

# Para regar

# los deseos

Una experiencia de reflexión y acción sobre la salud sexual y la salud reproductiva en hospitales monovalentes de salud mental.



**DOCUMENTO TÉCNICO**  
Sistematización de experiencias

Dirección Nacional de  
Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de  
Acceso a la Salud

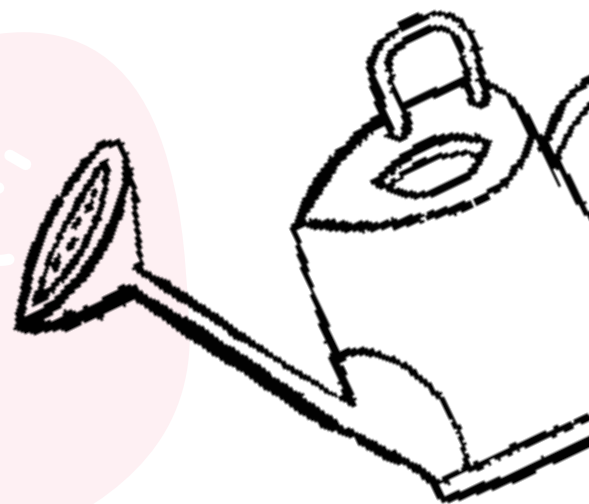


Ministerio de Salud  
Argentina



# Para regar los deseos

Una experiencia de  
reflexión y acción sobre  
la salud sexual y la  
salud reproductiva en  
hospitales monovalentes  
de salud mental.



**DOCUMENTO TÉCNICO**  
Sistematización de experiencias



## Autoridades

### **Presidente de la Nación**

Alberto Fernández

### **Ministra de Salud de la Nación**

Carla Vizzotti

### **Secretaria de Acceso a la Salud**

Sandra Tirado

### **Directora Nacional de Salud Sexual y Reproductiva**

Valeria Isla

# Créditos

**Autoras:** Luciana Azcárate; Constanza Leone; Noelia Soledad Lopez y Tali Miculitzki.

## Participación:

- Consejería en Salud Sexual y Derechos Humanos del Hospital Monovalente de Salud Mental A. Korn: Juan Pablo Banfi, Flavia Bergonce, Antonella Bermuchi, Nicolas Bernal, Leonela Caiella, Stella Maris Palacios, Antonella Pérez.
- Hospital Interzonal especializado en Neuropsiquiatría Dr. Cabred: Julio Pasquarelli.
- Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia de Buenos Aires: María Laura Andoro, Julia I. Cabrejas, Mara Anahí Di Bernardi, Graciela Lukin, Karina Paiva, Carlota Ramírez, Johanna Sol Romero, Gisela Stablun.
- Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública de la provincia de Buenos Aires: Bárbara Baldino, Ailén Azul Ballesteros, Estefanía Gelso, María Victoria González Legnazzi y Sofía Sessin Lettieri.

**Colaboración:** Eva Amorín, Verónica González Bonet, Ofelia Musacchio, Eugenia Otero, María Sol Wasylk Fedyszak.

**Agradecimientos:** a las personas que integraron la "Comisión sobre Sexualidad Libre de Violencia" del Hospital Alejandro Korn formada por la Dirección Provincial de Hospitales; la Dirección Provincial contra las Violencias en el Ámbito de la Salud Pública y el entonces Programa de Salud Sexual y Reproductiva del

Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires; la Dirección Asociada de Salud Mental y el Consultorio de Atención Primaria en Rehabilitación (CAPER) del Hospital; el Movimiento por la Desmanicomialización en Romero y el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS).

A la Dirección y Jefaturas del Hospital Cabred y a todos los equipos de salud de los hospitales que participaron de los talleres.

---

**Diseño gráfico:** Walter Oxley

**Correctora:** Andrea Franco

**Ilustraciones:** Los dibujos utilizados en esta publicación fueron realizados por integrantes de los equipos que participaron en los talleres que aquí se sistematizan.

**Cita sugerida:** Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2022). Para regar los deseos. Una experiencia de reflexión y acción sobre la salud sexual y la salud reproductiva en hospitales monovalentes de salud mental. Luciana Azcárate, et al. 1a ed. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

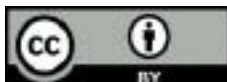
Este documento sigue los lineamientos de lenguaje inclusivo establecidos por el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (2020) y por la Resolución 952/2022 del Ministerio de Salud de la Nación.

Para regar los deseos : una experiencia de reflexión y acción sobre la salud sexual y la salud reproductiva en los hospitales monovalentes de salud mental / Luciana Azcárate ... [et al.]. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2023. Libro digital, PDF

**Archivo Digital:** descarga y online

**ISBN 978-950-38-0319-6**

1. Sexualidad. 2. Salud Mental. 3. Salud Reproductiva. I. Azcárate, Luciana. **CDD 362.204**



Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados, siempre y cuando no sean alterados, se asigne los créditos correspondientes y no sean utilizados con fines comerciales. Distribución gratuita.

# Índice

Autoridades	4
Créditos	5
<b>1. Introducción</b>	<b>8</b>
1.1 ¿Por qué sistematizar los talleres?	9
1.2 Articular para armar talleres	16
1.3 Planificar de manera participativa	23
<b>2. Espacio y tiempo de taller</b>	<b>34</b>
2.1 La sexualidad: algo muy personal y social a la vez	34
2.2 La sexualidad: la vida y el trabajo en los hospitales	38
2.3 Decisiones basadas en la experiencia	62
<b>3. Sostener e impulsar día a día</b>	<b>66</b>
3.1 “Consejería en Salud Sexual y Derechos Humanos”. Abordajes en el manicomio	67
3.2 El “Gran Encierro”: deconstrucción de la sexualidad y de las prácticas hospitalarias en los monovalentes	74
3.3 Talleres de salud sexual en hospitales de salud mental	83
3.4 Talleres en hospitales de salud mental de la provincia: construyendo formas colectivas de mirar	88
<b>4. Bibliografía</b>	<b>95</b>



# Introducción

# 1. Introducción

En 2017 integrantes del equipo de la actual Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR) fueron convocadas por el entonces Programa de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) de la Provincia de Buenos Aires, que en ese momento formaba la "Comisión sobre sexualidad libre de violencia" en el Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos "Dr. Alejandro Korn". La propuesta era formar parte de un proceso de capacitación de los equipos que tomara como eje los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos de las personas allí internadas.

Esta convocatoria dio origen a una serie de talleres coordinados por la Dirección Nacional junto a otros programas y Direcciones de la Provincia de Buenos Aires<sup>1</sup>, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y el Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR) entre 2017 y 2019.

La experiencia de trabajo en el Hospital "Dr. Alejandro Korn" fue tan movilizante que motivó la realización de talleres en otros hospitales monovalentes, el Hospital Interzonal Especializado en Neuropsiquiatría "Dr. Domingo Cabred" y el Hospital Interzonal "Dr. José A. Estéves".

Este material está pensado desde la DNSSR por quienes planificaron y coordinaron los talleres en los hospitales Korn y Cabred. El objetivo es contar la experiencia y proponer al taller como una metodología de trabajo válida y potente para pensar, hacer y transformar las realidades de los equipos y de las personas usuarias de los hospitales monovalentes, hacia el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.


Es un material hecho por quienes aman hacer talleres, porque creen en ellos, porque fueron protagonistas de muchas de las situaciones que se pueden vivir en uno; y porque hay procesos que "cuando se hacen entre muchas, muchos, muchos, se hacen mejor", como dijo una enfermera en uno de los hospitales. Y además, salen más lindos.

Por eso, para hacerlos mejor y más lindos, estas páginas se proponen sistematizar esta experiencia en tres capítulos destinados a:

---

1. El entonces Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva (actual Dirección), la Dirección de Hospitales, la Dirección de Salud Mental y la Dirección de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género.





✓ Contar cómo se armaron los talleres en el marco de un proceso de articulación más amplio con otras instituciones públicas del Estado y con organismos de la sociedad civil; y narrar cómo fue la planificación de los talleres situándolos en los hospitales monovalentes de salud mental.

✓ Describir que pasó en los talleres, qué sentidos aparecieron sobre cómo se vive la sexualidad en los hospitales y de qué manera permitieron pulsar a la sexualidad como una dimensión humana, central en los procesos de autonomía de las personas usuarias. A partir de ello, observar ese cruce tan desafiante y complejo entre la salud mental y la salud sexual y reproductiva.

✓ Compartir las experiencias de distintos equipos desde la perspectiva de sus protagonistas, para contar cómo se crearon estrategias a favor de los derechos de quienes, a pesar de la Ley Nacional de Salud Mental, hoy viven en los hospitales.

Los dibujos utilizados a lo largo del documento fueron realizados por quienes participaron de los talleres. Surgieron a partir de las actividades realizadas con el objetivo de derribar prejuicios y estereotipos vinculados a la sexualidad de las personas con discapacidad psicosocial, usuarias de servicios de salud mental.

## 1.1 ¿Por qué sistematizar los talleres?

¿Por qué sería importante que integrantes de equipos de salud de distintos lugares del país puedan y quieran leer esta sistematización?

**Porque el material presenta problemas, debates y reflexiones que surgen en el trabajo de los equipos y que son desafíos para el cambio de paradigma en el abordaje de la salud mental, centrado en los derechos humanos y en la atención comunitaria.**

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (LNSM) modifica los modos en que se conceptualiza la salud y la enfermedad mental. Considera a las personas como sujetos de derechos y postula la necesidad de establecer tratamientos y abordajes que apunten a procesos sociales y colectivos, centrados en la atención comunitaria, alejados de instituciones cerradas y del dominio único de la psiquiatría en la materia.

Este proceso se desarrolla en consonancia con el modelo social de la discapacidad, reconocido en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) que, desde 2008, rige como marco de derechos en el país por Ley 26.378.

El modelo social de la discapacidad propone una perspectiva crítica respecto de las miradas "normalizadoras" que ubican a la discapacidad en causas biológicas, médicas e individuales. En estas concepciones que se buscan erradicar pero que aún están presentes, la carga de adecuarse a lo que la sociedad espera es de la persona. Si la persona no puede hacerlo, entonces quedará excluida o segregada.

El modelo social corre entonces el eje de la discapacidad como una cuestión individual para ser algo colectivo que incumbe a la sociedad toda. Se concentra en las barreras que las sociedades ponen al ejercicio de los derechos de las personas conformando de esa manera la discapacidad. Estas barreras, que pueden ser edilicias, comunicacionales o actitudinales, resultan determinantes para el ejercicio de derechos de las personas en igualdad de condiciones con las demás y pueden eliminarse, reducir la discapacidad.

El modelo social de la discapacidad insta a preguntarnos qué transformaciones sociales y comunitarias permitirían que las personas con discapacidad psicosocial ejerzan sus derechos. Qué medidas de apoyo y de accesibilidad fortalecerían su autonomía y vida independiente.

Este paradigma y la perspectiva de derechos delinean un horizonte de trabajo en el que el cruce entre sexualidad y salud mental emergen como desafío. Son el marco para imaginar espacios de reflexión y acción sobre los haceres, sentires y pensares de quienes trabajan todos los días en los servicios de salud mental.

## ***La Ley Nacional de Salud Mental 26.657***

### **Un cambio centrado en los derechos de las personas**

La Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, sancionada el 25 de noviembre de 2010, marca los cambios en el modelo de abordaje de la salud mental en la Argentina. Define la salud mental como un proceso atravesado por condiciones históricas, socioeconómicas, culturales, biológicas y psicológicas. Y establece que mejorarla y preservarla implica una construcción social ligada al ejercicio de los derechos humanos y sociales de todas, todos y todes (artículo 3).

La ley reconoce a las personas con padecimientos mentales como sujetos de derecho, y parte de la presunción de su capacidad. Este es el principio rector de los procesos de promoción, prevención, atención y tratamiento de la salud mental de las personas desde una mirada integral.



### **Situar la experiencia en los hospitales monovalentes de salud mental**

Los comportamientos y las relaciones están atravesados por condiciones institucionales y laborales, históricas y estructurales, que pueden tender a reconocer u obstaculizar el ejercicio de los derechos de las personas usuarias. Imaginar y crear espacios de formación implica habilitar la posibilidad de trabajar esas condiciones con los equipos de salud sin desconocerlas, desde el horizonte que orienta los cambios hacia un modelo integral de atención.

Estos hospitales, los neuropsiquiátricos o manicomios como se suelen llamar, comparten una característica: son lugares en transición, con una lógica propia. Las ciencias sociales, desde perspectivas como las de Foucault o Goffman, suelen definirlos como instituciones de “encierro” o “totales” donde la separación, la reclusión y la medicalización expresan un modo de pensar y tratar a las personas con padecimientos mentales o con discapacidad psicosocial o mental en términos de la CDPD. Hoy, los equipos de salud, con sus propias jerarquías y debates, hacen esfuerzos por convertirlos en algo que todavía no son: instituciones abiertas y comunitarias.

La internación prolongada o crónica basada en la presunción de que la segregación de las personas es una manera de tratar médicamente los padecimientos mentales, acompaña a los hospitales monovalentes de salud mental desde su creación. Muchos nacieron como colonias emplazadas en localidades alejadas de las ciudades y como lugares de residencia y de trabajo.

Esta situación de nacimiento le dio forma a una lógica institucional que involucra a los dos grupos, los equipos de salud y las personas internadas, con roles distintos y relaciones desiguales. Esta lógica delimitó una rígida frontera entre un adentro, altamente regulado, y un afuera, que se hacía presente en obstáculos que restringían las interacciones de las personas internadas con el exterior y que solían tener forma material: puertas cerradas, muros altos, pabellones.

Hoy el manicomio no existe en la misma forma disciplinante, custodial y de estricta vigilancia que tuvo a fines del siglo XIX y principios del XX. Pero tampoco existe según las nuevas tendencias desinstitucionalizadoras.

Estas instituciones tienen un poco de esto y un poco de aquello, lo que les da un sentido propio. Parte de ese sentido es otorgado por quienes participan de la vida cotidiana en los hospitales y por cómo son las relaciones adentro/afuera, hospital/pueblo y pacientes/comunidad.

Las realidades prácticas a veces se diferencian de la normativa formal y las relaciones al interior de los hospitales siguen poniendo en juego las desigualdades y el ejercicio del poder, al tiempo que se problematizan, se repiensen y redefinen los roles que la institución le otorga de manera oficial a quienes interactúan en ella.

Esta peculiaridad hace que las tendencias hacia la “segregación” y la “integración” con la comunidad se entremezclen en el espacio hospitalario, donde “pacientes” y “personal” (a su vez, en ocasiones, parte de la comunidad) tienen una participación activa en su construcción social, su uso, su apropiación y su reproducción. Se trata de una participación que no se ejerce de la misma manera ni en las mismas condiciones, porque las personas usuarias tienen sus libertades restringidas, porque muchas viven en situaciones de internación prolongada casi toda su vida, a favor y en contra de sus voluntades.

Esa coexistencia entre “segregación” e “integración” es expresión de una percepción socialmente establecida sobre quienes viven padecimientos mentales o una discapacidad mental o psicosocial; que se funda en las presunciones de “incapacidad”, “debilidad” y “peligrosidad” de las personas y que genera a su vez respuestas antinómicas. Esas respuestas oscilan entre dos posiciones: hay que separarlas o hay que abogar por que se adapten para vivir como las personas consideradas “normales”. Sin embargo, en los últimos años, los esfuerzos están puestos en trabajar desde una perspectiva de inclusión, donde la apuesta es avanzar hacia maneras de vincularnos que reconozcan la diversidad humana. Esto supone el desarrollo de entornos, servicios y comunicaciones para que todas las personas puedan ejercer sus derechos y se expresa, también, en las dinámicas y relaciones en los hospitales.

**Este material se propone situar a los talleres en el contexto de estos hospitales como son hoy, no como fueron o como deberían ser. Y en lo que les pasa a los equipos de salud que trabajan ahí en torno al ejercicio de la sexualidad y los derechos sexuales y reproductivos de las personas usuarias.**

## Hacer preguntas más cerca de lo que vivimos

Esto lleva al segundo motivo por el que sería importante sistematizar esta experiencia. **Porque sistematizar lo que pasó en los talleres es también pensar cómo la pregunta por el ejercicio de la sexualidad y los derechos sexuales y reproductivos se vuelven interrogaciones concretas**, que marcan la tensión entre la universalidad de los derechos y el carácter situado de las condiciones de vida, de la regulación y la medicalización de las personas internadas en hospitales monovalentes: ***¿Se puede elegir en el hospital? ¿Cómo alguien puede tomar una decisión sobre qué método anticonceptivo usar si no puede hacerlo sobre su corte de pelo? ¿Por qué masturbarse sería una práctica que alguien del equipo tiene la capacidad de “dejar hacer”?***

Estas y otras preguntas fueron surgiendo en los talleres, donde fue posible reconocer tensiones y contradicciones concretas y de manera situada, para tomar decisiones a favor del ejercicio de los derechos de las personas.

Aunque los talleres generaron debates, interrogantes y diálogos diversos en cada hospital, una sistematización permite encontrar vivencias, desafíos, incomodidades y claves de sentido compartidas sobre qué es la sexualidad, cómo se ejerce el control a través de los cuerpos en estas instituciones y qué significa para la autonomía, para la propia percepción a través de la relación con otras personas y para la intimidad de las personas allí internadas. En los talleres se trabajó cómo esos sentidos sobre lo que puede o debe ser la sexualidad de las personas usuarias, habilitan u obturan la posibilidad de su ejercicio como una dimensión central de sus vidas y su autonomía.

La materia prima del trabajo en los talleres fue la experiencia cotidiana de los equipos de salud mental. Esa experiencia, su reconocimiento y la decisión de compartirla en un espacio de taller, permitió construir preguntas más cerca de lo que se vive en los hospitales sobre el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas internadas: ***¿Qué pasa con la sexualidad en un hospital monovalente de salud mental? ¿La sexualidad es solo una cuestión de relaciones sexuales? ¿Es posible elegir en el hospital? ¿Por qué es legítimo pedirle a alguien que se desvista para bañarse frente a otras personas , mientras se le prohíbe desnudarse si lo hace para masturbarse? ¿Cómo se brinda apoyo a alguien para decidir si tener o no hijas/es/os? ¿Por qué una mujer trans está internada en un hospital de varones? ¿Qué hacer con el malestar que genera que alguien te toque más allá de los límites que se viven como válidos?***

Las respuestas a algunas de estas preguntas se construyeron durante los talleres. Otras preguntas no tienen respuesta, porque haber llegado a hacerlas es el logro del trabajo colectivo, en la medida en que apuntan a marcar contradicciones, intersticios, cruces entre lo oficial y lo que sucede. En medio de estos desafíos tienen que trabajar los equipos de salud todos los días, entre sensaciones encontradas.

Durante los talleres se habló de las formas de la sexualidad, del control a través de los cuerpos, de la autonomía y la intimidad de las personas. Pero no en términos abstractos, sino asumiendo el desafío de trabajar cómo estos temas están siendo atravesados por las interacciones en los hospitales.

