



psicología

EPISTEMES Y PRÁCTICAS
DE PSICOLOGÍA PREVENTIVA

 *Peudeba*



Eudeba
Universidad de Buenos Aires

Primera edición: diciembre de 2010

© 2010
Editorial Universitaria de Buenos Aires
Sociedad de Economía Mixta
Av. Rivadavia 1571/73 (1033)
Tel.: 4383-8025 / Fax: 4383-2202
www.eudeba.com.ar

Diseño de tapa:
Corrección y composición general: Eudeba

Impreso en Argentina.
Hecho el depósito que establece la ley 11.723



No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su almacenamiento en un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, electrónico, mecánico, fotocopia u otros métodos, sin el permiso previo del editor.

ÍNDICE

Introducción	11
<i>Graciela Zaldúa</i>	

PARTE I

EPISTEMES, PRÁCTICAS Y POLÍTICAS SOCIALES

Capítulo 1. Prevención y promoción de la salud comunitaria.	
Tensiones, paradojas y desafíos	17
<i>Graciela Zaldúa</i>	

Capítulo 2. Políticas sociales, ciudadanía y subjetividad.	
Consideraciones para una praxis crítica en salud mental.....	45
<i>Graciela Zaldúa</i>	

PARTE II

CONDICIONES DE TRABAJO Y SUBJETIVIDAD

Capítulo 3. Trabajo, praxis y salud.....	83
<i>Katty Pérez Chávez y Malena Lenta</i>	

Capítulo 4. Criticidad y relación: dimensiones necesarias de la ética en la psicología comunitaria.....	115
<i>María Belén Sopransi</i>	

Capítulo 5. Herramientas para la evaluación de la salud de y con los trabajadores	123
<i>Malena Lenta y Kattya Pérez Chávez</i>	

Capítulo 6. Representaciones profesionales e identidad profesional en los trabajadores de la salud.....	139
<i>Graciela Zaldúa, María Teresa Lodieu, Marcela Bottinelli, Paula Gaillard y Mariela Nabergoi</i>	

Capítulo 7. La violencia en el mundo del trabajo. Estudio en un hospital general de la CABA	149
<i>Dora Koloditzky, Graciela Zaldúa, Francisca Funes, Paula Gaillard y Norma Brasco</i>	

PARTE III

SALUD REPRODUCTIVA, GÉNERO Y SALUD

Capítulo 8. Debates sobre el <i>ethos</i> de cuidado y las cuestiones de género.....	157
<i>Graciela Zaldúa</i>	

Capítulo 9. Representaciones sociales de la maternidad adolescente.....	165
<i>Graciela Zaldúa y María Pía Pawlowicz</i>	

Capítulo 10. Prevención en salud reproductiva. Epidemiología y poder	179
<i>Kattya Pérez Chávez</i>	



PARTE IV
SALUD MENTAL Y DISPOSITIVOS ALTERNATIVOS

Capítulo 11. Algunas consideraciones sobre epidemiología en Salud Mental. Constricciones epistémicas del estado de la cuestión: interrogaciones y reconstrucciones.....	203
<i>Graciela Zaldúa</i>	
Capítulo 12. Transformación institucional y Salud Mental	213
<i>Ana Tisera</i>	
Capítulo 13. Desafiando al destino. Chicos y chicas en situaciones de calle y vulnerabilidad	237
<i>Valeria Pipo</i>	
Capítulo 14. Los desafíos de la prevención en la vejez. Reminiscencias y narrativas.....	261
<i>Rosana Peirano</i>	
Capítulo 15. Por la alegría contra la muerte. El arte interviniente y movilizante.....	273
<i>Hugo Leale</i>	
Capítulo 16. Espacios y estrategias comunicacionales de prevención y promoción de la salud mental colectiva	299
<i>Rosana Peirano</i>	
Capítulo 17. Vulnerabilidades, turbulencias y posibilidades	317
<i>Graciela Zaldúa</i>	
Posfacio	327
<i>Rosana Peirano y Malena Lenta</i>	

INTRODUCCIÓN

GRACIELA ZALDÚA

“Impedir el conocimiento de los sufrimientos que engendra
corresponde a los mecanismos de la dominación.”

Theodor W. Adorno, *Mínima Moralía*.

Este texto surge del colectivo docente de Psicología Preventiva y está conformado por temas y problemas de la Salud Colectiva y las subjetividades en el movimiento sociohistórico. Producciones, obstáculos, deseos y desafíos de una transmisión universitaria crítica e implicada, que se interroga sobre las condiciones de posibilidad del pensar, conocer, decir, hacer, transformar. Epistemes hegemónicas subordinadas a lo manifiesto, empírico y simplificado que eluden la complejidad y las prácticas emergentes tecnocráticas escindidas del Otro son interpeladas desde una perspectiva de la Teoría Crítica y del compromiso ético político.

Nos propusimos interrogar las matrices de pensamiento y acción tradicional en el campo de la Salud Colectiva y posibilitar otras lecturas sobre la complejidad, los acontecimientos, las subjetividades y sus sentidos. Nos propusimos transitar sobre las condiciones de posibilidad del bienestar y del porvenir subjetivo y comunitario.

Los imperativos de la prevención clásica, sostenidos por enunciados normativos y estrategias técnicas anticipatorios de las enfermedades y peligros, restrictas a causas-efectos emergentes, son paradójales porque enuncian un deber ser del bien y la salud, pero son encubridores de lo político y el poder y de la complejidad de los condicionamientos sociales, económicos, biológicos y psicológicos e ideológicos del campo sanitario. Paradojas de los discursos hegemónicos capitalistas del bien y la salud y las operatorias de control social, dominación, estigmatización y culpabilización. M. Foucault señalaba que las

organizaciones encargadas de la Prevención surgieron en las postrimerías del siglo XVIII y se estructuraron bajo dos mitos: 1) el de la profesión médica organizada sobre el modelo eclesial e investida a nivel de la salud y el cuerpo con poderes semejantes a aquellos que ejercen sobre las almas. Y 2) el mito de la erradicación total de las enfermedades en una sociedad sin problemas, ni pasiones. Descripciones que establecen normas y prácticas constitutivas de la Salud Pública y las nociones de higiene, profilaxis y también podemos incluir las estrategias extremas del eugenismo.

A mediados del siglo XX se instala el paradigma de la Historia Natural de la Enfermedad con centralidad en el Estado y en el saber técnico científico. La intervención privilegiada del horizonte de la clínica y sus tres momentos de la prevención primaria, secundaria y terciaria. El momento histórico nos demanda revisar sus límites y construir otras lecturas situacionales, epistémicas y práxicas. Frente a estos modelos de tipo neopositivista con presupuestos en la exterioridad, regularidad de los fenómenos sociales, explicaciones causales y exigencias de refutabilidad de las teorías, surgen otros que ponen en cuestión la naturalización de las relaciones sociales y la objetividad material escindida de la subjetividad. La promoción del cuidado individual sin una justicia distributiva social y simbólica es el sustento liberal de prácticas reactivas orientadas a los déficit y con proyecciones culposas alejadas de la responsabilidad social y singular.

Cientificidad que estalla y reclama de otros presupuestos sostenidos en el análisis de las condiciones materiales de vida, en la participación de los actores, en la destitución de las opresiones y en la restitución de los derechos de ciudadanía. Los valores y las prácticas sostenidas en la diversidad, el empoderamiento y el hacer para transformar se inscriben en un horizonte emancipador y utópico.

Los problemas sanitarios y las Políticas de Salud atañen a lo público y son un terreno de disputa por su legitimidad. La crisis del modelo de acumulación capitalista –con sus efectos de precarización, desocupación, expulsión– expone a la creciente segmentación y fragilización de las vidas y los lazos sociales. Tensiones sociales, de género, culturales nos interpelan sobre las relaciones con “los otros”, las carencias, las necesidades, los satisfactores y las situaciones traumáticas y catastróficas. Las condiciones de afectación de las subjetividades a partir de situaciones traumáticas irrumpen y desestabilizan el metabolismo psíquico y los recursos previos no alcanzan. Varios autores definen a la situación traumática como sucesos de pérdidas

masivas que incluyen eventos disruptivos del mundo exterior que irrumpen en las personas, instituciones y/o comunidades y alteran el equilibrio, desestructurando y generando sentimientos de desconfianza y destrucción. Las vivencias traumáticas generan vacíos, afectos desligados e irrupción de síntomas. Para Freud, lo eficaz del síntoma es el afecto de terror. En el trauma social, la amenaza que ejerce la violencia contra el sujeto produce angustia traumática, estupor inicial, paulatino embotamiento, anestesia afectiva generando narcotización de la afectividad.

Frente a las situaciones emergentes de precarización de las vidas reflexionamos sobre la prevención, la promoción y el cuidado y nos preguntamos:

¿Cómo se resignifican las vivencias y las representaciones sobre las condiciones de precarización y expulsión del mundo del trabajo, las tramas simbólicas y materiales del patriarcado, las violencias de género y los efectos del Terrorismo de Estado?

