

Artículos seleccionados

De la institucionalización a la subjetivación: un abordaje interdisciplinario en pediatría.

Ailin Riveros Saavedra^a y Vanesa Chaves^b

Fecha de recepción:	21 de marzo de 2026
Fecha de aceptación:	29 de mayo de 2026
Correspondencia a:	Ailin Riveros Saavedra
Correo electrónico:	afriveros@gmail.com

a. Lic. Trabajo Social Hospital Carlos Durand.

b. Lic. Trabajo Social Hospital Carlos Durand.

Resumen:

Este trabajo reflexiona sobre el rol del equipo de salud en internaciones pediátricas prolongadas en un Hospital General de Agudos, desde la perspectiva del Trabajo Social. Mediante el caso de una joven de 16 años, internada once meses por violencia familiar y fracasos institucionales previos, se analizan las prácticas sanitarias cotidianas. Asimismo, se problematiza el abordaje interdisciplinario ante el actual repliegue de políticas públicas para las infancias y adolescencias. El objetivo es repensar las intervenciones integrales para superar lógicas de institucionalización expulsivas, promoviendo procesos de subjetivación que alojen los padecimientos y la complejidad de las juventudes.

Palabras clave: Trabajo Social - Internación pediátrica - Subjetivación.

Summary

This paper reflects on the health team's role in prolonged pediatric hospitalizations in a General Acute Hospital, from a Social Work perspective. Through the case of a 16-year-old hospitalized for eleven months due to family violence and prior institutional failures, daily healthcare practices are analyzed. Furthermore, the interdisciplinary approach is problematized given the current retreat of public policies for children and adolescents. The objective is to rethink comprehensive interventions to overcome exclusionary institutionalization logics, promoting subjectivation processes that accommodate the suffering and complexity of youth.

Key words: Social Work; Pediatric hospitalization; Subjectivation.

Introducción

Este trabajo presenta una reflexión sobre el rol del equipo de salud en un dispositivo de internación prolongada en una sala de pediatría, tomando como eje el caso de Tamara¹, una adolescente de 16 años.

Si bien se trató oportunamente de una experiencia de abordaje pensada y compartida con profesionales de la pediatría, psicología y psiquiatría, este escrito está centrado en analizar algunos ejes desde el Trabajo Social y repensar las prácticas e intervenciones sanitarias desde una revisión del quehacer cotidiano institucional en un Hospital General de Agudos, en un contexto de repliegue de políticas públicas en materia de infancias y adolescencias.

En este sentido, y antes de avanzar con la intervención que motivó estas reflexiones, consideramos central retomar las palabras de Alicia Stolkiner, quien nos recuerda que transitamos

[...] épocas de veloces transformaciones, de fragilizaciones y riesgos, y de nuevas formas de subjetivación, solo podemos avanzar si reconocemos esta cierta horizontalidad del desamparo

como núcleo de la acción hospitalaria de escucha y de cuidado. Los niños/as y adolescentes son fácilmente colocados en el lugar de objetivación en nombre de su cuidado, de su control o de su peligrosidad cuando son excluidos. La biomedicalización, psicopatologización y medicamentación de su sufrimiento psíquico es una tendencia creciente. Para contraponerse a ello debemos pensar nuestras prácticas como la generación de dispositivos que les permitan transitar la infancia y la adolescencia con la potencia que es la contracara de la fragilidad y dependencia de estas etapas de la vida. De analizadores sociales a actores sociales sería quizás el desafío. (Stolkiner, 2024, p. 156).

Tomando este punto de partida es que comprendemos la intervención sanitaria y el abordaje interdisciplinario desde una lógica horizontal y transversal, comprendiendo e integrando la complejidad de la realidad social y cómo ésta impacta en los procesos sanitarios. Recuperar el campo de la salud como un territorio vivo, en permanente movimiento, espacio de lucha en donde se ponen en juego paradigmas y modos de consumir la vida. Generar instancias de intercambio, de reapropiación del territorio sanitario, posibilitar el encuentro y reconfigu-

1. Hemos modificado el nombre de la paciente por cuestiones vinculadas al resguardo de su intimidad y confidencialidad. Decidimos cambiar el nombre y no usar una letra mayúscula para identificarla, dado que abogamos por formas de escritura y análisis que apelen a fortalecer el proceso subjetivo e identitario. Creemos central que nombrar implica más que dar cuenta de una situación, se trata de un proceso subjetivante, por eso modificamos el nombre y apelamos al uso de diminutivos porque se relacionan directamente con la dimensión afectiva de la intervención que se desplegó.

rarlo a partir de posibilitar su rehabilitación tanto por les usuaries como por les profesionales de la salud, a los fines de construir nuevas coordenadas de trabajo e intervención conjunta en este campo. Comprender que “Un campo social está constantemente animado por todo tipo de movimientos de descodificación y de desterritorialización que afectan a -masas., según velocidades y ritmos distintos. No son contradicciones, son fugas.” (Deleuze y Guattari, 2004, p. 224).

