muebles, siempre alquilo amueblada. Entonces me dijeron que vaya nomás ahí y que ellos me van a ir ayudando con muebles. Ya tengo mesa, ya tengo el televisor, falta el ropero, me van a dar una cómoda, bueno... me van armando” (Marisa, 71 años, EU 2024).

Los talleres y espacios de encuentro en el marco de los servicios de salud mental funcionan también como apoyos sociales que brindan información, orientan, aconsejan y acompañan en la concreción de medidas, gestiones y acciones que posibilitan el acceso a otros derechos por parte de las personas usuarias. Así lo reflejan:

“Sí. En mi caso sí, me ayudaron con esto de que me costaba muchísimo, que era pedir la filiación para el papá de mi hijo, que nunca fue reconocido mi hijo. Y bueno, sola me estaba costando muchísimo, empecé el trámite, no me dieron bola, me costaba mucho seguir el trámite y acá en el centro de acompañamiento estaba ATAJO²⁵ que es del Ministerio Público Fiscal que está en el barrio así que ahí pudimos volver a activar eso, que es un derecho importantísimo para mí y

25. La sigla ATAJO (por Agencias Territoriales de Acceso a la Justicia), refiere al Programa que permite transversalizar y descentralizar el servicio de atención del Ministerio Público, a través de oficinas ubicadas en los barrios periféricos. Para más información, consultar: <https://www.fiscales.gob.ar/que-son-las-agencias-atajo/>

bueno, que me acompañen y me puedan ayudar, ahora la semana que viene tenemos audiencia. Así que sí, me siento acompañada” (Rebeca, 58 años, EU 2023).

“La directora el otro día estaba llenando un papel porque no le estaban pagando a mi mamá en el PAMI, para que yo siga yendo. Yo quiero seguir yendo a APADIM. Lo mismo voy a seguir yendo, lo que pasa es que no están pagando” (Arnaldo, 39 años, EU 2024).

“Me pude anotar en cursos de cocina y pastelería, de panadería y pastelería que me gusta mucho y que no había podido estudiar, pero gracias a ellos que me ayudaron sí me puedo anotar y ahora estoy estudiando algo que me gusta mucho. Y este 23 [de septiembre] me entregan el título” (Mirna, 23 años, EU 2024).

En el entorno comunitario, las personas usuarias construyen sentido de pertenencia colectivo, se integran como parte de la ciudadanía a participar de las instituciones y recursos que la comunidad ofrece. En este nivel, también se configuran los apoyos sociales en sus múltiples funciones. Así, la comunidad se convierte en parte del engranaje de los apoyos sociales, aún más que nunca en el presente donde bregamos y sostenemos que la salud mental está en las calles, es con otras y otros, es en comunidad.

A la comunidad la hacen las instituciones escolares, de salud, clubes, asociaciones civiles, pero también las personas que transitan cada día el territorio y que van entrelazando vínculos. En este sentido, una persona usuaria expresa la significancia de la institución educativa, como apoyo emocional, dado que era un lugar donde “poder hablar”:

“En la consejería del colegio me sentía más cómoda porque podía hablar sobre lo que estaba pasando en mi casa” (Juana, 16 años, EU 2023).

Otras personas usuarias reflejan como comunidad a los grupos de pertenencia, porque la salida es colectiva, a contrapelo de lo que se propone en el paradigma individualista actual.

“Si hay mucho de eso, de hecho, el corto que hacemos trata de eso, de que quizás a veces es muy difícil salir solo y a veces falta mucho ese acompañamiento profesional entonces que nos podamos acompañar entre los que estamos” (Rosalía, 22 años, EU 2023).

El pertenecer a un lugar que es común, donde se establecen lazos de solidaridad, les convoca a estar presentes cuando la otra, el otro lo necesitan, por ejemplo, en una internación:

“Yo hago visitas y una compañera que se llama AS que estuvo hasta el lunes, yo le llevé puchos. Hay que visitar a los que están internados, mientras se pueda” (Juan, 53 años, EU 2023).