¿Cómo habilitar lugares para las demandas de subjetividades afectadas por vínculos abusivos con las drogas o las violencias o por sufrimientos relacionados a los desgastes y acosos en el trabajo, o por la exclusión del trabajo asalariado?

¿Cómo inventar dispositivos alternativos a las modalidades tutelares para la situación de emergencias psicosociales de grandes y de chicos en la calle o en conflictos con la ley?

¿Cómo registramos los analizadores institucionales? ¿Cómo operan los dispositivos de atención en salud mental frente a las demandas actuales del padecimiento subjetivo?

¿Cómo se superan las rémoras manicomiales y se propician dispositivos alternativos y sustitutivos del orden manicomial? ¿Qué congruencia existe entre las leyes y las políticas de salud mental y las convenciones de Derechos Humanos?

Contribuir con recursos para leer la irrupción de acontecimientos que transformen las situaciones de sufrimiento o daño, o propiciar otras configuraciones vinculares y actores que disputen los sentidos funda otra posibilidad del pensamiento ético político y un quehacer profesional implicado. Los dispositivos comunicacionales, creativos, las propuestas participativas son espacios de invención de esquemas que intentan otros posicionamientos subjetivos, otras tramas relacionales.

Problematización teórica, intervenciones de Extensión Universitaria a través del Observatorio de Psicología Preventiva e investigaciones sobre

tópicos prioritarios de la Salud Colectiva son los pilares de sustentan las trayectorias del colectivo de Psicología Preventiva.

El desarrollo de Proyectos investigativos de Ubacyt –como Praxis de salud, Condiciones de producción de los actos de salud, Epidemiología de las adicciones, Salud de las mujeres desde el enfoque de género, Niñas y niños en situaciones de riesgo, Desgaste laboral y Síndrome de Burnout, Políticas públicas de promoción y prevención en situaciones de vulnerabilidad social– fueron estrategias sostenidas en paradigmas interpretativos y de la Teoría Crítica del Modo de Vida y la producción de subjetividades.

Los escritos de *Epistemes y prácticas de Psicología Preventiva* se relacionan con los paradigmas de la prevención y la promoción; políticas sociales, ciudadanía y subjetividad; condiciones de trabajo y salud; salud mental y dispositivos; cuestiones sobre las drogas; salud reproductiva y género; epidemiología y poder; las inequidades sociales y de género; y la posibilidad de espacios de autonomía, chicas y chicos en situación de calle, ética y situaciones de vulnerabilidad. Me acompañan en las autorías de cátedra y de investigación: Hugo Leale, Katty Pérez Chávez, Ana Tisera, Rosana Peirano, Malena Lenta, Valeria Pipo, María Belén Sopransi, Paula Gaillard, Mariela Nabergoi, Marcela Bottinelli, María Teresa Lodieu, Dora Koloditzky y María Pía Pawlowicz.

Buenos Aires, octubre de 2009.

PARTE I

EPISTEMES, PRÁCTICAS Y POLÍTICAS SOCIALES

CAPÍTULO 1

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA. TENSIONES, PARADOJAS Y DESAFÍOS

GRACIELA ZALDÚA

“Praxis es el hacer en el cual el otro o los otros son considerados como seres autónomos y como el agente esencial del desarrollo de su propia autonomía.”
Cornelius Castoriadis

1. Psicología Preventiva: dimensiones teórico-prácticas y ético-políticas

La Psicología Preventiva es un espacio crítico de saberes y prácticas de la Salud Colectiva, de los condicionantes materiales y simbólicos y de los dispositivos de promoción, prevención, atención y rehabilitación. Prioriza la elucidación de obstáculos, propósitos y desafíos para la praxis promocional y preventivista en contextos sociohistóricos de incertidumbre y convoca a la interrogación sobre la potencialidad y los límites de las gestiones, actos y propuestas de las políticas públicas y sociales de la prevención y promoción comunitaria. Las coordinadas técnico-científicas y geopolíticas de la lógica capitalista plantean nuevos regímenes de subjetivación y desubjetivación, en escenarios de dominación, exclusión e inequidades que impotentizan a instituciones tradicionales estalladas, como la familia, la escuela, el hospital. Nos proponemos propiciar la interrogación sobre las problemáticas prioritarias y las paradojas de la propuesta de la salud como derecho y la inaccesibilidad al mismo de amplios sectores excluidos. Camino abierto para indagar sobre la clausura de sentido de necesidades y demandas singulares y colectivas y, en consecuencia, habilitar otras representaciones y significaciones desde una praxis de implicación en la promoción de subjetividades autónomas, creativas, solidarias.

Los aportes a la formación profesional de este espacio son en el campo de la intervención, prevención y promoción comunitaria; *hacer para transformar*, en los ámbitos institucionales de salud, educación, desarrollo social, territoriales. En la trama de la sociedad civil, cuyos actores demanden ante situaciones que resultan insoportables o inaceptables por sus riesgos o daños, o que deseen un horizonte de cambio, es posible construir dispositivos participativos y dialógicos. Los fundamentos epistémicos, prácticos y éticos de la Psicología Preventiva son básicos para los profesionales de la salud y las ciencias sociales.

La Psicología Preventiva es un campo de articulación teórica y metodológica con la Psicología Crítica y de la Liberación, La Psicología Social Comunitaria, la Epidemiología y la Planificación Estratégica Participativa, para el registro y la intervención sobre necesidades, demandas y satisfactores de la Salud Colectiva.

Como analizador estratégico facilita los abordajes de la situación sociosanitaria, la visibilidad de los problemas registrados o silenciados, las situaciones de riesgos, de emergencia, traumáticas y catastróficas y habilita a una dialéctica de demandas solventes por un bienestar singular y colectivo.

El enfoque alternativo a la orientación disciplinar funcionalista y pragmática propicia una praxis metacrítica, pluritópica y de la intersubjetividad que interroga al objeto epidemiológico y a las nociones de causalidad y riesgo. En consecuencia, reclama enfoques no reduccionistas en los dominios ontológicos, epistemológicos y metodológicos. Los abordajes de las dimensiones de la realidad compleja requieren la reconstrucción de procesos generales que se desarrollan en la sociedad, de procesos particulares y sus mediaciones que se desenvuelven en los diversos grupos poblacionales y de procesos singulares de ocurrencia en las subjetividades.

Objeto, concepto y campo de la salud comunitaria están en transformación continua debido a su carácter contradictorio y articulado en relación al Modo de Vida y la(s) episteme(s) que define históricamente las condiciones de posibilidad discursiva, de las representaciones y las prácticas. La prevalencia e incidencia de problemas de malestar y sufrimiento psíquico están ligadas a un contexto sociohistórico de precarización y pérdida del trabajo asalariado, de declive de las instituciones de sostén y socialización, de deterioro de la calidad de vida y la incertidumbre ante los proyectos singulares y colectivos.

Las categorías analíticas de clase social, género, subjetividad, y las construc-

ciones y prácticas sociales en la cotidianeidad actual son mediadoras de un enfoque epidemiológico del Modo de Vida y facilita el estudio de escenarios complejos para la viabilidad de estrategias preventivistas.

El enfoque crítico se basa en el estudio de procesos de producción y distribución de los perfiles de Salud / Enfermedad / Atención y las condiciones de posibilidad de dispositivos preventivos participativos.

El problema de eficacia técnica en Salud planteado por las demandas actuales nos interroga sobre las atribuciones dogmáticas reduccionistas y descontextualizadas y sobre la posibilidad de propiciar estrategias resistentes y protectoras que faciliten:

- a) la indagación sobre los dominios de las necesidades personales, relacionales y colectivas vinculadas con el bienestar y el malestar subjetivo y colectivo;
- b) el reconocimiento de las situaciones complejas determinantes de morbilidad y mortalidad evitables por género, clase y ciclos vitales;
- c) la capacidad de resistencia a los colapsos y declives de instituciones –como la escuela, el hospital, los centros de salud– y la construcción de espacios preventivos interdisciplinarios;
- d) la identificación de las condiciones propiciatorias de situaciones de riesgo en los procesos adictivos, los ataques al cuerpo y las catástrofes narcisistas;
- e) la interpretación de los modos de resistencia a la violentación que neutralicen los efectos del poder para marginar, discriminar, someter y silenciar las desubjetivaciones atentatorias de los procesos identificatorios;
- f) el análisis de las instituciones que perpetúan los mecanismos de cronificación y judicialización de los sujetos con padecimiento y sufrimiento psíquico; y
- g) la promoción de ciudadanías activas en la exigibilidad de los derechos.