Las internaciones en sala de pediatría producen y requieren, muchas veces, de nuestro encuentro para generar un abordaje integral y dar respuesta a la complejidad que traen a la escena quienes transitan ese espacio. El objetivo de este trabajo es contar, a partir de una situación singular, un encuentro. No solo entre profesionales y servicios, sino también con Tamara, joven de 16 años, quien estuvo internada de enero a noviembre de 2024.

La adolescente ingresó traída por el SAME a raíz de un episodio de excitación psicomotriz (EPM) en la vía pública vinculado a una conflictiva familiar. Dada la evaluación efectuada por el equipo interdisciplinario de salud mental de guardia, se definió la internación para su resguardo. Tamara permaneció internada en la sala de pediatría 11 meses.

Para profundizar la evaluación diagnóstica y de riesgo, intervenimos desde el servicio social y de salud mental. Allí conocimos que Tamara venía padeciendo múltiples violencias en el seno familiar, llegando el progenitor a atentar contra su vida y habiendo sido por ello oportunamente desvinculada de la familia de origen años atrás. Dadas estas situaciones había intervención de otros organismos, los cuales se proliferaron durante la internación: Defensoría Zonal, Juzgado Civil, Defensoría Pública de Menores e Incapaces, Tutoría Pública, Dgsam, obra social, Procuración General de la Ciudad. Asimismo, estas intervenciones precedentes habían incluido instancias de institucionalización que no pudieron alojar ni dar respuesta a lo que Tamara necesitaba, siendo expulsada de dichos espacios retornando con su familia de origen.

Ingresó a la internación con acompañante terapéutica, manteniendo vinculación con el padre y una abuela. El primer tiempo en la sala fue difícil, incómodo. Tami estaba angustiada, nerviosa, hostil. Cada encuentro, ya sea presencial o telefónico, con la familia, significaba una alteración para Tami: gritos, violencia, desconfianza hacia el equipo. El desborde era lo cotidiano en la vida

de Tamara, lo conocido y lo que le había permitido sobrevivir. El desborde era su respuesta a las ineffectancias e insuficiencias de los organismos y de la familia. Era el modo de hacerse ver y escuchar, porque los oídos sordos y la mirada encegueda de una sociedad que no dan lugar a las demandas afectivas de las infancias y adolescencias, construye respuestas patologizantes que luego no pueden, ni saben cómo alojar y sostener.

Lo patológico en Tami fue recibido en un Hospital General de Agudos, atravesando las lógicas y las reglas prescritas, en tanto único espacio posible ante la ausencia de políticas públicas. Este engranaje, complejo y dinámico, dio lugar a una serie de intervenciones que buscaron volver a poner en el centro de la escena a Tamara con toda su complejidad y afectividad.

“No era para ningún lugar, pero estaba en el Hospital”

Para dar inicio a estas reflexiones resulta central dar cuenta de las transformaciones radicales que se han sucedido en los últimos años no sólo en la lógica y modalidad de atención en salud, sino también en el lugar que ocupan les usuaries/pacientes que llegan al espacio sanitario. En este sentido, en la intervención con infancias y adolescencias observamos que aparecen un entramado de complejidades que muchas veces resultan inabordables desde la intervención sanitaria y dejan a les profesionales atrapados en respuestas asistencialistas, limitadas y encapsuladas que, si bien pueden operar favorablemente o no en la singularidad de cada persona, resultan insuficientes para brindar una atención sanitaria de calidad, la cual posibilite la apropiación de les usuaries del protagonismo en su proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado.

En un sistema desmembrado, desarticulado, en franco retroceso en torno a la ejecución de las políticas públicas podemos decir que el abordaje de las diversas problemáticas y vulneraciones que atraviesan las infancias y adolescencias, se ve limitado y acotado a la resolución de lo urgente y evidente. Quienes trabajamos en salud y dentro del sistema institucional de protección de derechos también estamos determinados por nuestras condiciones materiales y laborales de existencia, las cuales son precarias; implican pluriempleo, exceso de demanda, requerimientos institucionales, cobertura de agendas, etc. No hay espacio para problematizar e intervenir sobre lo sutil, en proceso, abordando las situacio-

nes problemáticas antes que detonen. No hay equipos, no hay personas, no hay disponibilidad, no hay tiempo: la velocidad y la efectividad nos gobiernan. Lo que se privilegia para la atención y resolución, en el marco de los dispositivos sanitarios-hospitalarios, se vincula con lo urgente y emergente, no dejando espacio para otro tipo de abordajes que posibiliten la prevención y la promoción de salud.