A través de la creación de un espacio y un tiempo de taller, los equipos de salud trabajaron el modo en que los propios sentidos y nociones sobre la sexualidad están también ligados a las condiciones propias de las instituciones donde trabajan, y dan lugar a comportamientos que pueden apuntar a reconocer u obstaculizar los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

Articular, planificar, imaginar y concretar una propuesta pedagógica basada en talleres supone un proceso que, cada vez, moviliza situaciones particulares. Nunca pasa lo mismo en dos talleres. Cada taller abre un mundo de sentidos y experiencias, personales y colectivas. Por eso no son directamente replicables a cualquier espacio y momento. No se puede hacer

un taller sin hacer las preguntas de para qué, con quiénes y cómo podría funcionar en determinado contexto. Porque a los talleres los hacen las personas, porque cuando participan aportan sus sentidos personales y también los sentidos colectivos de los grupos a los que pertenecen; y porque así se pueden compartir y reconocer las cosas que se viven. Se pueden decir los problemas, las tensiones y contradicciones de las instituciones donde se trabaja. Se pueden tomar decisiones basadas en la experiencia.

Los talleres fueron una invitación a pensar cómo se cruzan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la salud mental, situando desafíos generales en cuestiones bien concretas. Fueron una invitación a vivir una experiencia para hacer cambios reales, como emocionarse con las experiencias de otras personas, organizarse para poner cortinas en los baños, compartir qué sucedió el día que se pusieron espejos en la sala o descubrir que un paso hacia el reconocimiento de la autonomía de las personas es también que ellas puedan elegir cómo quieren su corte de pelo. Cambios reales que aunque parezcan chiquitos, se orientan hacia los caminos que, de otra manera, suenan demasiado lejanos, abstractos, fuera de contexto.

Sistematizar una experiencia de trabajo en hospitales monovalentes de salud mental es útil para mostrar que la metodología de taller puede ser retomada para que otros equipos de salud puedan trabajar estos temas en otros lugares como centros de salud, casas de externación y hospitales de agudos. **Este material puede aportar a despejar y entender cuáles fueron las condiciones que hicieron posible esta experiencia y cómo podrían surgir otras.** Puede invitar a otros equipos a trabajar desde una metodología de taller, a jerarquizarla dándole un tiempo y un espacio en medio de las urgencias y las tareas de todos los días.

## 1.2 Articular para armar talleres

Trabajar en espacios de formación con equipos desde una metodología de taller tiene su historia. Esta nació a partir de un hecho concreto, una denuncia que se realizó por vulneración de derechos en el hospital, de la que surgió una mesa de trabajo para pensar acciones de manera articulada, entre ellas la "capacitación para los equipos de salud" del sector





## Una denuncia y una mesa de trabajo

El proceso de articulación se inició en 2017 y tuvo como punto de partida una acción de amparo colectivo interpuesta durante 2014 por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), el Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR) y la Comisión Provincial por la Memoria (CPM) contra el Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn por abusos y vulneración de los derechos de las personas usuarias.

A través de esa acción de amparo se constató judicialmente el hecho de que muchas de las personas internadas pasaron la mayor parte de sus vidas en la institución, y se visibilizaron las deterioradas condiciones edilicias en que viven, el exceso de medicación, la ausencia de tratamientos que tengan en cuenta las particularidades de cada persona y situaciones de abuso sexual. A partir de entonces el juez interviniente ordenó la creación de una mesa de trabajo permanente en el hospital, para analizar las situaciones particulares de las distintas denuncias, para visibilizar las demandas de cada sala del hospital y para acordar las acciones a seguir. Esta mesa de trabajo guía sus acciones desde el horizonte que marca la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (LNSM) respecto de la externación de las personas internadas.



## ***La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y los hospitales monovalentes***

Uno de los aspectos centrales de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 es que establece la sustitución progresiva de un modelo de salud mental basado en la internación en hospitales neuropsiquiátricos o monovalentes por una red integrada de servicios con base en la comunidad, que pueda garantizar procesos de atención de la salud mental en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, y basado en los principios de la atención primaria de la salud (artículo 9).

La ley establece que el tratamiento de las personas sea preferentemente ambulatorio y que la posibilidad de una internación se evalúe como el último recurso y procurando que sea lo más breve posible (artículo 15).

El decreto 603 de 2013 reglamentó que el año 2020 sería la fecha en que debía concluir el proceso de sustitución de los hospitales monovalentes por dispositivos comunitarios en todo el país. A 10 años de la sanción de la ley, a pesar de que hay avances, también hay muchas deudas pendientes.

La formación de equipos de salud mental interdisciplinarios en centros de salud y servicios de salud mental en los hospitales generales (con atención ambulatoria, abordaje de las urgencias las 24 horas, interconsulta e internación), el fortalecimiento de centros de día comunitarios, de hospitales de día y de noche y el armado de dispositivos para la inclusión sociolaboral y de vivienda con diferentes niveles de apoyos, son parte de los cambios en el abordaje de la salud mental.

El aporte de las organizaciones es una característica de la mesa de trabajo. También su permanencia en el tiempo, porque así promueve acciones concretas en distintos aspectos de la vida del hospital. Además, el rol positivo de la entonces Dirección Asociada en Salud Mental del Hospital Dr. Alejandro Korn, acompañó el funcionamiento del espacio y apoyó las acciones desde el principio.

En la mesa de trabajo<sup>2</sup> promovida por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, se conformó una "Comisión sobre Sexualidad Libre de Violencia", con funcionamiento periódico dentro del Hospital. La Comisión estaba integrada por la Dirección Provincial de Hospitales, la Dirección Provincial contra las Violencias en el Ámbito de la Salud Pública, el entonces Programa de Salud Sexual y Reproductiva de Provincia de Buenos Aires, la Dirección Asociada de Salud Mental y el Consultorio de Atención Primaria en Rehabilitación (CAPER) del Hospital Melchor Romero, el MDR y el CELS.

Desde la comisión se empezó a pensar cómo trabajar el cruce de los derechos sexuales y reproductivos y la salud mental en las instituciones monovalentes y cómo trabajar con los equipos. Se trataron diferentes temas y se definieron distintas acciones: actividades de formación, capacitación, protocolos, incidencia para la compra de insumos y estructura para el hospital (como la compra de espejos para algunas salas de internación o la compra y colocación de cortinas para los baños, hasta entonces inexistentes).

En 2017 la "Comisión sobre Sexualidad Libre de Violencia" convocó a la entonces Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación para realizar capacitaciones sobre los derechos sexuales y reproductivos para el personal de salud del sector neuropsiquiátrico del Hospital Korn.

Articular es construir un marco común desde el que integrantes de múltiples organismos del Estado, de los hospitales y de la sociedad civil, con ideas y orientaciones diversas se puedan entender y saber qué están haciendo, para qué, en dónde y cómo.

---

2. La mesa de trabajo permanente se reúne desde entonces con una frecuencia semanal, donde participan: MDR, CELS y CPM, como la parte actora junto con la Dirección Asociada de Salud Mental y la Dirección Asociada de Enfermería del Hospital y el órgano de revisión de salud mental provincial. Quincenalmente, la mesa judicial se encuentra integrada, a su vez, por el director ejecutivo del hospital y las autoridades provinciales del Ministerio de Salud (Dirección Provincial de Hospitales, Subsecretaría de Determinantes Sociales de la Salud, Dirección Provincial de Salud Mental y Adicciones, Coordinadores de las Regiones Sanitarias VI y XI), de la Secretaría de Derechos Humanos y de la Curaduría General de la Provincia y Curaduría La Plata, con la presencia de Fiscalía de Estado.

Se trata de un proceso cargado de desafíos, de tensiones y debates que es parte de las condiciones que hicieron que estas capacitaciones fueran así y no de otra manera. Ese proceso dio lugar a una multiplicidad de perspectivas. Y llevó a la decisión de trabajar en capacitaciones con una modalidad de taller.

Desde la perspectiva de organismos de la sociedad civil como el CELS, el litigio es una estrategia que se usa como recurso para el cumplimiento o la expansión de derechos, y para tener incidencia en políticas de derechos humanos (CELS, 2016).

Desde la perspectiva de los organismos del Estado que orientan las políticas públicas en salud, las denuncias interpelan a realizar acciones para contribuir a garantizar los derechos de las personas.

Desde la perspectiva de los equipos de salud del hospital, las denuncias interrogan directamente sus trabajos, sus saberes y sus haceres, en el marco de una institución seriamente cuestionada por no respetar los derechos de las personas. Teniendo en cuenta estas perspectivas: ¿qué hacer? ¿Y de qué manera?

## **Capacitar desde una metodología de taller**

La primera reunión para planificar la capacitación sobre salud sexual y salud reproductiva para los equipos fue en el Hospital "Dr. Alejandro Korn", en Melchor Romero. Allí, profesionales en trabajo social, medicina general, psicología y personas de dirección, integrantes del MDR, del CELS, de la Dirección Provincial contra las Violencias en el Ámbito de la Salud Pública, del Ministerio de Trabajo, del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia de Buenos Aires (hoy dirección provincial de SSR) y de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (hoy Dirección Nacional) se juntaron para compartir perspectivas sobre cómo hacer capacitaciones con una modalidad de taller.


La reunión estuvo atravesada por las maneras en que cada intervención definía qué era urgente, central y decisivo desde la perspectiva de cada grupo. **Esta diversidad apareció como el indicio de que el cruce del campo de la salud mental y los derechos sexuales y reproductivos es parte de un debate abierto, entre otros, en los hospitales monovalentes. Y que los equipos de salud trabajan cotidianamente en un terreno cargado de tensiones, de normas encontradas, explícitas e implícitas, que atraviesan las prácticas del día a día.**

Una de las cuestiones sobre las que se construyó un acuerdo relevante fue la idea de que, si bien los esfuerzos de la mesa se orientaban hacia los procesos de externación de las personas internadas, los talleres iban a trabajar desde y con las situaciones de interacción entre los equipos y las personas usuarias dentro del hospital. Porque trabajar estos temas en el hospital desde el reconocimiento de los derechos de las personas usuarias y de los desafíos que implica para los equipos de salud, genera a su vez mejores condiciones para los procesos de externación. En esos procesos, muchos equipos sienten que están solos y sin apoyo.

Los talleres se propusieron como un espacio para explicitar tensiones, para reconocer los esfuerzos de los equipos y sus saberes, y también para trabajar los prejuicios y las restricciones institucionales, para reconocer a las personas usuarias como sujetos de derecho y para visibilizar que es posible acompañar el ejercicio de las sexualidades en situaciones de internación prolongada.

Otro de los puntos de partida fue ponerse de acuerdo sobre incluir en los talleres la propuesta de armar consejerías en salud sexual y salud reproductiva, que puedan desarrollar un trabajo de promoción de los derechos de manera sostenida. Para eso, se decidió que los talleres podrían ser un puntapié para conformar, dentro del hospital, un grupo de profesionales a quienes les interesara participar en ese proceso, y que lo pudieran hacer como parte de las tareas reconocidas por las autoridades del hospital, sin tener que superponerse a otras.

También se planteó la necesidad de los equipos de salud de poder acceder y de que circulen materiales específicos sobre salud mental, salud sexual y reproductiva, y sobre diversos programas de los ministerios públicos de la Provincia de Buenos Aires y de la Nación.




Estos fueron los primeros pasos y acuerdos para hacer talleres con los equipos de salud del Hospital "Dr. Alejandro Korn". Trabajar con una metodología de taller fue una decisión basada en la idea de que pueden pasar cosas más interesantes si, en lugar de pensar una capacitación como una transmisión de ideas y conceptos o como una sanción, se apostaba por un trabajo colectivo que pudiera partir de los saberes de los equipos y reconocer las situaciones concretas que son parte del trabajo y de la vida en los hospitales.

### 1.3 Planificar de manera participativa

¿Cómo se planificaron los talleres? ¿Qué implica una metodología de trabajo que está pendiente de su circunstancia? ¿Cómo serían talleres en hospitales monovalentes de salud mental? ¿Qué es necesario saber de estos hospitales como un insumo para la planificación?

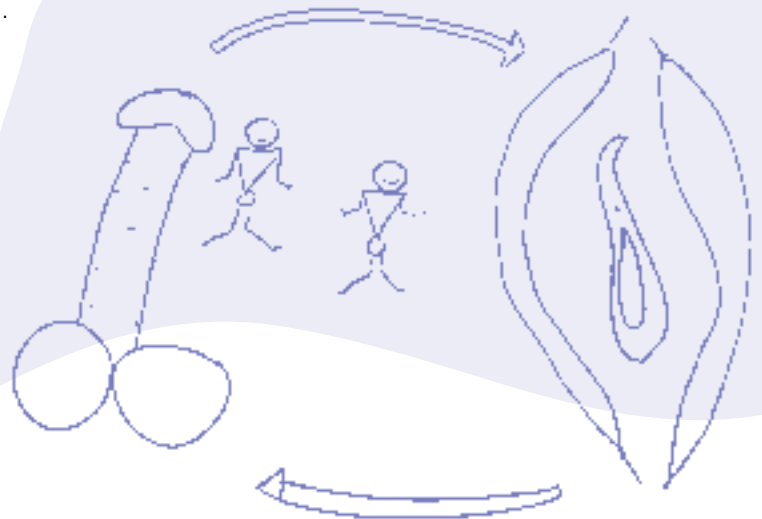
Planificar un taller es también imaginar cómo funcionaría en un espacio con características propias, difíciles de entender para quienes no viven y trabajan allí. Por eso se intentó, dentro de lo posible, conocer los hospitales antes de los talleres a través de distintos materiales escritos, de reuniones previas, de visitas, de conversaciones con los equipos sobre las personas usuarias, sobre los espacios y la dinámica de trabajo; para pensar en conjunto la convocatoria, los horarios y la modalidad de los talleres.



## Salud sexual y reproductiva en hospitales de salud mental

Al principio, había más dudas que certezas: ¿Cuáles serían los objetivos? ¿Cómo hacer talleres que no sean una “bajada de lo que se debe hacer” o de un abstracto marco conceptual y legal vigente? ¿Cómo generar un espacio que permita decir lo que se piensa, se vive y se siente sobre la sexualidad, para trabajar desde ahí el cómo se hace y lo que se hace en el hospital? ¿Cómo hacer para que la denuncia o la acusación no sean el eje desde el que se avance en los talleres?

Algunas ideas orientaban el trabajo: que la sexualidad es una dimensión de la vida de todas las personas y que los derechos sexuales y reproductivos son derechos de todas las personas. Y que “todas” incluye a las personas usuarias de servicios de salud mental. Esto es así, por supuesto. Y también no es tan así. Porque hay posibilidades diferenciales para acceder a derechos que, si bien son igualmente reconocidos, cuando se intentan vivir y ejercer según realidades concretas, expresan desigualdades.





## ***Derechos sexuales y derechos reproductivos***

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos forman parte de los derechos humanos y están protegidos por la Constitución nacional, los tratados internacionales de derechos humanos y las convenciones, declaraciones y conferencias internacionales que la Argentina se comprometió a cumplir. En nuestro país, existen leyes nacionales que garantizan estos derechos.

### ***Derechos sexuales***

Los derechos sexuales reconocen que todas las personas tienen derecho a disfrutar de una vida sexual elegida, sin violencia, riesgos ni discriminación. Los derechos sexuales reconocen que todas las personas tienen derecho a decidir cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales, a vivir la sexualidad sin presiones ni violencia, a que se respete la orientación sexual y la identidad de género sin discriminación, a acceder a información sobre cómo cuidarse, y a disfrutar del cuerpo y de la intimidad con otras personas. Las personas con discapacidad tienen, además, el derecho a contar con apoyos para ejercer sus derechos sexuales.

### ***Derechos reproductivos***

Los derechos reproductivos tienen que ver con una parte de la sexualidad: la reproducción, es decir, el derecho a decidir si tener o no hijas/es/os, a elegir con quién, qué cantidad tener y cada cuánto tiempo. Esto incluye la atención de la salud durante el embarazo, el parto y el posparto. Además, si las personas no quieren un embarazo tienen derecho a recibir información sobre los diferentes métodos anticonceptivos y a acceder gratis al que elijan. También son derechos la interrupción voluntaria y/o legal del embarazo y la atención rápida, de calidad y con respeto en situaciones de posaborto. Los derechos reproductivos incluyen el acceso a tratamientos para la reproducción médicamente asistida. Así como a contar con los apoyos necesarios para ejercer la crianza si se trata de personas con discapacidad.

Hacer talleres desde el presupuesto de que a los equipos de salud les falta información o conocimiento sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, orienta el trabajo hacia lo que se debe “hacer bien” bajo la clave de la sanción de lo que “está mal”. Pero esta posición no permite tener en cuenta otras cosas que van más allá de las nociones y los conceptos, como el contraste entre los discursos institucionales de los hospitales y las condiciones laborales de los equipos, o las prácticas que inciden de forma concreta en la vida de las personas internadas.

Al interior de los equipos de salud hay relaciones de autoridad y jerarquías ligadas al funcionamiento de las instituciones médicas, y también distancias marcadas por una apreciación diferencial de los saberes disciplinarios, por distintas condiciones laborales, por el tiempo en la institución y las edades, por quienes son de la localidad y quienes vienen de otros lugares, entre otros motivos.

Un taller es un espacio de trabajo grupal que se propone crear conocimiento e intercambiar reflexiones propiciando una participación más horizontal entre sus integrantes, desde sus experiencias y saberes. El formato de taller permite más cercanía y puede ayudar a traspasar barreras y distancias.

Una propuesta de capacitación sobre la salud sexual y reproductiva en el hospital desde una metodología de taller habilita a plantear posiciones, dudas y temores, como también compartir saberes y explicitar temas difíciles. Se sostiene sobre una concepción de aprendizaje que recupera los saberes previos, las experiencias y las reflexiones de las personas.

A la hora de planificar para trabajar cómo se vive la sexualidad, cómo se expresan las diversas identidades de género y las diversas orientaciones sexuales, cuáles son los tabúes, las prácticas y los derechos, cómo se puede hablar del disfrute, del placer y del deseo, era preciso también trabajar desde la peculiaridad de los hospitales y tener en cuenta las condiciones reales en que los talleres se iban a llevar a cabo. Situar los talleres en los hospitales supone captar lo propio de un sitio y su organización, lo que hace directamente a cómo son las relaciones entre las personas allí.

Armar un análisis de la situación de los hospitales contribuyó a planificar los talleres de manera situada, teniendo en cuenta sus aspectos institucionales y estructurales, sus sectores, la distribución de las salas, la organización del trabajo, los procesos de atención, la presencia o no de dispositivos de externación y comunitarios, las organizaciones o movimientos que realizan acciones allí, las experiencias previas, las características de las personas internadas. ¿Cómo conocer las condiciones de vida y de trabajo en los hospitales?

## **Organización del trabajo y condiciones de vida en el hospital**

Una manera de empezar es averiguar qué está escrito desde distintas disciplinas, espacios y organizaciones que, junto a las reuniones con los equipos de salud, pueda aportar a planificar los talleres.

El informe de El Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), la Comisión Provincial de la Memoria (CPM) y el Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR) realizado en 2017, "La situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro Korn, Melchor Romero", plantea que en los hospitales monovalentes muchas veces se vulneran los derechos de las personas en nombre de la necesidad de internación por motivo de su discapacidad mental, psicosocial o por un padecimiento psíquico.

Esto se liga a las lógicas institucionales de los hospitales de salud mental, como el sistema de premios y castigos, los procedimientos de admisión, la separación del rol de la persona en la comunidad y su clasificación a partir de un diagnóstico psiquiátrico, el uso excesivo de esquemas psicofarmacológicos, la regulación de la cotidianidad a través de procedimientos que homogeneizan a las personas.

El informe dice que en el hospital "Melchor Romero"<sup>3</sup>, de las 526 personas internadas, 217 son mujeres de entre 20 y 87 años, con un promedio de 25 años de residencia. Muchas de ellas ingresaron a los 20 años. Destaca que pocas mujeres internadas mantienen vínculos con quienes viven afuera del hospital, y que el deterioro de las tramas afectivas se debe a los prolongados procesos de institucionalización.