La propuesta científico-técnica y pedagógica convoca a una agenda promotora de la elucidación de mecanismos de protección y prevención de

la salud y de la aprehensión de herramientas de: planificación estratégica; de monitoreo participativo de procesos críticos; y de diseño de evaluación para una praxis psicocomunitaria crítica y una ética del compromiso social.

2. Aproximación a los sentidos y características de la prevención

La prevención se asocia a llegar antes, adelantarse, evitar algo anticipadamente. Prevenir tiene su origen en *praevenire* (*prae*, antes, y *venire*, venir).

En el diccionario de M. Moliner (1994) referencia al fin de precaver, evitar o impedir algo, prever o conocer de antemano o anticipar, advertir, informar o avisar algo, anticipar a la provisión de cierta cosa, de disponer de tiempo de las cosas necesarias para advertir ciertos comportamientos, pre-disponer. Prevenir en el campo de la salud se asocia a tomar recaudos ante las situaciones de riesgo, a informar o anticipar sobre los riesgos, a fomentar una mejor calidad de vida y a propiciar conductas responsables y modos de vida saludables. Múltiples sentidos en un entramado de condicionamientos económicos, sociales, culturales, de género, subjetivos.

La prevención de las enfermedades y la promoción de la salud y el bienestar aparece como deseo personal y colectivo y como enunciado o propósito de las políticas públicas,(S/M) en programas, proyectos o acciones de las instituciones de salud, educación, desarrollo social, etc. Las concepciones de salud y de prevención que se proponen cambios para evitar la aparición de problemas y fomentar un mejoramiento en la calidad de vida no se dan en un vacío histórico y social y no son recortes técnicos neutros, están condicionadas social y políticamente. En este sentido nos encontramos con interrogantes acerca de las condiciones de posibilidad de sus propósitos y acciones en las dimensiones sociohistóricas, y, por otra parte, sobre su construcción de objeto, y su complejidad intersectorial e interdisciplinaria, incluyendo las matrices disciplinarias con generalizaciones simbólicas, valores y creencias o modelos aplicados para la resolución de problemas.

Movimiento de la ciencia en contextos históricos y cuyos discursos se producen en determinadas condiciones de posibilidades de pensar, conocer y decir. Estas relaciones epistémicas son interdependientes entre los paradigmas científicos, el campo cultural e ideológico y el Modo de Vida. Campos de

conflictos y contradicciones y de exigencias ético-políticas.

El proceso Salud / Enfermedad / Atención se vincula a las necesidades no sólo cuando hay carencias, cuando falta algo, sino como potencia y posibilidad de ser en el mundo. Mundo o espacio social que tiene distintas formas o distribución de poder. Las necesidades que son objetivas y subjetivas y corresponden a las personas y los grupos familiares se desarrollan en espacios sociales concretos, condicionados por lo económico, lo cultural y lo político en cada clase social y por las relaciones étnicas y de género.

Las necesidades en salud son una construcción colectiva y se pone en juego en la interacción con profesionales, servicios de salud y usuarios. Como en el campo general de las necesidades humanas básicas, ya sean sociales o de naturaleza biológica, su satisfacción está condicionada por esa realidad social. Por tanto, hay algunas necesidades auténticas y otras artificiales que interesan al sistema, para el control social y perpetuación de la diferencia. A su vez, los problemas también son objetivos y subjetivos y se enmarcan en un contexto social. Los recursos para la investigación, la prevención, la asistencia de acuerdo a las necesidades y problemas están determinados por los intereses políticos y económicos y en función de los conflictos y tensiones sociales.

Algunos autores distinguen entre salud física, salud mental y salud social, pero está claro que para sentirse o estar “sano” se requiere de la integración del cuerpo biológico, la subjetividad y el mundo de relaciones afectivas, sociales.

Las características de la Prevención en Salud que se consensúan desde diversas propuestas que intentan superar enfoques reduccionistas positivistas, idealistas son (Fernández Ríos *et al.*, 1994):

- a) la interdisciplinariedad, sostenida por los valores de las disciplinas favorables a la calidad de vida, al fomento de la salud, a la reducción de situaciones de riesgo;
- b) integral en su consideración de las personas y sus ámbitos sociales, culturales, ambientales;
- c) proactiva en cuanto que las estrategias son poblacionales, estén o no en situaciones de riesgo. Cuando se define el riesgo es reactiva;
- d) con estrategias múltiples de intervención y principios éticos de respeto a los derechos personales y comunitarios; y
- e) con compromiso por la igualdad y equidad de género, social y étnica.

3. Los caminos recorridos de la Prevención y sus paradigmas

La humanidad siempre buscó caminos para luchar contra las enfermedades y para reducir o evitar el sufrimiento, el dolor. Se considera un primer momento preventivo, definido como instintivo, cuando los seres vivos luchan contra el dolor y el sufrimiento con las respuestas de evitación refleja. Un segundo momento, de prevención mágica religiosa, es cuando buscan un sentido sobrenatural a los acontecimientos que provocan las enfermedades mediante hechizos, conjuros, para ahuyentar los malos espíritus productores del dolor y convocar a los protectores. En este sentido muchas veces se acudió o acude a curanderos, chamanes o a ritos religiosos de oraciones o sacrificios para lograr la felicidad o evitar las desgracias. Un tercer momento racional científico, que abarca desde la cultura de los griegos y los latinos hasta la Ilustración, en el que se reflexiona sobre la naturaleza, la materia de la que estamos constituidos, dando origen a las ciencias médicas (Fernández Ríos, L.; Cornes, J. M., 1997). Observar, analizar, razonar, diagnosticar e intervenir fueron los ejes desde esos tiempos y que aún perdura con el modelo hegemónico médico. Por supuesto que en ese largo camino de la historia no fue siempre ascendente en racionalidad o búsqueda del bienestar general, sino que tuvo retrocesos, como en la Edad Media y el poder inquisitorial sobre los cuerpos y almas, o los procesos mercantiles como en nuestra época, que convierten a la salud en mercancía de accesibilidad diferencial por clase social, etnia, género y cultura. Sobre el papel del control social y las disciplinas nos referimos en la introducción a las teorizaciones de Foucault. Es interesante recordar a Morel (1860) que, en su perspectiva higiénica y profiláctica frente a las anomalías de los sectores más desfavorecidos de la sociedad, asociaba desde una lógica causal las condiciones de vida y los comportamientos peligrosos para la salud y la sociedad.

A mediados del siglo XX se desarrollaron modelos explicativos neopositivistas basados en la tríada ecológica: agente causal, huésped y medio ambiente, aunque este último no es central. La relación causal entre agente y huésped aparece como una cuestión aleatoria.

El modelo de la Historia Natural de la Enfermedad de Leavell y Clark define un horizonte clínico y tres períodos: prepatogénico, patogénico y pospatogénico, que se corresponden con la prevención primaria, preven-

ción secundaria y prevención terciaria. La prevención primaria contempla acciones de promoción de la salud y protección específica. A la prevención secundaria corresponden acciones de diagnóstico, tratamiento temprano y limitación de la incapacidad. A la prevención terciaria corresponden acciones de rehabilitación.

Gerald Caplan (1964) organiza un modelo conceptual y operativo de la Psiquiatría Preventiva, ligado a la Psiquiatría Comunitaria en EE.UU., en el período de J. Kennedy.

Define a la Prevención en Salud Mental como un conjunto de actividades y acciones que tienden a disminuir los riesgos de que una población enferme. Caracteriza a los factores responsables de la frecuencia de los trastornos mentales en la comunidad como factores continuos que moldean los estilos de vida y crisis recurrentes asociadas a cambios en las conductas.

Plantea la provisión de los aportes necesarios en cada etapa de crecimiento y desarrollo, de tipo:

- a) **físicos:** frente a los déficit cuantitativos y cualitativos para el crecimiento y de protección de daño físico;
- b) **psicosociales:** de estímulos del desarrollo intelectual y ligados a la satisfacción de las necesidades interpersonales, como necesidad de intercambio, amor y afecto, necesidad de limitación o control y participación en actividades colectivas. En una relación sana, la persona significativa es quien percibe, respeta y trata de satisfacer las necesidades del sujeto en una forma que esté de acuerdo con sus respectivos roles sociales y valores de la cultura.
- c) **socioculturales:** influencia y valores de la cultura y la estructura social.

Por otra parte, articula la personalidad y las crisis como una sucesión de fases cualitativamente diferentes. Entre una y otra fase hay períodos de conductas indiferenciadas y períodos de transición con trastornos en el área intelectual y afectiva, que están vinculadas a las crisis evolutivas (infancia, adolescencia, adultez, vejez), y períodos de crisis accidentales, precipitadas por el azar que implican pérdidas del trabajo, amenazas, muertes de seres amados (Erickson).