Retomando a Stolkiner (2024) podemos decir que aparece

[...]la percepción de situaciones más graves y complejas y por otro un agotamiento o frustración frente recursos para enfrentarlos y el desborde de la demanda. A eso se suma, muchas veces, la precarización de las condiciones de trabajo y de vida de los profesionales mismos. Lo que Fernando Ulloa (y cito de memoria) llamaría la "precarización del recurso moderno". Se trata de modificaciones de las formas de trabajo que incluyen nuevas normativas, evaluaciones y protocolizaciones. (Stolkiner, 2024, p. 154)

Entonces los interrogantes que surgen son ¿Cómo generar condiciones para el desarrollo efectivo de infancias y adolescencias saludables, si el propio sistema de salud no logra desplegar prácticas saludables tanto para sus profesionales como para los usuarios? ¿Cómo construir otros modos de ser infancia y adolescencia si lo que proveemos son respuestas parciales, inacabadas e insuficientes? ¿Por qué pedirles a las infancias y adolescencias que no reproduzcan las violencias, la crueldad e individuación, si lo que ofrecemos desde las respuestas institucionales es violencia, crueldad, y atención sólo en la emergencia? ¿Cómo producir lazo social desde la soledad de una consulta?

En este sentido, Tamara nos dio la posibilidad de atravesar esta encrucijada a la que nos invita permanentemente nuestra cotidianidad laboral y nos abrió paso a otros modos posibles de construir salud. Una paciente que aparentemente "no era para el hospital", porque no presentaba las categorías excluyentes de padecimientos clínicos para requerir una internación. Tampoco "era" para ese dispositivo de alojamiento convivencial, "porque ya había fallado". Tampoco "era para estar con su familia" porque allí la vulneraban. No era para ningún lugar pero estaba en el hospital. En términos discursivos, Tami se constituye en una persona/paciente que no entraba/encajaba en ninguna de las características

prefijadas de una sociedad que fragmenta, categoriza, vulnera y aísla a todo aquel que quede por fuera de dichas categorías. Una sociedad y un sistema de salud que normaliza para encapsular y extraer la potencia vital de los sujetos, alinearlos en sistemas de respuestas estandarizados, en los cuales la afectividad, la corporalidad, la ternura, la mirada, la escucha atenta, el gesto, quedan por fuera de cualquier posibilidad de intervención.

En ese entrampado en el que nos encontramos insertos ¿Qué lugar nos toca ocupar a los profesionales de la salud que sostenemos estas instancias? ¿Cuán alienados estamos nosotros también a esas lógicas desvitalizantes y desubjetivantes? ¿Cómo nos dejamos atravesar e interpelar por estas situaciones?

Sostener(nos) en la ternura

Tamara entonces, habitando y siendo en el hospital, comenzó a desplegar su complejidad y singularidad, en el encuadre que las instituciones del Estado -con todas sus fallas- le ofrecían. Al inicio de la internación presentaba con frecuencia episodios de angustia, llanto, gritos y violencia verbal, acompañados de autolesiones. Estos eventos de agresión que expresaban su sufrimiento fueron disminuyendo a lo largo de la internación, retornando únicamente a partir de intervenciones del equipo interdisciplinario, presentando luego otros episodios solo frente a la expectativa de la derivación a un hogar de tránsito que no lograba concretarse.

La joven pasó de ser la adolescente de "la 226", para pasar a ser Tamara, y devenir *Tami*: con rulos infinitos, fanática de los peluches y los helados, con bailes contagiosos y mirada chispeante. Quienes nos dejamos conmover por ella supimos que esas dudas iniciales y trabas en nuestro propio dispositivo, solo eran resistencias que había que ponerlas a jugar para desarmarlas.

¿Es posible generar condiciones de subjetivación desde el dispositivo de internación hospitalaria? Con el correr de los meses, desde el equipo de salud se promovió el cambio de AT y se fue gestionando con los organismos intervinientes la restricción en el contacto con la familia de origen que tanto malestar, angustia y ansiedad generaba en Tami.

