



## **TRABAJO FINAL**

**Presentada para acceder al título de grado de la carrera de**

**LICENCIATURA EN ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTICO**

**Título: “ESI Y ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTICO”**

**Autor/res:**

**Alarcon, Valeria – N° DNI 31099484**

**Director/a:**

**Lic. Alarcon, Alex**

**Lugar:**  
**Junín de los Andes, Newken**

**Fecha de presentación**  
**18/11/2022**

**Firma autor/es**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Valeria', with a stylized flourish at the end.

Alarcon Valeria Hortensia

## **Agradecimientos**

*Que quede la esperanza*

*Y el azul del cielo*

*Mirarnos a la cara*

*Hermana, yo te quiero*

(“Si me matan” (fragmento) - Silvana Estrada, cantora viviendo sueños)

*Male*, porque no hay mejor espejo, por tu guía y hermandad.

*Vero*, por compartirme tu territorio y hacer que sea reparador.

*Karla*, por enseñarme a ser valiente y genuina.

*Colectivo JuCuMero*, por la pertenencia, la transformación y la convergencia de lo diverso.

*Vale*, por elegirme.

*Alex*, por ubicarme en tiempo real y por hacer emerger mi propio deseo.

*Bernarda*, por apostar siempre a más y alojar la diversidad de voces.

*Valen, Luchi, Maria Clara, Sole, y demás cumpas de cursada ....* deseo siempre seguir aprendiendo de ustedes.

***Y a quienes son semilla para les que vienen, a todes gracias, gracias, gracias.***

## Resumen:

En un contexto emergentemente activista, disruptivo y diverso, quienes somos profesionales del acompañamiento terapéutico, hacemos eco principalmente de la Ley Nacional 26657, donde el derecho a la Salud Mental dispone la implementación de redes de promoción, prevención y asistencia en Salud Mental, entendida desde la cosmovisión de la Salud Integral. Al considerar a la Salud en su amplio espectro integral, se observa que ciertos padecimientos subjetivos, así como su sintomatología escapan de las posibilidades de respuesta del sistema de salud, debido en parte, a que son el resultado de la implementación de un sistema particular de simbolizaciones basado en la inequidad, la diferencia, la estigmatización y las injusticias. Es por ello que, aludiendo al paradigma de la intersectorialidad y la convergencia epistémica, propongo elevar la bandera de la Educación Sexual Integral (de ahora en más ESI) como la herramienta discursiva, teórica y comportamental, proveniente de los estudios de género interseccionales y poscoloniales, para pensar la desigualdad, el racismo y la xenofobia, promoviendo un **marco legal** donde el ideal es la búsqueda de equidad y justicia social. Caldeada desde las mismas necesidades de reivindicación social de aquellos “postergados”, de aquellos grupos denominados vulnerables, patologizados tradicionalmente por el mismo sistema de salud, se eleva la voz de los ciudadanos, evidenciando tanto discursos y enunciados como prácticas sesgadas por violencias y discriminaciones. Debido a su naturaleza misma, la ESI se erige como paradigma en Salud Integral, como faro del fin del viejo mundo y comienzo del nuevo. Y porque, además, su principal objetivo es la promoción y prevención en salud, sintetizando lo que el paradigma anterior (y aún legitimado) escinde, “rompiendo” a los sujetos en 2 partes irreconciliables: subjetividad y corporalidad como la unidad básica, como el sí mismo que comunica, siente, hace, padece.

Para el abordaje de la temática, se optó por la forma/organización propuesta por Passos Nogueira (pág. 93, figura 1) *Conocimiento-acción*; desde donde el horizonte de visibilidad y proyecciones estratégicas que definen la convergencia entre nuestro modo de pensar sobre el objeto y las relaciones de poder del espacio de praxis, son evidenciadas de la siguiente manera:

1. Objeto. Cómo miramos. que incluimos, que dejamos afuera (procesos críticos)
2. Concepto. Como pensamos. Preguntas. Modos de pensar, observar, criterios de demostración: eco + articulación teórica
3. Campo. Cómo actuamos contenidos y sujetos de nuestras acciones, sus relaciones, vínculos estratégicos: instituciones, redes, interdisciplinariedad (no solo académica, también política y experiencial)



NOTA ANTES DE COMENZAR LA LECTURA:

¿Qué necesidad de género tiene nuestro lenguaje?

Nuestro lenguaje tiene género<sup>1</sup>. Cada enunciación, cada palabra tiene un género designado y actúa performativamente desde allí. En el lenguaje se erige la cuestión de género y por ello, la transformación se puede lograr desde allí, debido, principalmente a que todo lenguaje es dinámico y en construcción, lo que auspicia tanto posibilidades de lucha como la evidencia de prácticas sociales y culturales. En este sentido, *el lenguaje inclusivo funciona como alerta*, como alerta de la pretensión de universalidad que considero es la causa de tanto malestar subjetivo.

En la universalización, estamos haciendo pasar una parte por la totalidad. ¿A qué parte me refiero? Pues, sin medias tintas, al falo. Nuestro lenguaje se caracteriza por ser falocéntrico y falogocentrista. Esto es, por un lado la ideología de que el falo, órgano genital identificado con el género masculino, es la base central en la organización del mundo social (económico, político y cultural); por otro, se adjudica una relación de reciprocidad inherente a la posesión del falo y la posesión del logos. Esta cosmovisión se encuentra instituida y legitimada en nuestros contextos, pero no como forma acabada, puesto que todo instituido tiene su contraparte instituyente, y todo espacio de poder, aloja en sí mismo los espacios de resistencia.

Es así que el lenguaje academicista también es acusado de falocéntrico y falogocentrista: encerrado sobre sí mismo, completo, total, aristocrático, descreyente de las ausencias, con alarde de saber y de posesión del saber por parte de la academia ... Para despejar tanta pretensión de uniformidad y alojando aquello que es práctica en otros ámbitos no académicos, me pregunto: ¿Qué otras formas de conocimiento tenemos? La forma de divulgación, por ejemplo, es una forma de romper con ese elitismo, buscar salirse de la posesión de poder como lugar de diferenciación, donde el que no posee queda afuera: los desposeídos son sujetos de la carencia, son la representación última de la mujer y la dependencia por parte de quienes no lo tienen. Redes sociales, canales de youtube, charlas virtuales, etc aparecen hoy como formas diversas de circulación de la información y del conocimiento que no *está siendo* en lo académico.

El lenguaje es, entonces, una manifestación práctica y política ... Y aquí, como acompañante terapéutico, como sujeto no binario, como subjetividad en construcción, como usuario del sistema de salud, pero, sobre todo, como ciudadano, ejerzo mi libre disposición al uso del lenguaje que considero no como la contraparte definitiva a la realidad discursiva actual, si no el punto inicial, la "piedra en el zapato", que aloja la posibilidad de lo diverso en escena, que cuestiona y problematiza, auspiciando nuevas formas de síntesis respetuosas y solidarias.

---

<sup>1</sup> Nuestro lenguaje español, puesto que otros lenguajes que también habitan este territorio, como el Mapudungun aquí en la Patagonia, no presentan la cuestión de género. Esto se debe a que es una cosmovisión que entiende que cada manifestación de la vida porta en sí misma tanto las energías "femeninas" como "masculinas", contenida en los discursos y enunciados no binarios.

En el prefacio de *El género en disputa*, J. Butler (1990) se convoca a la defensa de la idea provocativa de un lenguaje que pueda romper con el estado de las cosas (con el sentido común), para descolocar, para empoderar al lenguaje como problema, para cuestionarnos acerca de los modos de hablar y de naturalizar de asimetrías de género, precisamente desde allí. Por ello el lenguaje con género no binario, por ello el lenguaje inclusivo: **El objetivo aquí es cuestionar con la gramática**

## Introducción

### "ESI y Acompañamiento Terapéutico"

Las personas y los grupos sociales no se definen por la homogeneidad y la uniformidad, sino por la diversidad. Somos diferentes y particulares en cada aspecto de nuestra existencia. Las diversidades sexuales y de géneros como la pluralidad de prácticas y manifestaciones emocionales, afectivas y sexuales en una cultura dada, contempla las distintas formas de expresar el afecto, el cariño y el deseo sexual, ya sea hacia personas del mismo género, de distinto género o ambos, esto es: nuestras formas vinculares. Si existen diversidades sexuales determinadas tanto por aspectos materiales (estructurales) como por aspectos culturales/subjetivos (simbólicos) se hace necesario reconocer que las sexualidades, junto con el género y la corporalidad, no son realidades meramente biológicas y estáticas (heteronormatividad), sino que son dinámicas y relacionales, en función del contexto, las normas, la cultura, las matrices de aprendizaje y vinculares, la historia, etc. Sin embargo, los cuerpos y las sexualidades son desigualmente valorados en función de una escala jerárquica que define cuales son las posibilidades de lo legítimo, saludable o normal.

La invisibilización y la estigmatización de la pluralidad y diversidad de prácticas (por ende, de existencias) resuenan en nuestra cotidianeidad, comprendiendo a ambas formas de vínculo como formas de violencias (simbólicas y materiales) expresadas tanto en los cuerpos como en las subjetividades.

Desde una dimensión política se significa a las diversidades sexuales y de género para hacer referencia a aquellas sexualidades no hegemónicas, invisibilizadas y estigmatizadas.

¿Por qué hablar de género? Porque, en palabras de Paul B. Preciado (2008), el género es una construcción simbólica intencionada políticamente, conformándose desde diferentes técnicas (verbos) que se imponen en la subjetividad, se marcan en los cuerpos, y responden a dispositivos de control. Las nuevas técnicas de (hacer) género del biocapitalismo funcionan como dispositivos de subjetivación técnica y, en orden de perpetuar formas vinculares económicas que programan exteriores identificables, se vuelve inherente su vínculo con lo que el autor denomina farmacopornografía: la medicalización de los cuerpos y los géneros encuentra su aljibe o vertiente en la dependencia farmacológica, volviendo peligrosísima y despiadada a la relación medicina-marketing-géneros. La siguiente cita e imagen que continúan, si bien extensas, complejas y brutales, no dejan lugar a dudas acerca tanto de la intencionalidad política subjetiva que me convoca como sujeto, como la urgencia en cuestiones de agenda en salud que me convoca como AT. ¿Porque hablar entonces de género?:

El género (femenidad/masculinidad) no es ni un concepto, ni una ideología, ni una performance: se trata de una ecología política. La certeza de ser hombre o mujer es una ficción somatopolítica producida por un conjunto de tecnologías de domesticación del cuerpo, por un conjunto de técnicas farmacológicas y audiovisuales que fijan y delimitan nuestras potencialidades somáticas

funcionando como filtros que producen distorsiones permanentes de la realidad que nos rodea. El género funciona como un programa operativo a través del cual se producen percepciones sensoriales que toman la forma de afectos, deseos, acciones, creencias, identidades. Uno de los resultados característicos de esta tecnología de género es la producción de un saber interior sobre sí mismo, de un sentido del yo sexual que aparece como una realidad emocional evidente de la conciencia: “soy hombre”, “soy mujer”, “soy heterosexual”, “soy homosexual” son algunas de las formulaciones que condensan saberes específicos sobre uno mismo, actuando como núcleos biopolíticos y simbólicos duros en torno a los cuales es posible aglutinar todo un conjunto de prácticas y discursos. (pág. 89)

Entonces: géneros - núcleos biopolíticos y simbólicos - cuerpos - sentido del yo - prácticas y discursos, como ejes que recorren éstas páginas.

El siguiente vínculo de YOUTUBE se utilizara como disparador para el diálogo que el ensayo propone entre ESI y Acompañamiento Terapéutico, por lo que sugiero su reproducción, su escucha activa, pero por sobre todo, dejarse interpelar por el relato<sup>2</sup>:




---

<sup>2</sup> Las condiciones socioeconómicas y el habitus cultural de la persona que expone esta charla patrocinada por TEDTALKS son determinantes de la posibilidad de emergencia de su discurso, cuestionamiento de su trayectoria y capacidad de ser escuchado por otros. Aun así, el alcance y divulgación de este ciclo de charlas nos permite cuestionar acerca de las posibilidades reales de transformación de las generaciones más jóvenes, con respecto al ideal de ciudadanía que pensamos para la construcción y emergencia de una sociedad más justa y equitativa.



<https://www.youtube.com/watch?v=NCLoNwVJA-0&t=20s>

La complejidad de la sociedad actual nos enfrenta a los trabajadores de la salud a nuevos desafíos vinculados al profundo cambio de paradigmas respecto a las sexualidades y cuestiones de género, entendiendo las mismas como dimensión inherente a cada momento vital. El acceso a la información, el abordaje de la violencia de género, la reivindicación de derechos sexuales y el reconocimiento de las diversidades, configuran la necesidad de un abordaje integral de la salud, reflexionando sobre nuestras prácticas cotidianas y nuestros atravesamientos, incorporando aprendizajes que fortalezcan nuestro desempeño.

Según los lineamientos gubernamentales desarrollados y divulgados en el “Manual sobre los Derechos de los/as Pacientes para el Equipo de Salud” (2020), elaborado por el área LEGISALUD de la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria y la Subsecretaría de Calidad, Regulación y Fiscalización del Ministerio de Salud de la Nación, en Octubre de 2020, con la revisión y el aporte de organismos como el INADI, la Dirección de Salud Mental y Adicciones, el Diccionario latinoamericano de Bioética, Declaración Universal de la Unesco acerca de la Diversidad Cultural, entre otras, establece que “La sexualidad es un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida y abarca al sexo, género, identidades y roles, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción. (Organización Mundial de la Salud [OMS]).” (pag.97)

Las sexualidades entonces conforman una dimensión de las personas atravesada por múltiples aspectos inherentes a todo ser humano. En la misma sección, se establece el marco normativo de dichas declaraciones, estableciendo el encuadre de adhesión nacional e internacional. Dicho marco dispone:

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. La orientación sexual y la identidad de género son esenciales para la dignidad y la humanidad de todas las personas y no deben, por ninguna causa, ser motivo de discriminación. Estos principios y derechos, que encuentran sustento en la Carta Universal de los DDHH: la Declaración Universal de Derechos Humanos (1946), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), la Convención Americana Sobre Derechos Humanos (1969) y los Principios de Yogyakarta (2007), garantizan los DDHH de las diversidades sexuales a la vida y a la salud, al disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, a la dignidad y a la libertad, a la igualdad, a la no discriminación y a la igualdad de género. Estos y otros DDHH están reconocidos por la Constitución Nacional (Art.

75, Inc. 22). (Manual sobre los Derechos de los/as Pacientes para el Equipo de Salud, 2020, pág. 97)

Si la *orientación sexual* junto a la *identidad de género* son esenciales para la dignidad y la humanidad y son resguardadas en materia de derechos humanos, se hace necesario determinar qué se entiende por género y que se entiende por identidades de género. En el mismo manual antes mencionado, que ordena las prácticas de los agentes de salud, se determina que:

La norma “entiende por identidad de género a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales.” (Art. 2). De allí, que, a los efectos del derecho al libre desarrollo personal, todas las personas mayores de dieciocho (18) años de edad podrán... a fin de garantizar el goce de su salud integral, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercibida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa (Conf. Art. 11). (Manual sobre los Derechos de los/as Pacientes para el Equipo de Salud, 2020, pág. 99)

En el desarrollo siguiente se abordarán los mismos conceptos ampliándolos y dotándolos de un anclaje político, que evidencie la convergencia entre las dimensiones de la ESI, el acompañamiento terapéutico y la construcción de ciudadanía, como condiciones de posibilidad de la salud integral.

A raíz de lo expresado y en sintonía con la convergencia que intento exponer, resulta conveniente enfatizar sobre la cuestión de derechos, puesto que en nuestro país las conquistas y reivindicaciones sociales presentan un carácter particular, resonando con las

disposiciones y construcciones simbólicas y territoriales latinoamericanas, donde la subjetividad adquiere un valor predominante en los PSEAC. En el “Manual sobre los Derechos de los/as Pacientes para el Equipo de Salud” se proclama la autopercepción como la única dimensión determinante para las identidades de género, al decir:

En el año 2012 la Argentina sancionó la Ley N° 26.743 de Identidad de Género en el marco de un proceso en el que categorías, nociones y grupos que habían permanecido excluidos comenzaron a ser centrales en políticas públicas de modos que implican una legitimación social y política creciente. La Ley de Identidad de Género argentina es la primera en el mundo que no exige diagnóstico médico ni orden judicial para el deber del pleno respeto al derecho humano a la identidad de género, aun cuando esta no coincida con el sexo asignado al nacer, y en particular, a ser identificada tal como es autopercebida en los instrumentos que acreditan la identidad. Dicha ley se enmarca en una serie de conquistas legales y simbólicas en la lucha contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género. (Manual sobre los Derechos de los/as Pacientes para el Equipo de Salud, 2020, pag. 98)

Y de tanto DE-CONSTRUIRNOS: ¿Qué abordajes construimos?

El Acompañamiento terapéutico se erige como práctica en Salud y Salud Mental basada en lo relacional/vincular, donde los padecimientos subjetivos son determinados en su totalidad, en tanto procesos dinámicos de PSEAC (procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado). Desde los planteos teóricos que propone Claudia Bang (2014) "Estos padecimientos, portados por cuerpos singulares, presentan su correlato en la trama social, en tanto emergentes de problemáticas vividas de forma colectiva, que exceden la posibilidad del abordaje puramente individual" (pág. 111).

