

Gestión Dialógica de los cuidados en salud mental

Dialogical Management of Mental Health Care

(*) Dra. Leticia Costa - (**) Mgter Vanesa Aparicio (**)

(*) Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER)/ Licenciada en Psicología. Universidad Nacional de Rosario (UNR). Profesora Titular Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la vida y la salud. Universidad Autónoma de Entre Ríos. E-mail: costa.leticia@uader.edu.ar

(**) Licenciada en Trabajo Social. Magíster en Salud Mental. Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER). Profesora Adjunta Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud. Universidad Autónoma de Entre Ríos. Email: aparicio.vanesa@uader.edu.ar



Fecha de recepción: 10 de octubre de 2025

Fecha de aceptación: 1 de abril de 2026

RESUMEN

La salud mental ha sido tradicionalmente abordada desde una perspectiva biomédica, enfocándose en tratamientos farmacológicos y clínicos, lo que ha limitado la atención integral de los pacientes. Se propone un enfoque alternativo que integre dimensiones sociales, culturales y relacionales, destacando la gestión dialógica. La investigación muestra que el sufrimiento mental es un fenómeno relacional donde el diálogo y la conversación son esenciales para la recuperación. Se destaca la importancia de pensar en los cuidados desde una perspectiva polifónica, considerando múltiples enfoques y experiencias. La gestión dialógica implica un proceso de acompañamiento donde los pacientes son co-creadores de su experiencia terapéutica en tanto representa una alternativa valiosa al enfoque biomédico, priorizando la conversación y el diálogo. Este enfoque promueve una atención más integral y humanizada, respetando la dignidad y derechos de las personas con sufrimiento mental, y fomentando un modelo colaborativo en el tratamiento. En el presente artículo se propone una guía que enfatiza la construcción de relaciones, la escucha activa y el respeto por la diversidad como claves para el tratamiento. Incluye estrategias para implementar un diálogo efectivo que permita la co-creación de significados, así como un "botiquín de cuidados" que contenga prácticas y recursos para el cuidado en salud mental.

Palabras claves: gestión dialógica, cuidados, salud mental.

SUMMARY

Mental health has traditionally been approached from a biomedical perspective, focusing on pharmacological and clinical treatments, which has limited comprehensive care for patients. An alternative approach is proposed that integrates social, cultural and relational dimensions, highlighting dialogic management. Research shows that mental suffering is a relational

phenomenon where dialogue and conversation are essential for recovery. The importance of thinking about care from a polyphonic perspective is highlighted, considering multiple approaches and experiences. Dialogical management implies a support process where patients are co-creators of their therapeutic experience as it represents a valuable alternative to the biomedical approach, prioritizing conversation and dialogue. This approach promotes more comprehensive and humanized care, respecting the dignity and rights of people with mental suffering, and promoting a collaborative model in treatment. This article proposes a guide that emphasizes building relationships, active listening and respect for diversity as keys to treatment. It includes strategies to implement effective dialogue that allows for the co-creation of meanings, as well as a "care kit" that contains practices and resources for mental health care.

Keywords: dialogic management, care, mental health.

Primeras aproximaciones al campo de la salud mental

La salud mental es un campo que, tradicionalmente, ha sido abordado desde una perspectiva biomédica, priorizando el tratamiento farmacológico y las intervenciones clínicas por sobre un abordaje social. Sin embargo, este enfoque ha mostrado limitaciones en la atención integral y la recuperación de los pacientes.

La complejidad de dicho campo ha dado lugar a la emergencia de nuevas voces en relación al entendimiento de la salud mental, la perspectiva de sujeto, el reconocimiento de derechos, los modelos de atención, el rol de la familia, la comunidad y los servicios de salud en la dirección de la cura, aportando claves de análisis y comprensión que ponen en el centro del tratamiento al sujeto, su vivencia, su historia, su potencia, su red, interpelando lecturas pasivas que focalizan en el síntoma, que silencian los cuerpos, que patologizan vidas, que encorsetan singularidades en manuales de diagnósticos, que barren con todo aquello que quien está padeciendo trae consigo también desde lo que sí puede en relación a su vida y a sus redes de apoyo.

En este contexto, se hace pertinente explorar y abonar a nuevos modelos que integren la dimensión social, cultural y relacional del padecimiento mental. La gestión dialógica, que se sitúa entre la conversación y el diálogo, emerge como un enfoque transformador para el acompañamiento de sujetos con problemáticas de salud mental.