No se trató sólo de intervenir para evaluar, para diagnosticar y hacer un informe. Se trató de intervenir para alojar y sostener a Tami y sus pesares, de acompañar

sus movimientos y ritmos, de suavizar sus temores, de **armar vida cotidiana con ella**, de hacer cuerpo en el desafío de acompañarla en su singularidad hasta su externalización, y después también...

Tami nos desafió a repensar el espacio, la internación, los modos de abordaje habituales y esperados. A sostener, escuchar, compartir entre nosotres, crear.

Durante su estancia hospitalaria, se gestionó que disponga de todos sus peluches² (más de 80): grandes, pequeños, coloridos, orejudos, cada uno con nombre, los que no solo adornaron durante muchos meses el espacio de la habitación sino que sirvieron de entorno cálido y seguro para ella, constituyéndose en testigos directos de sus cambios y vaivenes.

Tami logró correrse del lugar de paciente que le asignamos habitualmente a las personas que transitan el efector de salud y se convirtió en aquella persona que transformaba nuestro gesto al pasar por su habitación. Solamente saludarla por la ventana o intercambiar palabras con ella, disponía la corporalidad de todos los profesionales que la acompañamos de un modo diferencial, dando lugar a la ternura, la alegría, la atención y el cuidado.

Parte del proceso que habilitó Tamara con su internación, tuvo que ver con las intervenciones y el vínculo que logró construir con su acompañante terapéutica, quien ocupó un rol central para ir desandando junto con el equipo los modos vinculares aprehendidos por la joven en su trayectoria familiar, atravesada por las violencias y la estigmatización. Fue la presencia de otra subjetividad, conteniendo cuerpo a cuerpo, día a día, rearmando la dinámica cotidiana de Tami, la que dio lugar a nuevas formas de hacer e intervenir. Cada una de las acciones descriptas fue posible gracias a esa presencia que fue acompañamiento, complicidad, afectividad, tiempo, paciencia, escucha. AT que construyó con Tami y con el equipo el puente necesario para hacer brotar, en medio de la desidia de la burocracia y a las instituciones, la potencia de lo vincular.

Puget y Berenstein (1997) señalan, desde la perspectiva vincular, que el estar con otros impone hacer algo con

esa alteración que las presencias producen. Se trata de un hacer imprevisible, de un devenir. Nos encontramos siendo otros, en el encuentro con otros, cada vez.

Quienes la acompañamos y la conocimos en este tiempo nos dejamos conmover por ella, por su historia, por su verborragia, por su ternura que había sido disfrazada de hostilidad luego de tantos años de no ser mirada y alojada, luego de que la violencia se impregne en su cuerpo y en su psiquis. Pero Tami también se dejó alojar y atravesar por este equipo, ella poco a poco, con desconfianza, con miedo y oscilaciones, pudo ir dando lugar a entregarse a otros modos vinculares. Pudo vencer lo afectivo de una mirada, de una mano, de un abrazo, de una risa compartida.

Fueron esas pequeñas gestualidades, esas micropolíticas de los gestos, que como equipo de salud y como existencias sensibles comenzamos a configurar; fue esa complicidad compartida que nos habilitamos a construir la que posibilitó que la estadía prolongada de Tami en un efector de salud no adecuado a sus necesidades fuera transformadora, subjetivante y habilitante de otros modos posibles de hacer salud.

¿Por qué hablamos de micropolíticas de los gestos? Porque en el mundo que habitamos construir acción política requiere necesariamente de afectarnos por lo mínimo, por lo chiquito, por lo cotidiano que construye mundos en la vida de los sujetos. Pensar en una micropolítica de los gestos exige salir de la mirada de la autoayuda, la autoregulación, el autoconocimiento, pseudo-bienestar espiritual y todas aquellas propuestas que nos invitan a resolver nuestros conflictos desde la individualidad de nuestro ser. Esta perspectiva desconoce el carácter colectivo de nuestros procesos subjetivos como si estos no fueran parte de un contexto que los contiene, los sostiene y los reproduce. Senso-pensar una micropolítica de los gestos es una invitación a volver mirar desde adentro hacia afuera, a los otros, a aquellos que me construyen y a quienes construyo en mi devenir vital. Senso-pensar en una micropolítica de los gestos es dejar de lado el analfabetismo socio-emocional y la espiritualidad vacía de contenido que nos propone este tiempo e ir a la búsqueda del encuentro, es dejar afectarnos por el otro, es dejarle entrar, es volver a habitar la calle y lo colectivo

2. Resulta interesante destacar que esto fue posible gracias a la permeabilidad y la disponibilidad de la jefatura y los médicos de la sala, dado que los peluches por sus características morfológicas están "prohibidos" en la sala de internación de un hospital general de agudos, por cuestiones de higiene y sepsis hospitalaria.

desde el quehacer cotidiano. Es construir afectividad, amor, emoción, ternura, arte y espiritualidad con sentido y contenido.