La ESI, conforma el puente entre muchos de los padecimientos subjetivos de nuestra época (era capitalista neoliberal con primacía de la imagen y la falta de referencias simbólicas para la construcción de identidades y devenires subjetivos diversos) y las maneras singulares de sanar. Jorge Breilh (2010) enfatiza en la cuestión de género como uno de los elementos determinantes en salud, entendiendo a la inequidad como producto de la misma:

Todos estos planteamientos enfatizan la importancia de la determinación colectiva de la salud y su preeminencia sobre los estilos de vida individuales. Es indispensable analizar la estructura de poder que determina los rasgos saludables o malsanos de los modos de vivir en el dominio particular, según la incidencia tripartita de las tres fuentes primarias de inequidad de una sociedad: la clase social, el género y la condición etnoracial, pero también hemos analizado la inequidad que estos elementos provocan en la cotidianeidad y en el espacio doméstico. (pag. 106)

En cuanto al marco regulatorio nacional, el artículo 3 de la Ley 26150 "Programa Nacional de Educación Sexual Integral", determina los objetivos de la misma, determinando parámetros de acción alineados con lo establecido por Breilh, donde me interesa destacar particularmente el objetivo "d", sin por ello restar valor al resto de los objetivos que también convocan a la práctica de les ATs.

ARTÍCULO 3º — Los objetivos del Programa Nacional de Educación Sexual Integral son:

d) ***Prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular;***

Sostengo entonces que la propuesta de la ESI para nuestra labor de acompañantes terapéuticos queda enmarcada desde la perspectiva Integral de Salud, con foco en la prevención. Nuevamente C. Bang (2014) ilumina esta propuesta, al decir:



[...] desde una perspectiva integral, se considera a la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia reordenadora de los sistemas con lógica universalista y basada en la idea de derechos. Desde este marco, se da una articulación posible entre la estrategia de APS integral y prácticas de prevención y promoción de salud mental, como oportunidad para retomar y profundizar objetivos de implementación de políticas de salud mental con base en la comunidad (pag. 110 )

Cuando hablamos de Educación Sexual Integral no me refiero a un contenido y/o a una asignatura específica sino que forma parte del proyecto de ciudadanía que estamos construyendo y requiere de un trabajo articulado con los centros de Salud, las familias y las organizaciones sociales, siendo la portavoz del ciudadano que queremos interpelar. La construcción de redes y vínculos es el encuadre de todo abordaje de AT. Afirmación que intentaré justificar más adelante.

#### Antecedentes y marco teórico.

No existen antecedentes bibliográficos encontrados acerca de la temática mencionada. Sin embargo, existen otras fuentes de circulación y divulgación de contenido; algunas de ellas no se encuadran dentro de los límites regulatorios de lo académico, pero responden a las formas actuales de producir/compartir/divulgar conocimiento<sup>3</sup>.

---

#### <sup>3</sup> LISTA DE CONTENIDOS

- ciclo de charlas independientes junto a Aylen Sosa (AT y Lic. en psicología): ABORDAJE DE LA ESI EN EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO.  
En esta charla Aylen nos invito a reflexionar sobre la Educación Sexual Integral como aspecto transversal al Acompañamiento Terapéutico, conocer la ESI y sus herramientas, brindando posibles estrategias de intervención. Auspiciada por el centro ACOMPAÑARTE (Capacitación en Acompañamiento Terapéutico y servicio de acompañantes terapéuticos - <https://www.facebook.com/acompaniarte.centrodeat>)
- Título: La importancia de la ESI (Educación Sexual Integral) en el Acompañamiento Terapéutico. Trabajo presentado en el II Congreso Nacional de Acompañamiento Terapéutico. I Congreso Internacional de Acompañamiento Terapéutico. "El Acompañante Terapéutico: un agente de salud resiliente". <https://www.youtube.com/watch?v=vZSumABAhoo>
- Precongreso Argentino de Acompañamiento Terapéutico organizado por AAT (Asociación de Acompañante Terapéuticos de Bahía Blanca) AATRA - 08/10/2021: "ESI y la construcción del cuerpo en el acompañamiento." - Manuela Bravo (AT)
- "Les ATs Pampas" y la Ong Desafíos y Compromisos, organizaron la capacitación virtual sobre "Educación Sexual Integral y Derechos Sexuales Reproductivos y No Reproductivos" - 16, 23 y 30 de Mayo 2021. A cargo de la doctora en Trabajo Social con perspectiva de género Erica Montaña y la Licenciada de la ciudad de General Pico Natalia Voragini Weth.
- Mesa Redonda N°5 - Eje: Acompañamiento terapéutico y Género. XVII Congreso Argentino de Acompañamiento Terapéutico FCM (Facultad de Ciencias Médicas) UNL (Universidad de La Plata), AATRA- Trabajo libre: "La importancia de la ESI (Educación Sexual Integral) en el Acompañamiento Terapéutico" - A.T. Marcelo Isaías Dapelo. - Trabajo libre: "¿Tenemos los mismos derechos? Discapacidad y sexualidad" - A.T. Patricia Aranguiz y A.T. Ma. Cristina Servetto Dalmás

No obstante, la vinculación entre los campos disciplinares del acompañamiento terapéutico y la ESI convergen en los lineamientos tanto de Salud mental, como de Salud integral, derechos del niño y adolescente, derechos de personas con discapacidad y derechos sexuales y reproductivos, determinados en la Constitución Nacional, los Tratados Internacionales de Derechos Humanos y las Leyes Nacionales. Asimismo, existen resoluciones y recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación que establecen cómo deben actuar los agentes de salud, todos incluyendo la perspectiva de ESI.

En este sentido y recapitulando las leyes y legislaciones mencionadas, entiendo a la Educación Sexual Integral (ESI) como un emergente que, en la síntesis del encuentro con los otros, promueve saberes, conocimientos, conductas y habilidades que posibiliten la toma de decisiones responsables y críticas en relación con los derechos de las personas al cuidado del propio cuerpo y sentires, las relaciones interpersonales (vínculos), la información y la sexualidad. Pienso entonces a la ESI como un sistema discursivo y actitudinal de *cuidado* que aloja la emergencia del ciudadano. Esta reflexión se inscribe en la línea de pensamiento y acción de Alicia Stolkiner:

La corriente de pensamiento medicina social/salud colectiva latinoamericana cuestiona la homologación de cuidado con atención. Considera que el cuidado tiene una connotación más amplia e integral que la atención y que se basa en relaciones horizontales, participativas y simétricas. De esta forma le resta centralidad a las instituciones de salud y reconoce que muchas de las acciones de salud se desarrollan en las prácticas cotidianas de los sujetos (Stolkiner & Ardila, 2012, pág. 54)

Entonces: las representaciones y prácticas de cuidado de la salud de las personas obligan a una reflexión acerca de la manera en que se construyen las posibilidades y formas de lograr la participación de los actores sociales en el cuidado de su salud. También exige profundizar en la dimensión afectiva del cuidado, en el cuidado como vínculo intersubjetivo. De esta manera, la ESI nos interpela a los agentes de salud también como sujetos de derecho, puesto que nadie queda eximido en su vínculo con el otro, con su sexualidad y con su propio cuerpo.

Por otro lado, y en cuanto a las legislaciones vigentes, el desarrollo del siguiente ensayo se articulará en base a las siguientes normativas:

\* Ley 26150 - Promulgada: Octubre 23 de 2006. Artículo 3º — Objetivos del Programa Nacional de Educación Sexual Integral

\* Anexo Resolución N° 340/18, donde se establece: 1. Cuidar el cuerpo y la salud: promoviendo el acceso a ésta como un derecho y concibiéndola desde una mirada

integral. 2. Valorar la afectividad. 3. Garantizar la equidad de género. 4. Respetar la diversidad. 5. Ejercer nuestros derechos, reconociéndonos como sujetos de derecho.

\* Organización Panamericana de la Salud (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.

\* Ley Nacional 25.673 Creación del Programa Nacional de Salud Sexual Y Procreación Responsable.

\* Ley 26061 - Protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes

\* Ley N° 26529 - Derechos del paciente

\* Ley N° 26657 de Salud Mental

\* Código de Ética de la Asociación Argentina de Acompañante Terapéuticos de la República Argentina (AATRA)

Comprender la ESI de esta manera e incluyendo los cinco ejes del Anexo Resolución N° 340/18, nos convoca como ATS a incluirnos en el paradigma de Salud Comunitaria y Latinoamericana, evitando los sesgos reduccionistas y biologicistas del Modelo Médico Hegemónico.

El presente ensayo tiene como **objetivo general** reflexionar acerca de los conceptos y contenidos vinculados a la ESI en el campo disciplinar del acompañamiento terapéutico.

Dentro de los **objetivos específicos**, podemos nombrar:

- Establecer la importancia del atravesamiento de la ESI no solo en las prácticas cotidianas de los ATs, si no en todos los ámbitos vinculados a los PSEAC de los ciudadanos.
- Reflexionar acerca de las prácticas y discursos de los ATS en torno a las identidades y diversidad de expresiones de la misma

Se quiere con ello significar la importancia de la ESI en todos los niveles institucionales, como medio para la conformación de lazos sociales comunitarios, igualitarios y de participación social, elementos fundantes de la Salud Comunitaria.

Los ATS convergemos en ese espacio "desierto" entre lo social y lo individual, lo clínico y lo hogareño, lo comunitario y lo subjetivo, lo visible y lo invisibilizado. Las estrategias de intervención se podrán planificar desde una óptica de derechos, sintetizando la emergencia de ciudadanos, capaces de intervenir en su comunidad como actores de transformación de sus propias realidades. Teniendo en cuenta que el concepto de salud es un derecho humano, un concepto dinámico y, por ende, en construcción, cuya forma es la de las redes y vínculos que se erigen para la construcción de nuevas marcas identificadoras, es que considero el vínculo de necesidad entre *salud, derechos, ESI y acompañamiento terapéutico*, siendo uno la explicación del otro.

Para esto se hace imprescindible ofrecer a las personas diversas oportunidades, entornos y ambientes institucionales que les permitan involucrarse en un proceso de *aprender haciendo*, donde puedan desplegar su creatividad y capacidad de síntesis, participando plenamente en el desarrollo de actitudes crítico-reflexivas frente a las prácticas y factores de riesgo que forman parte de su vida cotidiana. Esto es, encontrarse con un Otre, y con un otre diverse, tal como queda explicitado en el video de youtube linkeado al inicio de la introducción:

Bart vestía materiales negros drapeados, botas de tacón alto, esmalte de uñas y delineador de ojos, pero no vestía como una mujer. Esto me demostró que podía ser extravagante y andrógine con mi estilo, que mi amor por las corbatas de moño no necesitaba excluir nada tradicionalmente femenino (Audrey, Tedtalk, 2018)

## 1. OBJETO

Los síntomas son huellas sin sentido y su significado no se descubre excavando en la oculta profundidad del pasado, sino que se construye retroactivamente - el análisis produce la verdad; es decir, el marco significante que confiere al síntoma su lugar y significado simbólicos. En cuanto entramos en el orden simbólico, el pasado está siempre presente, en forma de tradición histórica y el significado de estas huellas no está dado; cambia continuamente con las transformaciones de la red del significante. Cada ruptura histórica, cada advenimiento de un nuevo significante amo, cambia retroactivamente el significado de toda tradición, reestructura la narración del pasado, lo hace legible de otro modo, nuevo. (Slavoj Zizek, 1989, pág. 88)

*Tenía 12 años. Era víspera de Año Nuevo. La familia haciendo preparativos para el brindis de la medianoche, que marcaba un nuevo comienzo de ciclo gregoriano. -"Ma, mi camisa está toda arrugada!!", protesta uno de mis hermanos mayores, preparándose para salir de fiesta con sus amigos. Mi madre toda revuelta y agitada (estresada quiero decir) entre la limpieza del hogar, la cena, el postre, prepararse y cuidarnos a todos, les invitades, mascotas, etc ..... Recuerdo con el orgullo que grité: -"yo la plancho ma! ya se planchar bien, no la voy a quemar!". Única hija "mujer" entre 5 hermanos "varones". No solo era un orgullo saber hacer las tareas del hogar, era un privilegio además planchar la camisa de mi hermano mayor. Mi familia llevó a cabo de manera impecable la tarea de educarme, de enseñarme mi ubicación en la trama familiar, mi personaje y la forma de mi desempeño. Hasta aquí, si bien algunas situaciones me generaban sentimientos de injusticia o impotencia, comprendía que no había otra manera de ser/estar, y que mis quejas o malestares me "hacían fea", puesto que "no hay nada más horrible que una mujer peleando", se repetía en mi entorno inmediato. Lo que se traducía inmediatamente en "así no vas a conseguir novio". En el brindis de medianoche, pedí como deseo "encontrar" (justamente) novio (anticipándome al comienzo de la secundaria). Pero en ese deseo de "novio" se encontraban otros anhelos. Como poder ir a la escuela sola (con mi novio). Ir a fiestas o festivales del pueblo sola (con mi novio). Sentirme querida (por mi novio). Tener quien me defienda, con quien hablar, a quien atender, con quien planificar una vida, un padre para mis hijos, una seguridad económica y un (bien) estar. Ese alguien a quien plancharle la camisa mientras me ocupó de la casa, la familia, la nutrición, del hogar.*

*Alguien de quien sentirme orgullosa y a quien poder cuidar, para que también me cuide. Nunca me cuestioné porque buscaba cuidados en alguien más, porque no me sentía segura caminando sola por la calle, porque no quería ir a ciertos lugares públicos sola, o porque la protección implicaba un vínculo con un masculino. Aun así, existía en mí un terror a que algo “malo” me pudiera suceder. Convivía con la idea de que necesitaba protección.*

*Simultáneamente, desde hacía 3 años que me encontraba en una situación de salud tanto delicada: migrañas constantes, descomposturas y vómitos, estados nerviosos constantes, irritabilidad, mal humor, inestabilidad emocional, crisis de llantos, selectividad alimenticia, violencia y maltratos. Lo que derivó en gastritis crónica, anemias, internaciones, dependencia farmacológica y soledad. En casa me llamaban “Maria Dolores”.*

*En marzo comencé el comercial (a la técnica no podía ir, porque solo iban los varones). Por un error del sistema, comencé en un primer año de lo más diverso: diversidad de edades, de sistemas familiares, de trayectorias. Me encontré prontamente interpelada por las experiencias vitales de mis compañeros. De pronto una violencia, angustia y enojo inconmensurable me inundó: mientras una compañera contaba una situación de abuso sexual vivida en su infancia, comprendí que existía el abuso y el abuso sexual ... comprendí que yo había sido abusada sexualmente también.*

*Entonces, las migrañas se exacerbaron, la inestabilidad emocional fue mayor aún. Pero lejos de recurrir a la medicación, comencé a hablar con amigas, con quienes comprendimos que todas atravesamos situaciones de abuso en nuestras infancias. Quizás las realidades socioeconómicas, quizás la ausencia de subjetividades que interpelen nuestras experiencias, quizás los contextos superexpuestos a ciertos tipos de violencias, quizás la falta de enunciados que se escuchen en nuestras cotidianidades y permitan significar estas experiencias como abuso: todas lo naturalizabamos. ...*

*Ese día, el día que tuvimos la clase de educación sexual y comprendimos los abusos, resignificamos todas nuestras experiencias, nos miramos y nos reconocimos en la sintomatología y somatización de nuestros cuerpos, le pusimos palabra a lo sucedido, a lo que seguía siendo en nosotras. Aprendimos a verbalizarlo, a narrarlo. Aprendimos a decir y a (re)conocernos. No solo cobraron existencia nuestros relatos: emergieron nuestros cuerpos padecientes y nuestras marcas, pero también emergieron la educación sexual, los derechos humanos, la noción de cuidado y la empatía por el sufrimiento de un otre que, de pronto, es el mío también. De no haber mediado palabra que articule, de existencia y se comparta (socialice), esta resignificación no hubiera sido posible.*

**¿Por qué comenzar un trabajo académico con una experiencia personal que no solo me expone, si no que me significa y simboliza para otros?**

Porque también desde allí (y quizás solo desde allí) es posible la lucha, las búsquedas de nuevos significantes, el auspicio de nuevas escuchas y la construcción de “lo común”, ya no como una construcción teórica producto de nuestra cognición, si no como el reconocimiento de las experiencias compartidas y las formas de resolución/elaboración que posibiliten la emergencia de la resiliencia colectiva: el fortalecimiento de las capacidades de una comunidad para lidiar con los múltiples y diversos condicionantes de los PSEAC, lineamiento del Movimiento de la Medicina Social/Salud Colectiva a la que adhiero.

Esta experiencia de encuentro con un otro, su puesta en escena (cuerpo y palabra para quienes auspiciamos de espectadores) resignificó toda mi trayectoria vital, mis vínculos, mi cuerpo, mi subjetividad, mis limitaciones y mi posicionamiento profesional. Y es la semilla para este ensayo (o acaso por ser profesional de salud quedo eximida de alguno de los condicionantes que me dedicaré a exponer a continuación? o acaso mi discurso no “dice” de mí de la misma forma que “dice” de otros?).

De allí el argumento que sostengo: crear, sostener, alojar significaciones que permitan resignificar trayectorias particulares, para que se inscriban en la trama argumental y escénica que resuelva el enigma del síntoma, del sufrimiento psíquico, mediante la simbolización (entramado social). Habitar tramas carentes de padecimientos permite no solo pensar y problematizar el cuerpo y la corporalidad, también permite diferenciar un vínculo amoroso de un vínculo de abuso.