En este orden, algunos antecedentes nos permiten repensar aportes en torno a la comprensión de dicho campo. Los estudios de Serrano-Miguel et al. (2020) subrayan las deficiencias del modelo biomédico hegemónico, que tiende a desestimar las interacciones sociales y el contexto de vida de los pacientes. Este modelo ha sido criticado por su enfoque reduccionista, que limita la comprensión del sufrimiento mental a factores biológicos, como se menciona en el trabajo de Menéndez (1984), donde se señala que "el comportamiento humano es producto de las interacciones entre el cuerpo físico y el cuerpo social". (p.85)

Por otro lado, el trabajo de Jaakko Seikkula y Tom Erik Arnkil sobre el diálogo abierto (2019) resalta la importancia de crear espacios de conversación en los que los pacientes puedan ser escuchados y participar activamente en su tratamiento. Este enfoque se basa en la premisa de que el sufrimiento mental es un fenómeno relacional, donde las interacciones sociales juegan un papel crucial en la recuperación.

Ambos trabajos ponen en común la importancia de lo vincular y las influencias recíprocas para pensar el proceso de salud desde una perspectiva integral. Es decir, reconocer a los sujetos como seres entramados, tejiendo y tejiéndose en una red de interacciones que los van configurando, condicionando y transformando. En la dicha trama emerge no solo el padecimiento sino también la potencia de la cura, de un abordaje integral que permita enlazar lo biológico, con lo emocional, con lo espiritual, con lo relacional que es constitutivo de cada sujeto. Asimismo, implica reconocer el valor del acompañamiento en los procesos de atención de la salud desde una perspectiva compleja.

Del cuidado como atención individual a la ética vincular de los cuidados

“El cuidado es ante todo un modo de vinculación, una actitud que se cultiva en la interacción con las demás personas y con el mundo, y que no debe reducirse a un mero acto” (Boff, 2004).

El tema de los cuidados ha adquirido notoriedad en los últimos años, a partir de una profusa producción académica de la mano del pensamiento decolonial y el aporte de los feminismos para pensar los cuidados desde una clave socio-histórica vinculada a procesos sociales y culturales, así como a una mayor presencia en la agenda de políticas públicas, particularmente a partir de la pandemia por COVID-19.

A raíz de la denominada crisis del cuidado (Rossel, 2016; Lupica, 2014), las Ciencias Sociales se dedicaron, en primacía, al estudio de las desigualdades de género en la distribución de las tareas de cuidado y a los diferentes efectos, tanto sociales como económicos, del envejecimiento poblacional (Rossel, 2016; Torrado, 2007), la transformación de las estructuras familiares (Ullman, Maldonado y Rico, 2014; Rico y Maldonado, 2011; Jelin, 2010; Arriagada, 2007), y la mayor incorporación de las mujeres al mercado laboral como fuerza asalariada (Wainerman, 2007). En este marco, se destacan investigaciones desarrolladas desde la Sociología (Faur, 2019; Batthyány, 2015; 2020) y la economía feminista (Rodríguez Enriquez 2015), así como enfoques interdisciplinarios (Vega, Martínez-Buján y Paredes 2018).

En relación al campo de la salud mental el tema de los cuidados invita a nuevas claves de comprensión, para poder poner en tensión la idea del cuidado como categoría unívoca apelando a su naturaleza polifónica, que aloja perspectivas, enunciados, representaciones, prácticas, vivencias respecto de qué significa cuidar, cómo se debe cuidar, quiénes cuidan y a quiénes cuidar. Diremos entonces que, los cuidados son múltiples, así como los espacios donde se desarrollan y los sujetos que los llevan adelante tanto para sí como para otros. No hay un solo

cuidado ni una única manera de cuidar: cuido de mí, de otros, me dejo cuidar, nos cuidamos colectivamente, cuido con otros, decido no cuidar ni ser cuidado. El cuidado se teje en la trama de la vida, establece lazos, reconoce tensiones, contiene y suelta como parte de un mismo devenir, dando cuenta así de su naturaleza compleja.

En particular, cuando hablamos de cuidados en el campo de la salud mental la referencia a los mismos aparece ligada a la idea de atención, estableciendo cierta sinonimia entre ambas categorías que merece ser repensada.

El "cuidado" tiene una connotación mucho más amplia e integral que la "atención". El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s.f.)

Así enunciada, la atención se vincula a una fuerte referencia reparatoria respecto de un otro que necesita de aquello que carece. Se destaca por ser unidireccional, donde el profesional de salud actúa como la figura de autoridad que dirige el proceso, lo que deviene en cierta interacción jerárquica con el paciente. Este enfoque es atravesado por el modelo médico hegemónico, que prioriza el diagnóstico y el tratamiento, a menudo desestimando la voz de aquel que se vuelve sujeto de atención. En esta comprensión también subyace una relación de poder entre quien detenta el saber respecto del padecimiento del otro y quien es receptor pasivo de las decisiones y acciones que establecen los equipos de salud sobre sí, sobre su cuerpo y su vida.