En este sentido nos preguntamos, en un contexto de fuerte repliegue de las políticas públicas que arremete contra las infancias y adolescencias, ¿es posible construir las prácticas e intervenciones sanitarias que recuperen la potencia vital, en pos de promover y construir salud integral?

En una coyuntura que impone la mercantilización y mecanización de la práctica sanitaria, ¿qué desafíos y posibilidades aparecen dentro de estas instituciones? ¿Qué oportunidad nos ofrecen las grietas institucionales para generar prácticas subjetivantes que posibiliten la garantía de derechos en la cotidianidad de las infancias y adolescencias que acompañamos? ¿Cómo construir estrategias que traigan la afectividad y la ternura al centro de la escena, sin romantizar las condiciones en las cuales estamos ejerciendo nuestra tarea? ¿Cómo situarse en los intersticios, en lo sensible, mientras los organismos se ocupan de darle curso a la "estrategia"? En este sentido nos parece central dar cuenta que

Nos inclinamos por abrazar la noción de ternura, también para prescribir y persuadir en torno a la necesidad de reconfigurar la forma en que se dan los vínculos intergeneracionales asumiendo a la ternura como virtud ética (y por lo tanto política). Es decir, la ternura como aquello que emerge del encuentro entre subjetividades que se reconocen, se respetan, se valoran y se cuidan (Magistris y Morales, 2021, p. 25).

Asimismo nos parece central retomar.

Espera sin fin: entre la necesidad y la violencia silenciosa en las instituciones.

La extensa permanencia de Tamara en la sala de pediatría tuvo que ver con las dificultades en el armado de su externación. La internación no se configuró solo como un tiempo de espera, en suspenso, sino como un desafío para el equipo. Fue una invitación a pensar en la situación, a habitar cada escena y ser parte de lo que allí se producía. De estar disponibles al encuentro, con actitud creativa, abierta a lo imprevisible, generando condiciones de existencia, que posibiliten lo potente, lo amoroso. En esos meses, gestionamos un dispositivo que le permitiera a Tami cierta continuidad con lo escolar. Cele-

bramos con ella su cumpleaños N°17 con globos, carteles, guirnalda, regalos, comida, bebida, torta y velitas. Anteponiendo su salud mental, tramitamos autorizaciones de salidas semanales a Parque Centenario acompañadas por un profesional, que incluyeron caminatas al sol, charlas, paseo por los juegos, dar de comer a los patos, disfrutar de un helado. Acercándose su externación, tejimos una despedida con más regalos, mensajes de amor, buenos deseos, cercanías amables.

Inauguramos con ella una experiencia común, sin presupuestos ni precipitaciones, conmocionando lo establecido, recogiendo lo fugaz. Disponerse a lo incierto, delinear lo sutil, se constituyó como resistencia frente lo instituido, a las prácticas burocratizantes, convocados por el desafío de abrir líneas que funden otros sentidos, desde una ética del cuidado.

En este sentido podríamos decir que la intervención con Tamara fue un modo de subvertir la burocracia y la violencia institucional para transformarla en una experiencia subjetivante. Y en ese sentido, no se trata de romantizar la práctica sanitaria, sino de construir nuevos modos de intervenir en salud, de instalar otras prácticas posibles, que den lugar a lo afectivo, a la escucha sensible, a la singularidad y potencia de lo vincular en la intervención. Tamara, su historia, su internación y el proceso que como profesionales realizamos nos trae algunas coordenadas para dar lugar a estos procesos.

Nos habilitamos a recuperar como sujetos, profesionales y equipo de trabajo la potencia vital entendida en los términos que la define Suely Rolnik, como la esencia misma de la vida y su capacidad inherente de creación, transformación y variación:

La estrategia micropolítica del poder colonial-capitalístico consiste en invertir en la producción de una cierta política de subjetivación, médula del régimen en esa esfera. Tal política tiene como elemento fundamental el abuso de la vida como fuerza de creación y transmutación, fuerza en la que reside su destino ético y la condición para su continuidad. Esto incluye la potencia vital en todas sus manifestaciones y no solo en los humanos —siendo que en los humanos el abuso no se restringe a la manifestación de esa potencia como fuerza de trabajo, como se pensaba en el marxismo—. El objetivo del abuso es destituir a la subjetividad de su poder de conducir su potencia vital y de la libertad de elección de sus destinos. (Rolnik, 2019, pp. 147-148).