Por último, y no por ello menos importante, quiero destacar la importancia del trabajo de Alicia Stolkiner y de Paul B. Preciado en la producción de este ensayo. En su texto “La medicalización de la vida” Alicia Stolkiner señala la importancia de hablar de “sufrimiento psíquico”, que atraviesa horizontalmente la línea argumental. En un plano vertical, como emergencia de paradigmas diversos, Paul B. Preciado “hace cuerpo” de la investigación científica, problematizando (entre tantas otras cosas) las subjetividades y sus implicancias en los procesos de investigación. El uso de citas y referencias culturales reside en la capacidad de simbolización de la misma, como dimensión creadora y creativa que emerge y sostiene las prácticas sociales.



## **SALUD / ESI / ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTICO /SUJETO**

“ - ¿Y esos zapatos? ... ¿son zapatos de hombre, de mujer o bisexuales?”

“ - Son solo zapatos, tonto!”

*(fragmento de entrevista televisada a David Bowie, artista)*

Tanto el Acompañamiento Terapéutico como la ESI son campos disciplinares que se cuestionan acerca de la formación de la subjetividad y la significación de los cuerpos: los humanos tenemos comportamientos sociales y sexuales que no se reducen solo a la supervivencia o reproducción de la especie. Nuestra subjetividad se encuentra implicada en cada despliegue de la vida humana.

En el campo de la Salud, desde donde se inscribe la práctica de los ATs, nos encontramos atravesando un cambio de paradigma iniciado en los años 80 con la influencia de los precursores de la Salud Comunitaria y Salud Latinoamericana. Comprendo este proceso en un marco de convivencia obligada entre el sistema asilar/tutelar hegemónico (de ahora en más MMH -Modelo Médico Hegemónico, término apuntado por Eduardo Menendez, 1981) y el de la Salud Integral, promotor de los derechos humanos. Éstas convivencias transformacionales vienen acompañadas por leyes nacionales y provinciales, así como por la creciente producción teórica acerca de la temática. Sin embargo, esta fuerza contrahegemónica se encuentra con enormes resistencias, producto de las posibilidades materiales de concreción de las prácticas mismas: el binomio cuerpo/mente, sociedad/individuo, salud/enfermedad, asistencia/cuidado, científico/comunitario (civilización/barbarie), hombre/mujer, adulte/infancia, etc, se extiende por todo el entramado social, tanto en las conciencias colectivas, las prácticas culturales y sociales, como en la arquitectura y diseño edilicio de nuestros espacios materiales de concreción.

La desmanicomialización (la sustitución del dispositivo manicomial, con su tratamiento del padecimiento mental basado en el encierro y la negación del sujeto) convive con nuevas formas de abordaje y atención centradas en las personas y sus padecimientos subjetivos. En este sentido, el Ciclo de Complementación Curricular para la Licenciatura en At en el que se enmarca este trabajo final es de suma importancia para poder transmitir algunos de las transformaciones que se están produciendo en el campo de la Salud Mental y en las prácticas mismas devenidas del proceso antes mencionado. Nuevas áreas de investigación se están abriendo (y necesitan ser profundizadas) respecto a los modos en que el acompañante terapéutico, desde su rol como agente de salud, puede realizar un aporte a los PSEAC.

### **Cómo miramos. qué incluimos, qué dejamos afuera (procesos críticos).**

Todas nuestras representaciones sociales presentan la cualidad de no ser cuestionables: actuamos lo que pensamos o sabemos con la seguridad de quien abre la puerta de su hogar y se dirige a su trabajo, sin cuestionarse si habrá (o no) vereda sobre la cual caminar, si encontrara su vehículo en el mismo lugar donde lo dejó, sin cuestionarse si el contexto en el que despierta y se inscribe estará allí, funcionando y produciendo, tal como lo expresaran Berger y Luckman en *“La construcción social de la realidad”*.



Para poner un poco en cuestionamiento nuestra capacidad de anticipación, me dedicaré a explicitar algunas cuestiones conceptuales, delimitando mi posicionamiento teórico-práctico, esto es, mi postura política conceptual que me permite hilvanar el argumento que pretendo exponer.

### Construyendo convergencias.

Para comprender cómo una experiencia de existencia con un otro me interpela, me convoca y permeabiliza mis construcciones de significación, me dejaré guiar por Enrique Pichon Riviere y su idea de ECRO: Esquema, Conceptual, Referencial y Operativo. Entiendo este esquema como el mecanismo desde el cual es posible la construcción de un posicionamiento que permita la emergencia en la coherencia *siento-pienso-hago* o, dicho de otra manera, la elaboración de procesos de acción y transformación posibilitados por la síntesis entre lo experiencial (significación) y lo social-contextual (simbólico). Desde allí y solo desde allí es posible la lectura de este ensayo.

### *¡SALUD!*

Salud es mucho más que "no estar enfermo". Implica no solo un buen funcionamiento de todos los órganos sino también sentirse a gusto con sí mismo, tanto con el propio cuerpo como con las posibilidades de ser de esa materialidad. Por lo que "salud" es un concepto integral, que considera aspectos personales/individuales como contextuales (socio-histórico-político y económicos) así como ecológicos:

Al considerar la salud desde una perspectiva integral, estamos lidiando con algo tan amplio como la propia noción de vida (Czeresnia & Freitas, 2006). La salud se relaciona con la posibilidad de ganar grados de autonomía sobre el "modo de vivir en la vida" (Merhy, Feuerwerker & Silva, 2012). En este sentido, la Medicina Social Latinoamericana propone la idea de buen vivir o vivir bien, que implica la confrontación del individualismo y la competencia, típicos de la sociedad de mercado, para sustituirlos por la solidaridad y la cooperación, en un modelo de desarrollo que permita la satisfacción de las necesidades de todos (Asociación Latinoamericana de Medicina Social [ALAMES], 2011)." (Claudia Bang, 2014, pág. 113)

Entonces: salud integral - autonomía - modo de buen vivir, serán ejes claves para comprender el desarrollo que continua.

Al mismo tiempo, la OMS define a la salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948, preámbulo).

Y más adelante agrega también que “el goce máximo de Salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano” (OMS, 1948, preámbulo).

Si bien es una definición amplia, acuñada en un tiempo pasado (año 1948) y con pretensión de universalidad, contiene ciertos parámetros que encuadran la dimensión más general del concepto de salud, como un valor deseable. Por otro lado, se hace necesario determinar y complejizar algunos conceptos, ya sea por determinismos territoriales o por subjetivos, pero que convergen epistémica y ontológicamente para los fines de este ensayo.

En primer lugar, la *salud integral* es la estrategia de la APS, paradigma en Salud que intenta convivir con el sistema médico hegemónico, generando nuevas vías de desarrollo de la salud y alojando diversas dimensiones determinantes para los PSEAC. Se basa en el reconocimiento de que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Esta evolución de un sistema al otro representa no solo transformaciones metodológicas, sino ontológicas y epistémicas, que intentaré exponer brevemente (aunque las implicancias de estas transformaciones requieren de un análisis mayor).

Eduardo Menéndez (1990) acuña el término Modelo Médico Hegemónico para explicar las lógicas de nuestro sistema médico actual. Este autor señala que son estructurales al mismo la ahistoricidad, el biologicismo y el individualismo, elementos que atraviesan las prácticas clínicas, las preventivas y epidemiológicas. El biologicismo será el rasgo que legitime al modelo invistiéndolo de científicidad, orientando las perspectivas teóricas y prácticas sobre los problemas de salud-enfermedad, denotando una primacía de los determinantes biológicos por sobre cualquier otro de índole social, cultural o psicológico. La ahistoricidad también confiere un sesgo reduccionista y acotado a este modelo, puesto que no considera el dinamismo de las relaciones sociales, descartando variables como estratificación social, ingresos, ocupación o género. Dos cuestiones derivan de estos rasgos estructurales, que transforman el abordaje del MMH en inadecuado para dar respuesta a los múltiples y diversos PSEAC. Por un lado, desprendido de su rasgo biologicista, la medicalización de la enfermedad (soluciones rápidas que atacan el síntoma, intentando estandarizar las respuestas). Por otro lado, desprendida de la ahistoricidad y el individualismo, la subvaloración de la subjetividad, la deshumanización y la despersonalización. Al proponer una cosmovisión donde solo entran en juego la salud y la enfermedad, se sostiene una lógica binaria, donde en un extremo encontramos salud (vida) y en el otro la enfermedad (muerte), como polos opuestos que deben mantenerse separados y donde la presencia de uno significa la ausencia del otro. Desde este punto de vista, se expande y reproduce un sistema binario de cosmovisión, donde todas las relaciones son binarias:

medique/paciente

saber/ignorancia

academicista/sentido común

activo/pasivo

hombre/mujer

saludable/patológico

Posicionado desde el binarismo, el MMH solo ve 2 posibilidades de acción: el amplio espectro de la vida misma quedaría así excluido de este sistema. En este sentido, el Manual sobre los Derechos de los/as Pacientes para el Equipo de Salud, reconoce que:

La Ley de Identidad de Género es una conquista en el reconocimiento de la diversidad sexual y de género, como también una forma de problematizar los modelos únicos y coercitivos, de desmarcar al género y la sexualidad del terreno de la biología, para pensarla social, cultural y variable. Resulta, asimismo, una conquista frente al discurso biomédico que se ocupó de definir la normalidad de lo sexual y de establecer los márgenes que separaban lo saludable de lo patológico.

(pág. 99)

La identidad sexual es una experiencia del sujeto que integra diferentes aspectos de su vida sexual a través de un proceso: es un **constructo multidimensional** que incluye identidad de sexo, identidad de género, identidad erótica e identidad socio-sexual. Aquí la dimensión social adquiere una cualidad determinante, puesto que la identidad socio-sexual se puede definir como el grupo o comunidad social con el que una persona puede desplegar procesos de significación de sí mismo (identificación) saludables basado en su orientación sexual. De allí, que la sexualidad sea comprendida desde la integralidad, como la experiencia de contexto subjetiva del cuerpo sexuado.

Por otro lado, la organización mundial de la salud define la identidad de género como el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambas. Según esta organización, constituye el marco de referencia interno que permite a los sujetos organizar un autoconcepto y comportarse socialmente en relación con la percepción de su cuerpo, sexo y género.

Nuevamente, las prácticas sociales instituyen la forma de las representaciones sociales, en este caso, de las legislaciones que hacen eco (¿de qué otra forma si no, es posible legislar?) de las reivindicaciones sociales y colectivas que, en lo que considero un emergente de la salud mental de nuestra comunidad, continúa luchando por la sobrevivencia de las formas diversas de existencias, marcando el horizonte de las constelaciones vinculares que son deseadas en el devenir del encuentro, la autodeterminación y la participación colectiva de las comunidades.

Por otro lado:

La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas. (OMS y UNICEF, 2018) .

Entonces: eje en la comunidad - atención continua e integral - organización comunitaria y del equipo de salud - derechos - responsabilidad compartida -

Sobre este último eje me detendré un momento. *Compartir la responsabilidad* con la comunidad implica no sólo el diálogo con personas, familias, instituciones y comunidades, sino también su empoderamiento, necesario para la participación social y la autonomía en salud. Ganar grados de autonomía requiere de la implicación de las personas en el sistema de salud, y también requiere de un posicionamiento de alojar y de horizontalidad por parte del sistema de salud y sus agentes, de manera tal que la discusión se genere alrededor de la siguiente pregunta: ¿cuáles son las estrategias de salud de estas personas en particular? ¿Cómo puede acompañar el sistema de salud en los PSEAC de este grupo poblacional?

Y en la misma línea, converger la cuestión de derechos con las posibilidades de salud, autonomía e inclusión, refiere no a un "paciente", si no a un sujeto empoderado, que aprende a "hacer" con otros para un bien común: sólo puede hacer referencia a un sujeto de derechos, esto es, un *sujeto ciudadano*. El compromiso con la justicia social, la equidad, la solidaridad y la participación son las raíces de la APS.

Así mismo, la Carta de Ottawa, de 1978 (Declaración de APS) consigna también el concepto de "promoción de salud" como el proceso de capacitar a las personas para aumentar el control sobre su salud y mejorarla. Para llegar a un estado de completo bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe poder identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer necesidades y manejar o transformar su ambiente". Con lo cual, se potencian las subjetividades y se empodera a los sujetos políticos: "En tal sentido, el concepto de subjetividad y sus modos específicos de expresión resulta un componente insoslayable para explotar la expresión colectiva de los procesos psíquicos implicados en las formas de vivir, enfermar, padecer y sanar de los grupos sociales" (Ps. Ana Cecilia Augsburgeri. Ps. Sandra Silvana Gerleroi, 2005, )

En estrecho vínculo con lo dicho anteriormente, emerge la idea de "buen vivir" que tomaré de Jaime Breilh, al decir en el prólogo del texto *Usos Cotidianos del Término Sumak*

*Kawsay en el Territorio Kayarñbi*. Buen vivir<sup>4</sup>: la fuerza de un pensamiento emancipador propio sobre el modo de vivir. En esta idea novedosa y subversiva, incluye los sistemas de trabajo, los patrones de consumo, las expresiones de vida comunitaria, las formas de identidad y las relaciones con la naturaleza, y representa el esfuerzo por comprender interculturalmente los modos de vivir y su participación en la determinación social de la salud en nuestra sociedad. Es subversiva porque nace desde la misma necesidad de subvertir el sistema y sus limitaciones para con otras existencias. En las siguientes líneas pertenecientes al mismo prefacio, se puede comprender tanto la cualidad subversiva del término, como su emergencia histórica, su capacidad de empoderamiento para las comunidades y la urgencia del reconocimiento de un otro cuya existencia es negada (invisibilizada) por el mismo sistema,

Como anticipando el grito de "ya basta" que el 1 de enero de 1994 darían las fuerzas zapatistas en México, alzadas luego bajo la consigna de "sobrevivir como guardianes de la Madre Tierra", surgió el grito de las comunidades en el Inti Raymi nuestro, legitimadas por una historia de reverente cuidado de la vida; así sembraron un hito de lucidez y dignidad al decir que no aceptaban más el molde de una cultura colonialista, el dolor de ver sus territorios mancillados por la codicia y degradados por la miopía ecológica de los codiciosos. Era la sabia voz de los runas que al proclamar un "basta, no más historia sin nosotros ... , sin nuestros sueños, nuestras utopías, nuestra justicia y pensamiento", al reivindicar su evidente derecho a empoderar su cultura, sus principios, derechos y modos de vivir, no sólo se redimieron como pueblos, sino que dieron un golpe reparador a la conciencia de todas y todos nosotros. Eran las voces del Inti Raymi, que habían preservado durante siglos un mundo antitético, solidario y respetuoso de la vida,

---

<sup>4</sup> Insistiendo en la territorialidad de nuestras prácticas y entendiendo al lenguaje como práctica social, me interesa hacer mención al lenguaje Mapuzugun, utilizado por el pueblo Mapuche, quienes están llevando a cabo una lucha en el territorio patagónico, también desde su Cosmovisión, desde la cual el buen vivir puede entenderse como Küme Mongen, que puede traducirse como "buen con-vivir". Esta noción destaca el sentido de interrelación y mutua dependencia con la que se comprende el territorio. La enfermedad, por ejemplo, no se comprende meramente como una disfunción o daño de un órgano en particular, sino como un acontecimiento que incorpora un sentido según las relaciones que se han tenido con el territorio, y exige también, ciertas acciones para encontrar alivio. Se trata de una comprensión de la salud bastante más integral que la comprensión tecno-científica y desde donde lo que está en juego es la expresión misma de la humanidad que somos.

en medio de la voraz sociedad capitalista que lo niega estructural y socialmente.(J. Breilh, 2014, prefacio)

*"Nada sobre nosotros/as sin nosotros/as"* es también el lema del Movimiento de Vida Independiente que nació en Estados Unidos hace alrededor de medio siglo con la consigna de lograr la emancipación y combatir la marginación y la reclusión de las personas con discapacidad. Ambos son movimientos sociales contrahegemónicos que alzaron su voz y crearon nuevas condiciones de significados.

(Parece que a este modelo se le estaban quedando "afuera" varios grupos sociales)

Adelantaré aquí una pregunta que recorre este ensayo, que lo encuadra, pero que también es el fin, el objetivo y la síntesis de nuestro trabajo como ATs. El horizonte de apertura de esta pregunta tiene que ver con poder pensar que los modos de "buen vivir" no refieren únicamente a cuestiones estructurales o materiales en los sistemas de organización social, económica y política. Sino que incluyen aspectos más sutiles, más filosóficos y epistémicos, por ende anclados a lo discursivo y lo simbólico (herramientas de lo político), como lo es el valor de una vida humana y si todas las vidas "valen" lo mismo. Judith Butler nos interpela y convoca a cuestionar estos lineamientos, que anuncian sin nombrar, que describen sin alojar, que "matan" al negar:

¿Que oposicion podria ofrecer el ámbito de los excluidos y abyectos a la hegemonía simbólica que obligará a rearticular radicalmente aquello que determina que cuerpos importan, qué estilos de vida se consideran "vida", que vidas vale la pena proteger, que vidas vale la pena salvar, qué vidas merecen que se llore su pérdida? (J. Butler, 1996, pag. 39)

### Acompañamiento Terapéutico y su dimensión política.

"... la función política es la que más nos acerca a la idea de empoderamiento y psicoeducación del medio social ..." - ( Leonel Loyden, 2019, pág. 103)

Para definir con la mayor precisión posible la praxis de les ATs y teniendo en cuenta que no existen aún las legislaciones nacionales que enmarquen y encuadren la práctica, me dispondré a tomar algunas descripciones del proyecto de Ley actualmente debatiéndose en la Cámara de Diputados, el código de Ética de AATRA y bibliografía producida **por** ATs.