Desde otro lugar, los cuidados devienen de una perspectiva integral; apelan a un enfoque integrador que da lugar a la diversidad de voces que alojan el acto de curar-cuidar, instan a una comprensión compleja, interinstitucional, intersectorial, interdisciplinaria, promocional, preventiva, participativa y descentralizada. Diremos entonces que se realizan en una trama, donde la interacción es recíproca y se basa en la ética del dar y recibir, en tanto ética vincular.

Al respecto dirá Najmanovich (2019):

El contexto entonces dejará de ser lo que rodea al sujeto, el ambiente exterior. Podemos empezar a concebir un sujeto entramado, vivo y por lo tanto en permanente intercambio en un medio del que se nutre y en el que participa activamente, que lo forma y al que conforma, en un linaje de transformaciones, con un itinerario siempre abierto y siempre ligado a la textura vital- afectiva- cultural. (p.8).

Esta perspectiva reconoce la importancia de las relaciones, pone en el centro del acto de curar, a los cuidados, al vínculo y la co-creación del bienestar. En los cuidados el otro se configura así como semejante y no un sujeto pasivo que recibe atención. Así, los cuidados implican un compromiso compartido, donde tanto quien cuida y quien recibe cuidados son sujetos activos en el proceso de tratamiento. En los cuidados hay reciprocidad entre semejantes que pulsan,

que participan activamente, en el proceso de la cura.

Hablar de los cuidados es hablar de la vida, de nuestra naturaleza humana en diálogo con el texto- contexto. Es sabernos en relación, en donde el otro se configura en un sujeto importante desde su singularidad, siempre situada. Es en relación donde los cuidados se tejen colectivamente, en el que todos cuidan de todos construyendo reciprocidad, y habilitando la afectación mutua. Los cuidados desde una integralidad en donde dialoga el cuidado de sí, del otro y del entorno como parte de una misma clave para comprender la vida misma. Es en la trama de la vida en la que se gesta esa dialéctica en donde el cuidado de sí y del otro incluye el cuidado de todo lo que existe como expresión de una energía colectiva.

Plantear que los cuidados tienen tramas implica reconocernos como sujetos en un tejido común con otros, en donde el cuidar, cuidarnos y dejarnos cuidar forman parte de una misma configuración, en la que el cuidado de sí se gesta siempre en relación a uno mismo y a otro y, también, se gesta y sostiene en relación al vínculo con la naturaleza. Así, los cuidados producen subjetividades relacionadas. La subjetividad implica una disposición para ir al encuentro hacia otro que no se circunscribe a la naturaleza humana.

Reconocer nuestra condición de ser viviente, implica sabernos en entramados con la naturaleza, apelar a ese contacto sutil y profundo que implica reconocer la vida pulsando en nosotros y a nuestro lado, y que supone, en términos de una mirada integral de la salud leer en claves de tratamiento las huellas del entorno en las vidas de quienes presentan un padecimiento para poder historizar y proponer caminos situados de atención.

Los cuidados como gesto plural, no es solo acción o palabra o cuerpo o emocionalidad, o experiencia. Es todo ello tejido junto. Es vivencia integradora e integral, que encuentra sus diferentes caras en una trama común que le da cuerpo, sostén y contención al acto de curar-cuidar la vida. En este sentido, se presenta como una dimensión transversal a la existencia y no ya como una actividad concreta solo situable en algunos ámbitos, y ante algunas situaciones.

De lo que se trata, entonces, es de no polarizar lógicas que distinguen atención y cuidados escindiéndolos o bien, abonando al borramiento de las distinciones existente entre ambas sino a reconocer las mediaciones, los puntos de encuentros, la potencia que nutre a la atención hacia otro desde una ética de los cuidados, reconociendo, asimismo, que en esa atención también está presente el cuidado de los propios profesionales de la salud.

Los cuidados en salud mental entre la conversación y el diálogo

*“Aprendí que a veces
solo nos queda confiar en la marcha
para comprobar que alguien nos supo cuidar
en nuestra vulnerabilidad
cuando no pudimos solos” (Cinwololo, 2023: 85)*

Entendemos a la organización social de los cuidados como “una trama de conversaciones” (Flores, 1994), similar a la definición de Walsh y Ungson, quienes describen las organizaciones sociales como una red de significados intersubjetivos compartidos, sustentada a través del desarrollo y uso de un lenguaje común e interacciones sociales cotidianas.

“Es posible describir una gama amplia de conversaciones que implican a su vez diversos diseños, donde los más ‘naturales’ son aquel tipo que se organiza fundado en patrones culturales compartidos, lo que la vuelve conocida y predecible; habitual y natural. Estas conversaciones aportan seguridad y estabilidad al encuentro relacional, generando por su función normatizadora fuertes restricciones en la exploración de modos alternativos de conversación.” (Fuks, 1998, p. 9).