Sistematiza las intervenciones en los siguientes niveles:

- 1) **Prevención primaria:** para reducir la tasa de incidencia de determinados problemas en la población, atacando las causas identificadas de las crisis, antes de que puedan llegar a producirse. Tiene como objetivo reducir la probabilidad de aparición de los problemas y los esfuerzos se dirigen tanto a modificar el entorno de riesgo como a reforzar o mejorar las habilidades individuales para enfrentarlos;
- 2) **Prevención secundaria:** para reducir la tasa de prevalencia de determinados problemas. Los esfuerzos se dirigen a identificar y diagnosticar precozmente los problemas y realizar una intervención eficaz y rápida.
- 3) **Prevención terciaria:** tiene como objetivo reducir los efectos o secuelas de determinados problemas y sus recurrencias o recidivas. Las actividades se dirigen a generar programas de rehabilitación y recuperación.

Esta forma de diferenciar tres niveles de la Prevención hoy está puesta en cuestión, por ser fragmentaria y, a su vez, abarcativa de todos los niveles de las intervenciones en salud: promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la población general y de sectores con riesgos específicos. Es un **modelo totalizante en las intervenciones pero con reduccionismo epistémico a las causalidades inmediatas y una linealidad procesual que obvia las complejidades, las simultaneidades, las contradicciones, las paradojas, la historicidad, etc.**

En función de esta revisión crítica, muchos autores abogan por redefinir la **prevención como: una general**, para el conjunto de la población, definida como prevención universal; **otra específica**, en función de los riesgos, como prevención específica; y **una tercera como prevención indicada**, vinculada a reducir la prevalencia de algunas dolencias o problemas sociales. Dentro del campo sanitario, prevalencia se refiere a casos de enfermedades existentes o nuevas en un período determinado. La incidencia se refiere a los casos nuevos aparecidos en un periodo determinado.

En relación a la prevención universal se pueden pensar programas o acciones de protección del medio ambiente, programas antidiscriminaciones, programas de prevención sobre epidemias y pandemias de transmisión y no transmisión.

La prevención selectiva pretende potenciar las capacidades para afrontar las situaciones y factores de riesgo. Se sugiere potenciar en grupos determinados conductas reactivas a situaciones de riesgos adictivos, violentos,

desestructurantes personales y sociales. A su vez, al actuar en los contextos específicos se pueden identificar obstáculos en las instituciones que pueden favorecer situaciones de riesgo: por ejemplo, abandono escolar, repitencia, accidentes viales, etc. Los espacios sociales pueden favorecer el apoyo social o bien expulsar a través de mecanismos no explícitos.

La prevención indicada tiene como objetivo desarrollar intervenciones ante problemas que comienzan a instalarse y pueden transformarse en problemas crónicos. Se sugieren programas dentro de contextos particulares favorables a un clima social beneficioso para las personas, a través de redes de apoyo, de propuestas comunitarias o hacia un grupo de personas con afectaciones emocionales o sociales con estrategias de acompañamiento, terapéuticas, a nivel singular y de sus grupos de pertenencia.

Desde modelos cognitivos conductuales, que incluyen aspectos de prevención proactiva o reactiva, se plantean intervenir ante contextos o conductas de riesgo. Dentro de este enfoque se ha desarrollado el Modelo de Competencia, orientado hacia valores de promoción de la calidad de vida y el bienestar integral del ser humano, dentro de un contexto multicultural y con el respeto a la diversidad, también abogan por una redistribución más equitativa entre individuos, grupos y países. Otro aspecto significativo es la perspectiva de construcción social del conocimiento y la consideración de la influencia de los intereses sociales que se imponen a la investigación y la interpretación de resultados (Fernández Ríos y Gómez Fraguela, 2007).

Los aspectos básicos de la Ciencia de la Prevención, para Prilleltensky y Nelson (2000) son: los valores, el conocimiento, los individuos, la sociedad, la legislación y la intervención preventiva. Las características de los valores a priorizar son : promover la calidad de vida y el bienestar integral, dentro de una realidad multicultural, en búsqueda de justicia distributiva y relaciones de poder equilibradas.

El conocimiento es entendido como construcción social de los problemas a prevenir, del conocimiento para solucionarlos, de la interpretación de los resultados, del condicionamiento social de la investigación y la interpretación de los resultados.

Conceptualizan a los individuos siempre activos, partiendo del supuesto del origen social de los procesos psicológicos superiores, con capacidad para planificar y autorregularse en la construcción del futuro. La motivación de la lucha por el bienestar individual y colectivo actúa como motor de cambio y procura no culpabilizar a las víctimas, y reconocer el valor de la responsabilidad personal para las acciones preventivas.

Las suposiciones básicas acerca de la sociedad son: que es activa y dinámica, anterior al individuo cuando nace y luego es socializado, acumula la historia sociocultural, impone a los individuos qué pensar y cómo hacerlo, las personas pueden influir en el sistema social e incluso modificarlo pero les sobrevive a las siguientes generaciones; es estructuralmente desigual y existe una representación social positiva de promoción de la salud.

Otro aspecto significativo es la legislación, como resultado del proceso de construcción social, representa guías para la acción y los principios legislativos se interiorizan a través del proceso de socialización. Constituyen la materialización de lo que la sociedad es y de lo que espera de los ciudadanos.

Y por último, el objetivo de la intervención preventiva y la tecnología de la Ciencia de la Prevención está orientada al contexto sociomaterial y a la búsqueda que los individuos se hagan concientes de los comportamientos de riesgo, como evitarlos y promover comportamientos más competentes. En cuanto a las tecnologías de la intervención incluye: educación para la salud, promoción de competencias cognitivas comportamentales, desarrollo organizacional y movimiento de autoayuda.

En este modelo de construcción de la competencia están implicados elementos del campo social, emocional, cognitivo-conductual buscando potenciar en los individuos y en las colectividades recursos que los doten con la capacidad de reafrentar y superar la adversidad. Comprenden, para el objetivo de promover la calidad de vida y la salud mental positiva como elementos centrales, los estilos de vida saludables (alimentos, vestido, cuidado, formas de afrontar problemas, relaciones con el medio ambiente), las conductas preventivas o conductas de bienestar (incluye la construcción social del conocimiento para percibir, seleccionar e interpretar los estímulos ambientales y las formas saludables de relacionarse con el ambiente); a su vez, la motivación es imprescindible para la realización de conductas saludables y promotoras de la calidad de vida.

Autores citados previamente como Fernández Ríos y Gómez Fraguela nos advierten sobre problemas para el futuro de la disciplina de la prevención desde: a) intentar explicar y actuar sin conocimientos suficientes que lo avalen al acatar la demanda de respuestas rápidas, frente a problemas nuevos, b) las dificultades epistémicas ligadas a las causalidades de fenómenos complejos y multidimensionados, no de relaciones causales simples, c) los sesgos del énfasis en la racionalidad sin considerar el papel de los sentimientos, las emociones y los procesos afectivos, d) a veces se advierte un énfasis exagerado como

patologías de la prevención, que pueden generar obsesivos en la detección de riesgos o en la culpabilización de los afectados, d) las planificaciones deficientes o dificultades metodológicas de los diseños y e) los efectos negativos de ciertas intervenciones.

Sin embargo, y a pesar de que son perspectivas más dinámicas y advierten de las contradicciones sobre la prevención, tienen su límite en el propio enfoque basado en las competencias. No retoman las dimensiones estructurales sociohistóricas que plantean las diferencias macro y micropolíticas y las dimensiones de las singularidades y las identidades genéricas. Los ámbitos de la cotidianidad, de la subjetividad, se articulan con los del trabajo y consumo, pero no se superponen y a su vez los patrones de la cultura dominante en sus aspectos alienantes y de opresión y subordinación de género, clase social y etnia no son articulados con la definición de valores a promover.

La perspectiva social comunitaria de Darío Páez y el Equipo Psicosocial de Rekalde, con ejes en lo social, interdisciplinar, comunitario, grupal, indagan la frecuencia y modalidades de sufrimiento y la relación con las clases sociales y el sexo/género. Basados en estudios epidemiológicos, indagan las desigualdades de poder y económicas asociadas a la pertenencia de clase y categorías sociales situadas en diferentes posiciones de la estructura social como determinantes de la presencia de trastornos. A su vez, se polemiza alrededor de la causación versus selección social y sobre la teoría de las etiquetas “labeling” y las barreras socioculturales al acceso a los tratamientos. El enfoque de género, en particular el rol de la mujer en la cultura y el reconocimiento de los factores microsociales que pueden actuar como precipitantes o desencadenantes (gatillo), como los sucesos vitales estresantes o los soportes y redes sociales que favorecen los procesos de identificación y socialización, completan un enfoque comprensivo explicativo para generar estrategias de intervención preventiva más eficaces.

4. Aproximaciones a un paradigma de la complejidad hermenéutico crítico. O sobre la construcción discursiva y práctica de la prevención

El discurso preventivo tradicional se sustentó en una lógica mecanicista, lineal y construyó representaciones que no corresponden a la complejidad de los procesos, describiendo los elementos y no las relaciones entre diferentes niveles de organización de la realidad. Pero, aun sabiendo de los límites que imponen lo indecible de lo real, enunciaremos algunas líneas que aportan a la construcción de otra concepción de la prevención y la demarcación de problemas.