De acuerdo al actual proyecto de ley que se está debatiendo en la Cámara de Diputados de la República Argentina, se establece el encuadre del Acompañamiento Terapéutico, como agente del abordaje integral en salud:

Asumiendo este nuevo rol de abordaje integral sobre pacientes afectados en su salud, el acompañante terapéutico se configura en un agente auxiliar en grupos interdisciplinarios que promuevan la inclusión social de pacientes, extendiendo los modelos tradicionales de asistencialismo y favoreciendo la integración del asistido en la vida social, cotidiana y familiar evitando el aislamiento y la estigmatización.

(Trámite Parlamentario N° 44, 2014)

El encuadre o marco legal y legislativo de los profesionales en el Acompañamiento Terapéutico se encuentra en este momento en discusión y análisis en la Cámara de Diputados de la República Argentina. Es el esfuerzo de compañeros comprometidos que vienen apostando al cambio, que construyen identidad (gracias infinitas por tanta pasión, por ser semilla para los que vienen).

Es por ello que referencio algunos aspectos del Código de Ética de AATRA (Asociación Argentina de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina) a modo de encuadre de nuestra praxis y exponiendo los puntos de encuentro con la ESI.

Sobre la integridad: los ATs ...

se empeñarán en ser sumamente prudentes frente a nociones que degeneren en rotulaciones devaluadoras y discriminatorias. Asimismo, se empeñarán en ser conscientes de sus sistemas de creencias, valores, necesidades y limitaciones y del efecto que estos tienen sobre su trabajo. (Trámite Parlamentario N° 44, 2014)

Sobre la responsabilidad social: Los ats ...

[...] se comprometen a asumir su responsabilidad profesional y científica hacia la comunidad y la sociedad en que trabajan y viven. Este compromiso es coherente con el ejercicio de sus potencialidades analíticas, creativas, educativas, críticas y transformadoras.

Los acompañantes terapéuticos ejercen su compromiso social a través del estudio de la realidad y promueven y/o facilitan el desarrollo de leyes y políticas sociales

que apunten, desde su especificidad profesional, a crear condiciones que contribuyan al bienestar y desarrollo del individuo y de la comunidad. (Trámite Parlamentario N° 44, 2014)



### Lo específico

En cuanto al rol y función, y para poder comprender de qué hablamos cuando hablamos de Acompañamiento Terapéutico, introduciré algunas concepciones desarrolladas por compañeros ATS.

El Acompañante Terapéutico (AT de ahora en adelante) es un profesional de salud capacitado para aliviar y compartir las ansiedades, angustias y padecimientos psíquicos de las personas o sistemas familiares que lo requieran. El objetivo principal es favorecer la emergencia de la subjetividad en vínculo con su contexto, esto es: generando, auspiciando, sosteniendo lazos sociales. Para lo que se dispone de un abordaje comunitario, integral y no estigmatizante, que procurará vincularse con quien requiere del servicio de AT como sujeto de derecho y no como "enferme". Aquí el posicionamiento pasa del "paciente" de la medicina tradicional (MMH) al abordaje del padecimiento como un efecto o resultado de su relación con el entorno, entendiéndolo como la escena (contexto, posibilidad material y vincular) del mismo malestar<sup>5</sup>.

Claramente las intervenciones del A.T. tienen un efecto en el psiquismo del paciente, por lo que me pregunto: **¿Cómo interviene el Acompañante Terapéutico, desde su rol específico, en la construcción de autonomía?**

Al respecto, en su Intempestiva V, Camacho nos introduce a lo especificado en la práctica de los ATs:

Vamos develando el rol principal de acompañante terapéutico, un agente que propone acompañar un cambio desde lo vivencial de la persona, poniendo en primer lugar la construcción subjetiva del sí mismo inmerso en un contexto social e incluido con las herramientas necesarias descubiertas por el propio acompañado (V. Camacho, 2020, pág. 13)

Entendemos entonces que la tarea que tenemos los ATs es emergente en cuanto a promoción y desarrollo de habilidades y competencias de los sujetos en su autonomía en salud. No solo por ser agentes involucrados en los procesos de transformación social, sino porque es precisamente nuestro campo de acción la emergencia del sujeto ciudadano, aquel que pueda desenvolver al máximo su grado de autonomía. Se hace necesario entonces, resignificar a este sujeto "paciente" como *sujeto político*, protagonista en los procesos de transformación social, ya que éste permite el reconocimiento del individuo como activo en la toma de decisiones y de acciones políticas que benefician a su comunidad, por ende, a sí mismo. En otras palabras, la función política de los ATs como inherente a la práctica misma:

Desde la función política se pretende que el AT produzca movimiento en el otro social [...]. Esta función política genera cambios en el acompañado, pero no en el

---

<sup>5</sup> Es por ello que también se propone erradicar el concepto de "caso clínico", en tanto es no sólo contraproducente, si no irrespetuoso y ahistórico: somos, primeramente, personas con experiencias de contexto, no "casos" particulares o ejemplares.

enfermo o padeciente, quien será abordado desde la clínica ética, sino más bien en la persona, que con sus capacidades y potencialidades se hace lugar en la comunidad. (Leonel Loyden, 2019, pág. 105)

De nuevo: autonomía, participación, subjetividades.

### ***Y quién es este Sujeto Político que alojamos?***

Se puede entender al Sujeto Político como protagonista de dilemas socialmente relevantes que son sensibles a conocer e interpretar: es la base de cualquier posibilidad de acción, práctica o construcción social. Tal es así que Jorge Aleman (2012) caracteriza la dimensión política de la existencia humana de la manera que la entenderemos de ahora en más a lo largo de este ensayo: “La política no como una gestión profesional, ni como un subsistema de la realidad, sino como el lugar constituyente de la experiencia del sujeto en su devenir hablante, sexuado y mortal.”

**Pero entonces: ¿qué rol tiene este sujeto político (como sujeto o comunidad) en los procesos de transformación subjetiva y/o social? y ¿cómo puede el profesional de Acompañamiento Terapéutico contribuir a este tipo de discusiones?**

Para poder alojar y acompañar semejante tarea, es necesario el desarrollo permanente de competencias actualizadas en el cuerpo de los agentes de salud. En primer lugar, debido a la vertiginosidad de las transformaciones en el ámbito social, característica de nuestro devenir en la historia. Por otro lado, porque son éstos mismos sujetos políticos, ciudadanos, quienes van introduciendo nuevas prácticas sociales que atentan contra lo hegemónico, actualizando y construyendo nuevas formas de pensar(se) individual y colectivamente. De acuerdo al encuadre en APS antes mencionado, es este precisamente el indicador de salud de una comunidad: que sus integrantes tengan igualdad en la participación política con capacidad transformadora de sus propias realidades. Desconocer las prácticas sociales que fueron promovidas y hoy legitimadas por ciudadanos presenta una contradicción a la tarea de los ATs.

Desde mi punto de vista, la ESI es una de estas prácticas, hoy instituyéndose, con carácter integral y universal, que no podemos desconocer:

1. Porque es el resultado de la falta de respuestas del sistema por significar existencias y trayectorias de vida
2. Porque implica un posicionamiento que promueve la autonomía
3. Porque refiere a una dimensión humana que es inherente a la vida humana, por lo que ressignifica a los sujetos políticos (esto es, a todos por igual)
4. Porque responde a la demanda de justicia, igualdad y equidad de parte de sectores vulnerados socialmente, quienes ejercieron y ejercen su ciudadanía

## ESI

Los hombres nunca se han tenido que preocupar de otra cosa que no sea dedicarse a ser más estúpidos, más gordos, más divertidos, más inteligentes, más duros, más sensuales, muchas más cosas, incluso filosóficas, pero las mujeres siempre tenían que ser femeninas y femeninas y femeninas. Lo que más me gusta no es que ésta sea ahora "La era de la mujer" porque eso es una mierda, sino el hecho de que ellas pueden ser al fin personajes, pueden ser ellas mismas en primer lugar, en segundo o tercer lugar pueden ser otra cosa y en el décimo lugar mujeres de la misma forma en que tú eres española y yo islandesa (Björk, artista, 1994, entrevista)

## Marco legal

La Educación Sexual Integral (ESI) es un espacio sistemático que construye y promueve saberes y habilidades para la toma de decisiones responsables y críticas en relación con los derechos de los niños, las niñas y les adolescentes con respecto al cuidado del propio cuerpo, las relaciones interpersonales, la información y la sexualidad.

Los contenidos de la ESI son ejes que atraviesan distintas áreas y/o disciplinas, respondiendo a las diversas trayectorias o experiencias vitales de niños, niñas, adolescentes y adultes

Son objetivos del Programa Nacional de Educación Sexual Integral:

- Incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica equilibrada y permanente de las personas.
- Asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos y confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral.
- Promover actitudes responsables ante la sexualidad.
- Prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular.
- Procurar igualdad de trato y oportunidades para mujeres y varones.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos están promulgados y protegidos por la Constitución Nacional, los Tratados Internacionales de Derechos Humanos y por Leyes Nacionales.

La ley 26150 - Sancionada: Octubre 4 de 2006. Promulgada: Octubre 23 de 2006 - establece: "Todas y todos (todes) somos diversas/os. Tenemos los mismos derechos". Expondré sintéticamente algunos artículos de la ESI que considero atañen al desarrollo de la temática, prestando especial atención al artículo 3, :

#### Ley: PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL

ARTÍCULO 1º — Todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos [...] A los efectos de esta ley, entiéndase como educación sexual integral la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos.

ARTÍCULO 2º — Créase el Programa Nacional de Educación Sexual Integral en el ámbito del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología [...]

ARTÍCULO 3º — Los objetivos del Programa Nacional de Educación Sexual Integral son:

- a) Incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica, equilibrada y permanente de las personas;
- b) Asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral;
- c) Promover actitudes responsables ante la sexualidad;
- d) Prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular;
- e) Procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.

La ley de Educación Sexual Integral está abordada desde 5 ejes fundamentales:

1) Cuidar el cuerpo y la salud: cuidado atravesado por el contexto histórico, social, económico, político. También implica una idea de salud que incorpora las dimensiones psicológicas, subjetivas, sociales y culturales. Hablar de cuidados es apelar a que todas las personas logren el mayor bienestar posible en términos físicos, psíquicos y sociales. Como profesionales de la salud apuntamos a cuidar el cuerpo y los vínculos, entendiendo que la misma depende del bienestar integral de cada persona y su comunidad.

2) Valorar la afectividad: poder identificar y validar las emociones, valores y sentimientos que atraviesan a las relaciones humanas. Los afectos juegan un rol muy importante en el aprendizaje y en la formación de vínculos valiosos. Nos interesa el desarrollo de capacidades afectivas como la empatía, la solidaridad y el respeto. Así como también reconocer la existencia de conflictos y tensiones en los vínculos para poder abordarlos de forma preventiva, evitando expresiones de formas violentas.

3) Ejercer nuestros derechos: porque cada persona es sujeto de derecho, por lo cual el estado debe ser garante del cumplimiento de todos los derechos humanos en general y de los derechos sexuales en particular. Garantizar derechos es alojar y respetar las voces de las infancias y las adolescencias y respetar y empoderar sus decisiones sobre su sexualidad, teniendo en cuenta el principio de autonomía progresiva, sin ningún tipo de discriminación.

4) Reconocer la Perspectiva de Género: históricamente, el sistema patriarcal ubica en un lugar subordinado a todo lo vinculado con lo femenino (mujeres e identidades feminizadas), mientras ha otorgado un lugar de superioridad y privilegio a todo lo

relacionado con lo masculino. Esta diferencia es producto de una construcción social e histórica, sostenida desde discursos e instituciones de poder, produciendo y reproduciendo enunciados performativos vinculados al binomio hombre/mujer. Esta diferencia genera desigualdades de poder que tienen como consecuencia la vulneración de derechos y la emergencia de violencias específicas.

5) Respetar la diversidad: Las personas somos distintas y diversas. Es necesario garantizar igualdad en el ejercicio de derechos para todes. Hablar de diversidad es conocer el proceso de formación de la identidad sexual con sus factores o componentes e interrogar el binarismo de nuestra cosmovisión.

En comunión con la ESI, convergen algunas otras leyes, tales como Ley 25.673, de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; Ley 23.849, de Ratificación de la Convención de los Derechos del Niño; Ley 23.179, de Ratificación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que cuentan con rango constitucional; Ley 26.061, de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y las leyes generales de educación de la Nación

Algunos de las dimensiones que se desprenden de dicha convergencia:

- Disfrutar una vida sexual saludable y placentera, sin presiones ni violencias.
- Acceder a información y atención, con respeto y confidencialidad.
- Recibir atención gratuita e integral de la salud sexual y la salud reproductiva.
- Acceder a la interrupción del embarazo (IVE/ILE)
- Vivir la identidad de género y la orientación sexual libremente.
- Elegir si tener o no hijas/os, con quién, cuántas/os y cuándo tenerlas/os.
- Elegir y recibir métodos anticonceptivos de manera gratuita en hospitales, centros de salud, obras sociales y prepagas.
- Acceder a tratamientos de reproducción médicamente asistida.
- Acceder a los tratamientos para modificación corporal de acuerdo a la ley de identidad de género.

Asimismo, existen resoluciones y recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación y de cada jurisdicción que establecen parámetros de encuadre para hospitales, centros de salud, obras sociales y prepagas para respetar los derechos de las personas y cumplimiento de la ESI. Como en el “Manual sobre los derechos de los/las pacientes para el equipo de salud”, desarrollado por el Ministerio de Salud Argentino, donde en el derecho IV- Derecho a la asistencia sanitaria, en el punto 2.3. “Principios de Igualdad y No discriminación” se explicita la adhesión tanto a los Derechos a la Igualdad como a la Salud e Igualdad de género (pág. 42) y más adelante en el derecho XVII. Los derechos de los/as pacientes de grupos vulnerados, donde encontramos determinaciones que contienen a: mujeres, niños/a, adolescentes, personas mayores, personas con discapacidad, personas con padecimiento mental, personas LGTB+, poblaciones de pueblos originarios, migrantes (*ante un grupo tan vasto y diverso, me pregunto: ¿quienes seran les no-vulnerades, entonces?*)

Qué temas se pueden abordar desde la ESI:

- violencias: mediáticas, políticas, de género - ley 26485: violencias física, económica y patrimonial, psicológica, sexual y simbólica / modalidades: doméstica, institucional, obstétrica, contra la libertad reproductiva, laboral y mediática)
- construcción de ciudadanías
- segregación grupal e individual
- estigmatizaciones
- respeto a la diversidad
- repensar los vínculos sexoafectivos y el amor romántico

## Puertas de la ESI

You've got your mother in a whirl. She's not sure if you're a boy or a girl

(David Bowie - artista- , "Rebel, rebel", 1974)

Trabajar la ESI nos interpela como personas a todes por igual, en tanto *sujetes de deseo*. Por lo tanto nos exige trabajar sobre supuestos y representaciones:

***¿Desde qué lugar nos posicionamos para trabajar éstos temas con quienes acompañamos, con nosotres mismas y/o colegas?***

***¿Cómo lograr que mis propios prejuicios y estereotipos no impidan la representación de la multiplicidad y diversidad de realidades y posibilidades?***

Desde la perspectiva de derechos que es inherente tanto a la ESI como al AT:

¿Cómo profesionalizar mi práctica (la emergencia -del deseo- de un otre social) si no puedo siquiera alojar simbólicamente su subjetividad? ¿Como acompañar y (re)conocer a un otre si no puedo nombrarle, o posicionarme desde la posibilidad de existencia de las diversidades subjetivas y corporales? ¿Cómo promover salud y bienestar para la construcción de ciudadanía si en mi discurso o prácticas reproduzco las mismas normas o performatividades que intentamos superar como agentes de salud integral?

Parece imperante desarrollar habilidades como: acompañar, (re)conocer y cuidar del otrx. Pero también otras como observar, analizar y cuestionar: regulaciones, rituales, prácticas que día a día constituyen la urdimbre de la vida en comunidad, transmitiendo saberes y reproduciendo simbolismos, lo esperable, permitido y prohibido, a través del lenguaje discursivo, corporal e institucional, del uso de los espacios de las formas de agrupamiento habituales, expectativas y formas de accionar, del acceso a la salud, el uso de poder y posibilidad de autonomía del buen vivir.

Entonces es importante:

+ reconocer que el cuerpo sexuado y la salud no abarcan solo la dimension biologica y son transversales a todo ser humane

+ reflexionar críticamente sobre las representaciones sobre el cuerpo y la salud que se tiene en las comunidades.

## PUNTOS DE ENCUENTRO ENTRE SALUD (MENTAL) Y ESI

- Leyes, legislaciones vigentes: ley 26485, tipos de violencias/ ley 26743, identidad de género. Amplio espectro jurídico existente en materia de ESI (Ley de Educación Sexual Integral 26.150; Ley de SSyPR 25.673; Ley de Matrimonio Igualitario 26.618; Ley de Identidad de Género 26.743; Ley de Protección Integral de los Derechos de NNyA 26.061; Ley de Prevención y Erradicación de la Violencia hacia la mujer 26.485 y sus correspondientes adecuaciones provinciales).