Consideramos que este tipo de interacción social genera permanencia sobre lo contingente y brinda una imagen que da consistencia a los cuidados. La repetición y recursividad de determinados temas y estilos conversacionales construyen la identidad de los cuidados. Sin embargo, estas conversaciones también pueden generar fuertes restricciones en la exploración de modos alternativos de conversación, lo que disminuye las posibilidades de aprendizaje en el contexto de la salud mental.

Una herramienta de gestión que permite empezar a expresar lo inexpresado es el diálogo, que actúa como un modelo facilitador de exploración de modos y temas de conversación. La vivencia del diálogo se constituye en una experiencia de reflexión-exploración con y entre personas. Para Isaacs (1999), el diálogo es un proceso donde compartir la indagación constituye una manera de pensar y reflexionar juntos. “Es un proceso de indagación colectiva sobre los supuestos y certezas que conforman la experiencia diaria” (Isaacs, 1999, p. 9). Este proceso implica el presupuesto compartido de que existirán condiciones para la cooperación entre los participantes.

La coyuntura actual en los cuidados de salud mental constituye un fuerte desafío que nos lleva a reflexionar sobre las características que inhiben o posibilitan las prácticas dialógicas frente al padecimiento subjetivo. Por ello, es fundamental preguntarnos cuáles son las condiciones que propician el diálogo y la generación de capacidades dialógicas desde la ética de los cuidados en el campo de la salud mental.

La gestión dialógica de los cuidados implica en primer término reconocer que gestionar es gestar, es decir, llevar a cabo un movimiento, una acción, una propuesta para hacer algo posible. Implica una función de concreción orientada hacia una finalidad. Dicho esto, gestionar implica gestar desde la conversación comunidades de cuidados en el campo de la salud mental.

La gestión dialógica se refiere a un proceso de acompañamiento que incorpora elementos de conversación y diálogo, permitiendo que los pacientes se conviertan en co-creadores de su experiencia terapéutica. Esto implica no solo hablar sobre los síntomas y el tratamiento, sino también explorar las experiencias, capacidades, emociones, red vincular y contextos de vida

de aquel enunciado como paciente.

Antecedentes y experiencias de implementación de Gestión Dialógica en salud mental.

- *Diálogo Abierto (Open Dialogue)*: Este modelo, desarrollado en Finlandia por Seikkula y Arnkil (2019), promueve la inclusión de los pacientes y sus redes de apoyo en el proceso de tratamiento. Se enfoca en la conversación y la colaboración, permitiendo que las personas compartan sus experiencias y participen activamente en las decisiones sobre su cuidado.
- *Grupos de Apoyo y Círculos de Diálogo*: En diversas comunidades, se han establecido grupos donde las personas comparten sus experiencias y apoyan a otros en situaciones similares. Estos círculos fomentan un ambiente de confianza y escucha activa, permitiendo que los participantes se sientan valorados y comprendidos.
- *Metodología de Investigación-Acción Participativa (IAP)*: Utilizada en proyectos comunitarios, la IAP involucra a los miembros de la comunidad en la identificación de problemas y en la búsqueda de soluciones. A través del diálogo y la colaboración, se generan cambios que responden a las necesidades reales de la comunidad.
- *Programas de Salud Mental Comunitaria*: Muchas iniciativas en salud mental integran la gestión dialógica al involucrar a los pacientes en el diseño y la evaluación de servicios. Esto asegura que los servicios sean más pertinentes y efectivos.
- *Terapia Narrativa*: Este enfoque terapéutico se basa en el diálogo entre el terapeuta y el paciente, donde se exploran las narrativas personales. Ayuda a los pacientes a reescribir sus historias, promoviendo un sentido de agencia y empoderamiento.

Guía de Acompañamiento para la Gestión Dialógica de cuidados en Salud Mental

La gestión dialógica de los cuidados en salud mental se basa en la premisa de que las conversaciones sensibles y el diálogo son fundamentales para establecer relaciones significativas entre los profesionales de la salud y los pacientes. Esta guía propone estrategias y herramientas inspiradas en los principios de diálogo y comunicación presentados por Costa, Perlo y de la Riestra (2005), adaptadas al contexto de los cuidados en salud mental.

Proponer una guía implica reconocer un camino posible, siempre dinámico y situado, capaz de ser re-creado a la luz de cada situación. Lejos de ser un esquema taxativo de pautas a seguir intenta apelar a núcleos sustantivos para el tratamiento en el campo de la salud mental desde una perspectiva de cuidados que sea garante de los derechos de las personas que presentan un padecimiento y de los profesionales que desarrollan la intervención. Se configura en un documento vivo que aporta sugerencias y recomendaciones para posibilitar una atención integral a personas con problemas de salud mental a fin de contribuir a mejorar la calidad de la atención, unificar criterios y facilitar la toma de decisiones por parte de los profesionales de la

salud, pacientes, familiares, cuidadores y la comunidad.