Desde la perspectiva de la **Epidemiología Crítica**, Jaime Breilh señala que la reproducción social, los modos de vida y los estilos de vida y los procesos singulares se relacionan dialécticamente en un movimiento entre lo macro y lo micro en el orden social y la historicidad. Si sólo se toman las conductas y las exposiciones al riesgo, se despoja a los fenómenos de su historicidad y de su inserción social. La ciencia y sus aplicaciones acríticas eluden preguntarse qué es lo que investigamos en nuestras sociedades, cómo generamos los temas de las agendas públicas, cuáles son las representaciones y creencias de los distintos grupos sociales acerca de sus problemas, cómo operan las condiciones de posibilidad de lo que se puede pensar, conocer, decir en un momento histórico determinado, es decir, las epistemes dominantes y las subordinadas. Esto explica cómo, a pesar de los efectos destructivos de algunas políticas en la salud o la ausencia de políticas públicas o recursos ante evidencias y urgencias, no hay rechazo y muchos sectores acompañan y convalidan sus destinos de exclusión. Es la hegemonía que produce sentidos o formas de significación sobre la formas de poder y subordinación, sobre el empobrecimiento y la marginalidad y sobre los aspectos destructivos e inhumanos que se expresan en algunas condiciones de vida. Para que se potencie la capacidad crítica desde una perspectiva emancipadora y se renueven los paradigmas de acción de una propuesta intercultural para un nuevo proyecto para la salud, es necesario poner en contacto los saberes.

Recuperar la **interculturalidad**, no la asimilación a las formas dominantes, sino una manera de construcción de culturas, de doble traducción en la **producción de conocimientos para transformar el mundo**. Este proceso de doble traducción refiere a dos aparatos lógicos, dos cosmovisiones, la ciencia

y otros saberes, que mutuamente enriquecen la visión. Este horizonte crítico puede potenciar el respeto a las diversidades y una visión solidaria, en la perspectiva de equidad y defensa de la vida.

Las dinámicas de promoción de perfiles saludables y la prevención de los patrones destructivos a nivel singular y colectivo y de vulnerabilidad psicosocial se constituyen en modalidades de oposición entre los aspectos protectores, saludables que un grupo disfruta y los destructivos de inequidad, privación o deterioro que padece. Las relaciones sociales en que se desarrollan los procesos se materializan en el trabajo, en la vida familiar, en el consumo, en los cuerpos y en las subjetividades. Cuando se acumulan e intensifican las modalidades destructivas del trabajo, las formas de consumo carenciales, los patrones alienantes o la debilidad de organización, su calidad de vida y su capacidad defensiva desmejoran y se potencian los procesos familiares destructivos y las enfermedades biológicas y psíquicas.

Cuando sucede lo contrario, se expande y mejoran los procesos saludables o protectores. Se enfrentan las situaciones con más lucidez y se traman más lazos sociales para facilitar la resistencia, la rebeldía a las situaciones que enferman, que acobardan. Se posibilita desarrollar recursos protectores y de defensa en los distintos ámbitos: laboral, familiar y de relaciones de género.

Desde la perspectiva de la **Epidemiología Crítica**, corriente contrahegemónica y plural que incorpora **aportes latinoamericanos** (Laurell, Breilh, Filho, Castellanos, etc.), la **Salud Colectiva se articula histórica y socialmente con determinaciones económicas, políticas e ideológicas**. Las categorías conceptuales para el **conocimiento epidemiológico como desigualdad, diversidad, inequidad articuladas con estructuras de poder de clase social, género y etnia son centrales para el autoconocimiento de la sociedad y su transformación**. En este sentido las acciones de salud (promoción, protección, recuperación, rehabilitación) constituyen prácticas sociales y se relacionan con grupos sociales en contextos sociohistóricos. En consecuencia, **el objeto epidemiológico es interdisciplinario, e incluye la historicidad de sus prácticas y saberes y su relación con las fuerzas capaces de transformarla**.

Retomando la perspectiva de la Psicología Social Comunitaria y sus relaciones con la Prevención Crítica, sus improntas se registran en el carácter participativo, dinámico, dialogal, orientado a la transformación social y puesto en práctica por dos tipos de agentes catalizadores y facilitadores de cambios: profesionales de la psicología que trabajan en la comunidad (agentes externos) y personas interesadas y grupos organizados dentro de

las comunidades (agentes internos) comprometidos con la transformación y partícipes de los cambios del entorno físico, económico, de las relaciones sociales, así como de la conciencia sobre lo que ocurre, por qué y para qué ocurre (Montero: 2006, p. 46).

Sin embargo es lícito preguntarnos, como lo hace Menéndez (2006), sobre la participación comunitaria y la limitación más importante de los sectores pobres del Tercer Mundo, que es su exclusión política. Señala el contrasentido de pretender que las comunidades pobres accedan al poder (*Empowerment*) a través de programas de participación promovidos por instituciones oficiales o agencias multinacionales de ideologías neoliberales. Ser consecuentes con el empoderamiento significa rupturas y otras formas de distribución y adquisición de poder.

La *Psicología Crítica* tiene en su desarrollo múltiples influencias de las ciencias sociales –entre ellas la sociología militante (Fals Borda, 1978), la educación popular de P. Freire, la etnometodología– y, también, de los movimientos feministas, los movimientos negros y gays, de la antipsiquiatría o antimanicomiales, la escuela de Frankfurt y otras versiones marxistas y psicoanalíticas. Se reconoce una vertiente de América Latina, denominada *Psicología de la Liberación*, cuya figura fue Martín Ignacio Baró, que orienta una praxis de compromiso y transformación social. Y otra en el campo anglosajón denominada *Psicología Radical* (Brown, Parker), que incluye las perspectivas del psicoanálisis, del feminismo, del marxismo en una dinámica constructivista y dialógica.

Algunos de los principios que orientan a las perspectivas críticas son:

- a) Develar y rechazar las prácticas manipuladoras, en relaciones de trabajo, familiares, de orientación, escolares, terapéuticas, en las que se agregan posiciones científicas reduccionistas (positivistas sustancialistas) y mecanismos encubridores de poder (Parker, Baró, Freire, Aggleton, etc).
- b) Posibilitar la autonomía, como apertura que cuestiona el orden dado, las propias reglas, las representaciones del mundo, las significaciones imaginarias (Castoriadis).
- c) Contribuir a comprender las causas de los problemas, no sólo los síntomas, o desmontar los mecanismos ideológicos que sustentan los lugares de exclusión e identificarse allí, con lo abyecto, punto de universalidad verdadera (Žižek).

- d) Holístico, integral de los contextos sociales, políticos, económicos, las instituciones y los actores.
- e) Generar prácticas innovadoras que respondan a las necesidades y problemas de las personas y develen los mecanismos de sumisión, opresión, estigmatización y discriminación.
- f) Trabajar con las situaciones de la vida cotidiana y los discursos hegemónicos y de resistencia.
- g) Denunciar y subvertir las relaciones opresoras de poder de género, clase, etnia y cultura.
- h) Aportar a la transformación social (Montero, 2004).

En este sentido, lecturas significativas de autores como Žižek, Castoriadis, Adorno, Benjamin, Bajtin, Baró, Freud nos propician revisiones epistemológicas sobre teoría, verdad científica, discurso y producción de sentido.

En síntesis, nuestra perspectiva se enuncia como una dialéctica de saberes y prácticas que en su historicidad desafían a pensar en los alcances y límites de prevención y nos advierten que la formación y la enseñanza tienen horizontes metaprofesionales y metatécnicos implicados en perspectivas ético-políticas.

La complejidad nos aleja de los reduccionismos disciplinares, de los voluntarismos y de las ilusiones de objetividad, ya que estamos atravesados por la cultura y la sociedad. Poner en cuestión los paradigmas cuyas relaciones de asociación u oposición de nociones claves hegemonizan pensamientos y discursos en el campo de la prevención es un desafío.