- Ambas sitúan y consideran a las personas como sujetos de derecho



- Ejes de la ESI: cuidado del cuerpo y la salud, valoración de la afectividad, ejercicio de derechos, reconocimiento de la perspectiva de género, respeto por la diversidad.
- Salud Mental como parte de la salud integral, promoción en salud
- Salud mental: bienestar y capacidad de poder disfrutar de la vida cotidiana, de sus vínculos y actividades
- puntos de encuentro: pensar y valorar al cuerpo más allá de lo biológico y expandirlo a una construcción identitaria que se ve atravesada por lo social, cultural y político. Pensar desde la perspectiva de género las diferentes configuraciones de las identidades de género.
- Salud: también incluye aspectos psicológicos, sociales y culturales. En este sentido, la salud no es solamente una cuestión individual, sino también un proceso social, grupal y comunitario y un derecho



## 2. CÓMO PENSAMOS

### EXPERIENCIAS DEL CONTEXTO

Me interesa proponer la noción de *experiencia* tanto desde su dimensión particular (subjetiva) como general (social/comunitaria) rescatando su importancia como elemento constitutivo de los sujetos.

En el campo de las ciencias sociales y de las ciencias de la salud, la *experiencia* se posiciona como el concepto capaz de poner en cuestión la naturaleza determinada de los lazos sociales. Desde esta perspectiva, se piensa a la sociedad en su condición inherentemente humana, y no en términos de un sistema que se autorregula y reproduce a sí mismo con prescindencia del accionar creativo de los individuos que la componen (estructura/superestructura independiente de los sujetos). Las estructuras, por sí solas, no alcanzan para explicar ni comprender la complejidad del mundo social. Se quiere con ello significar el cambio de dirección en el objeto de estudio, donde se coloca en el centro de la escena a los sujetos, como aquellos susceptibles de experiencias: prácticas, representaciones, procesos interpretativos, vivencias y conocimientos, saberes, formas de hacer y formas de vincularse, modos de vivir y modos de enfermar, participaciones y significaciones.

No obstante, ubicar a los sujetos como los actores productores/reproductores de las condiciones (determinantes) de los PSEAC no implica concebir a la sociedad como una simple adhesión o sumatoria de individualidades. Por el contrario, se busca desplegar perspectivas de análisis relacional-vincular, abrazando el giro interdisciplinar que movilizó a las ciencias sociales en los años 70 (giro que buscaba quebrar las dicotomías -binomios- que se venían -y se siguen- reproduciendo como herencia positivista). Como una cuestión de hecho, se busca recuperar la multidimensionalidad de lo social.

La **experiencia** es, desde esta perspectiva, la herramienta que posibilita el acceso al componente básico de la realidad social, la célula mínima de autodeterminación y determinación estructural: los sujetos, en quienes se manifiestan (y corporalizan) los PSEAC y desde donde es posible la resignificación de los mismos procesos. De este modo, las experiencias constituyen la conciencia práctica de los sujetos (las matrices de aprendizaje), por lo que desempeñan un rol privilegiado en la reproducción y actualización de las estructuras sociales y los posicionamientos estructurales. Pero, simultáneamente, se erigen como herramientas transformadoras de la realidad social, al poseer un carácter dinámico, contextualizado y susceptible de ser compartido/replicado con un otro, desde donde la experiencia (ahora compartida) puede emerger como práctica social, como disruptiva al orden establecido de cosas. En palabras de Giddens (1997) “[...] toda reproducción es necesariamente producción: la simiente del cambio existe en cada acto que contribuye a la reproducción de cualquier forma “ordenada” de vida social” (1997 [1984]: pag. 127).

Al poner el foco sobre la noción de experiencia, se intenta iluminar también los determinantes de los lazos sociales, de la relación nosotros/otros, lo que nos ofrece

claves novedosas y efectivas para problematizar y cuestionar los procesos de construcción identitaria, la vivencia de la otredad y las múltiples expresiones de la alteridad. Resulta claro el objetivo detrás del posicionamiento de este enfoque, puesto que *la experiencia de contexto* es condición de posibilidad en la convergencia ESI+AT, desde donde ambas disciplinas comparten este mismo objeto.

Dicho de otra forma, es a través de los sistemas de significación/simbolización en los cuales se organizan las prácticas y modos de entender el mundo (cosmovisión) que podemos dar cuenta de las experiencias social/comunitaria, coloreada por elementos materiales (territoriales/contextuales y corporales): las formas particulares en que los sujetos atraviesan su existencia compartida y las formas de disputa (dimensión discursiva) en las que atraviesan sus despliegues tanto en los territorios ecológicos-geográficos como corporales.

Recuperar la experiencia de la territorialidad (espacialidad y corporalidad) implica una mirada integral y holística, comprendiendo vínculos relacionales con otras dimensiones del despliegue de la experiencia de los sujetos, relativizando las experiencias de contexto en su capacidad de ser compartidas (simbolizadas) y enfatizando el valor expansivo de las mismas.

De esta manera, el interés por el vínculo (perspectiva relacional) entre experiencia y espacio radica en incorporar las formas específicas en que se sintetizan las materialidades con las intersubjetividades, tanto la dimensión material como simbólica de las escenas en las que emergen dichas experiencias. Y es directamente consecuente con la capacidad de potenciar las diversidades y particularidades, enfoque implícito en la práctica del AT, y valor auspiciado por la ESI en Argentina: cuestionar las homogeneidades, problematizar los vínculos heteronormativos<sup>6</sup> y visibilizar la diversidad como elemento que posibilita un acceso equitativo e igualitario tanto a la categoría de ciudadane como al derecho a la autodeterminación de los PSEAC.

De la misma forma, se considera la dimensión territorial de la *corporalidad*, como elemento insustituible en la experiencia de los sujetos. Cabe entonces reflexionar acerca de las prácticas corporales, las performances y sus significaciones: que identidad adquiere este cuerpo? ¿Qué papel juega en las experiencias de los sujetos? **¿Cómo se vinculan las prácticas con las materialidades y las construcciones de sentido?**

---

<sup>6</sup> HETERONORMATIVIDAD: sistema de control, mediante el cual se normativizar institucionalmente ciertos atributos vinculados a la diferencia de géneros como dimensiones naturales de la inequidad social, basada en el binomio hombre-mujer y sus performatividades.

¿Qué tipo de transformaciones de estructura estamos atravesando en el campo de la Salud, resultante de las nuevas prácticas sociales? Contexto

Dentro del MMH, el síntoma físico, lo observable, requiere de la verificación exploradora de un organismo legitimado: la medicina. Esta verificación tiene un efecto negativo para los sujetos, pesando sobre el cuerpo social: por un lado, ciudadanos no funcionales, por otro la puesta en marcha de medidas costosas e inapropiadas para dar respuesta a esta experiencia de padecimiento, experiencia de contexto. Los ideales de éxito y fracaso que son reproducidos por la familia, la sociedad y la cultura, requieren de un grado de renunciamiento al placer, puesto que, como toda categoría, no tiene existencia real, y **les sujetos se convocan a la aproximación**, afectando así tanto la representación social de sí mismos como su intimidad. El sujeto se convierte entonces en un objeto suscripte a una trama a la que intentará sujetarse con el correspondiente coste de renunciamiento subjetivo. Según Jorge Aleman (2012), la emergencia del ciudadano es una experiencia política, un "lugar constituyente de la experiencia del sujeto en su devenir hablante, sexuado, mortal" (entrevista Página 12), en tanto se transforma el sujeto como ser social. Es por ello que el mismo autor ubica al síntoma como un epifenómeno, como un signo de un malestar más profundo. Para

Por otro lado, pero en la misma línea argumental, Slavoj Žižek (1989) evacúa toda duda acerca de la experiencia de padecimiento que, como se expresó anteriormente, lo es en tanto renunciamiento al goce/placer (como consecuencia del recorte de la experiencia de contexto del sujeto en vistas a los parámetros establecidos en los binomios de posibilidades de expresión de tales experiencias que ofrecen nuestros sistemas materiales y simbólicos de salud, a los que cada sujeto debe "recortarse" para ajustarse, en tanto únicas posibilidades concretas de adscripción a la trama social) concibiéndola como experiencia compartida humana, al decir:

El resultado general está claro: filtrado a través de la criba del significante, el cuerpo se somete a la castración, evacua el goce de él y sobrevive como desmembrado, mortificado. En otras palabras, el orden del significante (el gran Otro) y el del goce (la Cosa como su encarnación) son radicalmente heterogéneos, incongruentes; cualquier acuerdo entre ellos es estructuralmente imposible.

(pág.167)

Aquí la condición del padecimiento subjetivo es ineludible a la dimensión corporal.

Retomando las transformaciones de estructura, las políticas neoliberales que se expresan en nuestros sistemas de salud poseen características determinadas que exceden este

ensayo. Aun así, se hace necesario mencionar algunas de ellas en vistas de contextualizar las prácticas que “están siendo” en las instituciones o centros de salud de nuestro país. Entre ellas, cabe destacar la ironía (siniestra, por cierto) que se desprende de este “recorte” del sujeto, donde el ser padeciente psíquico no es suficiente, donde la experiencia subjetiva del padecimiento individual se experimenta en forma de ausencia: no solo son inexistentes las formas de autonomía en salud, si no que han sido eliminadas o invisibilizadas ciertas formas del padecimiento que corresponden a ciertos grupos sociales. Ciertas existencias (no hegemónicas) que transitan la imposibilidad de comunicar (significar a sí mismos, simbolizar con un otro) su experiencia de contexto.

Como consecuencia de esta experiencia de padecimiento común y como emanación de la vertiente mercantilizada de la salud, emerge el *individuo* y con éste, la desaparición de los lazos comunales. Los individuos no convergen en categorías políticas de derecho humano, pero sí aparecen en el derecho como “consumidores” y, más precisamente, como masa de consumidores. *¿Cuál es el peligro detrás de enunciar al sujeto como consumidor? Si lo común en las ciudades es ser sujetos de derecho, lo común para los consumidores es su capacidad de consumo:* los lazos sociales son determinados por la lógica de mercado y se objetiviza el deseo. El sistema de salud se transforma entonces en una gran expendedora de objetos que son intercambiables por salud, esto es: consumir para obtener salud, felicidad, tranquilidad, etc. Se explica así (y de forma muy acotada) la insistencia en la (sobre) diagnosticación, puesto que responde no a la autonomía en los PSEAC de las comunidades y sus ciudadanos, si no a la *reproducción de un sistema de oferta y demanda de productos/objetos y su correspondiente moneda de intercambio*. Numerosos artículos mencionan y enfatizan acerca del imperio de las farmacéuticas y su vínculo estrecho con el MMH<sup>7</sup>.

Si la búsqueda de salud queda limitada a ese exterior que no solo enuncia (y con ello performativiza) cuerpos y subjetividades, si no que les determina desde su óptica binomio salud/enfermedad, y además requiere de cierta posibilidad de intercambio, podemos fácilmente resolver que bajo este paradigma no son posibles de emerger las 3 dimensiones que promueven y previenen la Salud (mental) Integral que mencione previamente y que son las variables que sostiene la Salud Comunitaria Latinoamericana como indicadores de Salud Integral: la participación activa de la comunidad, la transformación de los lazos sociales hacia vínculos solidarios y la constitución de la comunidad (y sus integrantes) en sujetos activos de transformación. Sin mencionar que, debido al tipo de vínculo que se establece entre los individuos (intercambio monetario), es *imposible cumplir el derecho al acceso igualitario a los sistemas de salud*. Aquí la inequidad y diferencia se profundizan para aquellos grupos denominados vulnerables.

---

<sup>7</sup> Acerca del imperio de las farmacéuticas y su vínculo estrecho con el MMH, recomiendo leer: Agenda de la salud pública Argentina: enfoques, experiencias e investigación. Ana Rita Díaz-Muñoz. 1° ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires, : ISALUD, 2021, así como a Paul B. Preciado en “Testo yonki”.

En sintonía con ello, y continuando con las transformaciones estructurales, convergen la privatización de la protección social<sup>8</sup> y la terciarización de las intervenciones sociales<sup>9</sup>, donde nuevamente opera la lógica de mercado y son las grandes empresas quienes producen los bienes/productos asociados con la salud y el bienestar. Para poder contrarrestar esta inequidad que deriva de las capacidades materiales y simbólicas para el intercambio que posee el individuo (o sea, para comprar salud), se establecen políticas asistenciales que emergen como estrategias inapropiadas para dar respuesta a los padecimientos objetivos de los sujetos, con lo que se hace ahora evidente el costo subjetivo y comunitario/social que afirmo al comienzo de este capítulo. La ineficacia de estas propuestas se traduce en la *soledad relacional*:

Una de las problemáticas colectivas de salud/salud mental a la que nos referimos es, por ejemplo, la labilización de lazos sociales y fragilización de redes de contención comunitaria (Stolkiner, 1994), lo que Emiliano Galende denomina soledad relacional (Galende, 1997). Nuestra sociedad se caracteriza por haber transitado un largo y complejo proceso de desarticulación de sus formas de organización colectiva: los vínculos barriales y de vecindad, los familiares extensos, así como los gremiales y de participación política se labilizan. Simultáneamente existe una tendencia al abroquelamiento, dado que los espacios públicos se restringen y amplias áreas de la ciudad son vividas como peligrosas (Stolkiner, 1994, p. 36).

Territorios de la ciudad vinculados a la peligrosidad, que tienen su correlato en los territorios corporales que también son experimentados como peligrosos (para el orden social establecido, por supuesto)

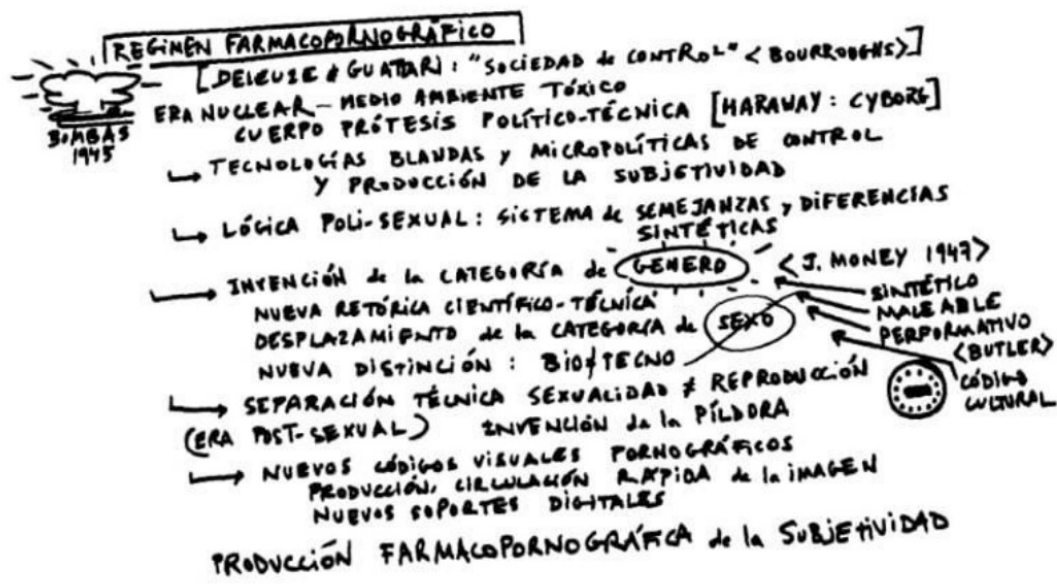
La siguiente imagen intenta mencionar algunas cuestiones referidas a nuestro devenir históricopolítico en relación a la noción de género, tal cual lo entiende Paul B. Preciado

---

<sup>8</sup> recomiendo leer: Agenda de la salud pública Argentina: enfoques, experiencias e investigación. Ana Rita Díaz-Muñoz. 1° ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires,; ISALUD, 2021

<sup>9</sup> recomiendo leer: Agenda de la salud pública Argentina: enfoques, experiencias e investigación. Ana Rita Díaz-Muñoz. 1° ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires,; ISALUD, 2021

(2008); desarrollo cuya adhesión determina precisamente tanto la justificación como las implicancias de tesis que afirmo durante todo este ensayo, esto es, el vínculo ESI - AT como superador de las lógicas y técnicas biopolíticas y el intercambio con la farmacodependencia:



(pág. 65 - 2008)

Desde mi función política como AT, me pregunto:

*Entendiendo a la salud como un bien público resguardado por las políticas y legislaciones gubernamentales: ¿cómo efectivizar el derecho a la Salud?*

*¿Cómo poner en diálogo nuestras prácticas para promocionar la transformación desde la labilización de los lazos hacia lazos comunitarios solidarios? ¿Con quiénes dialogamos?*

*¿Cuáles son los desafíos/obstáculos a superar en nuestra disciplina?*



*¿Qué tipo de estrategias (como experiencias de contexto) necesitamos compartir para construir abordajes eficaces y respetuosos de los PSEAC en el actual contexto social y comunitario?*

*¿Cómo pensamos la subjetividad desde lo colectivo?*

Según Alicia Stolkiner (2013), la tensión entre el lazo social solidario que buscamos y el profundo individualismo imperante, puede disolverse desde la dimensión de lo simbólico, construyendo las transformaciones en la producción discursiva y de singularidades que sean coherentes y convergentes a los ideales de sociedad y sujetos que queremos reproducir. Es por ello que durante todo este ensayo se promueve la problematización más que la consagración de las certezas, entendiendonos también a nosotres, agentes de salud, como sujetos atravezados tanto por la ausencia de formas simbólicas que efectivicen nuestra función política como por la convivencia entre un sistema de salud (MMH) y otro (Salud Comunitaria):

Aunque las herramientas teóricas en las que se fundan nuestras prácticas no sean sintónicas con un paradigma objetivante, requieren de una particular vigilancia epistemológica y de permanente reflexividad, en la medida en que se trata de un paradigma hegemónico que plantea límites a lo enunciable. (Stolkiner, 2013, pág. 2)

Nuestra tarea como ATs responde a esta necesidad de reconstrucción social y política. Entonces: ***¿cómo podría ser un discurso nuevo en lo social?***



## **Lenguaje: clave para el buen vivir?**

### Acerca del lenguaje:

"El lenguaje preserva el cuerpo pero no de una manera literal trayéndolo a la vida o alimentándolo, más bien una cierta existencia social del cuerpo se hace posible gracias a su interpelación en términos de lenguaje." (J. Butler, 1997, pág 21)

El lenguaje es el agente principal para el vínculo, puesto que pertenece al orden simbólico (el Otre que me precede). Este lazo social, político, reviste ciertas características al ser pensado como estrategia y fundamento del acompañamiento terapéutico.