Es en la comunidad donde se colocan los temas que preocupan, interesan y que atraviesan a los grupos sociales, que los movilizan para accionar en pos de demandar derechos, de compartir experiencias, de politizar posiciones para que asuman en la agenda pública un lugar donde puedan construirse respuestas. Así lo expresan las personas usuarias:

“Claro, grupos reducidos de miembros que deciden juntarse como una charla de amigos, pero que se juntan a tocar diferentes ejes temáticos y entre esos está la comunidad LGBTQ+. Y es muy lindo porque hay muchos chicos que están reprimidos y está bueno porque por ahí es como venís a romper el closet, donde te contienen, te entienden, es diferente” (Mariana, 23 años, EU 2023).

“Yo quiero decir que es muy importante tener derechos, siempre tener derechos y que la gente que vos querés te cuide, te haga cariño, poder ir a una institución como nosotros que

vamos a APADIM, que vamos al centro de día” (Arnaldo, 45 años, EU 2024).

La comunidad ofrece recursos emocionales e informacionales, pero también de apoyo en lo material, a través de las políticas sociales estatales que promueven el reconocimiento de las personas usuarias como sujetos plenos de derecho. En esta línea, aquellos programas y acciones del Estado que garantizan la cobertura de prestaciones en transporte, inclusión laboral, obtención de ingresos, acceso a medicamentos y atención de salud, servicios habitacionales, entre otros, van construyendo una base necesaria para garantizar el derecho a la vida en comunidad de manera independiente. Algunos de esos recursos son mencionados por las personas usuarias, al decir:

“Algunas personas van en remis y nosotras tenemos pase libre y vamos en colectivo” (Estela, 36 años, EU 2024).

“No tengo que pagar. Puedo ir por mi cuenta, porque tengo el pase libre por discapacidad” (Sonia, 44 años, EU 2024).

“Sí, yo sigo yendo porque tengo la psiquiatra ahí y la farmacia me da el medicamento en el Neuro” (Rebeca, 58 años, EU 2024).

De esta manera, la comunidad es un nosotros, donde “no es un lugar al que se pertenece, es un espacio al que se ingresa para construirlo” (Lewkowicz, 2004, p. 16). Así, las personas usuarias que estuvieron por años excluidas de esta pertenencia, en el presente, aunque no sin retrocesos y reveses, están construyendo comunidad como sujetos activos y protagonistas de sus vidas.

Desde estos puntos, en este capítulo buscamos mostrar desde la propia voz de las personas usuarias y a partir de sus experiencias que cuando hablamos de apoyos en los diferentes niveles y funciones, no hacemos más que dar cuenta de los lazos sociales que nos sostienen, que

nos hacen reconocer que somos sujetos de derechos que precisamos de un conjunto de garantías que nos permitan ser, estar y habitar en las mismas condiciones que el resto de la población, porque no estamos solos, nos tenemos.

3. Entramar cierres, que son apertura

Los apoyos sociales se constituyen en parte de esos mecanismos soportes que, como hemos visto, posibilitan organizar la vida, sostenerla, hallar un espacio de escucha, donde sentirse parte de algo común. Los apoyos posibilitan construir bases sólidas para garantizar el derecho a vivir en comunidad y procurarse que el desarrollo de esa vida sea de manera independiente. Coincidimos con Emiliano Galende (2015) cuando dice que:

Quando la gente se enferma, la vida se desorganiza. Y curarse es volver a organizar una vida. Los aspectos que entran en esa vida son muy complejos: hay que tener trabajo, ingreso económico, familia, amigos, inserción dentro de alguna relación social, de algún dispositivo social. Hay que atender toda esa complejidad. Las personas no se curan solo porque se les alivie la ansiedad o se les calme el delirio; se les cura si la vida se les vuelve a organizar.