En tiempos de Neuroliberalismo³, es un desafío repensar las intervenciones desde una lógica horizontal y transversal. Buscamos comprender e integrar la complejidad de la realidad social y cómo ésta impacta en los procesos sanitarios para desde allí recuperar el campo de la salud como un territorio vivo, en permanente movimiento, espacio de lucha en donde se ponen en juego paradigmas y modos de consumir la vida. Construir y generar instancias de intercambio, de reapropiación del territorio sanitario, posibilitar el encuentro y configurarlo a partir de su rehabilitación tanto por les usuaries como por les profesionales de la salud, a los fines de construir nuevas coordenadas de trabajo e intervención conjunta en este campo.

Comprender que “Un campo social está constantemente animado por todo tipo de movimientos de descodificación y de desterritorialización que afectan a -masas-, según velocidades y ritmos distintos. No son contradicciones, son fugas.” (Deleuze y Guattari, 2004, p. 224). Y que el campo sanitario no es ajeno a esto, muy por el contrario, se constituye en un territorio óptimo y potente, por su acceso directo a las problemáticas de la población, para desplegar estos movimientos.

Crear líneas de fuga en el campo sanitario se constituye en el principal desafío en los tiempos que corremos. Para poder llevar adelante es necesario construir una praxis de la micropolítica⁴ en territorio, entendida esta como

Intento de agenciar las cosas para evitar que suceda aquello de lo que he hablado en muchas ocasiones [...] Intentar agenciar las cosas de modo que los procesos de singularización no se neutralicen mutuamente, no sean recuperados en la reconstitución de pseudoentidades molares. La micropolítica consiste en crear un agenciamiento que permita, por el contrario, que esos procesos se apoyen unos en otros, intensificándose. (Guattari y Rolnik, 2013, p. 114).

Apuntando desde allí a recartografiar el mapa sanitario, en el sentido de establecer nuevas coordenadas de in-

tercambio y reproducción de lo que entendemos como salud, abrir los espacios para generar un tránsito horizontal de les usuaries en el sistema de salud y de este modo construir procesos que posibiliten la soberanía sanitaria. Componer nuevas instancias de intercambios tanto grupales como singulares, potenciando la intervención asistencial desde el encuentro interdisciplinario e intersectorial. Erigir otros modos de habitar el espacio de salud, comprendiendo que la garantía del derecho a la salud implica necesariamente la reapropiación de la categoría de salud y de cuidado por parte de quienes transitan el espacio sanitario.

Para poder desplegar estos modos de recartografiar y recoreografiar la concepción de salud, resultan centrales los aportes producidos por la perspectiva de género y la perspectiva intersectorial dado que posibilitan repensar las prácticas e intervenciones sanitarias. Traemos el concepto de recoreografiar porque este habla de una práctica que posibilita comprendernos como sujetos vivos que atravesamos y somos atravesados por las realidades sociales e institucionales que nos contienen. Coreografía como mapa de acción concreta, real, afectiva, fundante y central en el hacer vital. Recoreografiar, como práctica que permite desandar los tránsitos ofrecidos, desaprender prácticas para producir nuevos modos de circular, habitar y transformar los espacios que habitamos. Construir la escena de nuestra praxis es central para este proceso. Se trata de una noción o idea de la conciencia de un cuerpo que es espacio, y que se fundamenta en su experiencia. El cuerpo es una unidad, una entidad con identidad.

La relación dialéctica entre el mundo interno y el mundo externo permite pensar a la persona como un ser situado en el mundo gracias al cuerpo encarnado. El hombre está en el mundo, es en el mundo y es desde el cuerpo. La organización del conocimiento es desde el cuerpo ya que cumple la función primordial de ponernos en relación con el mundo a través de la percepción. (Merleau-Ponty, 2008).

En este sentido, retomar a Silvia Federici, quien nos

3. Untoiglich plantea que atravesamos un tiempo de Neuroliberalismo, el cual la autora describe como un trastorno narcisista que despolitiza a la sociedad, mercantiliza la sociedad, inmunizándola de cualquier proyecto transformador. Establece una lógica ética gladiatoria de supervivencia, en la cual los excluidos son el daño colateral de un sistema que les dio a todos, supuestamente, las mismas oportunidades que algunos no supieron aprovechar. El valor está puesto en el mérito personal y en la capacidad de cada sujeto de aprovechar las oportunidades que brinda el sistema. (Untoiglich, 2024, p. 1).

4.

advierde que resulta necesario "[...]rechazar la idea de que nuestra identidad social está completamente definida por el sistema capitalista" (Federici, S.; 2022:43), dado que evita que nos perdamos en la inmensidad y complejidad de la realidad que se nos presenta y habilita la recuperación de la potencia de lo singular y territorial como agenciadores colectivos. Por otra parte, recuperar el recorrido del movimiento feminista reconociendo que han

[...]Interpelado las bases del sistema de salud poniendo en cuestión el modelo basado en la jerarquía del saber, el biologicismo y una concepción binaria y heteronormativa de los cuerpos. Colectivos feministas se han organizado para asegurar políticas de cuidado basadas en la solidaridad, disputando así el sentido acerca de la salud y de cómo gestionarla. Plantean el desafío de lograr incorporar esas lógicas de construcción de ciudadanía en salud dentro de las instituciones responsables de producirla y preservarla. La organización y el pensamiento feminista han logrado poner definitivamente en agenda el derecho a las decisiones autónomas libres de toda opresión y violencia y han denunciado el sometimiento de los cuerpos feminizados a la violencia patriarcal, colonial, extractivista y capitalista. (Balaña et al., 2019, pp. 11-12).

En este sentido resulta fundante de una transformación de la práctica sanitaria la posibilidad de reacuerpar, re-habitar, recartografiar y recoreografiar las lógicas en las cuales actualmente desplegamos nuestro quehacer sanitario. Esto implica forjar nuevas narrativas en torno a la práctica en salud. Entender la misma desde una perspectiva sanitaria:

Pone énfasis no en la salud de un individuo concreto, sino en lo referente a lo colectivo, comunidades y otras agrupaciones.[...] Contempla un amplio espectro de actividades con un contenido pertinente al medio físico (tierra, agua, aire y alimentos) y a las personas agrupadas de acuerdo a sus quehaceres laborales, de tiempo libre o de lugar de residencia. (Weinstein, L.: 2011:26).

Es por ello que apuntamos a construir una práctica en salud transversal, que habilite una mirada crítica sobre las prácticas hegemónicas en este campo y brinde espacio para visibilizar las diversas dimensiones que se ponen en juego a la hora de atender y acompañar los procesos de salud de las personas.

Para ello resulta central poner en valor el abordaje de la vulnerabilidad como categoría transversal al sistema de producción capitalista. Las múltiples vulnerabilidades que atraviesan les usuaries requieren una mirada 360° sobre las situaciones problemáticas a los fines de construir respuestas integrales. Entendiendo entonces a la vulnerabilidad como un aspecto transversal a la vida de todas las personas, es que buscamos brindar un espacio que posibilite dar lugar a la escucha y la mirada integral sobre los procesos de salud de las infancias y adolescencias, trazando líneas de fugas que habiliten intervenciones que reacuerpen y recuperen el deseo como potencia vital civilizatoria. Líneas de fuga entendidas como en un contexto en el que:

Hay una máquina abstracta de mutación, que actúa por decodificación y desterritorialización. Ella es la que traza las líneas de fuga: dirige los flujos de cuantos, asegura la creación-conexión de los flujos, emite nuevos cuantos. Ella misma está en estado de fuga, y dispone de máquinas de guerra en sus líneas. Si constituye otro polo es porque los segmentos duros o molares no cesan de obstruir, de bloquear, de interceptar las líneas de fuga, mientras que ella no cesa de hacerlas circular - entre los segmentos duros y en otra dirección, submolecular. Pero también, entre los dos polos, hay todo un dominio de negociación, de traducción, de transducción específicamente molecular, en el que unas veces las líneas molares están ya trabajadas por fisuras y hendiduras, otras las líneas de fuga, atraídas hacia agujeros negros, las conexiones de flujos, sustituidas ya por conjunciones limitativas, las emisiones de cuantos, convertidas en puntos- centros. Y todo eso se produce al mismo tiempo. Las líneas de fuga conectan y prolongan sus intensidades, hacen saltar signos-partículas fuera de los agujeros negros; pero al mismo tiempo se pliegan a microagujeros negros en los que se arremolinan, a conjunciones moleculares que las interrumpen; y también entran en segmentos estables, binarizados, concentrizados, orientados hacia un agujero negro central, sobrecodificados. (Deleuze y Guattari, 2004, p. 227).