En el capítulo anterior se intentó justificar lo que tanto J. Lacan como Jorge Aleman (en su lectura de Lacan) determinan como el *borramiento del sujeto de la palabra*, donde una diversidad de existencias no encuentran en el discurso la posibilidad de ser enunciadas. Veremos más adelante que la imposibilidad de enunciación de estas existencias tiene su génesis tanto en los determinismos del MMH como en la cosmovisión que reproduce tal modelo, basada en ciertos binomios que legitiman un modo particular de uso coercitivo y violento del poder, que tiende a deslegitimar toda experiencia de contexto que no logre adecuarse a los binarismos generados con la ciencia positivista y con cuyos residuos continuamos conviviendo, binarismos justificados también desde la supuesta primacía de un género sobre otro (hashtag: Patriarcado).

Dicho de otra forma, no se nombra lo que no existe y no existe lo que no se nombra. Cada discurso da existencia a tipos particulares de lazos sociales con sus respectivas prescripciones de cualidades y determinantes socioeconómicos, culturales y políticos, comportamentales y estilísticos, etc. Judith Butler caracteriza de "performativo" a las cuestiones ligadas a tales enunciados que con el símbolo (el discurso, la palabra) no solo enuncia la cosa en sí, si no la performatividad de la cosa. La siguiente cita, tomada del video inicial de Audrey en la Tedtalk, ejemplifica esta performatividad del discurso:

Why does it matter to you whether I'm a boy or a girl? .... We want to know because of our language and, also, in my experience it's because we treat men and boys differently to women and girls. And we want to know how to treat them [...]. Sometimes I'm glad that people mistake me for a boy because I get to have real conversations with people. They ask me about my future and we talk about what I want to do. (Audrey, Tedtalk, 2018)

La presencia de performatividades que rompen con la heteronormatividad no solo cuestiona, si no que aloja, posibilita y emancipa a ciudadanes diversas con perspectiva de habitar las propias elecciones y respetar las ajenas.

(¿Cómo juegan los diferentes aspectos simbólicos para la conformación de las subjetividades de mujeres y varones? y de qué manera opera esta diferencia? Pues, a partir de la diferencia sexual y de procesos de socialización marcadamente distintos para hombres y mujeres que signan subjetividades, distribuciones de poder, subalternidades, posibilidades de circulación, entre otros aspectos.)

Un tipo determinado de existencia y formas de habitar esa existencia se transmite y transfiere tanto a la subjetividad como a la materialidad de los sujetos, esto es: **el cuerpo** (o acaso nos pensamos por un momento recortados para responder al binomio positivista cuerpo/mente? o acaso podemos escindir las experiencias del cuerpo de las de la subjetividad? o de las del contexto? de allí la idea de “experiencias de contexto”).

Así como J. Butler suele referenciar a P. Bourdieu para dialogar, aquí lo convocaré para sumar la perspectiva de la Sociología con respecto al lenguaje y la performatividad de ciertos enunciados (particularmente los que encarnan cuestiones de género, diversidad sexual, y vulneración de derechos): "Todos los destinos sociales, positivos o negativos, consagración o estigma, son igualmente fatales -quiero decir mortales- puesto que encierran a quienes distinguen en los límites que se les asigna y que se les hace reconocer" (P. Bourdieu, 1985, pág. 82)

En un orden general de cosas, “todos los destinos sociales ... son igualmente fatales”. La performatividad en Bourdieu adquiere un carácter fatalista (patológico) y, si bien denuncia al poder al que dicha performatividad responde, no propone síntesis superadora. Por el contrario Judith Butler le confiere un carácter inherentemente instituyente a la apropiación (y empoderamiento) de la identidad de *ciudadane* precisamente desde los márgenes: politizar aquellas experiencias de contexto vulneradas y padecientes para generar nuevas representaciones simbólicas que permitan tanto disminuir las expresiones de violencia hacia todo lo que escape a la heteronormatividad como los padecimientos subjetivos que emergen como resultado del sistema patriarcal<sup>10</sup> y heteronormativo.

Lo expresado por J. Butler tiene su convergencia con la explicación de P. Bourdieu acerca de la imposición prescriptiva de la significación de la identidad:

La institución de una identidad, que puede ser un título de nobleza o un insulto (“tú no eres más que un ....”), es la imposición de un nombre, es decir, de una esencia social. Instituir, asignar una esencia, una competencia, es imponer un derecho de ser que es un deber ser (o un deber ser). Es significar a alguien lo que es y

---

<sup>10</sup> Patriarcado: la manifestación e institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres y niños/as de la familia y la ampliación de ese dominio sobre las mujeres en la sociedad en general.

significarle que tiene que conducirse consecuentemente a como se la ha significado. El indicativo es en este caso un imperativo. La moral del honor no es más que una forma desarrollada de la fórmula que consiste en decir de un hombre: "eso es un hombre". Instituir, dar una definición social, una identidad, es también poner límites. [...] La esencia social es el conjunto de esos atributos y de esas atribuciones sociales que produce el acto de institución como acto solemne de categorización que tiende a producir lo que designa. (P. Bourdieu, 1985, pag. 81)

Lo que se intenta deconstruir es la cualidad de "estatismo" o "invariabilidad" de las identidades. Por un lado, porque entiendo que dependerá del horizonte de posibilidades de expresión que (re)produzca un contexto determinado; por otro, porque ciertos discursos hegemónicos y legitimados de poder imponen determinadas identidades recortadas, nombrando alguna cualidad o característica de los sujetos como la totalidad de su existencia, particularmente aquellos biomédicos y/o socio políticos, que tienden a nombrar a los sujetos desde los atributos de la ausencia o falta en relación a los parámetros establecidos por los mismos discursos como posibilidades de existencia. En palabras de Slavoj Žižek: "Nos sentimos libres porque nos falta el lenguaje necesario para articular nuestra falta de libertad" (S. Žižek, 2013), evidenciando no solo el poder de la comunicación, si no la dimensión de la falta.

Ahora bien, si las identidades están marcadas por la falta, por la ausencia, por la performatividad normativa y por la apelación (pasiva) a la significación de un otro legitimado y hegemónico: ***de qué forma les ATs podemos acompañar los procesos de emergencia de los ciudadanos?***

En la elección (y la elección desde el deseo), encontramos una posibilidad para semejante tarea. De nuevo, J. Butler (2006) ilumina este camino, asimilando el concepto de identidad como condición de necesidad para la emergencia de la persona:

He intentado hasta aquí argumentar que nuestro propio sentido de persona está ligado al deseo de reconocimiento, y que el deseo nos posiciona fuera de nosotros mismos, en un reino de normas sociales que no escogemos totalmente, pero que proveen los horizontes y los recursos para cualquier tipo de sentido de la elección que tengamos. Esto indica que el carácter estático de nuestra existencia es esencial para la posibilidad de persistir como humanos. (J. Butler, pag. 57)

De esta idea, se desprende la siguiente: si buscamos la autonomía y autodeterminación de las comunidades y sus sujetos, si pensamos en auspiciar formas participativas de vínculos que alojen la diversidad y, si como ATs nos encontramos territorialmente en la cotidianeidad de los sujetos que acompañamos, identificando barreras y posibilidades de acceso igualitario y cumplimiento de derechos: *¿Que tipo de identidades producimos/reproducimos? ¿Qué tipo de discurso pensamos, sentimos, actuamos? ¿A qué enunciados interpelamos como profesionales de salud?*

Todo lo desarrollado hasta aquí queda resumido en la siguiente cita de J. Butler, consagrando el vínculo que intento establecer entre lenguaje, identidades, performatividad y política, e introduciendo la cuestión de género y sexualidades que es el interés de este ensayo.

Pero, entonces ¿cómo se relaciona la noción de performatividad del género con esta concepción de la materialización? En el primer caso, la performatividad debe entenderse, no como un "acto" singular y deliberado, sino, antes bien, como la práctica reiterativa y referencial mediante la cual el discurso produce los efectos que nombra. Lo que, según espero, quedara claramente manifiesto en lo que sigue es que las normas reguladoras del "sexo" obran de una manera performativa para constituir la materialidad de los cuerpos y, más específicamente, para materializar el sexo del cuerpo, para materializar la diferencia sexual en aras de consolidar el imperativo heterosexual. (J. Butler, 1996, pág. 18)

Como mencioné anteriormente, el MMH responde a la cosmovisión binomial, mediante la cual, todo un sistema de binomios se impone a la sociedad de forma indiscriminada y con intención universalista. Todos los sujetos, para considerarse tal, deben responder a los pares en los que se diferencia una situación de otra y donde una categoría es excluyente de la otra. Para este proyecto de sociedad, se redujeron al mínimo las expresiones subjetivas, a modo de normalizar y hacer conocible y categorizable la vida en sociedad. De esta manera, se impone un modelo patriarcal, cuya justificación se encuentra en el despliegue de mecanismos de control, dominación y ejercicio del poder, y no como emergente de prácticas sociales solidarias y equitativas. De allí el sufrimiento (el desarrollo de solo estas cuestiones requeriría de un análisis mucho más extenso, por lo que sugiero la lectura de autores como M. Foucault, Florencia Feijoo, J. Butler. S. Zizek, Berger y Luckman, P. Bourdieu, A. Stolkiner, J. Breilh, Paul B. Preciado, entre otros).

Por el contrario, bajo el paradigma de la Salud Comunitaria, se busca hacer emerger las prácticas sociales que sí son efectivas para la autonomía y determinación de los PSEAC. Para ello, se intenta auspiciar aquellas formas vinculares que alojen y posibiliten discursos de lenguaje verbal y corporal diferentes de aquellos que limitan y marcan a los sujetos en limitadas posibilidades de existencia.

Dicho de otra manera, desde el rol del sistema de salud y de las ciencias en general, se pretende auspiciar, asistir y fomentar el compartir, comunicar y sistematizar tales experiencias de contexto, a modo de devolver el poder de la determinación a los ciudadanos y construir redes comunales en las que se posibilite la simbolización de nuevas marcas identificatorias que signifiquen la tendencia hacia los vínculos solidarios anhelados. En este caso, la dirección es antagónica al MMH:

1. aprender de prácticas sociales particulares que funcionaron y evidenciaron otras formas de vínculo
2. legislar tales experiencias de acuerdo al objetivo a alcanzar
3. fomentar y acompañar la emergencia de prácticas sociales en sintonía con esas experiencias, generalizándolas hasta su institucionalización, en concordancia con el paradigma teórico al que adherimos

Los ATs verbalizamos (hacemos acción) este cambio de paradigma, visibilizando aquello que no funciona en el modelo anterior y construyendo nuevas formas que resuenen con impacto en el bienestar de aquellas experiencias de contexto padecientes. **¿De qué manera?** Existen 3 dimensiones desde donde se concreta nuestra práctica, ubicándonos en el epicentro de las transformaciones estructurales y de significados que estoy desarrollando, resolviendo cualquier duda acerca del innegable protagonismo de nuestra disciplina para auspiciar y acompañar tales cambios. Estas son: el trabajo en equipo con otras disciplinas, la mirada holística (experiencia de contexto) y la emergencia del sujeto político (elicitación del deseo de un otro que, por condicionantes subjetivos o comunitarios, estructurales o simbólicos, encuentra en el síntoma/padecimiento la respuesta -como posibilidad de respuesta proporcionada por su contexto- a la inexistencia de su existencia).

¿De qué tipo de padecimiento hablamos? ¿Cuál es el alcance de dicho padecimiento?  
**¿Qué relación tienen los padecimientos subjetivos con los cuerpos, la ESI y la salud?**

Para brindar un poco de luz ante estas incógnitas, sin por ello resolverlas, en su libro "Cuerpos que importan" Judith Butler (1996) nos cuestiona acerca de la dimensión integral de la salud, al poner sobre la mesa aspectos tan incómodos de dialogar como lo es la importancia (o no) de una vida sobre otra en base a su elección de género o desenvolvimiento de su subjetividad,

Tanto para quienes no poseen las marcas y formas de los cuerpos que importan:



Si la materialidad del cuerpo esta demarcada en el discurso, esta demarcacion producira pues un ambito de "sexo" excluidos y no legitimado. De ahí que sea igualmente importante reflexionar sobre de qué modo y hasta qué punto se construyen los cuerpos como reflexionar sobre de qué modo y hasta qué punto no se construyen; además, interrogarse acerca del modo en que los cuerpos no llegan a materializar la norma les ofrece el "exterior" necesario, si no ya el apoyo necesario, a los cuerpos que, al materializar la norma, alcanzan la categoría de cuerpos que importan. (pág. 38 y 39)

Como para quienes logran alcanzar la norma:

La persona que amenaza con la violencia procede desde una creencia ansiosa y rígida que mantiene que un sentido del mundo y del yo será radicalmente socavado si se permite a tal persona no categorizable vivir en el mundo social. La negación a través de la violencia de tal cuerpo es un vano y violento esfuerzo de restaurar el orden, de renovar el mundo social sobre la base de un género inteligible y de rehusar el reto de repensar el mundo como algo distinto de lo natural o lo necesario" (Butler, 2004, pág. 59)

Así, se entiende al padecimiento subjetivo como aquel elemento en común a toda existencia humana, esto es como aquella dimensión compartida universalmente (padecimiento subjetivo: lo común).

### Representaciones, posibilidades y deseo

Bart wore drapey black materials, high heeled boots, nail polish and eyeliner, but he wasn't dressed as a woman. This demonstrated to me that I could be flamboyant and androgynous with my style, that my love of bowties didn't need to exclude anything traditionally female. (Audrey, Tedtalk, 2018)

Ante esta lógica de mercado, el otre se erige como un otre significante material. Una forma de respuesta ante la falta de marcas identificatorias. Según el psicoanálisis, ante este sujeto que queda sujeto a la demanda de objeto de la sociedad actual, emerge la posición paterna de ordenamiento de la forma del lazo social, haciendo emerger un tipo particular de subjetividad. Desde la perspectiva de género, hoy comprendemos que los dispositivos de poder justifican las diferencias sociales ejerciendo violencias cotidianas (naturalización - invisibles sociales). Estas políticas de violencia atraviesan el entramado social y se articulan con otras relaciones sociales como lo son la clase, etnia, edad, religión, preferencia sexual, etc. mediante procedimientos de control social y reproducción de las diferencias, y cuya eficacia radica en las estructuras de significación, tales como la naturalización masiva (pretensión de universalidad), la justificación mediante valores morales y la falta de nombres para designar. Los feminismos son perspectivas que promueven la caída de la función paterna como alternativa a las pluralidades y las diversidades de funciones.

Es por ello que considero que la cosmovisión patriarcal (y todos sus devenires como legitimaciones institucionales) no permite la emergencia de la propia subjetividad al no poder encontrar los sujetos formas de comunicar/verbalizar/corporalizar sus trayectorias y sentipensares. En este contexto de ausencia de enunciados: ¿cómo me defino?

El pasado existe a medida que es incluido, que entra (en) la sincrónica red del significante -es decir, a medida que es simbolizado en el tejido de la memoria histórica- y por eso estamos todo el tiempo "reescribiendo historia", dando retroactivamente a los elementos su peso simbólico incluyéndolos en nuevos tejidos -es esta elaboración la que decide retroactivamente lo que "habrán sido".