Decíamos (Zaldúa, 1990) que la Psicología Preventiva Crítica se instala desde una estrategia de problematización para la indagación de sus orígenes y sus legitimidades científicas y políticas. Propiciamos búsquedas de caminos no reduccionistas, abiertos al descubrimiento y a los límites y posibilidades de la complejidad. Privilegiamos recortes de la realidad en los que se expresa la tensión de lo colectivo y lo individual en los procesos de salud-enfermedad, como manifestación de las condiciones de producción y reproducción de la vida material y simbólica. En el área biomédica, su legitimidad técnica es insoslayable, aunque se cuestionen sus niveles de eficacia. La prevención en los discursos sanitaristas dominantes, como imperativo de evitación o reducción de la morbilidad, privilegia las estrategias de información y

educación de la salud centradas en riesgos y daños evitables. En el campo de la salud mental, aparecen las controversias y un debate en apariencia irreconciliable, al remitirse al plano de las singularidades, el anatema asociado a la interdicción circula: la prevención es imposible. Su contracara basada en los comportamientos es la afirmación de que es posible prevenir y controlar los riesgos. Ambas creencias se instalan como prescriptivas de un deber ser, sin interrogación, imponiendo un juicio de autoridad como dominio de un saber descontextualizado. Capturados en la dimensión excluyente de la singularidad del aparato psíquico, o de la unidad comportamental o de estilos de vida, remiten a un reduccionismo al elidir el atravesamiento de las significaciones sociohistóricas y las condiciones materiales y simbólicas en la producción de subjetividades. La incompreensión de las contradicciones que se expresan a través de las desigualdades e inequidades de clases sociales, de género, de etnias, y las complejidades de las existencias singulares en sus enigmáticas propensiones al daño, al sufrimiento, a lo peligroso aunque se cuente con información. La perspectiva crítica se aventura en los procesos predecibles e impredecibles propiciadores de modalidades de resistencia o de vulnerabilidad o destrucción en tiempos de incertidumbre.

Las consecuencias de la crisis se expresan en violencias, amenazas, pérdidas reales o imaginarias y a través de discursos de poder, frente a la emergencia caótica, surgen las fantasías de control, de seguridad, de imputabilidad y criminalización de la pobreza y sus expresiones de resistencia. Es útil reflexionar sobre la categoría de fantasía social ideológica de equilibrio y certezas a partir del poder del Estado, y del mercado que expropia la capacidad utópica de cambios. La ilusión y la apuesta a volver a construir una sociedad que existía y no estaba escindida, encubriendo el antagonismo que siempre existió en la sociedad de clases del capitalismo. Frente a estas encerronas que empobrecen las capacidades de pensar y sentir, pueden surgir otras prácticas de invención potentes frente a la impotencia y abiertas a la posibilidad de otras trayectorias frente a la imposibilidad de la resignación.

La producción de las redes de sostén y cooperación es productora de confianzas singulares y colectivas. Pero cuando disminuye la potencia se reproducen los territorios de expulsión y la paradoja de la inclusión precaria de los programas sociales que generan dependencia y no autonomías.

Resistencia, empoderamiento, participación son constructos que se articulan con autonomía. Sentidos que anudan un más allá de la sobrevivencia y reconocimiento de sujetos que habitan lo público, fuera de ese

campo simbólico de marginación y estigmatización. Grupos como los jóvenes sin empleo, los sufrientes mentales, expulsados de la escuela y el trabajo transitan procesos de segmentación y segregación, agravados muchas veces por subculturas de violencias y adicciones. Marcas que los posicionan en posibles judicializaciones y en recorridos por los espacios cerrados de las llamadas rehabilitaciones. Otras consecuencias actuales son los repliegues sobre sí, el aumento de las depresiones, las catástrofes narcisistas, las caídas de la autoestima, implosionando los proyectos y los sueños, enmascarados en dolencias psicosomáticas o adictivas. La reactivación de los chalecos químicos o los diversos dispositivos de control son temas de la cotidianidad actual que nos interpelan.

Una serie de interrogaciones nos convocan a una reflexividad que aporte a refundar perspectivas teórico-prácticas de la prevención: ¿qué nexos epistémicos y prácticos sostienen los diferentes paradigmas? ¿Qué legitimidades y hegemonías político-técnicas autorizan o rechazan modelos preventivos? ¿Hay lógicas científicas e institucionales que visibilizan o invisibilizan las necesidades, percepciones y demandas en salud? ¿La historicidad y la producción de saber/poder en salud construyen los sujetos/objetos de intervención? ¿Qué enfoques sobre las relaciones sociales y las subjetividades se articulan desde la Psicología Preventiva Crítica? Y, por último, ¿qué constructos se privilegian y cómo se priorizan los problemas para la acción?

5. ¿Es posible la prevención de las violencias de género?

Es evidente el reconocimiento de que en distintos momentos de la historia, en diversos lugares del mundo y en las distintas clases sociales y culturas los derechos de las mujeres han sido invisibilizados o trasgredidos. Siempre se generaron estrategias para justificar, minimizar o negar el maltrato físico —los golpes, la violación, la muerte o los femicidios—; el maltrato psicológico —la descalificación, la subestimación y la deslegitimación o la amenaza y la burla—; el maltrato verbal —el insulto, el silenciamiento—; el maltrato de la discriminación —la desigualdad—. Tanto en los espacios públicos como privados esta situación requiere ser indagada, aunque resulte complejo su abordaje.

Es necesario, en primer lugar, preguntarnos sobre:

- a) Los factores sociales y culturales que hacen que persista, o que se oculte o se admita o se transmita intergeneracionalmente.
- b) La accesibilidad de las mujeres afectadas y la eficacia de las políticas y programas de prevención.
- c) Los grupos de mujeres que colaboran para la visibilización y denuncia.
- d) Las imágenes y discursos que los medios de comunicación ofrecen sobre la mujer y las violencias.
- e) Los aspectos subjetivos que contribuyen a establecer vínculos violentos.
- f) Las identificaciones dominantes de la feminidad y masculinidad.

Según Carol Pateman, detrás del contrato igualitario que se traduce, entre otras cosas, en la protección formal de leyes y/o instituciones que defenderían o castigarían cualquier tipo de violencia hacia las mujeres, persiste un sistema de estatus que ordena al mundo en dos géneros desiguales. Este sistema ordena las rutinas, las costumbres, la moral, la normalidad. Y esto conlleva a que los hombres violentos no sean excepcionales ni anormales en las sociedades, incluso cuentan con la aceptación o justificación de las mujeres a partir de normas culturales que lo naturalizan.

Es evidente que el tema se ha instalado en la agenda pública. La nueva Ley promovida en la Argentina (2009) incorpora la perspectiva de género. Se han formulado como formas indicativas de prácticas saludables, promoviendo nuevas formas relacionales y desnaturalizando el orden patriarcal e interrogando a los pares instituidos de mujer/madre; sensibilidad/intuición; deber/destino. Sin embargo, la experiencia nos demuestra que la existencia de la norma jurídica no es suficiente para ejercer los derechos en igualdad de oportunidades. Para que esta Ley se instale en las representaciones e imaginario colectivo, será necesaria la participación activa en una cultura no sexista ni homofóbica, sino diversa, la insistencia en la promoción de autonomía y equidad, en la prevención de las violencias, en el monitoreo de los productos comunicacionales, en la revisión de los planes de estudios de psicólogos, médicos, trabajadores sociales, etc. Es un desafío permanente

develar la tensión entre el sistema sexo/género y contrato social, e implementar acciones que permitan avanzar en la equidad de géneros y la prevención de las violencias

Eva Giberti se refiere a la imposibilidad de tener una postura imparcial en los temas de violencias, maltrato y abusos. Dice “el registro de las diferencias marca la dimensión política y cultural del enfrentamiento ético, ideológico, tanto con los violentos cuanto con aquellas posturas que desde la justicia, la función pública y desde la psicología –honorarios mediante– negocian con los victimarios o los defienden (...) Ejercitando el terrorismo de las revinculaciones obligadas y de las mediaciones pretendidamente protectoras de la recuperación familiar”.

Por otra parte, se pregunta: ¿qué tenemos que deconstruir y por tanto desideologizar e impedir?:

- 1) Que el abuso de poder, en tanto ejercicio, sea atributivo de los adultos en relación con los niños, niñas, así como de los varones respecto de las mujeres, de los heterosexuales respecto de los transgéneros, de los adultos respecto de los adultos mayores, o de quienes disponen enteramente de su físico respecto de las personas con capacidades especiales.
- 2) Que el abuso de poder también sea legalmente impuesto mediante su ejercicio en instituciones de diversa índole.
- 3) Que el abuso de poder constituya un modo de acción disciplinador y normativo contra niños, niñas, mujeres, transgéneros.
- 4) Que el abuso de poder esté localizado, legal y legítimamente, en una institución paradigmática vincular como es la familia. También que se lo legalice y legitime localizándolo en instituciones que, por su calidad normativa, funcionan como garantes del orden social (juzgados, escuelas, universidades, hospitales, etc).

Como hemos visto, las violencias no sólo consisten en actos o comportamientos aislados, son un proceso complejo de violentación y abusos de poder para la subordinación y opresión. Mitos encubridores, psiquiatrización y judicialización de las diferencias son modalidades de poder y dominación.

Rita Segato nos insta a actuar y pensar la acción y la teoría, porque “hacer una teoría sin acción es soñar despierto, pero la acción sin teoría amenaza con producir una pesadilla”.