Principios Fundamentales:

- **Reconocimiento del otro como semejante:** implica reconocer al otro como auténtico otro, en tanto alteridad radical, como enuncia Levinas (1997). Reconocer a ese otro desde su singularidad siempre situada que, es a la vez, una oportunidad de acogida desde la intervención, un modo de alojar su humanidad, su existencia.
- **Construcción de Relaciones:** El diálogo debe ser entendido como un proceso que construye y reconstruye relaciones no solo entre profesionales y el paciente, sino también entre cuidadores, familia y comunidad. Como afirman las autoras, “el desarrollo de la mente colectiva está íntimamente ligado al fortalecimiento del entramado conversacional” (Costa, Perlo y de la Riestra, 2005:p.14).
- **Escucha Activa:** Fomentar una escucha que no solo capte el contenido verbal, sino que también reconozca las emociones y experiencias del otro. Es decir, habilitar una escucha sensible respecto del padecimiento del otro. Una escucha que trascienda la oralidad, reconociendo las múltiples manifestaciones respecto de lo que le sucede y que también habilite un diálogo respetuoso y asertivo desde los propios profesionales tratantes.
- **Respeto por la Diversidad:** Valorar y legitimar las diferencias de perspectiva entre quienes participan del tratamiento.
- **Valor de la autonomía vincular:** parte de poner en valor la potencia del otro, es decir lo que el otro sí está pudiendo en términos de su situación, los recursos que tiene disponible, su red de apoyo que brinda sostén y cuidado en el proceso de intervención.
- **Dimensión temporal:** implica reconocer los tiempos presentes en el tratamiento, tanto en orden a aquellos subjetivos del paciente, del equipo interviniente, del tratamiento en sí, y del anclaje institucional, que en muchos casos pauta plazos y determina requerimientos y expectativas respecto de lo esperable para cada situación.

Propuesta de implementación de una Guía de Acompañamiento para la Gestión Dialógica de cuidados en Salud Mental

Dispositivo: Grupal

Coordinación: requiere la designación de funciones dentro del equipo tratante a fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos planteados en los tiempos previstos. La coordinación configura un equipo clave en el armado del encuentro en tanto es quien gestiona y hace posible el reconocimiento del espacio como ámbito de cuidados.

Roles:

- **Guardián de la palabra:** es quien presenta la propuesta de trabajo, coordina la actividad, enuncia los objetivos a alcanzar en el espacio, facilita la palabra entre los asistentes regulando la participación, elabora síntesis de lo trabajado.
- **Guardián del tiempo:** gestiona el uso del tiempo en función de los distintos momentos previstos para la actividad.
- **Guardián de la escritura:** lleva el registro escrito de los intercambios producidos en el encuentro, sistematizando emergentes en un documento común.

Etapas:**1. Etapa Cartográfica**

Indagación Apreciativa: Poner en común trayectorias de vida entre los participantes. ¿Qué nos trajo hasta aquí?

Facilitar a los participantes que compartan experiencias positivas de diálogo en sus vidas. Reflexionar sobre qué hizo que esas experiencias se configuren en significativas para sí mismo. ¿Por qué considera que es importante el diálogo? ¿qué posibilita? ¿cuándo se me dificulta? ¿Sé dialogar? ¿Cuáles son las actitudes necesarias para gestar diálogos de cuidados?

Campos Conversacionales*Campo 1: Polite*

- *Técnicas de Presentación:* Fomentar un ambiente amable y respetuoso donde se establezcan las bases para futuras conversaciones.
- *Dinámica de Expectativas:* Realizar ejercicios donde los participantes compartan qué esperan del proceso de cuidado y del diálogo, qué entienden por cuidados, cuáles son los cuidados y descuidos que reconocen haber recibido y dado, cuáles son las emociones presentes al trabajar el tema.

Campo 2: Controversia

- *Prácticas conversacionales básicas:* implementar la escucha atenta y el hablar cuidadoso para poder transformar los conflictos en controversias. Estas prácticas sostenidas desde el respeto por las diferencias (lo ad-verso) ayudan a maximizar los acuerdos.
- *Técnicas de Producción Grupal:* Implementar talleres donde los participantes discutan abiertamente los temas difíciles y las diferencias de opinión sean aceptadas con reciprocidad.

Campo 3: Reflexivo

- *Técnicas de Cohesión:* Utilizar dinámicas grupales que fomenten la exploración de significados compartidos y la reflexión sobre las propias emociones y pensamientos.