Estas palabras nos llevan a reconocer que la integración en los entornos comunitarios y la vida independiente no se consiguen de golpe, ni por arte de magia: implican necesariamente la presencia de otras y otros que desplieguen prácticas emancipatorias, comprometidas y afectivas que sostengan y acompañen las singularidades y trayectorias de cada persona. Pero también, donde es preciso un conjunto de políticas públicas que hagan posible la generación y acceso a dispositivos, recursos e instrumentos que favorezcan la inclusión y el ejercicio de derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental. En este sentido,

las palabras de Galende se hacen cuerpo en la experiencia de una usuaria que refiere:

“A mí en el Misericordia me internaron y me organizaron para ir a la casita de medio camino porque yo no sabía que existía. Me dijeron que iba a estar un tiempo en una casa común compartiendo con otras mujeres, me llevaron en un remis, estuve ahí, me dieron la bienvenida y me están resolviendo un poco la vida (...) Si, en realidad yo, toda mi problemática en todos mis ámbitos: familiares, sociales, de mi divorcio, que no podía vender la casa, etc. Ellos estaban todos, los médicos, psicólogos, asistentes sociales y me consiguieron ahí para que yo esté en ese lugar (...) yo no tenía donde estar y ahí empecé a organizarme la vida, a acomodar como una casa común y como yo estudio me ayudan a enfocarme en el estudio”.
(Patricia, 48 años, EU 2024).

Detenerse, tal como lo hicimos en este escrito, a identificar los apoyos sociales en relación a lo que brindan en el marco de sus funciones, no implica desconocer los obstáculos que esos apoyos tienen, como tampoco las dificultades para construir apoyos sociales en un escenario donde lo colectivo está puesto en duda.

En este punto es preciso remarcar que asistimos a momentos en los que los soportes asociados a la ciudadanía y al Estado sufren un proceso de achicamiento en miras de su aniquilación, es decir, los soportes que necesitamos para desarrollar nuestras vidas están siendo debilitados con políticas que atentan contra la seguridad social, el trabajo y las relaciones interpersonales por medio de una cultura de la individualidad (Merklen, 1999). La experiencia de inestabilidad, incertidumbre y vulnerabilidad en la existencia diaria, es portadora de percepciones estigmatizantes y constructora de lazos sociales frágiles, que profundizan los procesos de fragmentación social y de desintegración, elevando muros tanto a nivel espacial como subjetivos, que generan malestar y sufrimiento.

Estas experiencias deben ser leídas en el marco del contexto general y la situación social, no solo de Argentina, sino también de América Latina, donde las políticas liberales, provocan cambios en la estructura social, con efectos a su vez en las vías de integración y las formas de socialización, lo que afecta de manera significativa la vida cotidiana de los sujetos en las comunidades y la construcción de las subjetividades. Como argumenta Carballada (2012):

La pérdida de los mecanismos de sostén y solidaridad que se produjeron por estas cuestiones se inscribieron de diferentes maneras, tanto en la esfera de lo corporal como en la memoria, en la biografía personal constituyéndose así nuevas narrativas del dolor (p.5).

Por ello, en este contexto estamos en la resistencia, nadamos contracorriente en estas latitudes, al concebir que es imprescindible modificar las condiciones sociales que generan el padecimiento de la población en general y de las personas usuarias en particular, a través del accionar garante de un Estado presente, que fortalezca las políticas públicas de base comunitaria a partir de escuchar a quienes transitan, habitan y experimentan todos los días los servicios de salud mental.

Así, vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad son conceptos que se entran para reivindicar el ejercicio del control sobre la manera en que las personas usuarias quieren vivir, mediante la creación o sostenimiento de formas de apoyo que potencien el pleno ejercicio de sus derechos y en el que los recursos comunitarios sean acordes a sus necesidades y demandas.

El entramado que construyen los apoyos sociales, debe servir para facilitar la vida en la comunidad y formas de vida independiente, que eviten el aislamiento, la exclusión y la segregación que han sido formas de abordaje de las personas con padecimiento subjetivo en tiempos anteriores. En la actualidad el desafío está en sostener un nosotros.