6. Planeamiento y monitoreo de la prevención desde el género

Una de las modalidades que favorecen la apropiación de herramientas para la planificación de la prevención, el monitoreo de las acciones y el control de las gestiones es el empoderamiento activo de las mujeres y de la comunidad.

Para lograr las identificaciones de las necesidades auténticas, el monitoreo de la calidad de vida y de los programas y servicios y la contraloría social y la evaluación, se requiere participación, organización comunitaria y reflexión crítica sobre las relaciones de poder en los grupos y frente a otros actores.

Pensar en una “buena práctica” es conocer o realizar una experiencia positiva en un contexto determinado que reúna algunos criterios de una manera no rígida y que permita visualizar qué se está haciendo diferente y mejor frente a las desigualdades, las discriminaciones, las injusticias, las necesidades estratégicas de género.

- Equidad de género: decisiones y acciones que se toman para responder eficaz y creativamente a problemas y situaciones de desigualdad y discriminación de género.
- Contextos: se referirán a los análisis de las relaciones de género que se despliegan en los contextos cultural, histórico, geográfico, ambiental, económico, político, etc. y a las prácticas particulares.
- Legitimidad: es reconocida como positiva por actores/as claves del territorio donde se desarrolla, entre los beneficiarios directos e indirectos.
- Sostenibilidad: si existe un grado de apropiación de la práctica por parte de los actores/as y que tiene continuidad a pesar de los cambios administrativos o políticos.
- Eficacia: la práctica alcanza o supera los objetivos planteados y sus resultados son verificables a través de indicadores cuantitativos y cualitativos u otros mecanismos de monitoreo y evaluación.
- Pertinencia: la práctica responde a una necesidad para el desarrollo de las mujeres y la comunidad.
- Replicabilidad: los proyectos políticos, los programas implementados en el marco de una buena práctica pueden ser adaptados a otros contextos.

- **Integralidad:** los resultados alcanzados por la práctica son fruto de la implementación de programas, proyectos, políticas que actúan sobre los problemas o necesidades desde diferentes perspectivas.

7. La promoción de la salud y las perspectivas de los actores

Diversos documentos de la Organización Mundial de la Salud como la Carta de Ottawa, 1986, y la Declaración de Yakarta: Promoción de la salud en el siglo XXI formulan una concepción positiva de la salud, no sólo como ausencia de enfermedad, sino como proceso colectivo e integral, determinado por condiciones sociales, económicas, ambientales, culturales. De esta manera se propusieron impulsar abordajes multisectoriales y, fundamentalmente, con comunidades y organizaciones. Instaban a construir políticas públicas saludables, en entornos saludables y fortalecer la participación comunitaria y el cumplimiento de derechos.

Muchos autores refieren que entre estos enunciados y las prácticas reales hay grandes brechas, entre otros aspectos, porque son muy escasos los programas integrales y participativos. Las experiencias particulares de grupos o sujetos es escotomizada, primando el paradigma médico que establece normativas de higiene y cuidado descontextuadas de las realidades sociales, culturales y de género.

Por otra parte, en los ámbitos de pobreza estructural, de vulnerabilidad social y de violencias, son limitados los recursos disponibles y centrados en acciones asistenciales de urgencia. Y cuando se convoca a participar para el cuidado de la salud, se lo hace desde un modelo que se basa en información sobre conductas, comportamientos que los profesionales del sector salud consideran correctos y sobre las representaciones, creencias que se ajustan adecuadamente a esos comportamientos esperados. No se preguntan sobre las cuestiones que determinan la salud y que, en el caso de las mujeres migrantes o grupos en situación de vulnerabilidad extrema, como los chicos en situación de calle, es muy evidente la distancia para lograr los objetivos promocionales de bienestar. Son modalidades que no contemplan las situaciones y modos de vida. Las condiciones económicas que obligan a vivir con muchas dificultades al grupo familiar migrante, entre otros aspectos por los ingresos limitados

y casi sin prestaciones sociales, en hábitat y viviendas muy precarias, con múltiples obstáculos para el acceso a bienes materiales y culturales y siendo frecuentemente objeto de discriminaciones por su nacionalidad, etnia, género, constituyen un cuadro de situación de alta vulnerabilidad.

Diversos planos confluyen; por un lado, las condiciones estructurales, institucionales, las prácticas; y, por otro, los microprocesos de las dinámicas sociales que median entre lo macro y lo microsocioal.

Generar prácticas y discursos que promuevan bienestar individual y colectivo es un desafío y la modalidad de participación activa se relaciona con el fomento de la confianza en sí mismos, la autovaloración, la autoestima, la afirmación en los proyectos, la gratificación y placer, los espacios propios de realización, la valoración por su identidad sexual, cultural. Estas prácticas proactivas y participativas van a favorecer la comprensión y elaboración de las situaciones anímicas de sí y de los otros; la expresión de necesidades, emociones, ideas; y poder negociar y resolver problemas con más seguridad y confianza en sí misma.

Si enfocamos la promoción en relación a la comunidad podemos señalar la posibilidad de ampliar las redes sociales y vínculos comunitarios y el acceso a los derechos de ciudadanía. Pertenecer a un grupo con sentido de cambio social promueve lazos solidarios, de confianza mutua, de amistad y favorece habilidades para comunicarse, organizar y contener situaciones conflictivas en el grupo o en la comunidad.

Si los grupos de mujeres o comunitarios se van consolidando analizando sus condiciones de posibilidad de producir transformaciones, identificando los problemas, las necesidades, definiendo prioridades, considerando los recursos materiales o de otro tipo que tienen, las oportunidades para inventar alternativas es mayor. Lo imposible, se hace posible cuando se pueden pensar juntas/os cómo hacer una radio comunitaria, o un taller cultural, de teatro, música, artesanías, comidas típicas, un relevamiento de necesidades o recursos, un taller de mujeres para revisar creencias, mitos, etc.

Un autor ineludible en pensar la promoción y/o prevención es José Bleger. En el texto *Psicohigiene y Psicología Institucional* (1966), cuando se refiere a la higiene mental no alude a una búsqueda de salud psíquica, sería una ingenuidad; su objetivo es actuar esencialmente a nivel psicológico sobre los fenómenos humanos, con métodos y técnicas que provienen de la psicología y de la psicología social. Pone énfasis en las intervenciones integrales, que se traducen no sólo en la cura de las enfermedades, sino en

la promoción de salud. “Esperamos a que la gente enferme para curarlas, en lugar de evitar la enfermedad y promover un mejor nivel de salud” (Ibíd.: 26). Para Bleger, el rol que debe ocupar el psicólogo en la promoción de salud mental y en especial respecto de la prevención es fundamental. Lo ubica como experto llamado a trabajar en las temáticas psicológicas, con el fin de promover el desarrollo pleno de los individuos y de la comunidad, en todas las áreas de las actividades humanas, salud pública, educación, trabajo, política, etc.

Para Zemelman hay diversos planos de la construcción de la subjetividad social, como campos de problemas que suponen diferentes formas de relación entre los sujetos, los grupos y la realidad. El sustrato base de articulación entre lo objetivo (carencias) y subjetivo (percepción de las necesidades y formas de satisfacerlas) es el plano de las necesidades. Se constituye como posibilidad de pensamiento crítico de temas sociales y evaluación de acciones. El plano de la utopía o proyección de futuro incluye los imaginarios colectivos y los anhelos individuales. El plano de la experiencia es el despliegue de las prácticas grupales, de lo deseable a lo posible. Construcción de la realidad en el agenciamiento, en la capacidad y en el poder hacer compartido. El plano de proyectos incluye prácticas en el tiempo que producen algún tipo de transformaciones de las condiciones de vida y subjetividades. Estos planos se articulan en la promoción de salud a través de la participación comunitaria.

En este sentido podemos señalar que los objetivos de la participación comunitaria pueden centrarse en promover en las/los participantes:

- la identificación de percepciones, necesidades, problemas, prioridades;
- generar habilidades para planear, organizar y demandar el acceso a derechos de ciudadanía;
- sentido de comunidad y responsabilidad por el cuidado de sí y de los otros.

Las herramientas más frecuentes que se utilizan para el inicio, seguimiento o evaluación de las actividades pueden ser:

- mapeos comunitarios para relevar las situaciones ambientales, las percepciones sobre los problemas y necesidades, los recursos materiales y personales;

- registro de problemas de salud en distintas edades, frecuencia, tipos;
- identificar y analizar las causales de los problemas más importantes a través de un árbol de problemas.

8. Actividades e instrumentos posibles para la promoción y prevención

Planificar con enfoque de género es generar planes, acciones, estrategias que contemplen las desigualdades económicas, étnicas y fundamentalmente en función de las categorías de mujer, hombre u otras identidades sexuales.

En consecuencia, cuando identificamos problemas, planeamos actividades o imaginamos situaciones deseadas, debemos:

- promover la igualdad de oportunidades de mujeres, hombres y otras identidades sexuales;
- prever si los efectos de las acciones afectarán de diferente manera por género;
- favorecer el empoderamiento de mujeres e identidades más vulnerables;
- promover espacios y actitudes transformadoras en los ámbitos familiares, comunitarios, culturales, políticos.