(S. Žižek, 1989, pág 89)

En otras palabras, es posible la resignificación de todo simbolismo, por ende, es posible resignificar lo político también, resignando la identidad misma: si transformamos nuestra identidad, con ella nuestros vínculos, por ende, se transforma lo patriarcal que hay en lo político. Estos vínculos asimétricos se constituyen mediante el uso de la violencia



simbólica, determinando ciertas identidades. ¿Cómo funciona ese poder simbólico? negando la propia existencia, porque se deposita en el otro el poder de definir, y definir desde la otredad es equivalente a decir que no existe la autodefinición. Reescribir la historia, elaborar nuevos tejidos simbólicos, posibilita la emergencia de identidades que se van anclando en estas nuevas tramas argumentales, conformando nuevos sujetos de derechos (un ejemplo de ello, podemos observar en las nuevas femineidades que van copando espacios hasta ahora limitados solo a ciertas masculinidades, al resignificar el papel de la mujer en la historia, al comenzar a escribir sus propias líneas discursivas, al empoderarse con identidades desde la acción, o sea, habitando lo político)

### Nuevos tejidos/redes del Significante

La conformación de redes como la estrategia para el cumplimiento de las 3 dimensiones/indicadores de la Salud Integral, aparece tanto en los documentos oficiales de Organizaciones Mundiales y Nacionales de Salud, en legislaciones y boletines oficiales del Ministerio de Salud, como en las palabras de los autores que convoque (pretenciosamente) para justificar este ensayo. Existen 2 formas de conformar redes, y ambas se corresponden con configuraciones específicas del acompañamiento terapéutico, a saber:

Trabajo *en* red: refiere al “hacer clínica”, a la interdisciplinariedad y al trabajo convergente de diversos profesionales de salud.

Trabajar *para hacer* redes: refiere al abordaje de las experiencias de contexto, al “hacer vínculos”.

Trabajar *en* red es imperativo de los agentes de salud, entendiéndola como Integral. Pero *hacer* redes, implica la construcción de nuevas marcas identificatorias, desde donde es posible alojar a aquellas trayectorias humanas donde el sistema de salud no formaba parte del proceso. Hacer redes implica escuchas diferentes. También implica comprender diversas lógicas que conviven tejiendo el despliegue de la escena donde cada experiencia cobra significado, desde donde es posible comprender y resignificar las trayectorias invisibilizadas dentro de un marco significativo que confiere a la experiencia un nuevo significado simbólico, que hace emerger enunciados que alojen estas trayectorias y deconstruyan performatividades. Y, sosteniendo el marco referencial de la Salud Comunitaria y Latinoamericana, no somos nosotros, los agentes de salud, quienes impondremos las formas de vínculo que teorizamos bajo un sistema heteronormativo y patriarcal y que pensamos como universalizamos biomédicos. Serán las mismas comunidades, grupos y ciudadanos quienes protagonicamente nos posicionaremos activamente frente a la complejidad de la realidad. Nuestro rol es el de acompañar tales posicionamientos (políticos siempre) desde nuestra función emancipadora.

Para ello, entiendo que *conformar redes* no es sinónimo de “crearlas”, sino, más bien, refiere a identificar y problematizar redes existentes activas y no activas presentes en la comunidad como también a ampliar el horizonte de acción de los ciudadanos para la creación autónoma y autodeterminada de nuevas redes en sintonía con los PSEAC simbolizados en dicha comunidad. Este es el aporte de la Salud Comunitaria y Colectiva al ejercicio de los ATs: *aprender a reflexionar mediante el análisis del contexto, de las circunstancias y de las determinaciones sociales, enfatizando su cualidad de espacios de confrontación, por ende, de luchas de intereses y sentidos.*

Se hace necesario entonces, convocar a otro autor para reflexionar acerca de esta estrategia de conformación de redes que encarnamos los ATs, y que nos permite dialogar (tan verborragicamente a mi entender) con la ESI y la Salud pensada como Integral. El concepto de “dispositivo” enunciado por M. Foucault resume esta idea, al definirlo como:

(...) un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes,

medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen: los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos. (Foucault, 1977, pág. 1)

Por ello merece la pena mencionar que al hablar de *educación sexual integral* no me referí a un contenido y/o a una asignatura específica como material teórico y susceptible de evaluación en un encuadre de situación de aprendizaje escolar, sino que forma parte del *proyecto educativo de los ciudadanos* y requiere de un **trabajo articulado con los centros de Salud, las familias, las escuelas y las organizaciones sociales, etc.**

A propósito, Silvia Bleichmar (2006) sostiene que la inclusión del AT en las diversas instituciones (salud, educación, poder judicial, familias, por ejemplo) responde a una concepción del funcionamiento psíquico, atravesado por una perspectiva de *neogenesis*, lo que posibilita la activación de nuevos puentes simbólicos, nuevos modos de producción simbólica que aloja la fundación y recomposición de aspectos del funcionamiento psíquico para disminuir el sufrimiento (trazar bordes sanos y posibilidades auspiciosas) e incrementar la potencialidad de pensar(se). Esto repercute en el sistema familiar, en ese vínculo fundador entre el sujeto y la cultura, resignificando las perspectivas frente a la dificultad, configurando nuevas formas de inscripción a la trama familiar/social, desde donde se pueda minimizar, si no eliminar el recorte del sujeto, el sufrimiento subjetivo .

El vínculo transferencial con los ATS permite hacer sentido aquello que se hace síntoma, que no le permite al sujeto desenvolver sus vínculos /lazos sociales sin el mencionado coste subjetivo y social. El mayor desafío aquí es convertirse en sostén activo, fomentando lazos confiables y solidarios, que luego puedan replicarse en otros ámbitos de la cotidianidad.

Los ATs, como agentes inscriptos en la trama argumental del sistema familiar y de acuerdo a nuestra función política, nos ubicamos en esta dirección transformadora, convergiendo en distintas perspectivas que interpelen lo interdisciplinar, comprendiendo los PSEAC como un proceso dinámico de construcción colectiva de prácticas y discursos, donde intervienen diversos factores (determinantes de los PSEAC) y caracterizado por el movimiento permanente de las manifestaciones culturales (simbólicas) y sociales (materiales).

Por otro lado, pero en la misma línea argumental, Claudia Bang (2014) refiere a las Estrategias de promoción de la Salud Mental Comunitaria (como aproximación conceptual) ubicadas en la intersección entre el *paradigma de la complejidad y la perspectiva crítica*, desde sus 3 componentes constituyentes: participación comunitaria, la transformación de los lazos sociales, comunidad como sujeto activo de transformación. Cada célula social se encuentra dotada de los mismos componentes, los cuales se reivindican con su presencia como indicadores de Salud Mental. De acuerdo a esta autora, los ATS promueven tales estrategias de Promoción de Salud, al devolver el poder a cada célula del entramado social, sosteniendo la emergencia de los actores de la

transformación de sus propias realidades, **operando en la transformación de las situaciones generadoras de malestar**, como queda claro en la siguiente cita, donde menciona de forma articulada y relacional los conceptos con los que venimos dialogando:

La inclusión de una mirada que identifique este tipo de problemáticas dentro del campo de acciones de prevención y promoción de salud mental comunitaria requiere de una apertura epistemológica hacia el reconocimiento de los padecimientos subjetivos en su complejidad, en tantos procesos dinámicos de salud-enfermedad-cuidados (Almeida-Filho & Paim, 1999). En estos abordajes, resulta necesaria una apertura que incluya lo colectivo, lo diverso y lo histórico en la lectura de los padecimientos de una época, que permita aceptar nuevas demandas, trabajar desde las contradicciones y construir con otros en la heterogeneidad. Estos padecimientos, portados por cuerpos singulares, presentan su correlato en la trama social, en tanto emergentes de problemáticas vividas de forma colectiva, que exceden la posibilidad del abordaje puramente individual. Desde esta mirada, es posible impulsar prácticas en salud y salud mental basadas en lo relacional, en las cuales el acto de cuidar es tanto medio como fin en sí mismo (Merhy, 2006). Reconociendo múltiples determinantes y entrecruzamientos en el campo de problemáticas de salud/salud mental, su abordaje incluye, necesariamente, un enfoque comunitario, complejo e integral, siendo la protección de derechos una estrategia fundamental. (pág. 111)

**Por ello la importancia de la ESI:** para construir nuevas formas de (re)significar las experiencias de contexto, de modo tal de poder generar un diálogo que aloje todas las existencias, particularmente aquellas asignadas por el padecimiento ante la falta de designaciones que posibiliten su identificación y transformación. Con la transformación de los sujetos en ciudadanos, se transforman los lazos sociales. Y con ello, la cosmovisión. En palabras de P. Bourdieu (1985):

Hablando propiamente, la política comienza con la denuncia de este contrato tácito de adhesión al orden establecido que define la doxa originaria; dicho de otra

forma, la subversión política presupone una subversión cognitiva, una reconversión de la visión del mundo. (pág. 96.)

Como lo mencionado en la sección anterior, la resignificación de lo simbólico hace eco en las identidades, y desde allí en la cosmovisión. De pronto, si en mi espectro de posibilidades me encuentro con sujetos que construyen sus identidades desde una cosmovisión no binaria del mundo y aun así *existen* y *están siendo*, aparece esta subversión cognitiva, esta reconversión del orden establecido. Como Bart en la TedTalk de Audrey, que aloja la subversión y resignificación de esta niña acerca de su amor por las corbatas de moño.

Silvia Paim (2009) determina que la superación de dicha **transformación** se aloja en la operación sujeto/estructura marxista, explicación también alojada por Jaime Breihl. Para ambas, el concepto de "*habitus*" de P. Bourdieu es clave para explicar cómo o desde donde plantear las estrategias de modificación de la realidad, lo cual es factible de concreción en la idea de *síntesis*: la correspondencia entre la estructura social y la conducta individual (denominada subducción marxista, por J. Breihl), donde los *habitus* introyectados son difíciles de modificar, pero no imposible. Son dinámicos y transformables mediante un trabajo pedagógico nuevo e igualmente intenso: aquí la dupla ESI + AT aparece como la estrategia de superación, cobrando particular importancia la función ATeducadora (idea originada del concepto de psicoeducación, entendiendo que es una función pertinente a otra disciplina).

¿Qué aportes puede ofrecer la ESI a la discusión entre promoción de buen vivir (salud), lo simbólico (lenguaje) y el lazo social?

*"I don't care if it hurts  
I wanna have control  
I want a perfect body  
I want a perfect soul  
I want you to notice  
When I'm not around  
So fuckin' special  
I wish I was special  
But I'm a creep  
I'm a weirdo  
What the hell am I doin' here?  
I don't belong here"  
(Creep - radiohead)*

¿Por qué hablar de los cuerpos? ¿Por qué la importancia de su simbolización?

*Porque somos cuerpo...*

En primer lugar, Ana Falu (2014), arquitecta y activista social, sostiene que el cuerpo es el primer territorio habitable. Si no nos apropiamos de este primer territorio de derechos, ¿cómo podremos habitar las calles, las plazas, las instituciones, la ciudad?

En segundo lugar, olvidamos que somos un cuerpo y, en cambio, creemos poseer un cuerpo. Somos nuestro cuerpo: comunica pensamientos y sensaciones, goce y temores. El cuerpo es nuestro medio de comunicación más genuino, por sus numerosas zonas erógenas. Emitimos de modo constante un mensaje a través de la mirada, la sonrisa, la postura, el tacto, la voz, el gesto o ciertas tendencias estéticas.

Si el cuerpo comunica y el lenguaje también comunica: ¿qué es lo que comunicamos? ¿Puede el cuerpo comunicar algo y el discurso otra cosa? ¿Hay alguna prevalencia entre una forma de comunicación y la otra?

Por otro lado, si la comunicación verbal es algo enseñable, aprendible, transformable, actualizable, institucionable (y a su vez, disruptivo, político, instituyente, empoderante): ¿no lo es también el lenguaje corporal? ¿Acaso no aprendemos formas de seducción, formas de tocar, formas del disfrute o del padecimiento, en vínculo con otros? En nuestra experiencia como AT (y como seres sociales): ¿no solemos ateducar<sup>11</sup> en las emociones

---

<sup>11</sup> Ateducar, como la función de educación psicoemocional en el proceso de acompañamiento terapéutico. Refiere a su función política, puesto que su objetivo es tanto el protagonismo de quien acompañamos mediante el conocimiento y comprensión de su experiencia de contexto, como la comunicación acerca de



utilizando el registro corporal, mostrando los indicadores gestuales de una sonrisa para la alegría y el llanto para la angustia o dolor?

Entonces, **¿por qué educar solo en el lenguaje verbal?** Porque es el lenguaje que puede disfrazarse de institución, que puede cristalizarse y universalizarse, porque desde allí se construyen ciertas subjetividades que responden a ciertas cosmovisiones, porque es el que tiene la capacidad de dar existencia social y legitimidad a las formas del lenguaje corporal.

Resumiendo: El sentido común (el lenguaje compartido, institucionalizado y matrices de simbolización), eyecta toda posición, existencia, trayectoria vital, que exceda los límites de lo simbólico. Como una fuerza centrípeta, expulsa al vacío lo que no logra ajustarse a las condiciones (de velocidad, intensidad, volumen, cantidad de materia, etc) que establece la misma fuerza centrípeta para continuar girando (¡que se agarre quien pueda!). Ahora, ¿cuáles son esas condiciones impuestas a los sujetos para seguir girando en la rueda? ¿Con qué parte, desde donde, nos sujetamos a esta rueda, quedando el resto de nuestra existencia sometida a solo ese factor de amarre?

Pues, en efecto, sostengo que el amarre deviene del efecto de poder desde el género. Como seres cuya existencia (siempre) es experiencia de contexto, podemos pensarnos, percibirnos, en relación a otras dimensiones de nuestra identidad (o identidades), concibiéndolas como mutables e intercambiables, intrínsecas al sujeto en un momento histórico determinado. Dicho de otra manera, puedo cambiar de nacionalidad, actitudes, de círculo de amigos, pueden transformarse mis habilidades motrices, artísticas, mi trabajo, mi nutrición, la forma en la que me expreso (acento, dialecto, etc). Puedo transformar inclusive la forma de mi cuerpo. Pero, ¿puedo prescindir de mi género? Entendiendo al mismo como una construcción cultural: ¿Puede prescindir del género?

Como se dijo anteriormente, la Organización Mundial de la Salud define la identidad de género como: El grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambas. Es el marco de referencia interno, constituido a través del tiempo y los vínculos formativos, que permite a los sujetos organizar un autoconcepto y comportarse socialmente en relación con la percepción de su cuerpo sexo y género.

Y desde aquí: ¿Cuáles son las performatividades de género y combinaciones de ellas que estamos comunicando (legitimando)? Y, ¿cómo se asocian al poder?

Las concepciones sobre las cuestiones de género y las sexualidades en nuestro contexto están atravesadas por cuestionamientos de distinta índole y sesgadas por prejuicios y mitos diversos, acuñados por diversas instituciones sociales que imparten educación en cuanto a la diferenciación de los géneros, apuntalando esta diferencia en el cuerpo y los vínculos (asimétricos), excediendo la genitalidad, y replicándose en las subjetividades como posibilidades de acción. En este sentido la ESI es una herramienta y estrategia pensada para cuestionar y problematizar estas matrices de aprendizaje que legitiman los

---

este protagonismo y la implicación activa de todo el sistema familiar, así como la intervención en la comunidad. Dicho de otra manera, se trata aquí de construir activamente un contexto facilitador donde prime la comunicación abierta, la creatividad y el aprendizaje.



prejuicios, los preconceptos y el fuerte tejido patriarcal que se sostiene y justifica desde una mirada unívoca biologicista, en la que nada tienen que ver los vínculos solidarios, el respeto por el otro, la igualdad de género y otros valores, y desde donde emergen los diversos tipos de violencia y los efectos psíquicos sufridos de la sexualidad y la identidad de género.

Lo que quiero decir, es que hay que prestar especial atención al (perverso) binario sexo-género. Para ejemplificar la línea argumental que estoy desplegando y desde la intención de ser agentes de escucha activa de los diversos tipos de padecimientos subjetivos derivados de tal imposición binomial, dejare a continuación un video de un joven Tiktokero quien, desde sus recursos simbólicos, nos interpela en la peligrosidad de sostener la heteronormatividad excluyente, de seguir haciendo girar la rueda.



[https://www.tiktok.com/@5our\\_ok/video/7159325964122475782?is\\_copy\\_url=1&is\\_from\\_webapp=v1](https://www.tiktok.com/@5our_ok/video/7159325964122475782?is_copy_url=1&is_from_webapp=v1)

Reflexionando sobre los derechos a la Salud Integral y la ESI se pretende concientizar a los sujetos sobre la necesidad de (re)conocer su cuerpo, de quererse y aceptarse, para cuidarse y disfrutarse. Para que las elecciones se realicen teniendo en cuenta estas dimensiones de la subjetividad y la corporalidad, produciendo nuevas formas de comunicación verbal que sean empáticas con tales experiencias y que además permitan su simbolización (esto es, erigirse como nuevos horizontes experienciales), se hace imperante educar en esta dimensión del lenguaje corporal: aprender a identificar qué sentimos, dónde lo sentimos, y cuáles son las estrategias de cuidado respetuosas, que alojen formas de verbalización que sean coherentes con nuestra corporalidad .

Con la nueva Ley de ESI, se produjo un giro crítico respecto de los géneros y las sexualidades al entenderlas como lenguajes posibles de ser cognoscibles/educados de manera integral. El enfoque integral de estas 2 dimensiones de las identidades apela a abordarlas de manera holística, entendiéndolas como constitutivas de los sujetos, en tanto

ambas confluyen en aspectos sociales, psicológicos, afectivos, vinculares, etc.; y no solo desde el punto de vista anatómico-genital, las relaciones sexuales y/o prevención de las enfermedades de transmisión sexual.

Desde esta perspectiva, se desprende que es la **prevención de riesgos** sanitarios en la población el objetivo primordial de dicha Ley. Objetivo velado en lo que se estima como conquista de un derecho social fundamental y respetuoso de la singularidad. Se trataría entonces, de una herramienta de regulación de prácticas sociales por parte del Estado donde confluyen, en tanto trama discursiva, salud, educación y justicia.