Referencias bibliográficas

- Aranda, C & Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista IIPSI. Facultad de Psicología UNMSM*. 16 (1), 233-245.
- Ase, I. & Burijovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva*, 5(1), 27-47.
- Atala, L.; Buhlman, S.; Caminada M.P.; Del Carpio, S.V. & Yoma, S.M. (2017). Inclusión social y salud mental: barreras para el acceso a derechos. En Colegio de Psicólogos de Córdoba (Comp.), *Decir lo indecible. Jornadas Nacionales de Derechos Humanos* (pp.129-134). Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba.
- Bard Wigdor, G. & Bonavitta, P. (2019). Si nos educan en la igualdad, creceremos más libres. Las construcciones de género desde los primeros años de vida. *Con X*, 5, e027, <https://doi.org/10.24215/24690333e027>
- Barrera Herrera, A., Neira-Cofré, M., Raipán-Gómez, P., Riquelme-Lobos, P., & Escobar Alaniz, B. (2019). Apoyo social percibido y factores sociodemográficos en relación con los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en universitarios chilenos. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 24(2), 105–115. <https://doi.org/10.5944/rppc.23676>
- Berra, C.; Alderete, A.M; Plaza, S.; & Barrault, O. (2007). La vulnerabilidad política: una nueva dimensión en salud mental. *Revista Pensares*, 4, 1-20.
- Carballeda, A.J.M. (2012). La intervención del Trabajo Social en el campo de la salud mental. Algunos interrogantes y perspectivas. *Revista de Trabajo Social Margen*, 65, 1-13. <https://www.margen.org/suscri/margen65/carballeda.pdf>
- Centro de Estudios Legales y Sociales (2015). *Cruzar el muro. Desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. CELS. https://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro/wp-content/uploads/sites/2/2015/12/Cruzar_el_muro_Web.pdf

- Comes, Y. & Stolkiner, A. (2005). "Si pudiera pagaría": Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Anuario de Investigaciones*, 12, 137-143.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo (2008) Ley 26378. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26378-141317/texto>
- Filgueira, P. (2022). *Efecto del apoyo social percibido sobre el Bienestar Psicológico en función de las condiciones socioeconómicas: un estudio sobre la población urbana Argentina al final del aislamiento social por COVID-19*. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-084/21>. ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eoq6/nEy>.
- Freidin, B., Ballesteros, M., & Wilner, A. (2019). Navegando por los servicios de salud públicos: experiencias de mujeres de sectores populares en la periferia de Buenos Aires. *Saúde Soc.*, 28(4), 73-86.
- Galeano, E. (2017). Nosotros, en *Inmanencia*.
- Galende, E. "Transformaciones políticas e intelectuales en los abordajes en salud mental" [Video]. Librandi J. Entrevistador. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=kT7uIaPrCXU>
- Garbus, P. (2010). Consideraciones sobre las categorías de acceso a la atención en salud y procesos de estigmatización en personas externadas de instituciones de salud mental. *Anuario de Investigaciones*, 27, 309-316.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, "Derecho a la Protección de la Salud Mental".
- Ley Provincial de Salud Mental N° 9848.
- Matrángolo, G.M.; Simkin, H.A.; Azzollini, S.C. (2022). Evidencia de validez de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASP) en población adulta Argentina; *CES Psicología*, 15(1), 163-181.
- Merklen, D. (1999). *La cuestión social en el sur desde la perspectiva de la integración. Políticas sociales y acción colectiva en los barrios marginales del Río de la Plata*. Centro de Documentación en Políticas Sociales.

- Organización de las Naciones Unidas (2000). *Observación General n°14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. ONU.
- Organización de las Naciones Unidas (2014). *Observación general N° 1 del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad sobre el Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley*. ONU
- Organización de las Naciones Unidas (2017). *Observación general núm. 5 del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad*. ONU.
- Rattagan, M (2011). Entre-tenernos. Una experiencia en el conurbano bonaerense. En Edelman, L. & Kordon, D. (Comp.). *Trabajando en y con grupos. Vínculos y herramientas* (193-2010). Psicolibro Ediciones.
- Ruiz Jiménez, M.T., Saiz Galdós, J., Montero Arredondo M. T., & Navarro Bayónd, D. (2017). Adaptación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en población con trastorno mental grave. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 37(132), 415-437 doi: 10.4321/S0211-57352017000200006

SOBRE LES AUTORES

Magdalena Arnao Bergero

Licenciada y Doctora en Filosofía (FFyH, UNC). Especialista en Políticas Públicas y Justicia de Género (Clacso/Flacso). Tesista en la Maestría en Metodología de la Investigación Científica (UNLA). Docente Investigadora de la Facultad de Psicología (UNC) e integrante del Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba.