- *Registro de Observaciones:* Mantener un registro de las interacciones para identificar patrones de diálogo y áreas de mejora.

Campo 4: Diálogo

- *Criterios para el Fluir del Diálogo:* Promover la escucha atenta y la suspensión del juicio durante las conversaciones, permitiendo que los significados fluyan y se co-construyan desde un “pensar juntos, nuevas posibilidades”.
- *Diálogo Generativo:* Fomentar un ambiente donde se valoren las ideas de todos y se busquen soluciones creativas a los problemas.

Botiquín de cuidados. Otro recurso posible desde la potencia de la trama.

El Botiquín de cuidados es un dispositivo colectivo que en su interior reconoce procesos, saberes, prácticas, gestos, una configuración del otro y una ética de la intervención en el campo de la salud mental. Surge a partir de la experiencia que como equipo de investigación venimos llevando adelante desde la Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud de la Universidad Autónoma de Entre Ríos en el marco del Proyecto de Investigación Tipo B (PI-B) “Prácticas y gestos del cuidado. Anclajes desde la formación de Enfermería” Res. N° 313/23 CS-UADER.

Dicha investigación tiene entre sus objetivos el de producir conocimientos acerca de las prácticas y gestos de cuidado en estudiantes y profesionales del campo de la enfermería, como, así también, profundizar la experiencia en las modalidades colaborativa y vivencial de investigación acerca del cuidado recuperando saberes de estudiantes del primer ciclo de la carrera de Licenciatura en Enfermería de las sedes Paraná y Concordia y de profesionales del Hospital Escuela de Salud Mental de Paraná y del Hospital Felipe Heras de Concordia.

La idea del Botiquín de cuidados emerge como construcción singular en el devenir del proceso de investigación, como una de las herramientas diseñadas en el proceso de relevamiento de datos. La palabra botiquín quiere decir pequeña caja donde se guardan medicinas y deriva de la palabra botica y esta del griego almacén. La idea del botiquín como aquel instrumental que aloja a su interior recursos posibles para curar-cuidar la vida.

En este sentido, plantear la creación de un botiquín de cuidados se vincula a construir un instrumento dinámico y situado que diseñe, promueva, recupere a su interior prácticas de cuidado para sí y para otros en el ámbito de su intervención. En este orden, se apela a una construcción colectiva que permite dotar a los equipos de salud de un bagaje de herramientas disponibles para el abordaje de situaciones de salud mental, ya sea desde abordajes individuales como grupales.

Como dispositivo reconoce dos dimensiones integradas:

- *Dimensión onto epistemológica:* que refiere a una concepción de sujeto, de salud mental y de

tratamiento fundada a una ética vincular presente en el acto de curar- cuidar.

- *Dimensión técnico instrumental:* que recupera la existencia de recursos concretos presentes en la intervención en donde el principio dialógico es parte fundante del tratamiento, y la puesta en valor de saberes a partir del reconocimiento de mejores prácticas.

Respecto de las pautas concretas para su operacionalización resulta importante:

- Construir un marco teórico- metodológico común respecto de qué se entiende por salud mental, tratamiento, lugar de los distintos actores con responsabilidad en el proceso de atención.
- Garantizar la conformación de equipos interdisciplinarios e intersectoriales para la atención de situaciones vinculadas al campo de la salud mental con perspectiva en derechos humanos.
- Establecer objetivos y metas de la intervención en el corto, mediano y largo plazo así como la dirección del tratamiento, diseñando instancias de evaluación y supervisión de los tratamientos.
- Advertir respuestas posibles antes situaciones de crisis o ajustes a la estrategia de intervención inicial.
- Acordar criterios claros para la toma de decisiones dentro de los equipos.
- Pautar momentos, etapas del tratamiento con las acciones a desarrollar y participantes. Identificar quiénes son los sujetos que participan en cada intervención y reconocer las voces de todos los participantes.
- Focalizar en los equipos de salud como responsables primarios de la estrategia de salud, dirigiendo el tratamiento en términos de configurarse como facilitadores de procesos que favorece la atención y posibilitan los cuidados y la cura.
- Facilitar el diálogo desde la horizontalidad de saberes entre todos los actores intervinientes.
- Ponderar el diseño de propuestas grupales para el tratamiento de problemáticas específicas por sobre el abordaje individual.
- Generar rondas de intercambio donde poner en común el trabajo realizado convocando no solo a los equipos de salud sino también a los pacientes y su red de apoyo en el compartir de experiencias apelando a gestar comunidades de cuidados.