Las creencias y los deseos son la base de toda sociedad, porque son flujos, y como tales -cuantificables-, verdaderas Cantidades sociales, mientras que las sensaciones son cualitativas, y las representaciones, simples resultantes. La imitación, la

oposición, la invención infinitesimales son, pues, como cuantos de flujo que indican una propagación, una binarización o una conjugación de creencias y de deseos. (Deleuze y Guattari, 2004, p. 223).

En palabras de Federici, resulta central para el abordaje sanitario recuperar la conciencia de que:

El cuerpo también es un texto en el que los regímenes de poder escriben sus preceptos. Como punto de encuentro entre el mundo humano y el no humano, el cuerpo ha sido nuestro medio de expresión personal más poderoso y el más vulnerable al abuso. Por ende, nuestro cuerpo es el testimonio de las penas y las alegrías que hemos vivido y las luchas que hemos librado; en él se pueden leer historias de opresión y rebelión. (Federici, 2022, p. 65).

Siguiendo esta línea, podemos decir que la internación de Tami se prolongó más de lo esperado pero ese tiempo dio lugar a que el momento de su egreso hospitalario estuviera cargado de sentido y afectividad. Que ese tránsito que implicó la estadía de once meses en un hospital, esa gesta colectiva que posibilitó la transformación de la posición subjetiva de la joven y en paralelo transformó la cotidianidad de la sala de internación pediátrica, hizo sentido y construyó salud. Pero no solo para “la usuaria/paciente” sino también para quienes la acompañamos en ese proceso. Ser parte de un equipo de salud implica lidiar con la complejidad y la vulnerabilidad, también con la frustración y la desesperación. Poder construir contrahegemonía de la praxis en salud se constituye en un bastión central para poder desandar dichas complejidades. Tamara egresó a un dispositivo convivencial adecuado a sus necesidades y continuó el seguimiento por consultorios externos.

Lo que Tami nos dejó... A modo de conclusiones y aperturas

¿Acaso se puede dar cuenta de cuánto de lo monstruoso puede darse en el seno de la familia, para configurar algo de “lo familiar” desde el equipo de salud en un cotidiano que trasciende lo estrictamente profesional?

Ya no se trata de intervenir sobre ni para, sino de subvertir una lógica y trabajar con. Armar lazos que posibiliten líneas de apertura, conjugar tensiones que potencien otros posibles.

Surge la necesidad de ubicar otras nominaciones que posibiliten dar cuenta de aquello que transcurre, que se vive, que nos afecta, que nos produce y producimos. Se trata de ir siendo, en movimiento, con otros, de configurar trama que sea potencia vital, que aloje cuidados, que cultive afectos, de devenir alojamiento para la vida. En tiempos donde la crueldad y la violencia arrasan casi todos los espacios que transitamos. En tiempos donde la velocidad nos pasa por encima, donde no hay tiempo, porque todos los días acontecen urgencias por resolver, Tami, sus necesidades, la incapacidad para resolver de las instituciones nos dieron la posibilidad de habitar y construir otros modos de hacer salud.

Nos dio la posibilidad de ser atravesados y conmovidos por la realidad siendo esto la potencia vital necesaria para sostener una estrategia que se evaluará adecuada aunque parecía imposible de lograr. En ese sentido, nos preguntamos, si en contextos de desguace, de deshumanización de la vida, de adversidad social, política y espiritual ¿puede la ternura constituirse en la acción política necesaria para despertarnos del ostracismo que habitamos?

Bibliografía

- Balaña, S., Finielli, A., Giuliano, C., Paz, A., & Ramírez, C. (2019). *Salud feminista: Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Tinta Limón.
- Berenstein, I., & Puget, J. (1997). *Lo vincular: Clínica y técnica psicoanalítica*. Paidós.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (2004). *Mil mesetas: Capitalismo y esquizofrenia* (J. V. Pérez, Trad.). Pre-Textos.
- Guattari, F., & Rolnik, S. (2013). *Micropolítica: Cartografías del deseo*. Tinta Limón.
- Magistris, G., & Morales, S. (Eds.). (2021). *Educar hasta la ternura siempre: Del adultocentrismo al protagonismo de las niñas*. Ternura Rebelde.
- Rolnik, S. (2019). *Esferas de la insurrección: Apuntes para descolonizar el inconsciente*. Tinta Limón.
- Stolkiner, A. (2024). Experiencias y reflexiones sobre prácticas en salud mental con niños/as y adolescentes en situaciones de vulnerabilidad y desamparo. *Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*, 34, 144–158.
- Untoiglich, G. (2016). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz: La patologización de las diferencias en la clínica y la educación*. Noveduc.