María Luján Bassi

Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Adscripta de la cátedra “Psicología sanitaria en salud pública, salud colectiva y salud mental” en la Facultad de Psicología (UNC). Becaria de investigación del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. Estudiante de la Especialización “Estrategias de Intervención en el campo de la Salud Mental” por la Universidad Nacional de Villa María (UNVM).

Cecilia Berra

Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Magister en Administración Pública con mención en Políticas de Salud por el Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública (IIFAP) de la misma universidad. Profesora adjunta por concurso en Psicología Sanitaria en Salud Pública de la UNC y Profesora titular de Psicología Sanitaria en la Universidad Católica de Córdoba (UCC).

Natalia Debora Gonzalez

Licenciada en Trabajo Social por la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Tesista en el Doctorado de Administración y Políticas Públicas en el IIFAP (UNC). Docente concursada de las cátedras “Introducción al Trabajo Social” y “Fundamentos y constitución histórica del Trabajo Social”, de la carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales (FCS-UNC). Es investigadora y extensionista en la FCS-UNC, perito del Fuero Civil del Poder Judicial de Córdoba e integrante del Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba.

José Ignacio Páez

Licenciado y Profesor en Psicología por la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Tesista en la Maestría en Intervención e Investigación Psicosocial (Facultad de Psicología, UNC). Secretario de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Psicología (UNC). Profesor concursado de la cátedra “Psicología Social” en la Facultad de Psicología (UNC). Integrante del Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba.

Trinidad Pereira

Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Adscripta de la cátedra “Psicología sanitaria en salud pública, salud colectiva y salud mental” en la Facultad de Psicología (UNC). Becaria de extensión del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. Psicóloga de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, Córdoba. Estudiante de la diplomatura “Salud Mental y Problemáticas Actuales en las Infancias y Adolescencias” por la AASM.

Ignacio Puigdomenech Makowski

Licenciado en Psicología por la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Coordinador del Centro RAAC Capital dependiente de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Córdoba. Adscripto de la cátedra “Psicología sanitaria en salud pública, salud colectiva y salud mental” en la Facultad de Psicología (UNC). Becario de investigación del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba.

Agustina Urquiza Segovia

Licenciada en Psicología y Técnica Universitaria en Acompañamiento Terapéutico por la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Ayudante alumna de las cátedras “Psicología sanitaria en salud pública, salud colectiva y salud mental” y “Psicología Clínica” en la Facultad de Psicología (UNC).

Solana María Yoma

Licenciada y Doctora en Psicología por la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) y Magíster en Derechos Humanos por la Universidad Europea de Madrid (UEM). Profesora concursada de la cátedra “Psicología sanitaria en salud pública, salud colectiva y salud mental” en la Facultad de Psicología (UNC) e integrante del Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba.

Este libro colectivo reúne y analiza relatos de vida de personas usuarias de los servicios de salud mental de Córdoba desde una perspectiva interseccional. A lo largo de sus capítulos, indaga en el modo en que las diferencias de clase, género y edad configuran accesos y barreras dentro del sistema de salud mental, al tiempo que moldean las experiencias de atención de quienes transitan cotidianamente estos espacios.

La voz de las personas usuarias se recupera y revaloriza en toda su densidad narrativa, situándolas en el centro de las posibilidades de transformación en este campo. Sus testimonios tejen una trama de resistencia que desafía los discursos hegemónicos sobre el sufrimiento psíquico y abre nuevos horizontes para pensar en prácticas de salud mental respetuosas de los derechos humanos.