---

3. El hospital se llama "Dr. Alejandro Korn" pero es conocido como "Melchor Romero" o "el Romero", por la localidad donde está ubicado.

Otro tipo de información es la del Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental de 2019. La mitad de la población internada en los hospitales monovalentes de salud mental de la Argentina está en las instituciones del sector público<sup>4</sup>, el promedio de edad de las personas internadas es de 50 años y tienen entre 37 y 63 años. El Censo muestra que el 25 % de las personas estuvieron internadas 11 años de su vida o más, y que solo el 28,5 % de ellas lo había hecho de forma voluntaria.

Todo el material escrito disponible, los informes y los censos, brindó información. Sin embargo, lo central fueron las reuniones con los equipos de salud en los hospitales. Porque allí surgió lo que les interesaba, sus preocupaciones, y desde ahí se imaginaron los talleres. En estas reuniones, al calor de empezar a conocerse un poco, quienes iban a coordinar los talleres aprendieron también un poco más sobre las realidades de los equipos que día a día trabajan en los hospitales.

El Hospital "Dr. Alejandro Korn" está dividido en un hospital general y un hospital de salud mental. Esta organización no es solo formal, distribuye las relaciones entre los equipos en función de dónde trabajen. En el hospital de salud mental, hay un área de agudos, varias salas de crónicos y tres centros en la comunidad.

En los hospitales de salud mental la atención, la rehabilitación y la asistencia de las personas usuarias se organiza en diferentes salas que alojan a las personas cruzando dos sistemas de clasificaciones: el binarismo de género (clasificación en mujeres y varones) y lo que desde la lógica psiquiátrica se entiende como el grado de evolución de la enfermedad mental. En el Hospital "Dr. Alejandro Korn" hay salas de "varones" y de "mujeres"; organizadas a su vez en salas de "agudos" (con internaciones entre 3 y 6 meses), "subagudos" y "crónicos" (con

4. Fueron censadas 12.035 personas en 162 instituciones en la Argentina.



procesos prolongados de internación). El hospital neuropsiquiátrico "Dr. Domingo Cabred", donde también se realizaron talleres, es un hospital solo de "varones" cuenta con un servicio de ingreso, admisión e internación de urgencias; con pabellones de terapia a corto plazo, pabellones de terapia de larga estancia, hostales y casas convivenciales.

Las condiciones edilicias de las salas suelen ser malas. Algunas tienen más de 35 camas, baños sin cortinas y en ocasiones sin puertas, vidrios rotos, falta de calefacción y agua caliente, paredes despintadas y grises, rincones oscuros y espacios verdes descuidados. Al deterioro de los edificios se suman la situación laboral e institucional de los equipos de salud, reducidos en cantidad de integrantes y con condiciones contractuales y salariales muy dispares.

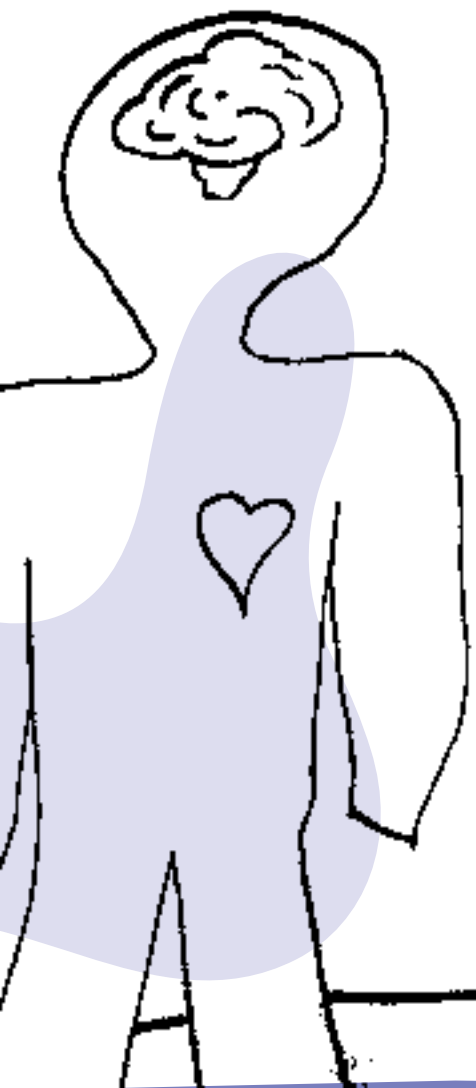
Para hacer los talleres, ¿era mejor convocar a los equipos de todas las salas?, ¿se iban a mezclar a los equipos de distintas salas para que se conocieran mejor? Eso dependió de cada hospital. Por ejemplo, en el Hospital "Dr. Domingo Cabred" se decidió convocar a los equipos de los tres pabellones de terapia a corto plazo. Y, en el Hospital "Dr. Alejandro Korn", en un primer momento en 2017, se decidió hacer talleres con equipos de tres salas, dos salas de varones y una de mujeres, para evaluar la experiencia antes de trabajar en otras. La sala de mujeres era la única en la que había trabajo previo sobre salud sexual y salud reproductiva. En cada una de las tres salas trabajan entre dieciséis y veinte personas en tres turnos distintos, de 6 a 12, de 12 a 18 y de 18 a 6 horas. En los hospitales hay realidades distintas por turnos: la mañana, la tarde y la noche son momentos muy diferentes. En cada sala hay entre treinta y cuarenta personas viviendo.

La convocatoria se definió teniendo en cuenta cómo circulaba la información al interior de los hospitales. Aunque la idea era que participaran la mayor cantidad de personas trabajadoras, los talleres requieren trabajo en grupos pequeños, entonces se decidió armar una serie de dos talleres de 3 horas cada uno.

Inicialmente se pensó en hacer un taller por sala, pero luego se propuso unirlos para enriquecer el intercambio entre equipos que de otra manera se cruzan poco, en los pases. Así, se definió un horario que se adaptaba a los cambios de turno de la dinámica laboral en los hospitales.

La organización del trabajo de los equipos estructura de manera jerárquica el ejercicio de diversas disciplinas. Las/es/os enfermeras/es/os son quienes más están en las salas. Trabajadoras/es sociales y acompañantes terapéuticos, la última profesión que se suma a la interdisciplina, también tienen más contacto con las personas internadas y entablan con ellas vínculos más personales. Sin embargo, suelen ocupar posiciones que deben disputar su legitimidad al interior de equipos donde los saberes de la psiquiatría y la psicología pretenden ser los más prestigiosos.

Esta organización también arma la trama de las relaciones entre equipos de salud, donde profesionales de la psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería y acompañantes terapéuticos se encuentran y desencuentran. En la institución el diagnóstico psiquiátrico suele funcionar tanto para justificar la internación prolongada como para inteligir las conductas de las personas usuarias. Por eso se propuso conocer los motivos de internación de las personas en las distintas salas. Esta exploración junto a los equipos visibilizó que muchas veces una internación prolongada se debe más a motivos socioeconómicos (no contar con una vivienda, una pensión o un trabajo), al abandono familiar, social, institucional y estatal de las personas, que a razones de salud o padecimiento mental.

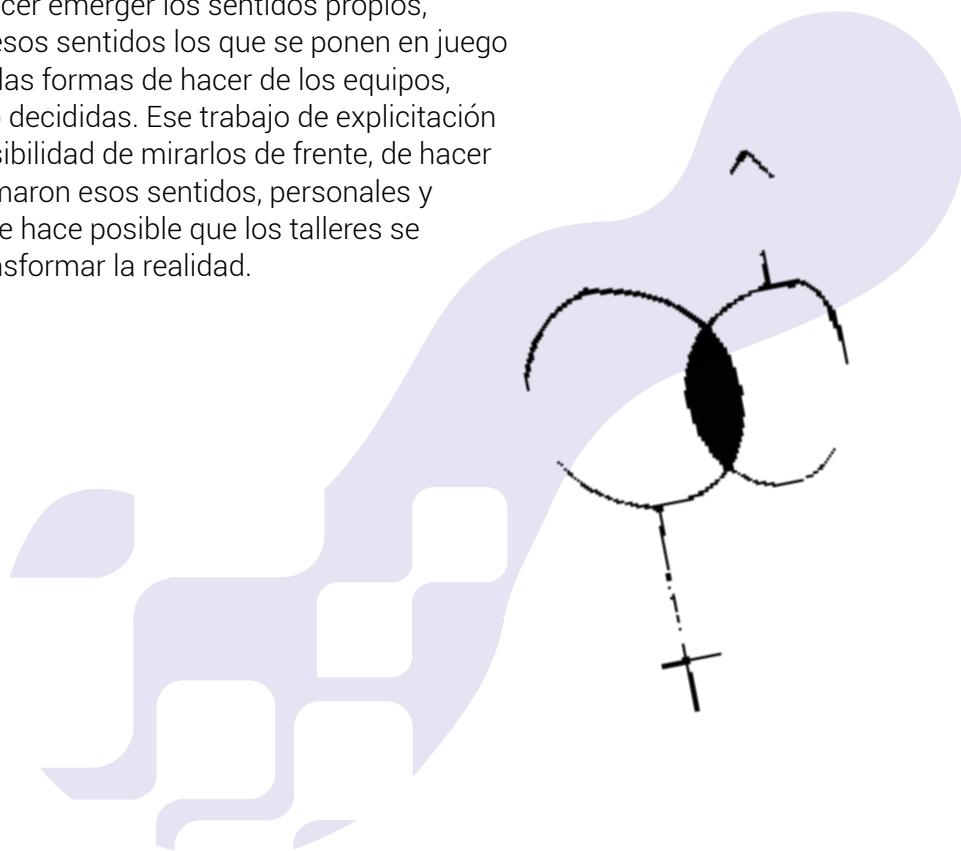


Hay, además, aspectos cotidianos de la vida hospitalaria que se desarrollan en los intersticios de la institución médica, mostrando que el “hospi”, como suelen llamarlo, es más que su finalidad y discurso oficial. Quienes pasan más tiempo son las personas usuarias que viven allí y el personal (administrativo, de enfermería, de mantenimiento). La vida cotidiana en los hospitales revela prácticas sociales que escapan a la estructura médica y en las cuales también se construye el espacio hospitalario. En ese sentido, los talleres buscaron explicitar esos intersticios y para, desde ahí, trabajar con los equipos de salud.

Después de estas reuniones, de buscar información y de imaginar junto a miembros de los equipos de salud, fue posible planificar los objetivos de los talleres. La apuesta de los talleres fue de trabajar colectivamente qué pasa con la sexualidad y los derechos de las personas usuarias en los hospitales, una cuestión que está ligada al rol, a los saberes de las personas trabajadoras y a las dinámicas de estas instituciones.

Cada taller estuvo orientado a construir la posibilidad de pensar cómo hacer para que las personas vivan y ejerzan su sexualidad con más libertades y sin violencias en el hospital; en la medida en que la sexualidad es una dimensión vital en el ejercicio de la autonomía y la capacidad de las personas; que incluye, pero también excede, el universo de las relaciones sexuales para comprometer las formas de la autopercepción y de las relaciones amorosas y afectivas con los demás.

Parte de planificar supone encontrar las dinámicas adecuadas, y prepararlas teniendo en cuenta las condiciones reales en que van a llevarse a cabo. Se eligieron actividades lúdicas que permitieran sensibilizar y aflojar las vergüenzas, los pudores y, sobre todo, correrse de un decir que enuncia lo que se considera que "está bien" y que solo permite decir lo que se cree que se quiere escuchar. Las dinámicas buscan mover y hacer emerger los sentidos propios, personales y colectivos. Son esos sentidos los que se ponen en juego en los comportamientos y en las formas de hacer de los equipos, muchas veces de maneras no decididas. Ese trabajo de explicitación de los sentidos propios, la posibilidad de mirarlos de frente, de hacer preguntas sobre cómo se formaron esos sentidos, personales y grupales, es una condición que hace posible que los talleres se orienten a hacer, pensar y transformar la realidad.







2



**Espacio y tiempo de taller**

## 2. Espacio y tiempo de taller

Los talleres en los hospitales permitieron construir una relación entre talleristas e integrantes de los equipos de salud en un proceso de trabajo colectivo. En ese proceso se cruzaron, se tensaron y agitaron los sentires y las vivencias, los pensares y los haceres de quienes arman equipo con colegas de diversas disciplinas en hospitales de salud mental de la Provincia de Buenos Aires. ¿Qué pasó durante este tiempo y espacio de taller?

Este capítulo narra los talleres desde su propia lógica. Por eso tiene tres momentos: una apertura, un desarrollo y un cierre. En la apertura, a través de las primeras dinámicas, aparecieron los primeros sentidos sobre qué es la sexualidad, qué es para cada persona y qué se puede decir sobre ella entre colegas. En el desarrollo se trabajaron temas al calor del debate en grupos y en plenarias sobre la sexualidad y cómo es obturada, controlada, evitada y regulada; pero también vivida y ejercida en los hospitales de salud mental. El último apartado es el cierre, momento en el que se recuperan las reflexiones para tomar decisiones basadas en la experiencia.

### 2.1 La sexualidad: algo muy personal y social a la vez

“Nos costó incluir la idea de que las personas internadas tienen sexualidad. Es algo que muchas veces no se habla. Y si hablamos de ella, solemos hablar de estar en pareja”. Con estas palabras abrió el primer taller una de las directoras del Hospital “Dr. Alejandro Korn”.



La sexualidad aparecía como una dimensión de la vida de las personas internadas, una de la que no se decían muchas cosas, de la que no solía hablarse abiertamente. “Nuestra intención es poder hablar de esto, como un proceso en el que tenemos una participación activa. Y en el marco de lo que ya venimos charlando, cómo poder llevar la vida de los usuarios y de nosotros afuera del hospital”. Así se abrieron los talleres.

Desde el principio estuvo presente la curiosidad, cierta intriga y, entre algunas personas, algo de escepticismo. En el hospital la vida de las personas usuarias y el trabajo de los equipos de salud están entrelazados. Hablar de la sexualidad era, en ese contexto, habilitar la posibilidad de pensar desde esta relación.

Cada dinámica fue una invitación a compartir cuestiones que son a la vez sociales y personales; de pensar en medio de la tensión entre lo que efectivamente se hace y lo que la institución dice que se tiene que hacer; de poder decir en voz alta algunas cosas que estaban implícitas de pensar un lugar que no es solo un centro asistencial también un espacio donde muchas personas pasan gran parte de sus vidas.

## **¿Qué es? Del sexo a los afectos, el placer y las formas del amor**

La primera actividad propuso reflexionar qué sería para cada quien eso que llamamos “la sexualidad”, a través de dinámicas lúdicas y grupales que aflojaran los pudores y permitieran distender y avanzar desde la construcción de vínculos de más confianza para trabajar de manera cooperativa y canalizar los debates en un hacer compartido.

La primera dinámica consistió en debatir en grupos y expresar con dibujos “¿qué es la sexualidad?” La consigna, así de amplia, permitía que allí quepa todo lo que las personas quisieran hacer aparecer. Las personas participantes se dedicaron a conversar, a dibujar, a reírse algunas, a mirar con un poco de escepticismo otras, a meterse de lleno o mirar los afiches sin participar. Dibujar los primeros trazos en un papel en blanco implica un esfuerzo de representación que requiere debatir en el grupo.

## 2

### Espacio y tiempo de taller

Después, en una puesta en común cada grupo se presentó, mostró y explicó los afiches.

La plenaria fue dibujando un proceso en el que se ampliaron las ideas sobre la sexualidad. Las intervenciones y los debates abrieron los sentidos para empezar a pensarla como una dimensión que es parte de la vida.

Al principio, la sexualidad aparecía ligada al **sexo** y a la **genitalidad**. Hacía emerger todo lo que tenía que ver con las relaciones sexuales. El trabajo colectivo le fue dando lugar a la conversación sobre **los afectos, lo vincular y lo íntimo**, hacia **las formas del amor y también al placer**, que no está necesariamente anudado con el amor. Eso que se llamaba la sexualidad se ensanchaba:



- ✓ "La sexualidad no es solamente el coito, es tomarse de la mano, regalar una flor, esas cosas".
- ✓ "Sexualidad no es solamente penetración. Es compartir. Con el solo hecho de charlar, interactuar, eso también forma parte de la sexualidad".
- ✓ "Se puede dar una confianza con el otro, hay amor. Pero a veces no hay amor, es por placer y hay que aceptarlo".
- ✓ "Qué es la sexualidad, si no es sentirse bien".

**Las miradas binarias de los sexos y los géneros** empezaron a ser interrogadas desde la pregunta por la diversidad:

- ✓ "Lo primero que suele aparecer al pensar en la sexualidad es la zona genital: pene y vulva. La representación binaria y genital está muy arraigada".
- ✓ "Es lo diverso, no necesariamente tiene que ser entre varón y mujer".



De a poco, en la plenaria, aparecieron **los mandatos sociales, los prejuicios, las formas de hacer** ligadas a una historia cultural y social que está asociada a cómo vivimos los cuerpos sexuados:



- ✓ "Influyen los mensajes, mandatos y conceptos que vienen del medio social. La cultura, las clases sociales, los medios de comunicación, las instituciones, la cuestión del poder como determinaciones de la sexualidad".

De las reflexiones más generales, como la importancia de "educar en la parte sexual para inculcar la responsabilidad" y de las ideas más abstractas, como que la sexualidad "es algo muy complejo y habría que hablar de la psicosexualidad"; se explicitaron otros sentidos, más cerca de **los haceres, los sentimientos y las vivencias**:

- ✓ "Tiene que ver también con la relación de uno con el propio cuerpo".
- ✓ "Es lo afectivo, las emociones, el cuerpo. La libertad, la aceptación".
- ✓ "Se trata de quererse a uno mismo".
- ✓ "También tiene que ver con las fantasías y el pensamiento".
- ✓ "Para nosotras con el erotismo y con la sensualidad también".



Poco a poco se fue construyendo la idea de que **no sabemos bien qué es** la sexualidad, porque de ella no hay una sola versión. Se trata de una dimensión humana y existencial que nos acompaña durante toda nuestra vida. Y apareció la idea de que la apuesta es ir en busca de **una mirada integral y no parcializada** sobre la sexualidad. Al final de la primera dinámica, alguien apuntó que es "el lugar de la incógnita". La sexualidad, entonces, existe más bien ligada a las experiencias que vivimos. Intentar apresarla en una sola definición de lo que "es" la convertía en una incógnita.

La ampliación progresiva de la noción de sexualidad se construyó de manera colectiva. Se podría decir que fue un primer punto de llegada, no tanto de partida. Porque la dinámica del trabajo colectivo orientó la pregunta sobre la sexualidad, primero, desde las inquietudes ligadas a las relaciones sexuales; y, después, la conversación hizo aparecer otros aspectos.

Estas cuestiones abrieron el desafío de ampliar la mirada para armar un suelo común acerca de qué hablamos cuando hablamos de sexualidad. Y ahí estaban las relaciones sexuales. Y también las relaciones con una/e/o misma/e/o y con las demás personas, los afectos, el placer, las formas del amor, las relaciones de género, los estereotipos y prejuicios, la reproducción, las maternidades, las paternidades y las familias.

El desafío, después, fue trabajar cuánto de esa mirada amplia, diversa e integral sobre la sexualidad se podía poner en juego en el trabajo de los equipos y en la vida de las personas usuarias de los hospitales. Para eso hacía falta la construcción de un espacio donde hablar de la sexualidad y en el cual también se habilitaran las sensaciones personales, los pudores, los sentidos morales que se nos juegan individual y grupalmente.

## 2.2 La sexualidad: la vida y el trabajo en los hospitales

La segunda dinámica propuso que cada participante del taller pudiera recorrer diversas imágenes distribuidas por toda la sala y tomarse el tiempo para elegir una que llamara su atención. Desde esas imágenes y a partir de la formación de nuevos grupos, se siguió debatiendo sobre la sexualidad.



En este momento del taller la idea era trabajar qué elementos de esas imágenes podrían conectarse con el trabajo cotidiano. Las escenas eran diversas, por ejemplo, dos personas adultas mayores desnudas y besándose, una persona trans vistiéndose para salir o muchas personas desnudas en hilera.

Cada grupo compartió sus opiniones, elecciones y motivos: “esta es una persona que está segura de algo, de algún goce, está disfrutando y me llamó la atención cómo lo descarté al principio por ser la imagen de un travesti”, comentó un médico. A su vez, un acompañante terapéutico aportó que “elegí esta imagen por los vínculos con el propio cuerpo y el otro cuerpo. Es parte de otra forma de comunicación. La relación con el propio cuerpo. Lo relaciono a la práctica del acompañamiento terapéutico, porque el cuerpo ocupa un lugar fundamental”. En otro grupo, se describió la imagen de una escultura femenina: “es voluptuosa, exuberante. Hace hincapié en la fertilidad y la feminidad. Y en la liberación femenina. Justo este tema no tiene que ver con nuestra sala, que es de varones”.

¿Cómo se vive la sexualidad en el hospital? ¿Qué aspectos de la discusión sobre la sexualidad se pueden vincular con lo que se vive en las salas, en las relaciones entre las personas usuarias, y entre ellas y quienes integran los equipos de salud? La dinámica de los debates se orientó a reflexionar sobre lo que se hace y se dice sobre las prácticas sexuales y reproductivas de las personas usuarias, y cómo está atravesado por lo que cada quien siente, por las formaciones profesionales, por los roles y tareas en la institución, por los vínculos personales y otras cuestiones al interior de los equipos.

## Algo tabú, no tan tabú

A la hora de problematizar cómo se vive la sexualidad en los hospitales, la reflexión colectiva se orientó por la idea que en el hospital hay **un arrasamiento subjetivo** de las personas. Las internaciones prolongadas producen efectos en las subjetividades que repercuten en la vida cotidiana, la fragilización y la ruptura de los lazos sociales. Las instituciones manicomiales se caracterizan por borrar las barreras entre los aspectos de la vida cotidiana, en la medida en que

todas las etapas de las actividades diarias están programadas, se desarrollan en el mismo lugar y bajo una autoridad única. Tal proceso de institucionalización produce en los sujetos efectos y marcas. Moldea sus biografías, refuerza la exclusión y homogeneiza las singularidades de las personas. Es en ese sentido que miembros de los equipos hablan de arrasamiento de las personas usuarias en su singularidad, su historia y sus derechos, para resaltar cómo las razones, reglas y regulaciones de la institución se vuelven el centro. En ese marco de reflexiones, la sexualidad aparecía, pero **borrada, acallada y anulada**:



- ✓ "El cuerpo está parcializado, no se ve la sexualidad como mirada integral".
- ✓ "El hospital construye cuerpos asexuados".
- ✓ "Se tiende a perder la subjetividad".
- ✓ "Nos preocupamos que pasan tres meses sin ver a la familia y no nos preocupamos porque no tienen sexo. ¡A mí no se me ocurrió!".

Parecía que, en los hospitales de salud mental, la sexualidad y las prácticas sexuales no estaban permitidas. Sin embargo, esto no era parte de una reglamentación explícita de las instituciones. **Lo prohibido y lo permitido** en torno a la sexualidad no solía estar ligado a las normas, funcionaba más bien de manera implícita:



- ✓ "¿Está prohibido? Algunos dicen que sí, otros que no".
- ✓ "Escuché que decían que en el hospital es un tema tabú. Los escuchamos en sus relaciones con sus novias, les damos preservativos. No vemos por qué sería tan tabú".





✓ "En mi experiencia personal noto que en la sala el deseo sexual es algo condenante. Está presente todo el tiempo, pero como algo que no debe ser. Se ve también mucho control entre compañeras".

✓ "A veces, los propios tabúes sobre el cuerpo y la sexualidad nos limitan en la intervención. Los propios pudores también hacen que no podamos trabajar con las personas".

Las prácticas que se ligaban a la sexualidad aparecían como algo que aparentemente no estaba "prohibido" y al mismo tiempo no estaba "permitido" del todo. Aunque sucedían. Porque como se compartió en uno de los talleres, "hace 120 años que en el Romero hay sexualidad".

En algunas ocasiones **el diagnóstico psicopatológico** era el único recurso para hablar de los comportamientos sexuales de los demás. Sin embargo, ese lenguaje convivía con otros, fundados en **distintos campos del saber y del hacer**, y permitieron trabajar las experiencias y las relaciones de los equipos con las personas internadas en las salas:



✓ "No olvidemos que los usuarios en la sala tienen una particularidad psicopatológica. La persona psicótica tiene un agujero, no pueden apelar a nada para sentirse un sujeto sexuado."

✓ "Lo corporal está jugando siempre. Uno desarrolla una diversidad de estrategias que tienen que ver con lo corporal, con crear un mayor acercamiento. Una estrategia afectiva es potenciadora de un proceso de salud. Pero el cuerpo a cuerpo puede ser potenciador u obstaculizador".

✓ "Pienso en la cotidianidad de la sala, en la sanción y las relaciones de poder, desde la alimentación, cuándo y cómo comen, cómo se bañan, a qué hora levantarse".

En la plenaria una enfermera compartió que “acá no se puede estar triste, tenés que estar siempre igual”, y no se refería únicamente a quienes realizan tratamientos en el hospital, sino al modo en que los afectos y las emociones se acallaban, y esto afectaba también a los equipos de salud. En el trabajo interdisciplinario distintas formaciones coexisten en medio de una jerarquía de saberes que durante el taller pudo cuestionarse, en la medida en que se pusieron en el centro del debate las tareas de cuidado y acompañamiento a las personas internadas, y no los diagnósticos o la medicalización.

## No saber qué hacer: de las relaciones sexuales en el hospital

Los encuentros sexuales entre las personas internadas o entre ellas y quienes las visitan, suelen ocurrir en espacios improvisados de los hospitales o con ciertos acuerdos implícitos, como en una sala donde hay una habitación con llave que se le puede pedir a una enfermera, las afueras del campito o algún rincón apartado. Sobre las relaciones y los encuentros sexuales:



- ✓ “Muchos pacientes tienen sus relaciones sexuales en el aire libre”.
- ✓ “En las salas intimidad no hay”.
- ✓ “Avalamos la parte oscura”.



En ese debate se empezó a trabajar sobre la necesidad o no de crear espacios en los hospitales que **garanticen la intimidad y el cuidado** de los encuentros sexuales. En ese marco aparecieron tensiones y contradicciones ligadas no solo a las dinámicas de trabajo de los equipos, sino a cómo son los hospitales como lugares para vivir, y de lo que implica para alguien vivir allí. Por ejemplo, en la restricción a bienes y servicios de afuera, como el acceso a cigarrillos, que los vuelve susceptibles de ser intercambiados por relaciones sexuales; en la percepción del tiempo; o en el hecho de que pasarse de cama sea una opción porque están una al lado de la otra en un pabellón donde no existe la intimidad:



- ✓ "Muchas mujeres tienen miedo de los hombres, muchos le cambian un cigarrillo por relaciones sexuales".
- ✓ "A la noche suelen pasarse de cama".
- ✓ "¿Cómo haces para ir abriendo un campo?, y luego ¿cómo controlas eso?, ¿cómo diferencias el abuso?".
- ✓ "Acá la gente tiene mucho tiempo libre y se toman unos mates y tienen relaciones".
- ✓ "La sexualidad ocurre de todos modos. Pongamos que hoy decidimos que mejor no, ocurre igual, porque no se puede decretar que no existe la ley de gravedad".
- ✓ "Debemos abordar el tiempo libre, qué espacios grupales hay, se puede avanzar en espacios colectivos. Para tratar la sexualidad tenemos que hablar de los espacios de intimidad dentro y fuera [del hospital], y de los espacios grupales también".

El debate de cómo habilitar la posibilidad del encuentro sexual al interior del hospital llevó a la pregunta por cómo identificar los límites entre **los abusos y los consentimientos en las relaciones sexuales**. En muchas ocasiones, las personas usuarias intercambian algunas cosas por sexo. Y el encuentro íntimo en una sala sucede a veces sin poder identificar si se trata

## 2

## Espacio y tiempo de taller

de una situación consentida o si es parte de un abuso. En esas situaciones, no saber cómo intervenir fue una experiencia compartida por quienes integran los equipos de salud.

También se charló sobre el “toqueteo”, como lo llamaron varias personas, y la dificultad de discernir cuando se trata de una práctica consentida de manera compartida:



- ✓ “Se ve mucho en el hospital, en el toqueteo, lo lúdico”.
- ✓ “A veces necesitamos una palmada y con eso nos sentimos bien. Es eso, una palmada”.
- ✓ “El toqueteo suele aparecer, hay parejas de años, donde entre ellos se acompañan”.
- ✓ “¿Hay que reeducar? Se habla en términos de lo que corresponde y lo que no en una sala”.
- ✓ “Y cómo diferenciar cuando es un juego consentido y respetar cuando una persona no quiere. No es no”.

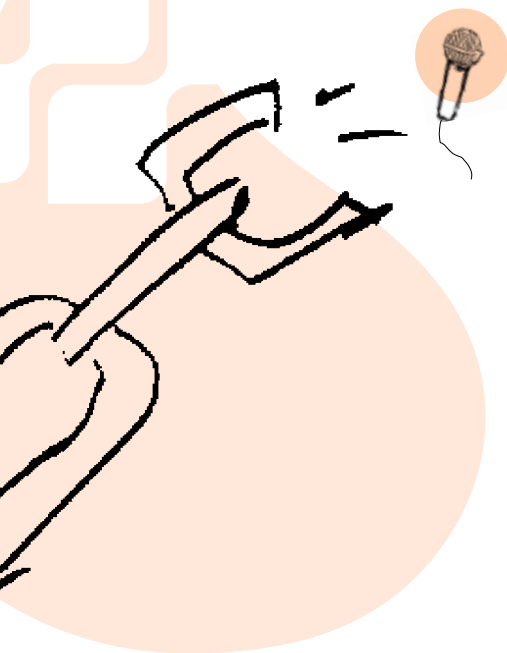
En el debate apareció el tema de la **masturbación**, la importancia del **goce** y la conexión **con el propio cuerpo**. Y con ella la pregunta sobre si las intervenciones de los equipos favorecen o sancionan distintas formas de expresión de las sexualidades:



- ✓ “La masturbación es como lo prohibido”.
- ✓ “En una sala de mujeres, [la masturbación] la podés ver a escondidas, para que no me reten. En una sala de hombres, se masturban y si pasa una acompañante femenina, siguen”.

En los hospitales lo prohibido y lo permitido de las prácticas íntimas, en parejas o individuales, se cruza con la posibilidad de tener **espacios íntimos** y privados, pero también depende del trabajo de los equipos de salud sobre el sentido de los propios límites y de las posibilidades de sus propias intervenciones, para pensar cómo potenciar la capacidad para tomar decisiones de cada persona.

En el Hospital "Dr. Domingo Cabred", este era un tema que solía ocupar gran parte de las asambleas que ya se estaban haciendo entre personas usuarias y equipos de salud de una de las salas. Y en el Hospital "Dr. Alejandro Korn" también se habían empezado a conversar estas cuestiones:



- ✓ "Yo veo que lo hacen y no retamos".
- ✓ "Podés hacerlo porque es tu casa, esta es tu casa. Pero porque querés hacerlo no tenemos por qué verte desnudo".
- ✓ "Nosotros que tenemos pacientes jóvenes que enseguida quieren salir a buscar el toqueteo, por eso le decimos ¿a vos te gustaría? No, entonces tranquilo".
- ✓ "Explicarle que no se tiene que masturbar acá sino en el baño, siempre explicarle, con lo que le hace sentir bien, estás bien, despacio, tranquilo..."

## 2

## Espacio y tiempo de taller

También aparecieron sentidos vinculados a **la importancia del deseo y el placer sexual en distintos momentos de la vida**, interrogando los sentidos que lo ubican como atributo de los cuerpos jóvenes:



- ✓ "Cada paciente es un individuo especial, tiene edad, tiene tiempo, mentalidad distinta".
- ✓ "Acá hay una adulta grande [en referencia a una imagen seleccionada en una de las actividades de taller], pero lo que me gustó es que es una mujer grande y es altamente erótica, y solemos pensarlas como no deseantes".
- ✓ "En esta edad [vejez] la sexualidad pasa por otro lado. Es tener ese compañero".
- ✓ "Esto lo veo mucho en mi sala. Un geronte sentado, pensando. Y yo me pregunto: ¿qué piensan? Tienen tantas horas dedicadas al pensamiento. Se me ocurrió que pueden estar evocando experiencias sexuales pasadas. Aún necesitan contactos".

### Esas cosas de la vida: la expresión como un modo de reconocernos

La sexualidad no está ligada solamente a los actos sexuales. Desde una perspectiva integral, abarca muchos otros aspectos de la vida. Por eso en los debates se pasó de la discusión sobre la necesidad de espacios concretos para tener relaciones sexuales, a la problematización de prácticas cotidianas más pequeñas, sutiles y nodales para pensar la subjetividad y la experiencia de la sexualidad de las personas internadas.

En las plenarios emergieron también experiencias donde algunos comportamientos, una frase o un gesto generaban cambios en las formas de relación y en la construcción de vínculos con las personas usuarias:



- ✓ "La falta de espejos es una negación del propio cuerpo. El espejo es potenciador. A veces se miran en un auto y flashean".
- ✓ "Yo quería decir sobre los espejos. En la sala pusimos uno hace poco. Me pasó una vez que los terminaba de bañar y los peinaba para el costado y se iban. En una oportunidad, le pregunté: ¿vos cómo te peinás? Y me dijo ¡para atrás!".
- ✓ "Es positivo el espejo, sí. Para todo, para el cepillado de dientes, para afeitarse, para maquillarse y depilarse".
- ✓ "También el cuidado de su cuerpo, de su imagen frente al espejo son cuestiones que deben trabajarse y que no se han trabajado en el hospital. Todo ello hace a la sexualidad".
- ✓ "No hay espejos en las salas, se hace imposible para las personas poder reconocerse en el propio cuerpo y luego con el otro".
- ✓ "Que se vea el hombre afeitándose, la mujer maquillándose, pero también que se puedan ver de cuerpo entero. Se olvidan de cómo son. Cuando se bañan, es el chorro de agua, el chorro de champú y ya está. Esto es no registro del cuerpo. Cuando se ven, es un impacto verse, descubrirse. Algunos han estado 20 o 30 años acá. Sean hombres o mujeres el impacto es el mismo, ver el paso del tiempo en el rostro".

La experiencia compartida abrió el debate sobre la importancia de reconocer que cada persona tiene un gusto, una elección y un estilo, y por eso la posibilidad de expresarlos, de elegir cómo peinarse y hacerlo por sus propios medios de mirarse y reconocerse, es parte de una mirada integral sobre las sexualidades. Esto permitió visualizar más concretamente la integralidad de la sexualidad, y cómo podía ponerse en juego en las prácticas cotidianas. Y dio lugar a pensar acompañamientos de parte de los equipos que reconozcan las decisiones de las personas en torno a **las expresiones de la apariencia y la estética personal** en aspectos de la vida cotidiana como la vestimenta, el modo de hablar, los modales, el peinado y el lenguaje corporal, donde también se juegan las expresiones de género. Incluso en las salas en las que ya se estaban haciendo modificaciones, se pensó de qué manera generar más intimidad y la posibilidad de trabajar sobre la personalización de esos espacios.

También se habló de la peluquería y de cómo lo más habitual era que se les cortara el pelo a todas las personas por igual:



- ✓ "Se podría hacer que los usuarios puedan firmar un consentimiento que se quieren cortar el pelo".
- ✓ "O una cartilla, que se podría charlar con la peluquera. Esto también se puede trabajar con la familia, que acepte que la persona decidió hacerse tal corte, aunque a la familia no le guste".
- ✓ "¿Cómo alguien va a elegir un método anticonceptivo si no puede elegir un corte de pelo? Salvando las diferencias, es lo mismo ponerle a todos anticonceptivos inyectables que hacerles a todos los mismos cortes de pelo."

Así, se empezó a reflexionar sobre los pequeños detalles y cómo ahí se juega la posibilidad de construir las elecciones, la formación del gusto, el conocimiento del propio cuerpo y el reconocimiento de las diversidades. Y cómo las prácticas en salud suelen ser homogeneizadoras, más aún en contextos manicomiales. En los debates colectivos se asumió el desafío de pensar cómo hacer para estar más cerca de qué le sucede a cada persona usuaria, a través de construir un vínculo con cada persona que es singular.



## Hacer crecer las pequeñas decisiones

En este momento del debate se pudieron identificar cómo las pequeñas acciones cotidianas generaban cambios reales en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos de las personas internadas. Y se empezaron a problematizar aspectos ligados a **la libertad y la intimidad de las personas**, explicitando las tensiones entre aquello que a veces se llama cuidado y las relaciones de poder:



- ✓ *"En la sala siempre hay alguien que decide por el cuerpo del otro. También tiene que ver con el derecho a la intimidad".*
- ✓ *"Y la discriminación que hay en el hospital".*
- ✓ *"Modificar el día a día es el desafío. ¿Cuál es el límite? ¿Qué corresponde y qué se vuelve un abuso? ¿Cuál es nuestro rol como equipos de salud?".*

Una pregunta que surgió en los debates fue "¿cómo se elige en el encierro?", cuando las prácticas cotidianas están altamente reguladas. Este aspecto regulador de la vida cotidiana aparece en el horario de levantarse y de dormir, en el momento de comer, qué comer y de qué manera, en cuándo desvestirse y ponerse en fila para bañarse, en la ausencia de puertas y cortinas que contribuyan materialmente a organizar espacios propios y personales, en la ropa y las pertenencias que se dejan en el ingreso del hospital, en momentos altamente regulados como la entrevista de admisión.

## 2

## Espacio y tiempo de taller

En ese sentido, la reflexión giró en torno a qué significa el **control de los cuerpos**. Y se explicitaron situaciones que se viven de manera contradictoria:



✓ "Ellos nos pueden decir que es un abuso decirles 'desvestite y andá a bañarte'. Entonces, ¿qué diferencia hay cuando se les dice 'desvestite y venía a lo oscuro'?".

✓ "Cuando un paciente no se quiere desnudar, tal vez es una manifestación saludable de su sexualidad. Pero desde acá lo vemos como que no sigue las indicaciones. Tal vez estamos aplacando otras cosas".

✓ "¿Qué efectos tiene la medicación en la sexualidad? Alguien que, con viagra, pudo volver a tener erecciones, lo vivía como algo muy importante respecto de sus procesos corporales. Y te decía: No sabés, ¡Ayer se me paró!".

Después de abrir estas inquietudes, se pudo reflexionar sobre otros ejes ligados a los derechos sexuales y reproductivos de las personas internadas, como los estereotipos de género y los modos de vivir las relaciones sexuales, las orientaciones, las identidades y las expresiones de género dentro y fuera de los hospitales.



## ¿De varones y mujeres?: descentrar las experiencias eróticas

La percepción de las **diferencias entre la sexualidad erótica de varones y mujeres en situación de internación** fue un tema que se trabajó en este momento de los talleres y se problematizó cómo están ligadas a los esquemas de la sociedad en la que vivimos. En las actividades se debatieron los modelos y mandatos en torno a una construcción binaria sexogenérica, y a cómo estos modelos influyen en los modos de percibir la sexualidad de las personas usuarias:



- ✓ "En la sala de varones se vive más libre la sexualidad que en la de las mujeres. La sexualidad masculina es menos compleja y abarca más la genitalidad".
- ✓ "En la sala las mujeres se quedan, son más retraídas, esperan. Algunas mujeres están muy medicadas".
- ✓ "Vemos la diferencia. Notamos más que en la sala de hombres este sale a buscar un noviazgo o relación sexual y en la de mujeres si viene un hombre se relacionan o se quedan solas, o con alguna de sus pares. Muchas tienen miedo de los hombres".

La sexualidad de los varones internados fue mencionada como más abierta, menos oculta y penetrativa. Los varones "se masturban porque ellos lo necesitan", suelen "salir a buscar un encuentro sexual" y tienen "mayor libertad para vivir su sexualidad". En ese sentido apareció la ligazón socialmente aceptada y promovida entre lo masculino y lo activo.

La sexualidad de las mujeres usuarias fue caracterizada como más oculta o solapada, subordinada y al servicio de la iniciativa de los varones. "Las pacientes solo lo asocian (al sexo) con el embarazo", "¿se masturban?", "esperan a que los varones las busquen". Se mencionó también que las mujeres, por estar muy medicadas, no tienen sexo, y que por la cantidad de años internadas no solo no reconocen el cuerpo masculino, sino que también le tienen miedo.

## 2

## Espacio y tiempo de taller

La propia dinámica del taller relativizó la idea de que las mujeres no tengan tantos deseos sexuales, y esto dio lugar a pensar las experiencias eróticas de las mujeres no ligadas a algo natural y biológico, sino más bien al orden de los mandatos y estereotipos. No era tanto la falta de deseo sexual en las mujeres lo que aparecía, sino la falta de libertad para expresarlo.

También surgió cómo desde la perspectiva de los equipos se juegan **los estereotipos de género y de lo erótico** en el día a día:



- ✓ "En la sala se repite esta cuestión normativa sobre los cuerpos y los estereotipos de género, eso impide el ejercicio del placer en sentido más amplio".
- ✓ "Yo quería hablar del tema de la obesidad y la discriminación. Una chica me preguntaba todo el día ¿estoy gorda?, ¿estoy gorda? Y yo decía, ¿por qué se ve gorda?".
- ✓ "Esos estereotipos tienen un impacto en la autoconcepción de la persona, si le decimos sos gorda, eso afecta cómo se siente".

Otro aspecto que surgió fue la necesidad de dejar de pensar las orientaciones sexuales como heterosexuales y las identidades de género como binarias. Muchas de las situaciones compartidas por integrantes de los equipos hicieron aparecer el hecho de que en el hospital la diversidad sexual también existe; y que las personas se expresan y expresan sus identidades y orientaciones de la manera en que pueden. Este debate permitió hacer nuevas preguntas:



- ✓ "En el hospital, ¿estamos preparados para recibir a personas trans?".
- ✓ "¿Por qué vienen mujeres trans a esta institución, si es solo para varones?".
- ✓ "A las mujeres trans, que vivieron abusos y violaciones, se las ha tenido que separar en salas de contención para resguardar su vida. Pero, ¿el resguardo es el aislamiento?".



- ✓ "¿Y qué pasa con los varones trans?".
- ✓ "¿La normalización a la expresión hegemónica de la masculinidad es una solución?".
- ✓ "¿Podemos, como trabajadores de la salud, repensar cómo salen los sujetos de acá?".
- ✓ "Este es un hospital normalizador, que aborda las diferencias de los locos para sacarlos normales".

El debate se profundizó en el Hospital "Dr. Domingo Cabred", que es solo para "varones". Explicitar el modo normalizador y homogéneo en que suele tratarse a las personas internadas, permitió reconocer que las más de las veces prima una versión de lo masculino estereotipada y hegemónica, donde las expresiones de género que son diferentes a las esperadas suelen proscribirse, como cuando se les corta las uñas a quienes quieren tenerlas largas y pintadas.

## **Acceso a métodos anticonceptivos y prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS)**

En la plenaria también se debatió sobre el acceso a los métodos anticonceptivos. Las conversaciones se centraron en los métodos anticonceptivos más usados, los inyectables y el dispositivo intrauterino (DIU). También se planteó la importancia de que en las salas esté disponible la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) de manera directa y accesible. En los hospitales monovalentes, donde la vida cotidiana está fuertemente regulada, la intervención y el control sobre los cuerpos puede llegar al punto de que no resulte problemático que se coloquen anticonceptivos inyectables sin el consentimiento de las personas usuarias:

## 2

## Espacio y tiempo de taller

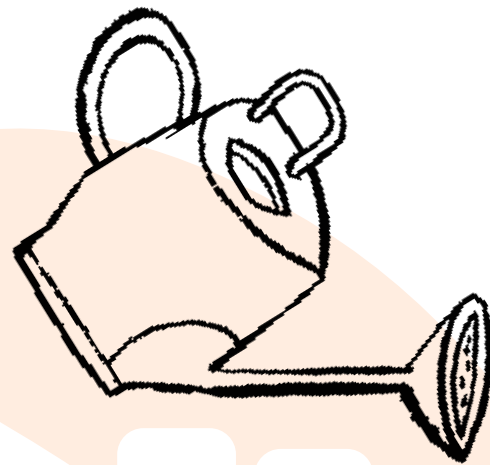


- ✓ "A las chicas se les da anticonceptivo inyectable para estar cubiertas. ¿Y ellas lo eligen? No, a veces los padres. O el equipo".
- ✓ "También tenemos que trabajar con las familias que vengan a decir que les pongamos un DIU. Habría que hacer una doble consejería".

La imposibilidad de cuestionar esta práctica se expresaba a veces en la desconexión y la distancia que se podía sentir hacia las personas usuarias. Otras veces, muchas personas entendían que la externación es necesaria también para los equipos de salud; en la medida en que supone un esfuerzo para desandar años de trabajo de institucionalización en el ejercicio de sus profesiones.

La colocación de anticonceptivos inyectables sin la voluntad de las personas se problematizó abiertamente como una vulneración de derechos. En el debate se destacó la importancia del trabajo previo que garantiza una consejería en opciones de métodos, basado en que nadie tiene derecho a sustituir la voluntad de las personas, y en que es la propia persona usuaria de los servicios de salud mental quien debe decidir si quiere usar un método anticonceptivo y elegir cuál.

Se trabajó cómo la elección de un método anticonceptivo se basa en la posibilidad de vivir un proceso que habilite la elección del método que mejor se adapte a las necesidades y convicciones de cada persona, de hacerlo con autonomía, sin coacciones y con información clara, completa y comprensible. Un proceso en el que la decisión sea de las personas usuarias implica que, si lo necesitan, ellos puedan elegir también a algún miembro del equipo de salud, un familiar



u otra persona para que se vuelva un apoyo, es decir, para facilitar que la persona usuaria pueda recibir y comprender información para decidir por sí misma. La reflexión se centró en pensar el rol del equipo como un acompañamiento para permitir procesos de toma de decisión con mayores niveles de autonomía, teniendo en cuenta que los modos y los tiempos de cada persona son diversos y singulares. En ese sentido, se puso énfasis en la importancia de la construcción de una relación en el marco de un momento que respete la intimidad y confidencialidad de cada persona usuaria, orientado a potenciar las capacidades individuales para tomar decisiones sobre su cuerpo y su salud. Una consejería en salud sexual y salud reproductiva es un espacio para trabajar desde una perspectiva orientada por los derechos sexuales y reproductivos de las personas:



- ✓ *"Muchas veces las reformas de la ley, del Estado, vienen después que las situaciones. Por algo estamos hoy trabajando esto, este taller de sexualidad en el hospital, cuando hace 120 años que acá hay sexualidad".*
- ✓ *"Estamos hablando de derechos supuestos. Supuestos porque no se cumplen. No en el reconocimiento. Son derechos".*

Los derechos establecidos en leyes y convenciones internacionales marcaron el horizonte desde el que trabajar en la plenaria las intervenciones de los equipos. El debate sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos no era algo abstracto, orientaba la pregunta por los comportamientos colectivos, y así se volvía una herramienta para pensar las relaciones entre quienes integran los equipos de salud y las personas usuarias. Los derechos se volvían una guía para el trabajo de todos los días.

Otro aspecto central fue la reflexión sobre la anticoncepción quirúrgica como método anticonceptivo permanente y en especial la ligadura tubaria cuando se realiza como una práctica médica sin el consentimiento de las personas, es decir, las esterilizaciones forzadas:



- ✓ "Las esterilizaciones forzadas están bastantes naturalizadas".
- ✓ "Nosotros tenemos en la sala a alguien que tuvo un embarazo y después del parto le ligaron las trompas sin su consentimiento".

En este momento del debate se trabajó el marco normativo vigente que establece los derechos de las personas con discapacidad y promueve el modelo social de la discapacidad, a través del reconocimiento de la capacidad de todas las personas, la implementación de ajustes razonables y sistemas de apoyo. No realizar prácticas que sustituyan la voluntad de las personas usuarias se consideró un trabajo colectivo que involucra a quienes integran los equipos de salud desde la pregunta por cómo se puede intervenir para potenciar los niveles de autonomía de las personas cuando están en condiciones que la afectan u obstaculizan. En estos procesos, la participación activa de las personas con discapacidad mental o psicosocial y con padecimientos mentales en todo lo que tiene que ver con ellas y con los asuntos que inciden de manera directa en sus vidas es central.

Se debatió, también, que este movimiento supone poner en debate, en la sociedad en general y en el sistema de salud en particular, el modelo médico rehabilitador. Ese modelo centrado en lo biomédico "normaliza" a las personas, las construye como seres con capacidades homogéneas. No contar con esas capacidades las vuelve incompletas, falladas. Este modelo interviene entonces para normalizar, para que las personas "recuperen" en su mayor medida las capacidades que "no tienen" o "han perdido". Estas intervenciones conllevan prácticas discriminatorias y de violación de los derechos humanos, incluyendo la vida sexual y reproductiva de las personas con discapacidad mental o psicosocial.





## ***La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)***

La CDPD no consagra nuevos derechos, sino que establece herramientas (ajustes razonables, accesibilidad, sistemas de apoyo) para que las personas con discapacidad (PCD) puedan ejercer todos los derechos humanos en igualdad de condiciones con las demás personas (artículo 1).

Define a la discapacidad como una construcción social que resulta de la interacción entre personas con deficiencias a largo plazo y un entorno que pone barreras a su plena participación. En esta línea, determina como obligación del Estado reconocer que las personas con discapacidad son titulares de todos los derechos humanos y son plenamente capaces de ejercerlos por sí mismas.

En su artículo 23, establece que los Estados deben garantizar que se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijas/es/os que quieren tener y el tiempo entre sus nacimientos; a tener acceso a información sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad; a que mantengan su fertilidad en igualdad de condiciones con las demás personas; y a que se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos.

La CDPD fue ratificada en 2008 por el Estado argentino con la Ley 26.378 junto con su protocolo facultativo. En el año 2014, con la Ley 27.044 se le otorgó rango constitucional.

### *Derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad en la Resolución 65/15*

La Resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación establece un marco interpretativo del Código Civil y Comercial desde una lectura de los derechos sexuales y reproductivos.


Allí se señala que la atención de la salud se debe regir por la presunción de la capacidad de todas las personas, incluyendo a las personas con discapacidad para tomar decisiones por sí mismas sobre su salud sexual y reproductiva.

Los sistemas de salud deben adoptar medidas tendientes a facilitar que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos de manera autónoma y recibir la atención sanitaria de modo accesible, aceptable y con la mejor calidad posible. Entre estas medidas, siguiendo lo establecido por el Código Civil y Comercial, se desarrollan dos conceptos claves para planificación de las políticas públicas y de los servicios de salud: ajustes razonables y sistemas de apoyo.

**Ajustes razonables:** son las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas para garantizar que durante la prestación del servicio se atiendan los requerimientos específicos que aseguren efectivamente a las personas con discapacidad el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos; particularmente la toma de decisiones informadas. La razonabilidad tiene que ver con que la medida sea adecuada para el ejercicio de los derechos, no alude a una cuestión económica y se establece, además, que deben implementarse de una manera que no impongan una carga desproporcionada o indebida sobre los servicios de salud.

Los ajustes razonables tienden a resolver el ejercicio de un derecho cuando no se implementaron medidas de accesibilidad y de diseño universal que permitan el ejercicio del derecho por parte de toda la población.






**Sistema de apoyo:** implica la posibilidad de elegir a personas de confianza cuya función es promover la autonomía, facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad de la persona con discapacidad para el ejercicio de sus derechos. Es decir, prestarle asistencia para que la persona pueda recibir y comprender la información y decidir por sí misma. El sistema de apoyo es voluntario y no una obligación que pueda imponerse contra la voluntad de la persona con discapacidad; por lo tanto, no es un requisito para el acceso a servicios y/o la toma de decisiones. Las personas que actúan como sistema de apoyo no representan ni sustituyen a la persona con discapacidad en el ejercicio de sus derechos.

Las medidas de apoyos también pueden tratarse del uso de dispositivos o tecnología para que la PCD pueda acceder a prácticas, a información, a espacios, etc., y tomar decisiones con autonomía.

A su vez, apareció la necesidad de hablar sobre situaciones que generaban inquietud para quienes integran los equipos de salud en torno a cómo trabajar sobre los cuidados y la prevención de las infecciones de transmisión sexual. Estos momentos se transitaron en la plenaria, convirtiendo en preguntas algunas certezas, para hacer crecer las reflexiones de manera colectiva:

- 
- ✓ "Nos enfrentamos todo el tiempo con decisiones que nosotros pensamos 'esto no es lo mejor para esta persona' si lo comprende?, ¿y si lo decide?".
  - ✓ "Todos necesitamos de nuestro tiempo, de información, de explicaciones. Pero no solamente en lo intelectual, dar la información de por qué usar preservativo. Tiene que ver con cuestiones más profundas. Cada persona puede ir generando su espacio de autonomía".

En uno de los talleres se compartió una situación que se había trabajado en una asamblea. Cuando se colocó el primer dispenser de preservativos en la sala de varones, algunos miembros del equipo suponían que no era necesario: “si son todos varones, ¿para qué necesitarían preservativos?”. Esta presunción se trabajó con quienes son parte de los equipos en las asambleas, en la medida en que se construía desde estereotipos que ligaban el uso del preservativo de manera exclusiva a prácticas heterosexuales y a la prevención de los embarazos. Pero no permitía reconocer otras formas de disfrutar las relaciones sexuales, como el sexo oral y el anal, y cómo podían vivirse con más libertad y de manera más cuidada.

Pero, además, las personas usuarias usaban los preservativos de modos que los equipos no preveían, sorprendiéndolos, como por ejemplo para masturbarse y no manchar las camas. Todas estas experiencias se pudieron expresar en la medida en que hubo un espacio, las asambleas, donde los equipos pudieron compartir experiencias, explicitar inquietudes y conversar sobre las prácticas cotidianas. En ese sentido, se debatió también sobre la importancia de que existan espacios de trabajo colectivos en los hospitales, para poder compartir situaciones, problematizar las intervenciones y deliberar en cada sala.

## Maternidades y paternidades en el hospital

Las maternidades y paternidades y los distintos tipos de familia, también estuvieron presentes como dimensiones importantes del debate en las plenarios de los talleres:



- ✓ “Todos tenemos derecho a formar una familia. Y a tener contacto con la de uno”.
- ✓ “Pensamos a la maternidad y en separarla de la sexualidad”.
- ✓ “Pienso en familia y se me aparece la necesidad de las personas internadas de tener contacto con sus familias, además de la posibilidad de armar la propia. El encierro corta los vínculos”.



- ✓ "Esto siempre pasó. Nunca a las mujeres usuarias se les permitió tener a sus hijos, siempre viene el juez y se lo lleva".
- ✓ "Lo que más veo yo es el conflicto con las paternidades, con las madres de los hijos que vienen de visita, o las abuelas que se hacen cargo".
- ✓ "Los padres visitan mucho menos. Pero nosotros tampoco preguntamos por ellos, seguimos ese mandato, no hacemos la pregunta ¿y vos, tenés papá?".

En los debates en plenaria apareció que las prácticas más frecuentes en los hospitales se orientan a evitar que las mujeres se embaracen y cuando se produce un embarazo, se tiende a asumir la imposibilidad de las usuarias de materner, independientemente de su deseo. En la plenaria se explicitaban algunas maneras de proceder de las que a veces no se podía decir que fueran algo abiertamente decidido, porque estaban siendo atravesadas por cuestiones que excedían la exclusiva voluntad de quienes integran los equipos de salud, como los procedimientos instituidos en el hospital o en el sistema de justicia, donde la adopción se tiende a evaluar como la única posibilidad. Poder hablar de esas maneras de hacer frente a determinadas situaciones, y asumir que resultaban también dolorosas y emotivamente difíciles para quienes forman parte de los equipos de salud, habilitó a pensar cómo poder trabajar estos temas desde otras perspectivas:



- ✓ "Yo creo que no escuchar sigue reforzando el aplacamiento. Tenemos que pensar qué es escuchar".
- ✓ "A veces pensamos por las usuarias, pero sin consultarles a ellas".
- ✓ "Yo atiendo como me gustaría que me atiendan a mí. Pero no nos pensamos teniendo padecimientos mentales. Hay que trabajar desde lo que podemos hacer como equipos de salud, ¿qué sí podemos hacer para no acrecentar los padeceres?".



✓ “Las personas que hacemos las instituciones no somos maléficas, que queremos arruinarles las vidas. Pero, sin embargo, en el ´ siempre se hizo así´ , reproducimos lógicas. ¿Qué hago? ¿Qué es lo mejor para esta persona? ¿Qué querrá? Una interrupción del embarazo compulsiva es tan nefasta como obligarla a transitar un embarazo que no desea”.


También se compartieron experiencias en las se pudieron construir otras maneras de acompañar a usuarias que decidieron continuar sus embarazos, el nacimiento y la crianza de sus hijos, buscando redes de apoyo en las familias y la comunidad, teniendo que articular con otros equipos de trabajo en el sistema judicial.

## 2.3 Decisiones basadas en la experiencia

En la última parte de los talleres, se trabajó en plenaria sobre qué acciones era posible implementar en cada sala de los hospitales monovalentes de salud mental a favor del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las personas internadas. Estas fueron las propuestas que surgieron del debate.

### Una consejería en salud sexual y reproductiva en el hospital

Durante los talleres en el Hospital “Dr. Alejandro Korn”, se debatió sobre la creación de un espacio de consejería integrado por personas trabajadoras de distintas salas con quienes se haría una formación específica. La consejería se propuso como un espacio de intimidad y privacidad para que puedan hacerse consultas personales y para planificar y coordinar con las salas distintos talleres y actividades sobre sexualidad destinados a las personas internadas y sus entornos familiares. La importancia de trabajar sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos y también sobre la ley de salud mental con las familias se debatió como decisiva;



y se planteó la importancia de producir materiales que se vuelvan recursos útiles para trabajar estos temas con ellas. En ese marco, se propuso que las propias personas usuarias pudieran producir esos materiales, en el marco de procesos de trabajo participativos.

### **Métodos anticonceptivos disponibles**

Se trabajó sobre cómo hacer para que los métodos anticonceptivos estén disponibles y se acordó que serían tanto para las personas usuarias, internadas y externadas. Se acordó, además, que la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) esté disponible directamente en las salas. Junto a estas decisiones, se conversó sobre la importancia de orientar el trabajo en torno a la elección de los métodos anticonceptivos desde una perspectiva centrada en las personas usuarias y sus derechos, en su capacidad de tomar decisiones sobre su salud y su cuerpo y en la no sustitución de su voluntad.

### **Por una peluquería más diversa**

A partir de las distintas situaciones que se compartieron en los talleres, se consideró que un buen eje para empezar a trabajar desde la consejería era la estética personal, la apariencia y las expresiones de género. Para ello, se planteó empezar a repensar la peluquería. Y se propusieron distintas estrategias: que se armen catálogos con diversos modelos de cortes, que las personas usuarias participen activamente en la organización del corte de pelo en las salas y que puedan decidir el corte que les guste.

## A través del espejo

Como una práctica directamente ligada a propiciar el ejercicio del derecho a la intimidad, se acordó que los espejos, las cortinas de baño y otros objetos de uso cotidiano sean solicitados a la dirección a través de las jefaturas de sala para que estén disponibles cuando las personas usuarias los necesiten y quieran usarlos. La colocación de espejos en las salas fue una experiencia central en el proceso de trabajo colectivo en los talleres. Habilitó la reflexión sobre cuestiones que hasta ese momento no se habían explicitado entre colegas, e hizo aparecer de manera vívida y contundente cómo la organización de los espacios físicos en los hospitales puede contribuir a negar el cuerpo de la persona a desconocerlo y despersonalizarlo. Algunos equipos, teniendo en cuenta experiencias anteriores, propusieron la importancia de que los espejos se colocaran de manera que puedan verse los cuerpos enteros.

Los talleres abrieron un espacio y un tiempo para trabajar sobre la sexualidad y los derechos sexuales y reproductivos de las personas usuarias. Permitieron pulsar a la sexualidad como un aspecto ineludible de la humanidad de todas las personas y, por ese motivo, como una experiencia central en el proceso de construcción de sus autonomías. Y habilitaron la posibilidad de explicitar cuestiones que inquietan, intrigan y a veces generan desafíos, para tomar decisiones y avanzar hacia el acceso a los derechos sexuales y reproductivos de quienes aún hoy viven en los hospitales.





A stylized black line drawing of a human figure from the waist up, facing right. Inside the head is a brain, and inside the chest is a heart. The figure is set against a teal background with a faint grid pattern. To the left of the figure is a large white circle containing the number 3. Above the circle is a white line drawing of a pair of glasses.

**3**

**Sostener e impulsar día a día**

### 3. Sostener e impulsar día a día

Abrir el camino de las preguntas, habilitar las múltiples dimensiones de las situaciones y dejar que lo emotivo tenga un lugar en el proceso de trabajo colectivo, contribuyó a la posibilidad de pensar qué era lo que sí se podía hacer para “regar los deseos; para que no se apaguen”. Esta frase apareció en uno de los talleres, cuando la imagen de una persona desnuda regando su propio cuerpo suscitó una pregunta entre los equipos de salud: “¿cómo podemos hacer nosotros para que la regadera riegue los deseos y no los apague?”.

Sostener e impulsar día y día lo que se decidió en los talleres, intentar regar los deseos y tener ganas de hacer las cosas de una manera diferente es un mérito de quienes integran los equipos de salud. Este capítulo narra algunas de esas experiencias y las cuenta desde la perspectiva de sus protagonistas.

En estas páginas, el equipo de la “Consejería en salud sexual y Derechos Humanos” del Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos “Dr. Alejandro Korn” cuenta cómo se trabaja día a día en el manicomio. Un Jefe de Sala del Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico Colonia “Dr. Domingo Cabred” narra qué sucede cuando en el hospital se empieza a hablar sobre la diversidad y los derechos de las personas usuarias. Además, los equipos de trabajo de la Dirección de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género y del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia de Buenos Aires relatan cómo siguen trabajando en estos temas.



### 3.1 “Consejería en Salud Sexual y Derechos Humanos”. Abordajes en el manicomio

*Equipo de la “Consejería en Salud Sexual y DDHH” del Hospital “Dr. Alejandro Korn”, Melchor Romero, La Plata, Buenos Aires.*

La “Consejería en Salud Sexual y Derechos Humanos” funciona en el Hospital “Dr. A. Korn” de la ciudad de La Plata desde mediados de 2018. Nuestro equipo en la actualidad está conformado por las profesiones de Trabajo Social y Acompañamiento Terapéutico, y en sus primeros años contó con una compañera de Enfermería.

Atendemos la demanda individual de usuarios/as de los servicios de Salud Mental del hospital o de los equipos en un espacio de intimidad y respetando la singularidad de cada persona. A su vez, cuando el contexto lo permite, realizamos talleres, principalmente dirigidos a usuarios/as en las mismas salas.

Se puede sostener que nuestro objetivo general se centra en construir un espacio para promover la reflexión crítica sobre las prácticas y nociones individuales e institucionales de los trabajadores/as y usuarios/as en relación a la sexualidad, que es entendida de forma integral y como derecho humano, alojando inquietudes, dudas, deseos y temores.

#### **Desde dónde nos posicionamos para intervenir**

Primeramente, entendemos a la sexualidad desde el paradigma de los derechos humanos, es decir como un derecho humano fundamental y como un signo de salud, donde la misma comienza desde que nacemos y atraviesa diversos procesos que hacen a la identidad de las personas. Los derechos sexuales y reproductivos se fundamentan en derechos humanos reconocidos en tratados internacionales, normas regionales, constituciones nacionales y otros documentos de consenso internacional. Estos reconocen que todas las personas tienen derecho a: tomar decisiones sobre la salud, el cuerpo, vida sexual e identidad sin temor a sufrir

coacción o discriminación; pedir y recibir información sobre la sexualidad y la reproducción y acceso a servicios de salud relacionados con ellas y a métodos anticonceptivos; decidir si tener hijos, cuándo y cuántos; elegir la pareja íntima; decidir qué tipo de familia formar; vivir sin sufrir discriminación, coacción ni violencia, incluida violación y otras formas de violencia sexual, mutilación genital femenina, embarazo forzado, maternidad forzada, aborto forzado, esterilización forzada y matrimonio forzado.

Temas como la anticoncepción, la sexualidad (sin pensar en la reproducción), la homosexualidad y el aborto, suscitan grandes disidencias y respuestas desde distintos ámbitos. Sin embargo, ¿qué sucede en el campo de la salud mental? En dicho campo, el saber médico ha ocupado y ocupa una posición hegemónica. Y a lo largo de los años ha ubicado a las personas con padecimiento mental del lado de su incapacidad, su no poder de decisión, es decir desde el paradigma tutelar.

Junto a este paradigma coexisten instituciones que violan los derechos de las personas y el manicomio es una de esas instituciones, donde la naturalización de la violencia, la objetualización de las personas, la infantilización y la medicalización de las conductas son frecuentes. Y, además, pesan diversos tabúes y prejuicios, que invisibilizan y/o patologizan ciertas expresiones ligadas a la sexualidad de las personas allí internadas.

De este modo, pensar la sexualidad en el manicomio desde una perspectiva de derechos y de género, se convierte en un desafío. Y allí la consejería se propone como un dispositivo promotor de autonomía, de pensamiento crítico y de confidencialidad, para mejorar el acceso a la salud integral de las personas que se encuentran internadas por problemáticas en salud mental.

### **Modalidad de trabajo con usuarios/as y equipos de sala**

La particularidad del abordaje de la sexualidad en salud mental implica un desafío permanente, donde nuestra modalidad de trabajo está en constante proceso de evaluación, buscando flexibilidad y promoviendo los ajustes en virtud de las necesidades de las personas. Implica intervenciones para recuperar al sujeto/a de derecho (totalmente desintegrado/a), y volver a

constituir “el deseo” aplacado por el contexto de encierro manicomial. Desnaturalizar procesos es el inicio de un trabajo integral donde ese/a sujeto/a se reencontrará con su subjetividad, instalando un proceso de reconstrucción del cual será, necesariamente, parte activa.

Inicialmente garantizamos un espacio individual de consulta, donde el/la usuario/a pueda acercarse acompañado/a o solo/a para mantener una entrevista que atienda su singularidad. Proponemos construir, conjuntamente, un espacio donde sea posible informarse, reflexionar y que nos permita acompañar los procesos de los y las usuarias respetando sus decisiones; ya que los largos años de institucionalización han arrasado su subjetividad, su identidad y sus cuerpos.

Nos basamos en los principios de las consejerías: autonomía personal, igualdad, diversidad, integridad y confidencialidad; donde el objetivo principal consiste en posibilitar el acceso gratuito, adecuado y oportuno a servicios de salud que habiliten las elecciones autónomas de las personas a través del asesoramiento y la difusión de información.

Consideramos de suma importancia que se trabaje articuladamente con los equipos de cada sala en que se encuentran internadas las personas, porque estos equipos son quienes están en el cotidiano. Nos interesa que se trabaje sobre el sentido de asistir a la consejería, pero también sobre la estrategia que le proponemos, ya que de forma escindida el abordaje encuentra mayores obstáculos.

Al momento en que se acerca el o la usuaria a la consejería es muy importante tener presente su tiempo, que puede ser muy variable en cada entrevista. Se torna fundamental detectar los pequeños avances en el trabajo conjunto y de esa manera incentivar la construcción del vínculo y la apropiación del espacio.

Por otra parte, como ya se señaló, los largos años de institucionalización, sumado a la problemática de salud de cada persona, hacen que sea fundamental la construcción de un lenguaje común que posibilite la comunicación. En muchas oportunidades pasan varias entrevistas hasta que esa construcción conjunta se arma, lo que se puede verificar a través de imágenes, dibujos, palabras sueltas, señas con las manos o a través de una caminata por el predio del hospital. Lo importante es no suponer, no pensar que se está hablando de lo mismo, cuando no se sabe con certeza si es así.

Muchas veces pensamos que la persona no entiende lo que se está abordando, ya que pueden no aparecer los gestos “esperados”, cuando en realidad la persona tiene sus propios tiempos y en su cotidianidad se puede apreciar el trabajo realizado en la consejería. Por ejemplo, con un usuario se estuvo trabajando durante meses el concepto del “consentimiento”, que le pueda decir que no a un compañero de sala con el cual mantiene relaciones sexuales, donde algunas veces quiere y otras no. Al principio el usuario asistía al espacio de la consejería mirando para todos lados, en compañía de su acompañante terapéutica y sin poder expresar mucho de la situación, teniendo en cuenta que se comunica con monosílabos y señas. Con el transcurrir de las entrevistas, comenzó a participar sin compañía, trabajando con fotografías y dibujos. Entonces empezamos a verlo más contento, podía decir y gritar “NO”. Una palabra corta, sencilla, pero a la vez tan compleja de decir en una institución manicomial. De este modo, fue posible la construcción conjunta de este mundo de sentidos, donde cada encuentro implica el desafío de pensar el cómo.

Por otra parte, en relación con el trabajo con los equipos de sala, intentamos generar un diálogo, ya sea en relación a las consultas individuales o a situaciones que ellos consideran problemáticas, y por las cuales nos convocan. Es entonces donde intentamos brindar herramientas a los equipos y acompañar los procesos de intervención. De esta manera, decidimos no sustituir la intervención de los equipos sino brindar una función de apoyatura y sostén, ya que consideramos que los equipos son quienes conocen en mayor profundidad a los y las usuarias de las salas. Por lo tanto, acompañamos esos procesos y brindamos asesoramiento en relación con lo que se requiera. Por ello, insistimos, es fundamental la articulación con los equipos en nuestra tarea.

Tratamos de esta manera de separar lo que tiene que ver con la demanda del equipo, lo que le pasa a la persona y a la institución, ya que son “mundos” que muchas veces no dialogan entre sí. Para ser más claras, algunos equipos traen como problema que la persona se masturbe en la cocina de la sala, pero no es un problema que se cambie un pañal en el mismo espacio. Es decir, las expresiones de los cuerpos ligadas a la sexualidad son un problema, no la intimidad y privacidad de esa persona. Estas cuestiones se intentan problematizar, si el contexto lo permite, con los equipos, ya que no son solo las personas internadas aquellas que naturalizan ciertas rutinas institucionales.



Como consejería hemos realizado talleres para equipos de sala y en mayor medida para las personas internadas. El taller constituye un espacio-tiempo que se construye de modo muy distinto a la consulta individual. Es una metodología con diferentes técnicas para producir preguntas, sentidos y otras interpretaciones a temas seleccionados o demandas realizadas para y con cierta población/participantes. Se trata de un espacio-tiempo colectivo, donde lo emergente, lo conocido y lo reflexionado pueden componer otras miradas, lecturas y resonancias entre quienes participan. El encuadre se entrelaza entre los temas y la metodología a utilizar, con ciertas pautas de interacción, intercambio y normas de participación que disponen los diferentes momentos para compartir entre participantes de forma colectiva, para posibilitar la enunciación de sensaciones y para promover diferentes sentidos en ese espacio-tiempo de los talleres. Los talleres tienen en cuenta las diferentes formas de posibilidad de expresión, la enunciación, las formas de comunicación y la articulación entre participantes, su cotidiano de referencia y aspectos pertinentes sobre los temas seleccionados y algunos aspectos que emerjan en la participación.

La unidad mínima de talleres es de dos encuentros con la posibilidad de que el máximo, según los temas elegidos y seleccionados, sea de cuatro. Sin contar el encuentro de presentación o entrevista general grupal y el/los encuentro/s de cierre y devolución.

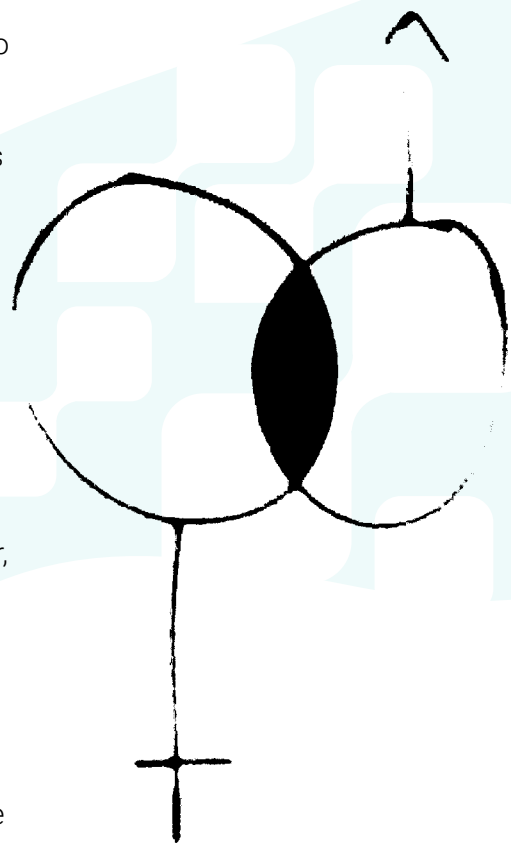
Específicamente en los talleres realizados para las personas internadas, primero mantenemos reuniones con los equipos para conocer a la sala y a las personas, y nos incorporamos a alguna asamblea para que ya las caras sean conocidas antes de los talleres.

# 3

## Sostener e impulsar día a día

Las dinámicas lúdicas han sido las que mayor interés han despertado en las personas que, a partir de allí, nos pudieron contar cuestiones cotidianas, prejuicios y estereotipos en relación con las relaciones homosexuales, la masturbación y el consentimiento en las relaciones sexuales. Ningún tema se aborda indagando demasiado, ya que entendemos que debemos ser respetuosas de lo que se dice en un espacio grupal, porque son personas que conviven no habiendo elegido esa convivencia y muchas veces suele haber muchas burlas entre compañeros/as de sala.

Los talleres son útiles para problematizar algunos de los estereotipos/prejuicios que surgen en este espacio, asimismo, para que los usuarios/as en las entrevistas individuales (sea de la consejería o de la sala) dialoguen sobre alguna situación que tenga que ver con su sexualidad y que antes no se habían animado a hablar, y/o para que los equipos puedan retomar ciertos temas “incómodos” en las entrevistas. Es decir que los talleres, más allá de lo que se genera en ese tiempo, tienen el plus de promover un diálogo entre el espacio individual de la consejería y la sala, tanto al interior del equipo como de las personas internadas. Es allí donde se puede aprovechar un flujo de diálogos, tiempos y cambios que se pueden tener en cuenta para potenciar una continuidad de trabajo, una red de posibilidad o viabilidad de la temática entre otros actores o espacios.





## Trabajo al interior del equipo

Sin temor a repetirnos, volvemos a señalar que los temas que abordamos en la consejería son muy complejos y nos desafían constantemente, y es de suma importancia nuestra consolidación como equipo y la formación permanente.

Estar consolidadas como equipo nos permitió y nos permite acompañarnos en los abordajes, volvernos un apoyo y así contribuir para potenciar el proceso de cada persona y el nuestro como trabajadoras. Intentamos no apegarnos a determinadas herramientas o modalidades de trabajo, sino centrarnos en la persona que asiste al espacio, siendo lo más flexibles que podamos.

Generar solidez en nuestro equipo de trabajo nos permite plantear sentimientos como: “con tal persona no puedo trabajar”, “se me terminaron las ideas con tal usuario”, entre otras cuestiones, fortaleciendo nuestra confianza y convicción de transformar la realidad de las personas internadas. Ese es el motor que nos impulsa a seguir.

De la misma manera, intentamos continuar nuestra formación tratando de encontrarnos con otras profesiones y disciplinas que trabajen en la temática, sean de salud mental o no. Nuestro marco son los derechos humanos como el piso mínimo para cualquier tipo de formación, espacio de reflexión y/o capacitación en que nos incluyamos.

En definitiva, consideramos indispensable trabajar, como diría Kaminsky,<sup>5</sup> en la apertura institucional, en lo insospechado, para dar lugar a lo posible, a la construcción de una lógica diferente. Seguimos apostando a estos espacios de construcción colectiva, teniendo en claro que debemos apuntar a la comunidad, ya que todo cambio que se realice dentro del manicomio, tarde o temprano será absorbido o neutralizado por esta.

---

5. Kaminsky, Gregorio (1990) Dispositivos institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales. Buenos Aires. Lugar Editorial

## 3.2 El “Gran Encierro”: deconstrucción de la sexualidad y de las prácticas hospitalarias en los monovalentes

*Lic. Prof. Julio Pasquarelli. Jefe de Servicio de Terapia a Corto Plazo en el Hospital Interzonal especializado en Neuropsiquiatría “Dr. Domingo Cabred”, Open Door, Luján, Buenos Aires. Profesor de Psicología y Educación Sexual Integral. Vicerrector de la Escuela Normal Superior N°2 Mariano Acosta.*

### Algunas reflexiones iniciales

Las modalidades de trabajo en cualquier institución suelen exceder la mayoría de las veces los dispositivos tradicionales. Esto se debe a que las personas que integramos instituciones públicas debemos estar atentas a los cambios de paradigmas que se gestan desde un plano muchas veces micropolítico y conllevan en sí la demanda a nuevas necesidades y reconocimiento de derechos. Esos cambios en los modos de ver e interpretar la realidad constituyen la resultante de la lucha de muchos colectivos que a medida que pueden hacer visible sus demandas y necesidades impactan en decisiones políticas directamente plasmadas en las prácticas profesionales concretas.

Es cierto que las instituciones mantienen algunas veces resistencias al cambio como mecanismo protector de cierta identidad, lo que conlleva a la rutinización de prácticas, naturalización de modalidades de vínculo y hasta reproducción de conductas iatrogénicas. Ahora bien, quienes trabajamos en una institución además de ser testigos de cambios sociales, somos muchas veces los promotores de ellos. Es de remarcar en este punto y echando mano a varios autores poder diferenciar la institución del establecimiento. Como profesional de la educación y de la salud, muchas veces asistí a cambios institucionales en establecimientos que redefinieron su perfil y por ello generaron una nueva estructura de acción diferente a la originaria.

Al pensar la acción desinstitucionalizadora de los monovalentes, es importante advertir que cualquier alternativa de descentralización no deberá acarrear la práctica manicomial. Si esto ocurriera, solo tendríamos un cambio de establecimientos, aunque no de instituciones. La institución manicomial está conformada por toda práctica cosificante y reificadora de las personas con padecimiento mental bajo el amparo de una protección más cercana a la privación de la libertad y construcción de un andamiaje desencadenante de una serie de decisiones de imposición y violencia en todas sus formas. La construcción del perfil de paciente psiquiátrico no puede eludir como principal acción a esas prácticas que postulan la incapacidad absoluta y la necesidad de una figura racional que organice, ordene y por supuesto anule subjetividades.

En la línea de lo planteado uno de los derechos que “la Razón” ha intentado controlar y subsumir es el del acceso a un ejercicio de la sexualidad ya sea desde una perspectiva tradicional que conlleve la genitalidad, como lo inherente a las identidades autopercebidas por dentro y fuera del sistema normativo sexo genérico.

A su vez, y en consonancia con la integralidad de la sexualidad como rasgo distintivo de las personas que configuran modalidades de vínculo, relaciones de poder y hasta estereotipos culturales, cada vez más es necesario comprender la importancia de la llamada perspectiva de género en nuestra mirada y quehacer institucional.

## **¿Y la sexualidad en el Hospital Cabred?**

En el año 2018, integrantes del equipo de la actual Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR) fueron convocadas por el programa provincial que conformaba la “Comisión sobre sexualidad libre de violencia”. De este modo comenzamos a planificar encuentros con profesionales de dicho programa y trabajadoras/es de una de las salas de internación del Hospital Interzonal Especializado en Neuropsiquiatría “Dr. Domingo Cabred”.

# 3

## Sostener e impulsar día a día

Los encuentros se planificaron bajo la siguiente modalidad:

- Talleres para trabajadores donde además de abordar temáticas de actualización en conceptos de género, diversidad y salud reproductiva se impulsó la creación de un espacio de reflexiones en torno a qué lugar tenía “la sexualidad” en el monovalente.
- Participación conjunta con el equipo de la sala mencionada en las asambleas semanales con usuarios internados.

En lo que respecta a los talleres con trabajadores del hospital, se pudo ir construyendo ante todo la pregunta de si en un hospital monovalente psiquiátrico se podía o no alojar de un modo que no fuese “clandestino” prácticas sexuales, ya sea con las personas que visitaban a los pacientes y mantenían algún tipo de vínculo afectivo, como así también entre los propios usuarios.

En este punto, cabe destacar que, si bien en los canales informales de comunicación siempre se ha reconocido la existencia de una “sexualidad internada”, a la hora de visibilizarla y pensarla por fuera de lo prohibitivo no pocas personas manifestaron su malestar ante la posibilidad de, por ejemplo, destinar un espacio para que los encuentros sexuales fueran más cuidadosos y con un trato digno.

La sexualidad de este modo, funcionando bajo canales encubiertos, podía ser “tolerada”, pero a la hora de repensarla como derecho y como garantía de posibilidad por dentro de canales institucionales elevaba en algunas personas mucho malestar.

El fantasma del descontrol, de la masividad de los “bajos instintos” comenzó a aparecer bajo consignas que, por ejemplo, planteaban que del mismo modo en que un usuario bajo internación no puede



acceder a ciertos beneficios por estar legalmente privado de su libertad (por ejemplo, consumir alguna sustancia de modo recreativo); también debía poseer la “templanza” para sofocar ese tipo de deseos.

Creo importante aclarar que en los encuentros siempre se puntualizó que la distinción entre lo privado y lo público no era materia a discutir. Coincidió en que en el mantenimiento de ambas esferas es lo que permite no solo un ordenamiento psíquico y necesario propio de nuestra cultura, sino que la idea de establecer lo público y lo privado como construcciones sociales impacta directamente en la posibilidad de brindar mayor información y que la palabra circule a los fines de deconstruir representaciones vetustas y por supuesto discriminatorias.

Es en la medida en que se habilita la discusión de los modos y no del contenido que la aparición de temáticas y problemáticas pueden ser abordadas in situ. No está de más en este punto remarcar que también a la interpelación a la propia sexualidad y a las propias representaciones había que darles un espacio de “aparición”, ya que lo personal al ser político tiende a expresarse en lo comunitario.

Los encuentros generaron que se pudieran graficar vulvas, vaginas, penes, eyaculaciones y hasta cuerpos intersexuales, que aún había quienes los mencionaban como hermafroditas. El mayor logro de estos primeros encuentros creo que sin duda fue el de despojarse de miedos, prejuicios y vergüenzas. Entre compañeras/es/os del campo médico se observó en un primer momento una biologización de lo sexual que no tardó en ir dando lugar a una mirada más vincular y multidimensional. En compañeras/es/os del campo de la psicología, el reconocimiento de lo orgánico también fue importante. Sin duda, creo que en algún momento pensamos cuántas cosas nos habían ocultado a lo largo de nuestra vida como trabajadoras/es y personas algunos discursos puritanos.

No había motivo para avergonzarse si surgían preguntas sobre la cantidad de terminales nerviosas que posee un pene o un clítoris y a qué se hacía referencia cuando se nombraba el período refractario.

La importancia de estos encuentros también consistió en conocer leyes que habilitaban conductas y garantizaban derechos.

## Sobre asambleas, cigarrillos y las interacciones cotidianas

Simultáneo a este trabajo se desarrollaban las asambleas en la Sala 8 y en ellas la aparición de temas que reflejaban lo cotidiano y lo que por fuera de una institución o por dentro era importante abordar. Al tratarse de un hospital monovalente de varones los temas más usuales en las asambleas giraban en torno a la calidad de la comida, la provisión o no del hospital de insumos como yerba o tabaco, hasta que introdujimos una palabra que fue cargándose de contenido en cada encuentro y esa palabra fue: acoso. No era pensable que la demanda excesiva e incesante de pedir cigarrillos a un compañero podía ser nombrada como acoso. Tampoco en lo referente a chistes o “tocadas” sin consentimiento que comenzaron a nombrarse como abusos. La inclusión de palabras cargadas de sentido subjetivo venía a reemplazar otras que no terminaban de describir la emoción subjetiva que alguien experimentaba.

En una de las asambleas junto con mi equipo comenté que se instalaría un dispenser de preservativos. Recuerdo que se hizo un silencio prolongado, hasta que uno de los usuarios dijo: “¿para qué si somos todos hombres?” Si tuviese que remontarme a ese momento no creería exagerar si dijera que hasta muchos se sintieron enojados u ofendidos. La sola idea de que alguien pudiera pensar que podrían existir prácticas homosexuales, obliteró lo que luego ocurrió cuando en su mayoría comenzaron a ser utilizados para poder masturbarse sin manchar las sábanas.

Lo cierto es que habilitar temas más allá de cómo organizar el lavado de platos o limpieza de la sala fue confluyendo en intervenciones sobre los alcances que tiene el concepto de abuso, conductas abusivas, acoso o consentimiento.

En el marco de un hospital en vías de adecuación y descentralización poder trabajar las representaciones que se poseía sobre lo femenino, lo masculino y sobre otras identidades, creo que aportó herramientas para pensar en el afuera las modalidades de relación y valoración de ellos y de las otras personas.

Resultó interesante una intervención que se produjo en el transcurso de este trabajo a partir de la cual acordamos que cada usuario al ser revisado por un médico clínico podía decidir si quería desnudarse o no. Es más, poder pensar el sexo del profesional que lo vería.

Los cuerpos desnudos que se presentaban ante cualquier integrante del equipo de enfermería en las duchas, comenzaban, a medida que avanzábamos en estas temáticas, a taparse, a ocultarse. Al decir de Giorgio Agamben, esos cuerpos ya no eran cuerpos desnudos sino desnudados; y por ello el pudor y lo privado hacían su aparición de la mano de una subjetivación descosificante. Hasta en las compras comunitarias se incluyó como un elemento principal la adquisición de barrales y cortinas de baño que pudieran salvar la exhibicionista arquitectura de duchas comunitarias.

## **Discursos patologizantes vs identidades plenas**

Este tipo de intervenciones siempre son pensadas de modo integral. Con esto quiero transmitir que la motivación más profunda es que excedan los muros de un manicomio y sean llevadas a lo social.

En este hospital donde cursé toda mi residencia, mi jefatura de residentes y luego mi práctica en las salas como psicólogo o jefe de servicio, fui y soy testigo de los impactos que generan los cambios de paradigmas y en especial aquellos impulsados por las mujeres en este país y en todo el mundo. Esta cuarta ola feminista, tan fuerte, tan abarcativa, tan deconstructiva no ha sido fácil de digerir por las masculinidades de nadie.

Usuarios, profesionales, familias, etc., hemos tenido que desnaturalizar el horror y la violencia como la inequidad social. Es cierto que en muchos casos debemos ser centinelas de los logros conseguidos. El machismo de las masculinidades tradicionales sumado a la violencia de un orden médico hegemónico también debe ser considerado en este ensayo a la hora de poder pensar la práctica profesional.

Si hay algo que los movimientos feministas han dejado en claro es que la opresión, la privación y el creerse con derechos sobre otras personas, no es privativo de un sector social sino de toda una comunidad mundial basada en el capitalismo privatizador, cosificador y mercantilista donde las personas convertidas en mercancía pueden ser tomadas, descartadas o asesinadas conforme a los pareceres de quien detente el poder.

Es de destacar también que, en un hospital monovalente, aquellos equipos que no trabajan con miras a la externación sustentable y con continuidad de cuidado, son actores con el poder de decisión sobre la vida, la libertad y los cuerpos de otras/os/es.

Por otra parte, el respeto por las identidades autopercebidas disidentes a la norma deben dejar de ser pensadas como cuadros patológicos en las sombras de las charlas de pasillo.

No me preocuparon tanto los discursos patologizadores como aquellos que hacen su aparición de modo subrepticio y escondido. Aún recuerdo que hace más de veinte años algún profesional consideraba que el haloperidol podía contrarrestar cualquier cuadro travesti. Si pudieran ser pensados en situación, los discursos que se exponen como disforia de género o trastornos de identidad sexual quizás invertirían los roles; y serían quienes los proliferan quienes deberían repensar sus categorías clasificatorias y, en especial, sus miedos a perder sus privilegios de accionar poder.

Aún recuerdo a una persona internada por descompensación psicótica que desde su ingreso refirió ser una mujer transexual. Esto no pudo ser escuchado y pasó a cursar una internación en un monovalente de varones. Las excusas de que aún no había realizado el cambio registral en su DNI lo justificaban. Como también se presuponía que por poseer dicha identidad iba a transformarse en una persona promiscua e incitadora de relaciones sexuales a granel. Llamaré a esta usuaria con el nombre de fantasía: "Laura" y alteraré algunos datos poco importantes para cuidar su privacidad.

Laura, al ingresar, efectivamente era una mujer trans sin cambio registral y también cursaba un cuadro de esquizofrenia y policonsumo de sustancias. Vivía en una zona profunda y pobre del conurbano donde debía salir vestida de varón para dirigirse a la cooperativa donde



trabajaba. Su cambio de vestimenta lo realizaba en baños de estaciones bajo la mirada procaz y judicativa de otras personas. Laura era una mujer joven que todos los días transitaba su cuadro esquizofrénico en un escenario esquizofrénico donde debía mostrar y aseverar que no era quien sentía ser.

Las sustancias le servían para anestesiar tanto dolor, tanta injusticia y miedo. “Vos acá salís y no sabés si te violan o te matan (...) en este barrio si te violan y te dejan viva pods sentirte dichosa”, “Ser trans es complicado en todas partes pero acá es una cuestión de supervivencia constante”.

Cuando conozco a Laura ya habían pasado dos semanas de internación y de inmediato me contacté con el Hospital “Laura Bonaparte” para efectuar un traslado. Mientras se gestionaba rápidamente esto último, Laura generaba situaciones de mucha violencia con enfermería y demás integrantes del equipo interdisciplinario porque no le alcanzaban las maquinitas de afeitar para poder quitar los vellos de sus piernas. Le explicaban una y otra vez que con una sola maquinita debía arreglarse y que si solicitaba más era un riesgo. Junto con varias/es/os compañeras/es/os decidimos proponerle conseguir más maquinitas y que pudiera rasurar sus piernas en presencia y con ayuda de una enfermera que desde su ingreso la había comprendido. A la hora de efectuar el traslado, Laura pidió a su familia que le trajeran **su** ropa y sus cosméticos que le habían sido arrebatados en la comisaría desde donde se decidió su traslado al monovalente.

El día al fin llegó y Laura, peinada como Laura, maquillada como Laura, se acercó al servicio donde me encontraba con compañeras/es/os que habíamos estado a su lado. Al ingresar a otro servicio junto a su padre que no levantaba la mirada del piso, muchos usuarios silbaron, se rieron y hasta dijeron alguna grosería. Todo se detuvo cuando me fundí en un abrazo con ella y la halagué por verla tan bella, tan Laura.

Esto me permitió pensar que en el dispositivo de asambleas o en sesiones individuales uno puede explicar, informar, trabajar temáticas inherentes al género y su diversidad; pero hay un momento donde una imagen, una acción, una práctica que no explica nada puede decir mucho. No siempre hay que explicar o informar, muchas veces nuestra propia práctica profesional, nuestras propias acciones son un modo de decir y plantar posición.

Desde el respeto por el cuerpo de otras/es/os, pasando por la intervención en las arquitecturas de los monovalentes que pronto serán solo un mal recuerdo, hasta nuestra *obligación* en cumplir los derechos a la identidad, a la diversidad y a la equidad, nuestro compromiso debe ser el ejercicio de prácticas inclusivas, no violentas y diversas.

### Algunas reflexiones finales al día de hoy

Al momento de este escrito los monovalentes en la Provincia de Buenos Aires se encuentran atravesando un proceso de adecuación importantísimo y necesario, seguimos pensando que el encierro de la locura, la conversión de personas en muertos civiles bajo internaciones eternas pronto quedase en el pasado. Con respecto a las luchas por otros encierros vigentes requieren la atención y observancia constante en cada espacio de relación y vínculos que establezcamos. El "Gran Encierro" de la locura va agonizando, pero no presenta el mismo destino la caída de otro sistema de relaciones de poder tan nocivo como la manicomialización: el patriarcado. Este último como matriz bajo el cual los lazos se dividen en dominador/ dominado va a seguir intentando teñir instituciones como prácticas sociales. Seamos conscientes de ello para que, como dicen muchas mujeres, no esperemos la caída.

La SEXUAL



### 3.3 Talleres de salud sexual en hospitales de salud mental

*Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud Pública (SSMCPVASP) de Provincia de Buenos Aires.*

Desde la Dirección de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género (DPyAVFyG), perteneciente a la Dirección Provincial contra las Violencias en el Ámbito de la Salud Pública (DPCVASP), que dependen ambas de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud Pública, se han ido llevando adelante diferentes líneas de intervención en lo que respecta a la temática de salud mental y, más puntualmente, la línea de trabajo en hospitales provinciales especializados en salud mental.

A partir de la judicialización por la sistemática violación de derechos humanos a los/as usuarios/as en el Hospital “Dr. Alejandro Korn” de Melchor Romero impulsada por el CELS y el Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR), en el año 2014 se creó una mesa judicial integrada por diferentes actores, entre ellos la dirección de la cual formamos parte. En ese espacio, a fines del año 2016, surgió la necesidad de abordar específicamente las vulneraciones de la salud sexual y (no) reproductiva de los/as usuarios/as. Así es que en enero de 2017 se constituyó la Comisión de Salud Sexual Libre de Violencia integrada por la Dirección Provincial de Hospitales, la DPyAVFyG, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva y por el equipo de la “Consejería en Salud Sexual y Derechos Humanos”, el CAPER, el área Legal y la Dirección Asociada de Salud Mental del Hospital “Dr. Alejandro Korn”, el Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR) y el Centro de Estudios

Legales y Sociales (CELS). El objetivo general de la comisión es promover el ejercicio de una vida sexual libre de violencias de usuarios del servicio de Salud Mental del Hospital “Dr. Alejandro Korn”. A partir del trabajo de la comisión, se identificaron situaciones y prácticas que vulneran los derechos sexuales y (no) reproductivos de las personas usuarias y se desarrollaron talleres en las distintas salas donde se advertía la existencia de las situaciones más complejas. Para la realización de los mismos se convocó al Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de Nación actual Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y a la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI). En dichos encuentros se trabajó sobre los siguientes ejes: el conocimiento y los cuidados del cuerpo; el derecho a la intimidad y el respeto a la intimidad de los otros; y el consentimiento informado.

En este marco, surgió la necesidad de producir un protocolo para el abordaje integral frente a situaciones de violencia sexual entre usuarios/as. La comisión asumió el proceso de elaboración del mismo, el cual se finalizó este año y cuyos objetivos son: sensibilizar y concientizar a trabajadoras/es de la salud sobre su rol en la detección, asistencia y seguimiento de situaciones de violencia sexual, promover un abordaje de las situaciones de violencia sexual desde una perspectiva integral y respetuosa de los derechos de las personas involucradas, garantizar tanto la protección y el acompañamiento a las personas usuarias que han atravesado una situación de violencia sexual, como el acceso a la justicia en las situaciones que corresponda y fortalecer la articulación entre las distintas instituciones y áreas involucradas para el abordaje de situaciones de violencia sexual dentro de los servicios de salud mental del Hospital.

A partir de esta primera experiencia y en el marco del plan de adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos de la Provincia, la DPyAVFyG elabora e implementa el Proyecto Salud Sexual Libre de Violencias para hospitales provinciales especializados en salud mental. Este proyecto se implementó de modo paralelo en los Hospitales “Dr. Domingo Cabred” y “Dr. José Esteves”, a finales del año 2018.



Hacia octubre del 2018 se inició el proceso de trabajo en el Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico Colonia “Dr. Domingo Cabred” Open Door, Luján. Dicho proceso contaba con un fuerte acompañamiento y apoyo por parte de las autoridades de la institución, lo cual facilitó la planificación y el acceso para trabajar con los equipos de las salas, y también permitió generar espacios de diálogo entre los responsables de los distintos servicios del hospital. A partir de la excelente predisposición y el acompañamiento del jefe de servicio, se trabajó con los equipos de salud de las salas del servicio de internación a corto plazo. Se implementó a partir de dos modalidades de trabajo al interior de las mismas: por un lado, trabajo de acompañamiento y sensibilización a través de la participación de las reuniones de equipo de las salas; por el otro, trabajando a partir de las inquietudes que surgían de los equipos en el avance de la implementación del proyecto, se organizaron jornadas sobre género y derechos sexuales y (no) reproductivos. En este sentido, se trabajó con los equipos sobre diferentes posibilidades para brindar a los usuarios herramientas que les permitan tener un ejercicio de la sexualidad libre y cuidado, promulgando también espacios de intimidad y privacidad. Así es que se propuso la compra de lockers con candado para los usuarios de todas las salas del servicio de corto plazo, ya que en vías a trabajar el proceso de externación, la posibilidad de tener un espacio propio de guardado posibilita trabajar en prácticas de orden y limpieza de sus pertenencias. Como parte de este proceso, el equipo de la Dirección acordó acompañar al equipo de salud en las asambleas de convivencia de usuarios, que se realizaban de forma semanal al interior de las salas. En estos espacios se buscó poder recuperar y visibilizar diversas problemáticas y acompañar a los equipos en el abordaje de las mismas.

# 3

## Sostener e impulsar día a día

Por otra parte, a partir de la invisibilización de las prácticas sexuales en este ámbito, se propuso al equipo la provisión de preservativos a libre demanda en un espacio público y con libre acceso en la sala. Para ello, se trabajó sobre las resistencias y prejuicios con los equipos de salud, en vías de acompañar y fortalecer a equipos para abordar las resistencias de los usuarios en las asambleas, y así trabajar transversalmente el consentimiento y la violencia entre compañeros.

En cuanto a las jornadas de capacitación para todas las personas que trabajan en el servicio, se buscó replicar la experiencia del Hospital “Korn” convocando equipos de la actual Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR) y el entonces Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva (PPSSyR). El espacio de sensibilización constó de 3 encuentros, en los cuales se trabajó marco teórico y normativo y herramientas para el abordaje de situaciones en el espacio de trabajo. También se abordaron las concepciones y resistencias que se presentan a la hora de pensar en derechos sexuales y (no) reproductivos en la institución. Por último, en el tercer encuentro, se brindó y capacitó al hospital en el uso y adecuación del “kit de experiencias para armar” de la DNSSR.

A partir de estas jornadas, las autoridades del hospital comenzaron a percibir interés en la temática por parte de otros sectores, por lo que en noviembre del 2019 se realizó un encuentro de capacitación en violencias por razones de género a todo el personal administrativo y el equipo de acompañantes terapéuticos de la institución.

Respecto a la implementación de dicho proyecto en el Hospital Interzonal “Dr. José Esteves”, las autoridades ministeriales solicitaron su implementación en la institución hacia mediados del 2018, en el contexto de denuncias por abusos sexuales hacia usuarias por parte del personal del Hospital. Cabe destacar que, a diferencia de otras experiencias de trabajo con hospitales especializados en salud mental, en este caso pudo percibirse reticencia de las autoridades de la institución a colaborar, así como también cierta desconfianza sobre las propuestas de trabajo dirigidas a los equipos de las salas. Se acordaron espacios de encuentros mensuales con referentes de distintos servicios de la institución. Estos espacios se sostuvieron a partir del compromiso de los/as profesionales que participaban a partir de un interés propio en la temática. Se trabajó la desnaturalización de distintas prácticas hospitalarias, a partir de la puesta en común de situaciones vinculadas con las violencias

institucionales, prácticas arraigadas en la cotidianeidad, respecto de situaciones de higiene, uso de los lugares comunes, salidas y visitas, embarazos en usuarias y procesos de cuidado en las casas de prealta dependientes de la institución.

Al igual que en el resto de los hospitales, se convocó al entonces PPSSyR para replicar el ciclo de jornadas de capacitación. Se acordó hacer la capacitación con convocatoria abierta para profesionales interesados/as en la temática, pero finalmente la dirección del hospital solo convocó a profesionales del servicio de enfermería.

A finales del año 2020 y en continuidad a las experiencias mencionadas, la DPVASP, junto con el Ministerio de las Mujeres Géneros y Diversidad de la Nación, la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, la actual Dirección Provincial de Salud Sexual y Reproductiva (DPSSyR) y la Dirección Provincial de Salud Mental comenzaron a brindar un espacio de apoyo técnico a hospitales monovalentes de la Provincia de Buenos Aires. Este espacio de acompañamiento se enmarca en la implementación del proyecto Salud Sexual Libre de Violencias, en el Plan Nacional de Acción contra las Violencias por Motivos de Género 2020-2022 y del Plan de Adecuación de los Hospitales Neuropsiquiátricos públicos de la Provincia de Buenos Aires, anunciado públicamente en diciembre de 2020. En este contexto se desarrolló la mesa de trabajo en el Hospital interzonal “Dr. José A. Esteves”, la cual, en la primera etapa, ya concluida, involucró un Programa de Sensibilizaciones y Capacitaciones en la temática de derechos sexuales y reproductivos dirigido a equipos de trabajo del Hospital “Esteves” para luego el impulso a la creación de una Consejería de Salud Sexual y reproductiva.

Producto de estas líneas de trabajo surgió la creación de un equipo central de referencia para la transversalización de la perspectiva de género en los abordajes de las violencias en salud mental, el Equipo de Abordaje de las Violencias en la Red de Atención en Salud Mental, cuyos lineamientos generales son las problemáticas de violencias en instituciones cerradas, los abordajes de las violencias en dispositivos de salud mental y la intersección entre padecimientos en salud mental y violencias por razones de género como multiplicador de la problemática. El mismo, además de ocuparse de la línea de hospitales de salud mental tiene, como otro eje de trabajo, actividades con los centros provinciales de atención, dispositivos con modalidad ambulatoria de atención.

### 3.4 Talleres en hospitales de salud mental de la provincia: construyendo formas colectivas de mirar

*Una experiencia contada desde el equipo de la actual Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia de Buenos Aires.*


Desde el 2018, el equipo de salud sexual y reproductiva de la Provincia de Buenos Aires, en articulación y con la iniciativa de la Dirección de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género del Ministerio de Salud de Buenos Aires, se desarrollan distintas iniciativas en algunos hospitales monovalentes de salud mental provinciales. Estas acciones conjuntas generan distintos procesos de diálogo, problematización, talleres, reuniones y acuerdos que resultaron necesarios para acompañar los procesos de los hospitales, para promover la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de todas las personas usuarias de servicios de salud mental y, principalmente, de aquellas que se encuentran en procesos de internación.

Este enunciado, muy fácil de escribir, pero difícil de practicar, nos enfrenta a un desafío nuevo cada día y a la realidad de la vida cotidiana de las personas allí internadas, que nos obliga a seguir, y también aquí, a intentar relatar y escribir. Desde este relato, nos proponemos contribuir en la construcción de nuevas narrativas que permitan transformar las lógicas discursivas que sostienen las prácticas en instituciones totales.

Durante estos años compartimos y co-construimos propuestas de diálogo y de talleres en las áreas de salud mental del Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos “Dr. Alejandro Korn”, Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico Colonia “Dr. Domingo Cabred”, Hospital Subzonal Especializado “Dr. José Ingenieros” y Hospital Interzonal José A. Estéves.

En cada hospital, la población destinataria era distinta, las realidades eran diferentes, las necesidades y posibilidades planteadas desde los equipos que allí trabajan también podrían discriminarse. Sin embargo, algunas preguntas nos interrogaban y nos interrogan sobre las lógicas que se repiten y que se nos presentan como del orden de lo inevitable, de aquello que





pareciera “imposible de cambiar”. Y allí está nuestro desafío, en volver a preguntar y sostener la incertidumbre de la falta de respuestas ciertas, en abrir el diálogo, en invitar a reflexionar juntas y juntos, sobre la salud sexual en la vida cotidiana de las personas internadas, y de las y los trabajadores de la salud que a diario están presentes, trabajando, compartiendo esfuerzos, desafíos, dificultades, logros, alegrías y temores.

En esta experiencia compartida y colectiva, nos repreguntamos sobre aquello que, si no nos detenemos a pensar, solemos omitir.

A continuación, compartimos algunas (y solo algunas) de las tantas preguntas que nos fuimos planteando en diálogos, encuentros y talleres:

¿Cómo se construyen los procesos de toma de decisión sobre el cuidado del cuerpo? ¿Cómo se construye la identidad del propio cuerpo y cuáles son sus límites? ¿Por qué es importante que haya cortinas y espejos en los baños de estos hospitales?

¿Cómo se vive la desnudez dentro del hospital?

¿Cómo se vive la menstruación en dichos hospitales? ¿Las personas menstruantes eligen cuándo y cómo vivir el ciclo menstrual y realizar los cuidados necesarios?

¿Impedir que una persona salga de la institución es una forma de cuidar?, ¿cuándo sí y cuándo no?

¿Las mujeres y los varones tienen las mismas posibilidades de salir de la institución?

¿Por qué es importante colocar un dispensador de preservativos en un hospital de varones?

# 3

## Sostener e impulsar día a día

¿Cuándo, bajo el supuesto del cuidado, reproducimos prácticas desiguales para varones y mujeres?

¿Qué lugar tienen, en qué instituciones y en qué salas, las personas trans? ¿Cómo se recibe y se cuidan las identidades y orientaciones elegidas y los cuerpos construidos en toda su diversidad en hospitales monovalentes de salud mental?

¿Qué posibilidades hay de decidir sobre el cuidado del propio cuerpo cuando no hay espacios para tomar decisiones sobre el horario en el cual bañarse, o el horario de despertar, sobre cómo vestirse y cómo peinarse, entre otras acciones de cuidado cotidianas? ¿Es posible pensar la autonomía de estas decisiones en las áreas de salud mental de los hospitales en las condiciones actuales?

¿Con qué espacios de intimidad cuentan las personas usuarias?

¿Cómo se aprende dónde termina mi cuerpo y empieza el cuerpo de la otra, otro, otre?

¿Cuándo una persona usuaria en una relación sexoafectiva con otra persona usuaria está dando su consentimiento?, ¿y cuándo no? ¿Cómo visibilizamos, problematizamos y abordamos estas situaciones?

¿Qué espacios necesitamos para promover la toma de decisiones autónomas?

¿Las personas internas son personas deseantes? ¿Y a nosotras/es las y les trabajadores qué nos pasa con los deseos de las personas internadas?



El trabajo en talleres y diálogos nos permitió abrir estas, entre muchas otras preguntas, abrir puertas y cerrar otras. El reconocimiento como sujetas y sujetos de derecho, y de derechos sexuales y reproductivos, atravesó los procesos de estos intercambios.

Estos procesos, en el caso de uno de los hospitales, se acompañaron con la elaboración de una guía y protocolo de abordaje frente a situaciones de violencia sexual. Partiendo de la experiencia en las intervenciones y de todas las preguntas que se fueron generando, y teniendo siempre presente que un protocolo es una herramienta para aplicar en cada situación puntual de la forma en que la situación lo requiera. La elaboración del mismo implicó además instancias de revisión con distintos equipos del hospital, abriendo más posibilidades de problematizar estas situaciones; y su creación fue una forma de traducir en orientaciones el recorrido realizado y de construir una herramienta para compartir entre equipos.

Trabajamos con el convencimiento de que generar espacios de diálogo y de reflexión, también de juego y recreación, permite promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Estos recorridos nos obligaron a preguntarnos por aquello cotidiano, aquello que implica una mirada integral de la salud y de los cuerpos, una mirada procesual de los aprendizajes y las enseñanzas, a la vez que fue un motor para generar líneas de acción que se sostuvieran a lo largo del tiempo.

#### *Tallereando: inspiración para la creación de un equipo de salud sexual*

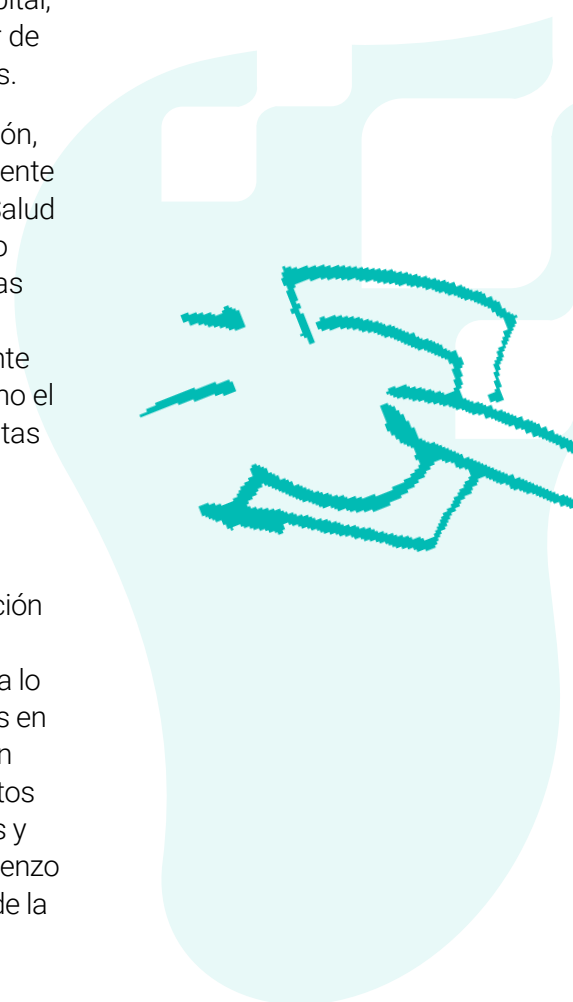
El trabajo sostenido de una mesa de trabajo llamada “Salud Sexual Libre de Violencias”, en el marco de un proceso de trabajo mucho más amplio, dio lugar a la creación de talleres destinados a los trabajadores del Hospital “Alejandro Korn”.


Esta propuesta, que comenzó como una instancia para reflexionar, debatir y revisar las prácticas cotidianas y así, promover el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, dio un paso fundacional cuando se transformó en la conformación de un equipo de trabajo. El actual equipo, que nació con el objetivo de promover estos derechos, se autodenominó: “Consejerías en Salud Sexual y Derechos Humanos”, y se encuentra conformado por trabajadoras/es del mismo hospital en el que nace.

La realización de dos talleres coordinados por la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, promovidos y organizados por la “Mesa de Salud Sexual Libre de Violencias” del hospital, lejos de resultar una intervención aislada, dio lugar a la conformación de un equipo formado y conformado por profesionales trabajadoras/es del hospital, que eligieron el lugar que querían ocupar en la institución. Un lugar de transformación, motor de crecimiento y de promoción de derechos.

Para iniciar este proceso, se realizaron dos talleres de sensibilización, y luego se llevó a cabo un tercer taller que convocaba específicamente a quienes quisieran conformar el futuro equipo de Promoción en Salud Sexual y Reproductiva dentro del hospital. En este tercer encuentro se reflexionó y se compartieron distintas herramientas y propuestas para generar espacios de promoción de los derechos sexuales y reproductivos en el área de salud mental del hospital, principalmente con las personas internas. Se mostraron y probaron recursos (como el kit de “Experiencias para armar”), se debatieron adecuaciones a estas propuestas y desafíos que implicaría conformar un equipo para la promoción de estos derechos.

Desde la “Mesa de trabajo de Salud Sexual Libre de Violencias”, debatimos respecto de las posibles formas de facilitar la conformación de este equipo, que en ese entonces era sólo una idea y una clara necesidad. Con acuerdo unánime, se propuso sostener un proceso a lo largo del tiempo que permita que quienes se encuentren interesadas en formar parte del equipo y hayan participado de estos talleres puedan hacerlo. Para ello se realizaron reuniones frecuentes, como momentos de diálogo y de planificación entre quienes sostenían, con los dichos y con su presencia en el tiempo, su interés en la propuesta. Este comienzo funcionó con la coordinación operativa de una de las participantes de la mesa, quien luego fue parte integrante de este nuevo equipo.





Acompañamos estos tiempos, convencidas de que los procesos de conformación de un equipo llevan tiempo, tiempo para construir acuerdos, generar debates, armar las condiciones que permitirían luego abrir un nuevo espacio dentro del hospital.

En paralelo a este proceso, se avanzó en los aspectos políticos y administrativos que requirieron la definición de las condiciones de trabajo, que permitió la reasignación de horas semanales de este conjunto de trabajadoras y trabajadores, a esta tarea; posibilitando que la propuesta resultase sostenible a lo largo del tiempo.

Atender al marco institucional en el que se desarrolló el equipo permitió abrir un espacio de trabajo, en un horario cuidado y valorado institucionalmente. Con el transcurrir de unos meses, los diálogos y debates se convirtieron en un escrito de presentación y planificación y en decisiones que requirieron la definición de días y horarios semanales en los que ofreciera su atención. Pudieron definir sus objetivos y desafíos en el marco de un acuerdo colectivo, y elegir un nombre propio: “Consejerías de Salud Sexual y Derechos Humanos”.

La conformación del equipo se sostuvo con el acompañamiento de la “Mesa de Salud Sexual Libre de Violencias” de la que formamos parte. Desde allí, acompañamos en reuniones, diálogos y propuestas, para co-construir el marco que dio lugar a esta nueva conformación. También, desde la mesa y en función de las necesidades planteadas, se desarrollaron capacitaciones y talleres sobre temas específicos solicitados por el equipo, como por ejemplo sobre: el abordaje de violencias por razones de género, métodos anticonceptivos e Interrupción del embarazo, educación sexual integral (ESI), entre otras. También, el equipo autogestionó encuentros y otras instancias de capacitación y formación con equipos invitados, a la vez que

### 3

## Sostener e impulsar día a día

buscaron distintos lugares en los cuales compartir la experiencia y su potencia (y continúan haciéndolo). Asimismo, el equipo participó de diferentes formas en las líneas de acción de la “Mesa de Salud Sexual Libre de Violencias”, potenciando las acciones, los debates y contribuyendo a mejorar distintas intervenciones.

Hoy en día, el equipo funciona en el hospital hace casi 4 años. Sostiene su motivación, entusiasmo, mucho estudio y apertura de espacios. Lugares para hablar con las personas usuarias semanalmente en una consejería en salud sexual y reproductiva, a la vez que generando instancias de talleres, de problematización y diálogo con una intencionalidad educativa, tanto con equipos, trabajadoras/es, como con usuarias y usuaries de distintas salas del hospital.

## 4. Bibliografía

- ✓ Anahí Sy et al. (2020). *Historias locas: internaciones psiquiátricas durante el siglo XX. 1a ed.* – Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Teseo.
- ✓ Centro de Estudios Legales y Sociales [CELS] y Mental Disability Rights International (2007). *Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en argentina.*
- ✓ CELS (2015). *Cruzar el muro. Desafíos y propuestas para la externación del manicomio.*
- ✓ CELS (2016). *El litigio de reforma estructural como herramienta para la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental: el caso Melchor Romero y la protección de los grupos vulnerables.* Revista MPD, pp. 121- 130.
- ✓ CELS, Comisión por la Memoria, Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (2017). *Informe conjunto. La situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro Korn “Melchor Romero”.*
- ✓ Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019). *Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental.* Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.
- ✓ Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019). *Recomendaciones para el Abordaje de la Salud Mental en el Primer Nivel de Atención.* Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.
- ✓ Erica Dillon (2012). *Los sentidos de Romero: una mirada antropológica sobre la construcción social de un espacio hospitalario.* Editorial Académica Española.
- ✓ Goffman Erving (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales.* Amorrortu.
- ✓ Michel Foucault (2007). *Los anormales. Curso en el College de France (1974-1975).* Fondo de Cultura Económica.
- ✓ Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019). *Haceres colectivos: Investigaciones y Experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina.* 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



# Línea Salud Sexual

**0800 222 3444**

En todo el país. Tu pregunta es confidencial.

[www.argentina.gov.ar/salud/sexual](http://www.argentina.gov.ar/salud/sexual)  
[saludsexual@msal.gov.ar](mailto:saludsexual@msal.gov.ar)

ISBN 978-950-38-0319-6



9 789503 803196

Dirección Nacional de  
Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de  
Acceso a la Salud



Ministerio de Salud  
Argentina