CONCLUSIÓN

La gestión dialógica de los cuidados en el acompañamiento en salud mental ofrece una alter-

nativa valiosa al enfoque biomédico tradicional. Integrando la conversación y el diálogo, este modelo no solo aborda los síntomas del sufrimiento mental, sino que también considera la experiencia completa del paciente. La propuesta de Seikkula y Arnkil (2019) sobre el diálogo abierto proporciona un marco sólido para implementar esta gestión, enfatizando que "el diálogo es la base para la construcción de relaciones significativas en el proceso de recuperación".

De este modo, se abre un camino hacia una atención más integral y humanizada, que respete la dignidad y los derechos de las personas en situación de sufrimiento mental, promoviendo así un enfoque colaborativo y empoderador en el tratamiento.

Esta perspectiva implica continuar problematizando con los equipos de salud las propias concepciones que subyacen al momento de diagramar la intervención, el reconocimiento de aquel que se constituye en sujeto de atención, el diseño de estrategias integrales, creativas, dinámicas, que apelen al reconocimiento de la mayor cantidad de involucrados en el proceso de la cura, y las vinculaciones establecidas entre estos.

Asimismo, supone indagar las propias concepciones en torno a la idea del cuidado, cómo lo entienden, cómo se reconocen como parte o no de ese devenir del cuidar a otro y con otros, cuáles son los componentes que nutren la idea de cuidado y cuáles son las acciones concretas que se inscriben a partir de allí en términos de intervención.

Todo ello implica abonar a modelos de atención innovadores, que pongan en el centro del tratamiento la dimensión de lo vincular, la potencia del paciente, de su red de apoyo y del equipo tratante, que interpela prácticas hegemónicas y discursos medicalizantes y anuladores de la singularidad para abonar a la dimensión humana y vital del cuidado desde una mirada compleja de la salud mental.

Asimismo, impone en el ámbito organizacional, acompañar estos movimientos, dando lugar a estos otros modos posibles, y necesarios, de construir la atención los cuidados, abonando a que forme parte del diseño de las agendas institucionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Angelino, M. A. (2014). *Mujeres intensamente habitadas. Ética del cuidado y discapacidad*. Editorial Fundación La Hendija.

Bardet, M. (2019). *Hacer mundos con gestos*. Buenos Aires: Cactus.

Batthyány, K. (2020). Miradas latinoamericanas al cuidado en K. Batthyány (Coord.), *Miradas latinoamericanas al cuidado*. CLACSO; Siglo XXI, 11-52.

Boff, L. (2012). *El cuidado necesario*. Trotta.

- Boff, L. (2002). *El cuidado esencial. Ética de lo humano, compasión por la tierra*. Trotta.
- Carmona Gallego, D. (2023). Masculinidades y ética del cuidado. *Polisemia*, 19(36), 4–20.
- Carmona Gallego, D. (2022). Percepciones sobre el cuidado en personas adultas con discapacidad intelectual de un centro de día argentino. *Revista Reflexiones*, 103(1), 1–31. <https://doi.org/10.15517/rr.v103i1.52223>
- Carmona Gallego, D. (2021). Vulnerabilidad, ética del cuidado y enfoques ecosistémicos. Fundamentos ontológicos y éticos para el cuidado de sí, de los otros y de la naturaleza. *De prácticas y discursos*, (10), 15.
- CEPAL. (2021). *Hacia la sociedad del cuidado: los aportes de la Agenda Regional de Género en el marco del desarrollo sostenible*. Naciones Unidas.
- Comins Mingol, I. (2009). *Filosofía del cuidar: una propuesta coeducativa para la paz*. Icaria.
- Costa, L. (2019). Tejiendo la trama, conversaciones entre la negociación y el diálogo en C. Perlo y L. Costa (Coord.), *Saber estar en las organizaciones: una perspectiva centrada en la vida, el diálogo y la afectividad*. Fundación La Hendija.
- Cullen, C. (2019). *Ética ¿dónde habitas?*. Editorial Las cuarenta.
- Davis, A. (2005). *Mujeres, raza y clase*. Akal.
- De la Aldea, E. (2019). *Los cuidados en tiempos de descuido*. LOM.
- Duffy, M. (2007). Doing the dirty work: Gender, race, and reproductive labor in historical perspective. *Gender & Society*, 21(3), 313-336.
- Ehrenreich, B. y English, D. (1981). *Brujas, parteras y enfermeras. Historia de sanadoras*. Editorial La Sal.
- Eisler, R. (1990). *El cáliz y la espada: nuestra historia, nuestro futuro*. Cuatro vientos.
- Esquirol, J. M. (2021). *Humano, más humano*. Acantilado.
- Esquirol, J. M. (2019). *La resistencia íntima. Ensayo de una filosofía de la proximidad*. Acantilado.
- Faur, E. (2019). *El cuidado en el siglo XXI: Mujeres malabaristas en una sociedad-desigual*. Siglo XXI.
- Fisher, B. y Tronto, J. (1990). Toward a Feminist Theory of Caring en E. Abel y M. Nelson (Eds.), *Circles of Care* (pp. 36-54).SUNY Press.
- Foucault, M. (2003). *La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad*. Paidós.