La sanción de la Ley de Identidad de Género ha marcado un punto de inicio y de inflexión a las realidades de diversas poblaciones vulneradas. Tal es el caso de la población trans, para quienes este hito habilitó condiciones de posibilidad al acceso y despliegue de realidades identitarias que en sus diversas expresiones constituían históricamente un eje reivindicativo en lo subjetivo y en lo comunitario. Pensar (problematizar, cuestionar) sobre la construcción identitaria y los múltiples atravesamientos que implican cuerpos que cambian, tensiones familiares, discriminaciones, inclusiones y exclusiones, es una tarea que la Ley instala, comprometiendo a los profesionales de salud e instituciones estatales a la actualización teórico/práctica sobre estas cuestiones.

Para finalizar esta sección, me pregunto: ***¿Con qué herramientas podemos abordar procesos de transgenerización que no impliquen la adecuación al paradigma heteronormativo?*** ¿Qué lugar hay en nuestra sociedad para las realidades diversas? Asimismo, ¿qué efectos/consecuencias y posibilidades provoca la Ley de Identidad de Género?

## Consideraciones finales

*Casi pierdo las canciones*

*Encontré en los corazones, la salida*

*Renové mis ilusiones, ahora son otros anhelos*

*Los que soplan cada año más de vida*

*... Lo que duele ahora en realidad antes, ya dolía*

*Prefiero llorar más y no estar distraída*

*Y de tanto pensar, que no sé bailar*

*Encontré mi movimiento*

*... Y con el brujerío alborotado en la vereda*

*Tengo solo una canción de amores*

*La más verdadera, ay*

*... Tuve que reconocer mi hipocresía*

*Para dejar que me abrace la manada que me guía*

*Y entendí un poco más*

*Que no va a alcanzar, con mi felicidad y la de las mías*

*Y que la libertad, como sea, va a ser compartida*

(“En manada no da miedo nada” - Papina de Palma, cantora).

Las fronteras delimitan tanto los recortes a los que ajustarse para mantenerse sujeto a la rueda, como un marco de pertenencia, y con ello, la tranquilidad (¿?) de pertenecer a una especie de orden “natural” de las cosas.

Como se dijo anteriormente, la angustia e intranquilidad, el sufrimiento subjetivo aparece justamente por el doble juego de dicho “orden natural”: para no salir eyectades, una parte nuestra debe sujetarse, una parte nuestra cobra el valor de la totalidad de nuestra existencia. Ante esta realidad recortada, estas parcialidades del ser, nuestro rol como ATs se hace evidente: fomentar puntos de encuentro y no de desencuentro, elicitando identidades fluidas, con capacidad de transformación y autodeterminación, y no identidades totalitarias que segregan e imponen la adecuación del sujeto para amoldarse a dicho parámetro, que

es construcción, que es lenguaje simbólico. Y la cualidad de toda construcción es tanto su demolición como su *deconstrucción*.

En medio de las legislaciones y nuevas prácticas emergentes, aún hoy se conservan y reproducen casi por igual algunos mitos en relación a las sexualidades y géneros, tales como el abordaje de la educación sexual biología o la biomedicina, puesto que había una concepción de la sexualidad ligada a la genitalidad, como ejemplo de dimensiones a deconstruir.

Asumirse como portavoces y ejecutores de la ESI implica una responsabilidad y compromiso con los ideales de una sociedad más justa y equitativa, donde la adscripción de los sujetos a la trama comunitaria no dependa de su sufrimiento subjetivo. Y esto tiene su sustento en la misma Ley, que abarca las dimensiones de la afectividad y los valores, el respeto al otro y a la diversidad como horizonte de posibilidades tanto para los PSEAC como para cualquier forma de vínculo o intercambio.

En efecto, la Ley de ESI se enmarca desde un posicionamiento que busca crear las condiciones de estructura y superestructura necesarias para la génesis de una generación futura más saludable, no solamente en el plano sexual, sino emocional y de la salud Integral.

Si bien mi intención es la de resaltar la importancia de las transformaciones culturales significativas en materia de salud, y comprendiendo que dicha dirección requiere además que estas nuevas prácticas sean sistematizadas en el tiempo y en todas las regiones del país, entiendo, simultáneamente, que *estamos en el cambio*, que la existencia de leyes y derechos, así como la puesta en marcha de sistemas discursivos desde donde se enuncia la equidad como valor para romper con la sociedad paternalista y machista, no resuelve su pleno ejercicio. Es por ello que **no quiero dejar de mencionar que aún seguimos notificando feminicidios cada 30 horas, que el maltrato institucional hacia las diversidades continua como vínculo legitimado, que continuamos marchando contra la falta de respuesta ante los abusos sexuales y los altos índices de embarazo adolescente tampoco disminuyen: el gran costo social/comunitario de los lazos mercantilistas y las estrategias en salud inapropiadas para dar respuesta a tales sufrimientos.**

Como ciudadanos y agentes de salud, es nuestro compromiso erradicar el despliegue de materialidades, que responden a un pensamiento binario femenino/masculino en correspondencia con el sexo biológico. Tenemos una responsabilidad ética con respecto al sufrimiento subjetivo, porque históricamente fue el discurso biomédicocientífico el que coadyuvó a la normalización social, a la institucionalización de ciertas performatividades como legítimas y como parámetros de salud, colocando a las diversidades y “anomalías” (en el sentido de todo aquello que queda excluido de la norma) bajo la categorización de enfermedades, tal el caso de las diversidades de género o identidades sexuales que no se adecuan a la heteronormatividad, así como las neurodiversidades y las diversidades motrices, que fueron determinadas como “enfermedades mentales” o discapacidades.



**Así pues, nosotres como agentes de salud también lo hemos hecho, y lo seguimos reproduciendo. Entonces, ¿cómo llamarnos a nosotres mismos agentes de salud, si utilizamos los mismos enunciados generadores de sufrimiento psíquico?**

Y de pronto algunas cuestiones vinculadas con la convergencia disciplinar parecen evidentes y enriquecedoras como punto de partida para comenzar a dialogar acerca de posibles respuestas a tantos interrogantes.

El acompañamiento terapéutico nace siendo transdisciplinar, tomando los aportes de la psicología, medicina, educación, neurociencias, kinesiología, etc. Lo que necesita ahora nuestra formación es incorporar los diálogos teóricos, sociales y políticos que produjeron y continúan produciendo los grandes movimientos sociales y culturales contemporáneos. Me refiero a la diversidad de construcciones teórico/prácticas que son producidas por emergentes sociales como el Movimiento por los Derechos Humanos Latinoamericanos, los movimientos feministas, sobre todo desde el grito global (gestado en Argentina) de “Ni Una Menos” que nos obligó a todes les profesionales a repensarnos en nuestra cosmovisión heteronormativa, y los movimientos por la lucha de los derechos de las personas neurodiversas y/o diversidades motrices, personas con discapacidad, movimientos de pueblos originarios. Y por último el movimiento LGBTQ+, o movimiento de la diversidad / disidencia sexual, quienes lucharon con sus cuerpos y sus voces para que nuestras profesiones dejen de patologizarles y quienes desde hace solo unos pocos años pueden acceder a leyes cada vez más respetuosas con sus deseos (personalmente: ¿qué fue lo que sucedió en nuestra sociedad que tuvimos que restituir derechos humanos a grupo poblacionales como si su cualidad de ciudadane se viera afectada por otras dimensiones de su identidad?). Si pensamos en la dimensión de las formas del buen vivir de las comunidades, en que otro lugar encontraremos las formas de comenzar a dialogar si no es desde el respeto a tales movimientos sociales/comunitarios y culturales que van marcando los tiempos, los ritmos, las prácticas, las formas de intercambio que son válidas y efectivas para la autodeterminación en los PSEAC? Dicho esto, quiero agregar lo siguiente: incorporar tales diálogos para hablar de Salud Integral implica transformaciones en distintas dimensiones de nuestra praxis, entre ellas, comprender y asimilar la existencia de diversidad de formas, modos, encuadres, de producción y divulgación de saberes. El conocimiento no se encuentra solo en la academia: hoy, en las redes sociales confluyen aprendizajes, saberes, tips, insurgencias, expresiones simbólicas nuevas, corporalidades, orgullos, materialidades, formas de equidad y formas de injusticias, también nuevas violencias y maltratos, de los que no debemos abstraernos. Y porque apropiarnos también implica un posicionamiento político en sintonía con la ESI, y en orden de desfalocentrizar<sup>12</sup> y desfalologizar<sup>13</sup> el conocimiento y las formas de generar, divulgar, compartir y “decir”/dialogar discursos, enunciados y prácticas.

---

<sup>12</sup> deconstrucción del privilegio de lo masculino en la construcción del significado.

<sup>13</sup> deconstrucción del privilegio de lo masculino en la posesión del conocimiento y capacidades cognitivas para su producción.

A mi entender, el acompañamiento terapéutico no podrá emanciparse como disciplina si no aprende de los activismos y movimientos sociales, si no se deja empapar e interrogar por sus reclamos, si no deconstruye la idea de sexualidad binaria, patriarcal, heteronormada desde la cual sostuvimos, durante años, complicidad con la violencia con que se estigmatiza a la mayor parte de la población y que, además, genera precisamente aquello que vociferamos como nuestro objetivo a erradicar: los padecimientos subjetivos. Incluso nuestros marcos teóricos han sostenido prácticas que hoy se consideran torturas.

Sobre éste final quiero rescatar las palabras de Ana María Fernández (2009), quien nos dice:

Bueno es recordar que las libertades no son algo a lo que se llegue simplemente caminando, ni se trata de esperarlas en un futuro promisorio, sino que se construyen en el día a día, tanto colectivamente como en los propios existenciales de cada quien. (pág. 12)

Dicho esto, quiero reafirmar que los cambios y transformaciones sociales son procesos que requieren tiempo, interdisciplina y democratización del saber y del poder; democratización sustentada en las prácticas comunitarias. Entonces, me pregunto: **¿qué prácticas queremos sintetizar les ATs?**

Y otras preguntas que me quedaron en el teclado .... digo, en el tintero:

¿De qué otra forma es posible entender la relación asimétrica que se establece entre quien tiene derecho a su existencia y quien no tiene derecho a su existencia, si no es desde la **violencia** del no reconocimiento de un otre diverse?

¿Acaso no es violencia también la adscripción a formas establecidas, prescriptivas y performativas de expresión de las subjetividades, ya sea por imposición o por ausencia de posibilidades?

Y por último, ¿Es posible entender la invisibilización y la estigmatización como generadoras de otras formas que no sean las del padecimiento y sufrimiento subjetivo?

Entendiendo a les ATs como les agentes de promoción de salud, ciudadanía y buen vivir: ¿es ético instituir nuestra práctica desde el desconocimiento de tales padecimientos subjetivos? ¿cómo auspiciar y alojar la autodeterminación de subjetividades desde el paradigma de derechos y el respeto por las diversidades sin el abordaje de aquellas dimensiones que producen sufrimientos, padecimientos y violencias - visibilizados por

movimientos sociales contrahegemónicos en su búsqueda por la autodeterminación y el buen vivir-?

Resumo ahora la tesis de este ensayo: los ATs como los agentes de los PSEAC que promueven la ESI como la cosmovisión que es condición de existencia del ciudadano, donde las redes emergen como estrategia de vínculo, del lazo social que buscamos.

Y como hasta aquí llega mi capacidad argumentativa, me voy a hacer espejo del discurso de quien acompaña este ensayo como una mano amiga, invitando a habitar todos esos espacios de incomodidad y de angustia, de significación y transformación, no para concluir o finalizar nada, si no como puente, como lugar de problematización y alojamiento de nuestra práctica, que también está siendo (y porque ella, indudablemente, lo expresa con la claridad que quisiera se interpele):

Y debemos preguntarnos también cuál es la política que permite conceptualizar, de todas las maneras posibles, la posibilidad de la vida habitable y a la vez organizar su base institucional. Siempre habrá desacuerdo acerca de lo que significa, pero aquellos que, en virtud de su compromiso, reclaman una sola dirección política se equivocan. Vivir es vivir una vida políticamente, en relación con el poder, en relación con los otros, en el acto de asumir la responsabilidad del futuro; sin embargo, no es conocer de antemano la dirección que va a tomar, ya que el futuro, especialmente el futuro con y por los otros, requiere una cierta capacidad de apertura y de desconocimiento; implica ser parte de un proceso cuyo resultado ningún sujeto puede predecir con seguridad. También implica que habrá y deberá estar en juego cierta combatividad y discusión sobre el rumbo. Debe haber discusión para que la política sea democrática. La democracia no habla al unísono; sus aires son disonantes y son necesariamente así. No es un proceso predecible; hay que sufrirlo, como se sufre una pasión. Puede ser también que la vida misma se extinga cuando el camino está decidido de antemano, cuando imponemos lo que es correcto para todos sin encontrar una manera de entrar en comunidad y



descubrir allí lo "correcto", en medio de la traducción cultural. Puede ser que lo correcto y lo bueno consistan en mantenerse abiertos a las tensiones que acechan las categorías más fundamentales que requerimos, en conocer el desconocimiento que se halla en el núcleo de lo que sabemos y de lo que necesitamos, y reconocer el signo de la vida en lo que soportamos sin tener ninguna certeza sobre lo que vendrá. (J. Butler, 2004, pág. 66)

Gracias por leer estas palabras, que tengo la seguridad no serán lo último a decir acerca de esta dupla.

## **Bibliografía.**

Aleman J. (2012). *Soledad: comun. Políticas en Lacan*. 1 edición. Buenos Aires. Capital intelectual.

Augsburger Ana Cecilia (2004). *De la Epidemiología Psiquiátrica a la Epidemiología en Salud Mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave*. CESS. Rosario.

Bang, Claudia (2010). *La estrategia de promoción de salud mental comunitaria: una aproximación conceptual desde el paradigma de la complejidad*. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Bang, C. (2014). *Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas*. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl/doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE2-FULL-TEXT-399>

Berger, P. y Luckmann, T. (2008). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Amorrortu.

Bourdieu, P. (2003). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.

Bourdieu, P. (1985) *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. Ediciones Akal, S. A. Los Berrocales.

Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos aires. Lugar Editorial.

Breilh, J. (2020). *Buen vivir: la fuerza de un pensamiento emancipador propio sobre el modo de vivir* Prólogo. Capítulo del libro: Chucurumbi, Guillermo. *Usos cotidianos del término sumak kawsay en el territorio kayambi: una filosofía para la vida*. Quito: Ai Aconda Comunicación Sim, pp. 7-14.

Butler, J. (2001). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. México. Paidós.

Butler, J. (2019). *Deshacer el género*. Santiago, Chile. Editorial Planeta Chilena

Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"* - P ed. - Buenos Aires - Paidós

Camacho, F. (2020). *Intempestiva V: Terapeuta de lo cotidiano*. Artículo.

Diaz-Muñoz, A. R. (2021). *Agenda de la salud pública Argentina: enfoques, experiencias e investigación*. 1° ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ISALUD.

Falú, A. (2014) *El derecho de las mujeres a la ciudad. Espacios públicos sin discriminaciones y violencias*. Revista Vivienda y Ciudad - ISSN 2422-670X - Volumen 1 - Diciembre 2014

Fernández, A. M. (1993): *La mujer de la ilusión*, Buenos Aires, Ed. Paidós.

Foucault, M. (2008). *Historia de la sexualidad 1: la voluntad del saber*. 2da. Edición. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Loyden, L. (2021). *Acompañamiento Terapéutico: actualidad, notas y reflexiones*. 1° ed. - Córdoba: Tinta Libre.

Loyden, L. (2021). *Supervisión colaborativa y covisión: reflexión sobre el ejercicio profesional entre colegas*. 1° ed. - Córdoba: Tinta Libre.

*Manual sobre los derechos de los/as pacientes para el equipo de salud*. LEGISLASALUD Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, octubre de 2020.

Menéndez, E. (2010) *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires, Lugar Editorial.

Menéndez, E. (2008). *Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. Región y Sociedad*. (en línea) Vol. XX. Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10209802>> ISSN 1870 3925.

Menéndez, E. (2018). *De saberes médicos tradicionales, populares y científicos. Relaciones dinámicas racistas en la vida cotidiana*. Buenos aires. Lugar Editorial.

Pichon-Rivière, E. (1971). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Preciado B. (2002), *Manifiesto contrasexual*.. Ed Anagrama, S. A., Barcelona

Preciado B. (2008), *Testo yonki*, Madrid. Espasa Calpe, S. A., 2008

Silvia Bleichmar (2001), *Clínica psicoanalítica y neogénesis*. Amorrortu, 2 ed.

Silva Paim, Jairnilson (2011). *Desafíos para la Salud Colectiva en el siglo XXI*. Buenos aires. Lugar Editorial. Pág 87-121.

Stolkiner A, (1994). *Tiempos "posmodernos": ajuste y salud mental*. Publicado en: *Políticas en Salud Mental*, Comp. O.Saidon y Pablo Troianovsky , Lugar Editorial, Buenos Aires, 1994

Stolkiner, A. (2013). *La medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental*. Capítulo de libro. Compilador: Hugo Lerner. Editorial Psicolibro. Colección Fundep.

Zizek S (2003), *El sublime objeto de la ideología*.- 1'. ed. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina

