

Una conversación que continúa

GRANDE, Silvia Inés.

Magíster en Salud Pública. Profesora Honoraria de la Universidad Nacional de Rosario (UNR). Ex directora de la Carrera de Posgrado de Especialización en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. Facultad de Psicología. Ex Trabajadora de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. Dirección de Salud Mental.

Contacto: grande.silvia41@gmail.com

VALLES, Iris Delia.

Doctora en Psicología. Profesora Honoraria de la Universidad Nacional de Rosario (UNR). Ex Docente de la Carrera de Posgrado de Especialización en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. Facultad de Psicología. Ex Trabajadora del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Dirección de Salud Mental.

Contacto: delia.iris37@gmail.com

Cómo citar: Grande, S.I. y Valles, I. D. (2025). Una conversación que continúa. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (19), 273-280

Hablar de Salud Mental (en adelante SM) en Argentina nos lleva inevitablemente y de muchas maneras a la figura de Emiliano Galende. Sus posiciones críticas nos instaron a revisar nuestras prácticas para pensar dispositivos de “tratamiento” de los sufrimientos subjetivos que no renieguen de nuestros posicionamientos ideológicos, políticos, epistemológicos y de saberes disciplinares y transdisciplinares. Casi como una especie de “guardián epistémico” nos transmitió la necesidad de interrogarnos acerca de las respuestas que producimos, recordándonos que la salud mental es un campo que desborda las visiones restringidas de una teoría. Tarea inacabada, constante, de crítica acerca de la pregnancia que las construcciones disciplinares producen en los modos de abordar el campo, cercenando y ajustando los problemas a las propias definiciones. Eterno lecho de Procusto. La crítica de la razón psiquiátrica y también de la razón psi, nos concierne profundamente y debemos lograr que “funcione” como advertencia de las recaídas que hacen que una teoría (aunque nos parezca

la mejor) se proponga como interpretante única. Aquella cosmovisión (*Weltanschauung*) que decimos rechazar en lo discursivo, ingresa en las prácticas.

Galende (2021) entiende a la Salud Mental como campo social que excede las disciplinas, definiendo su objeto en el sufrimiento mental, lo que trae aparejado un nuevo objetivo y direccionamiento del eje en las intervenciones. Volveremos sobre esto. En sintonía, nos dice que:

Salud Mental es un campo social nuevo, intelectual y práctico que no se organiza al modo de una disciplina, amplía los saberes disciplinarios y las prácticas formales e informales..., define el sufrimiento psíquico como un objeto complejo que requiere diferentes miradas sobre los determinantes del padecimiento, y habilita prácticas que parten de considerar al sujeto como miembro de una comunidad. ... el eje de las intervenciones de atención y cuidado pasa a ser centralmente lograr la integración del paciente a la vida en común. Ese es su objetivo central (Galende, p.17) (subrayado nuestro)

El desarrollo que realiza a continuación de esta toma de posición en torno a la SM lo lleva a argumentar qué se entiende (desde Foucault) por disciplina, historiza el

desarrollo de la psiquiatría, los objetos que construye (su relación con la peligrosidad, la moral, lo jurídico que amasan el campo en el que se implanta), las percepciones que produce, las instituciones que sostiene y que reproducen ese objeto, las prácticas que habilita como reaseguro de hegemonía y el posicionamiento ético que sostienen.

La definición de SM y el recorrido que realiza nos permite despejar las distintas dimensiones que, en el análisis de una experiencia, debemos revisar al momento de pensar los dispositivos que inventamos para responder a los problemas en SM.

En nuestras prácticas

Estas advertencias adquieren particular peso al momento de abordar las prácticas “psi” en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). La APS apunta a producir un movimiento fundamental para el campo de las prácticas en SM: interpelar las asimetrías de saber y poder necesarias para efectivamente partir de la presunción de capacidad del/a usuario/a, de su posibilidad de decisión y propiciar el desarrollo de autonomía de los sujetos. Trabajar para la producción de relaciones más igualitarias entre equipos y personas usuarias no implica una lectura indolente (disfrazada de abstinencia) y

descomprometida de lo que el/la otro/a supuestamente elige. La posibilidad de que las personas rechacen las ofertas de un equipo, no implica que éste deponga su responsabilidad en los procesos de atención.

¿Dónde está “lo” comunitario?

Desde la Carrera de Especialización Postgrado en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria de la Facultad de Psicología (UNR) los saqueos de 1989 fueron la oportunidad de incluirnos como trabajadores/as de SM en el primer nivel de atención de la administración provincial (llamado APS en ese momento y que continúa). La Municipalidad de Rosario desarrollará su primer nivel durante los 90. La demanda a SM (desde las gestiones) era la de auxiliar en la ruptura del lazo social. Discusiones acaloradas, ¿qué lugar pasamos a ocupar? ¿El de reparadores del lazo, el de disciplinadores ante las sublevaciones? Imposible dirimirlo sin ir a los territorios, nos planteábamos algunos de los participantes de ese momento. Las organizaciones comunitarias tenían diversos grados de acumulación política, no iban a “dejarse disciplinar”, pero más allá de esto: ¿cuál era nuestro lugar? ¿Generar o reproducir demandas individuales? Fue una apertura para encuentros que nos dejaron marcas.

Hacia fines de los 80 y principios de los 90 los comedores comunitarios toman un lugar central en la escena social, siendo parte de las nuevas disposiciones que producen efectos en la subjetividad. La comida pasa a ser un analizador de las condiciones sociales, de la deshumanización, trabajamos el pasaje de la comida al alimento (con espesor simbólico y subjetivante). A su vez, emergía la violencia, que llamábamos “familiar” por esos tiempos. A fines de los 90 aparecen demandas masivas de escuelas por niños/as que no aprenden y la consolidación de la figura del “discapacitado social”. La respuesta inmediata conducía a la medicalización de las dificultades en la infancia y la búsqueda de diagnósticos e intervenciones medicamentosas. Las intervenciones apuntaron a inscribir en el primer nivel de atención la problemática, al trabajo interfase entre salud y educación, y a la construcción de espacios participativos con docentes, niños/as y familias en los que se buscaba recuperar la figura de la infancia en momentos donde se interrogaba acerca del fin de la misma.

El desarrollo del primer nivel de atención fue necesario para pensar procesos de desmanicomialización que nos condujeran al definitivo cierre del manicomio, una demanda que unificaba (aunque no muy fuertemente) al sector. Acá vemos una doble dimensión en el trabajo de APS en el primer nivel en el abordaje de SM.

Por un lado, la posibilidad de pensar en el tratamiento, acompañamiento de los padecimientos mentales por fuera de lo manicomial (condición necesaria para el cierre) cercana a las pertenencias sociales y culturales sin producir quiebres en los ya frágiles lazos sociales. Por otro lado la presencia “psi” en el primer nivel de atención en equipos con lógicas territoriales abrió a otras demandas que no tenían el perfil de “pacientes consultando al profesional”, sino demandas de grupos comunitarios, de instituciones, de sectores poblacionales en torno a problemáticas que se van definiendo como violencias de distinta índole, de género, maltrato infantil, abusos sexuales, consumos, exclusión escolar, desafiliaciones...

En este proceso de inclusión territorial se van perfilando -más que una lectura de psicopatológica- las condiciones de la subjetividad. Los procesos de vulnerabilidad-desafiliación (Castel,1991) producían nuevos padecimientos en el marco de procesos de expulsión social. Las marcas de la violencia dictatorial, desde la explícita hasta las formas de violencia simbólica más invisibilizada, nos hacían detener en las condiciones del lazo social. Algo parecía haber mutado y SM aparecía como un analizador. Los distintos actores implicados desplegaban sus percepciones de los problemas identificados y los posibles dispositivos de intervención. El

intento era no producir nuevas institucionalizaciones sino construir modalidades de operar sobre problemáticas, inscribiendo nuevos actores sociales, fortaleciendo saberes críticos. La Medicina Social Latinoamericana y la Educación Popular pasaron a formar parte de nuestra caja de herramientas para el trabajo comunitario. La problematización y la investigación participante permitían incorporar la mirada de los distintos actores. Las producciones de *Lo Grupal*¹ en torno a los abordajes de la subjetividad, nos permitían abordar lo colectivo rescatando la singularidad y la categoría de poder. La numerosidad social de Ulloa (1995) nos abría una grupalidad no masificante.

La salud mental, dispositivos, subjetividades, padecimientos y los *healing phenomena*

Desde la sanción de la Ley Provincial de Salud Mental (10.672/1991) de Santa Fe y la Ley Nacional de Salud Mental (26.657/2010) se nos plantea la urgencia de pensar otras estrategias de abordaje en el marco de la Salud Mental Comunitaria.

Decíamos más arriba que el campo de la SM, tal como Galende lo propone, trae aparejado un nuevo objetivo y direccionamiento del eje en las intervenciones. “El objetivo principal de los cuidados en salud mental

es la integración social del sufriente, su participación de los intercambios simbólicos y económicos de la vida en común" (Galende, 2021, p.2). Entonces ¿qué tratamiento del sufriente humano planteamos? Aquel que permita reintegrar el sufrimiento mental al campo de lo humano (Galende, 2015).

El eje de las intervenciones pasa a ser acompañar en procesos de establecimiento, restablecimiento, invención de lazos como parte de la sustitución de lógicas manicomiales, del desarrollo de espacios de inscripción social, de lo que hemos llamado -siguiendo a Winnicott (2001)- los espacios de experiencia cultural.

Galende (2021) habla -en torno al objetivo de establecer cuidados en los padecimientos psíquicos y sociales- de la "seguridad psíquica" que requiere la vida en común. Contempla las necesidades básicas (alimentos, vestimenta, vivienda, trabajo) y las que requieren contar con otros/otras para sostener la subjetividad (familia, amigos/as, compañero/as, pareja, grupos, comunidad). La carencia de estos "suministros" es causa de vulnerabilidad que amenaza los intercambios simbólicos. En este sentido afirmamos que las problemáticas en salud mental emergen como un analizador de las condiciones en que se modula el lazo y se hace lugar a las diferencias.

La violencia en los barrios de la ciudad de Rosario lleva al aislamiento de la población, de las instituciones (aumentado en la pandemia) con un retroceso en las prácticas comunitarias. Por otro lado, aparecen numerosos "dispositivos grupales". En la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario en octubre de 2025 se contabilizan más de 100, con un promedio de 14 personas por dispositivo. Se trata de una experiencia que se venía fortaleciendo desde hace años con un corte en la pandemia. Crece con más fuerza en los años pospandemia, proponiendo otros modos de estar en común, otro modo de tratamiento de los padecimientos que intenta ligar a los sujetos a un mundo en donde algo de "la vida en común" (Galende, 2021) sea posible.

Como fuente para revisar de qué se tratan estos Dispositivos Grupales tomaremos documentos que recogen producciones colectivas de los procesos de los equipos (primer y segundo nivel de atención) de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario (2019a) y de una producción conjunta de equipos provinciales y municipales de la ciudad de Rosario (2019b).

Estos Dispositivos Grupales se caracterizan como heterogéneos, no tienen un formato único. Los equipos de salud a partir de sus prácticas construyeron/aborda-

ron diferentes problemas en el marco de la estrategia de APS. Tienen como horizonte el desarrollo de mayor equidad, ya que se dirigen a quienes se identifican como vulnerados en sus derechos con menor accesibilidad a los bienes sociales (2019a). Identificamos tres “tipos” de dispositivos, aunque aparecen entrecruzados en su desarrollo territorial (2019b):

1. Aquellos que abordan poblaciones que no encajan en los procesos de atención tradicionales (encuadres de consultorio, consultas con horarios prefijados, obediencia a las prescripciones profesionales). Personas que vuelven impotentes a los equipos, irrumpen con reclamos violentos o acuden insistentemente, se instalan diariamente, casi pasivamente, en el Centro de Salud pidiendo ser asistidos por diferentes problemas, muchas veces poco inteligibles. Se identifican micro territorios o grupos poblacionales vulnerados: personas con discapacidad, infancias, mujeres, adolescentes, consumos problemáticos, patologías crónicas, etc. Se trata de una construcción que propicia mayor horizontalidad, abriendo al diálogo para alojar y abordar los procesos de cuidado con otro tiempo/lugar.

2. Dirigidos a población de “usuarios/as” de salud mental. Se trata de una población que siempre estuvo pero que a partir de las leyes de Salud Mental se visibiliza como “población del sistema de salud”, no del manicomio. Requieren de estrategias, más allá de la psicoterapia y farmacoterapia, que se planteen como horizonte la inclusión. Esto implica revisar procesos de atención/cuidado con la participación y protagonismo de los/as usuarios/as como sujetos desde una perspectiva de derecho.
3. Propuestas referidas a las condiciones del lazo social, espacios de intercambio, de sociabilidad que propician la inclusión sin focalizar en determinados grupos. Una respuesta frente a los aislamientos que las condiciones de vida imponen (defenderse de la inseguridad en encierros cada vez más enloquecedores donde la otredad aparece siempre como potencialmente peligrosa). Funcionan como dispositivos de promoción de salud, como posibilidades de inclusión en un lazo más propiciador de las singularidades sin que devengan en estigmas.

Por otro lado, como ejes vertebradores de los Dispositivos Grupales podemos remarcar (Documento 2019 a)

Que parten de la problematización de los **procesos de atención**, de un análisis crítico de los propios procesos de trabajo, convocando a diversos actores

- La caracterización de **las modalidades de lazo social** y la propuesta de intervenir propiciando otras condiciones,
- Su carácter **interdisciplinario, de construcción colectiva, interinstitucional e intersectorial**
- El recurso del arte/actividades culturales como posibilidad de construir **objetos culturales y la cultura como espacio de experiencia**
- La posibilidad de tejer redes que sustenten la aparición de sujetos frente a las objetalizaciones que las modalidades de lazo social propician, promoviendo el desarrollo de autonomía.

Los equipos construyeron por propia decisión estos espacios, aún con las dificultades que se presentaban para sostenerlos. Este proceso se consolida en espacios de discusión y de formación donde se visualiza la necesidad de legitimarlos en tanto pertenecientes y pertinentes a los procesos de atención. Esto se concretó en la definición de que los **Dispositivos Grupales forman**

parte de los procesos de atención, siendo en realidad expresión de la complejización de los mismos en función de advertir que las necesidades poblacionales en salud requieren de estrategias atención/cuidado que efectivicen la accesibilidad de aquellos grupos vulnerados en sus derechos (2019b).

Las nuevas formas de la manicomialización, los *ghettos* de los que habla Wacquant (2010) refiriéndose a los barrios populares o el quedar “encerrados afuera” de Assoun (2001) coexisten con la vieja fórmula y coinciden en la suspensión del sujeto de derecho. Winnicott (2006), quien supo ser inspirador de la antipsiquiatría inglesa, decía:

(...) la psicosis se halla estrechamente relacionada con la salud, en la cual están congeladas innumerables situaciones de fracaso ambiental que, sin embargo, son alcanzadas y descongeladas por los diversos fenómenos curativos (healing phenomena) de la vida corriente, a saber, amistades, cuidados durante la enfermedad física, la poesía, etc. (p. 388)... y las inquietudes culturales en general. (p. 400)

Frente a las manicomializaciones propiciamos espacios de experiencia cultural en donde los fenómenos curativos se vuelvan posibles. Aquí retorna el devolver

el sujeto al orden de lo humano, del que nos habla Emílano. Crear y recrear otras formas de lazo, otras formas de estar en común.

Vaya este escrito como homenaje, como continuidad de una conversación a la que Emílano siempre se mostró dispuesto, con su habitual maestría.

Referencias bibliográficas

Assoun, P.L. (2001). *El perjuicio y el Ideal. Hacia una clínica social del trauma*. Nueva Visión

Castel, R. (1991). *La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión*. En *El Espacio Institucional 1*. Lugar Editorial

Dirección de Salud Mental. Dirección de Atención Primaria. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Dirección de Salud Mental. Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario (2019b). *Registros de Atenciones Ambulatorias en Salud Mental. Capítulo VI Registro de Dispositivos grupales*

Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas en Salud Mental*. Lugar Editorial.

Galende, E. (2021). Editorial. *Salud mental y co-*

munidad, (10), 8-15. <https://doi.org/10.18294/smmyc.2021.5122>

Secretaría de Salud Municipalidad de Rosario. Dirección de Salud Mental. (2019a). *Informe Proceso Capacitación Dispositivos Grupales 2019*

Ulloa, F. (1995). *Novela Clínica Psicoanalítica. Histórial de una práctica*. Paidós

Wacquant, L. (2010). *Las dos caras de un ghetto*. Siglo XXI

Winnicott, D. (2001). *Realidad y Juego*. Gedisa Editorial.

Winnicott, D. (2006). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. En Obras Escogidas. RBA Coleccionables.

Notas:

1. Publicación argentina desarrollada durante los años 1983-1993, un colectivo de indagación acerca de las condiciones de la subjetividad en la post-dictadura