- Fuks, S. (1998). Transformando las Conversaciones acerca de las Transformaciones. *Psyke*, 7(2). <https://ojs.uc.cl/index.php/psykhe/article/view/21033>
- Gattino, S., y Chacarelli, M. E. (2021). El cuidado como política, ética centrada en la vida en W. Uranga (Comp.), *Políticas Sociales: estrategias para construir un nuevo horizonte de futuro*. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.
- Gilligan, C. (1987). *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. Fondo de Cultura Económica.
- Glenn, E. (1992). From servitude to service work: Historical continuities in the racial division of paid reproductive labor. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 18, 1-43.
- Han, B. Ch. (2020). *La desaparición de los rituales: Una topología del presente*. Editorial Herder.
- Hirata, H. (2018). Subjetividad y sexualidad en el trabajo de cuidado En N. Borgeaud-Garciandía (Comp.), *El trabajo de cuidado* (pp. 103-116). Fundación Medifé.
- Hooks, B. (2017). *El feminismo es para todo el mundo*. Traficantes de Sueños.
- Jelin, E. (2010). *Pan y afectos. La transformación de las familias*. Fondo de Cultura Económica.
- Kipen, E., Marmet, M. L., Delsart, M. E., Aparicio, V., Suarez, M., y Florenza, A. (2023). Reco- rriendo las tramas institucionales del cuidado: Investigación colaborativa en torno al cuerpo y el cuidado. *Ciencia, Docencia y Tecnología Suplemento*, 13(14), 387-425.
- Laugier, S. (2015). The Ethics of Care as a Politics of the Ordinary. *New Literary History*, 46(2), 217-240.
- Lévinas, E. (1997). *Totalidad e infinito: ensayo sobre la exterioridad*. Sigueme
- Lévinas, E. (2000). *Ética e infinito*. Machado libros.
- Lupica, C. (2014). *Recibir y brindar cuidados en condiciones de equidad: desafíos de la protección social y la protección social en Argentina*. OIT.
- Maturana, H. (1997). *Emociones y lenguaje en educación y política*. Granica.
- Maturana, H. y Verden-Zöhler, G. (2011). *Amor y juego: fundamentos olvidados de lo humano. Desde el patriarcado a la democracia*. Editorial Granica.
- Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative research design: an interactive approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Menéndez, E. (1984). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una

fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 3, 83-119.

Molinier, P. (2018). El cuidado puesto a prueba por el trabajo. Vulnerabilidades cruzadas y saber-hacer discretos En N. Borgeaud-Garciandía (Comp.), *El trabajo de cuidado* (pp. 178-210). Fundación Medifé.

Molinier, P. (2011). *El trabajo y la ética del cuidado*. La Carreta Editores.

Morin, E. (2009). *Introducción al pensamiento complejo*. Editorial Gedisa.

Mujica, J. (2009). *La casa y otros ensayos*. Editorial Vaso Roto.

Najmanovich, D. (2021). Cuidadanía. Ecología de saberes y cuidados En E. Duering. y L. Cufré, L. (Comps), *El tejido social en las calles sin nombre* (pp. 236-250). Editorial Tirant lo Blanch.

Najmanovich, D. (Diciembre de 2019). "Cuidadanía: ecología de los saberes y los cuidados". Conferencia de las XVI Jornadas Nacionales de la Red de Psicopedagogía, Argentina.

Noddings, N. (2003). *Caring. A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. University of California Press.

Organización Panamericana de la salud. (s.f.). Alma-Ata: 25 años después. <https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops/alma-ata-25-anos-despues>

Perlo, C. y Costa, L. (2019). Hacia una ética dialógica-ecológica, más allá del paradigma crítico En C. Perlo y L. Costa (Coord.), *Saber estar en las organizaciones: una perspectiva centrada en la vida, el diálogo y la afectividad* (pp. 169-179). Editorial Fundación La Hendija.

Perlo, C., De la Riestra, M. R., y Costa, L. (2009). Presentación. Investigar el mal-estar, construir el saber estar para generar bienestar en nuestros contextos organizativos. *Revista IRICE-Nueva Época*, 20, 7-13.

Pié Balaguer, A. (2019). *La insurrección de la vulnerabilidad. Para una pedagogía de los cuidados y la resistencia*. Ediciones de la Universidad de Barcelona.

Rico, M. y Maldonado Valera, C. (2011). ¿Qué muestra la evolución de los hogares sobre la evolución de las familias en América Latina? en M. Rico y C. Maldonado Valera (Ed.), *Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas*. Naciones Unidas.