8.1. Registro de problemas desde los actores comunitarios

Objetivos:

- Identificar los principales problemas que determinan la salud comunitaria.
- Identificar las relaciones y causas de las afecciones comunitarias.

Acciones:

Paso 1: Lluvia de problemas. Se solicita al grupo que enumere todos los problemas. Se construye un listado en papelógrafo.

Paso 2: Priorizar un problema. Se debate cuáles son los problemas más relevantes. Se puede colocar un número o votar para seleccionar los más importantes.

Paso 3: Diagrama o árbol de causas del problema. Se interconectan las relaciones causales más cercanas y lejanas con los problemas elegidos.

Paso 4: Cierre: Análisis de posibilidad de abordarlo en un tiempo determinado.

Recursos: Papelógrafo, tarjetas, fibras.

8.2. Evaluación de recursos

Objetivos:

- Relevamiento de servicios de salud existentes en la comunidad.
- Establecer un diagnóstico de las necesidades.

Acciones:

Paso 1: Se propone un debate grupal, a partir de las siguientes preguntas

¿Qué servicios hay para acceder a la atención integral?

¿Cuáles son las atenciones que prestan y la disponibilidad de recursos?

¿Se realizan acciones de prevención? ¿Cuáles?

¿Qué imagen se tiene del servicio?

Paso 2: A partir de los aportes en el debate se realiza un diagrama de recursos existentes y se organiza un folleto, cartelera, etc.

8.3. Diagnóstico de salud sexual y reproductiva comunitaria

Objetivos:

- Identificar las necesidades en salud.
- Generar conocimiento sobre los problemas y las alternativas sanitarias.

Acciones:

Paso 1: Se propone al grupo la elaboración de una guía de preguntas que debe cubrir la encuesta. Las preguntas a responder son:

¿Cuáles son los problemas de salud más comunes de las mujeres o del conjunto comunitario?

¿Quiénes demandan atención (edades, sexo, opción sexual, tipo de consulta)?

¿Qué prácticas preventivas realizan las mujeres o los grupos comunitarios?

¿Demandan prevención en salud sexual y reproductiva?

¿Cuáles son los métodos anticonceptivos más habituales?

¿Utilizan otras prácticas anticonceptivas populares?

Paso 2: Preparación de cuestionario y preparación de toma con rol play.

Paso 3: Se identifica el territorio y se seleccionan las muestras.

Paso 4: Se analizan las respuestas y se elabora un informe en base a los datos obtenidos.

Paso 5: Se organiza un plan de acción que incluya demandas, capacitaciones, etc.

8.4. Taller de prevención de las violencias o “Basta de malos tratos”

Objetivos:

- Visibilizar los diferentes malos tratos que se ocultan en la casa, el trabajo, la escuela, etc.
- Reflexionar sobre los mitos y los sentimientos que despiertan la culpa y la vergüenza.

Acciones:

Paso 1: Se pide al grupo que relate historias vinculadas a malos tratos.

Paso 2: Se solicita al grupo que arme una narración típica.

Paso 3: Identificar los mitos que encubren y justifican la violencia.

Paso 4: Analizar los sentimientos y creencias que acobardan y los que rebelan.

Paso 5: Diseñar estrategias para atender los problemas y promover en la comunidad el respeto, el cuidado y la igualdad.

Los instrumentos y actividades precedentes son guías, que se vinculan con una situación particular y fueron utilizados en el Taller de Prevención de Violencias en Mujeres Migrantes (AMUNRA), financiado por UNIFEM. Autoras: Graciela Zaldúa, Carlota Ramírez y Adriana Taboada.

9. Bibliografía

- Bleger, J. (1966): *Psicohigiene y Psicología Institucional*, Buenos Aires, Paidós.
- Buela Casal, G.; Fernández Ríos, L. y Carrasco Jiménez (1997): *Psicología Preventiva*, Madrid, Ediciones Pirámide.
- Breilh, J. (2003): *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*, Buenos Aires, Lugar.
- Fernández Ríos y Gómez Fraguera (2007): *La Psicología Preventiva en la Intervención Social*, Madrid, Síntesis.
- Foucault, M. (1978): *Las palabras y las cosas*, México, Siglo XXI.
- Giberti, E. (2007): Discurso de apertura Congreso Internacional de Psicología. “Reconstruyendo el abuso de poder en los vínculos”, Buenos Aires.
- Paterman, C. (1995): *El contrato sexual*, Barcelona, Antrophos.
- Prilleltensky y Nelson (2000): “Promoting child and family wellness. Priorities for psychological and social interventions”, *Journal of community and social psychology*.
- Segato, R. (2003): *Las estructuras elementales de la violencia*, Quilmes, Universidad de Quilmes.

Zaldúa, G. (1999): *Violencia y psicología*, Buenos Aires, Eudeba.

—; Ramírez, C. y Taboada, A. (2009): *Mujeres migrantes. Promotoras de prevención de las violencias*, Buenos Aires, UNIFEM-AMUNRA.

Zemelman, H. (1998): *Sujeto, existencia, potencia*, Barcelona, Antrhopos.

CAPÍTULO 2

POLÍTICAS SOCIALES, CIUDADANÍA Y SUBJETIVIDAD. CONSIDERACIONES PARA UNA PRAXIS CRÍTICA EN SALUD MENTAL*

GRACIELA ZALDÚA

1. Estado, cuestiones sociales y modos de vida

Estado, modos de vida y construcción de ciudadanía son dimensiones que se articulan en la constitución del campo de las políticas sociales, con su centralidad en la legitimación del Estado capitalista y la lógica de producción de mercancías. Las políticas públicas abocadas a la cuestión social se enuncian como estrategias para garantizar la protección de derechos de las comunidades, aunque direccionan sus acciones hacia la reproducción material y simbólica de la fuerza de trabajo y en la etapa actual se focalizan hacia los sectores vulnerabilizados y excluidos del sistema social.

Las políticas públicas constituyen en general los objetivos, decisiones y acciones gubernamentales para enfrentar los problemas estimados como prioritarios y tienen consecuencias sociales. Expresan la modalidad del Estado y los intereses de diversos actores a través de la implementación de acciones o su falta de decisión para resolver cuestiones de la sociedad civil. Las políticas sociales son parte de las políticas públicas y enuncian como finalidad la provisión del bienestar individual y colectivo.

* Texto relacionado con la clase pública de defensa del cargo de profesora titular de Psicología Preventiva, UBA (2000).

Ilari (2006) señala que la gestión social constituye un ámbito de la política estatal en donde tradicionalmente se espera que estén concentrados los esfuerzos por el logro de la equidad, la solidaridad y la justicia social. Pero las políticas sociales no pueden estar escindidas de las económicas y, como afirma Fleury (2002), debe reconocerse la intersectorialidad y la metapolítica en cuanto arbitra sobre cuestiones cruciales que hacen a la inclusión y/o exclusión social. Para la autora, toda política social efectiva tendría que ser una política distributiva y, a su vez, “como un campo de la política, la política social se trata, en última instancia, de las reglas y mecanismos que permiten el ejercicio, manuntención o cambio, concentración o distribución del poder” (ídem).

Las operatorias instrumentadas frente a las desigualdades sociales son altamente diferenciadas históricamente y se relacionan con las formas de reproducción social, los modos y las condiciones y estilos de vida. La diversidad de los modos de vida de los grupos sociales se da en totalidades sociales, como existencias vividas a través de sus prácticas y saberes particulares, con intereses contrapuestos y contradictorios entre los modos subordinados y los dominantes. Esta diversidad cuyos componentes en su devenir se hallan sometidos a determinaciones generales permite comprender que los modos de vida de un grupo social no obedecen únicamente a su propia historia, sino que están relacionados con la historia más amplia o general de la sociedad y se dan en el movimiento dialéctico entre lo macro y lo microsocioal.

Para Breilh (2003), el Modo de Vida es la praxis que una sociedad realiza, con sus elementos, su movimiento productivo y reproductivo, sus relaciones organizativas, su movimiento cultural y sus relaciones ecológicas, y asigna a la cultura la expresión de ese vivir concreto en las huellas y expresiones de esa praxis. La creación social histórica de bienes, conocimientos, símbolos, técnicas, creencias, costumbres, hábitos, reglas epistémicas, paradigmas, modelos forman parte de la cultura y, en términos de Foucault, son “reglas o presupuestos inconscientes que rigen el discurso general de la cultura”.

Las políticas sociales tradicionales se vincularon con los campos educativos y sanitarios, interviniendo con tecnologías ideológicas de moralización y sociabilidad de la vida cotidiana, definiendo las formas de pensar, conocer, ser y decir en determinados momentos históricos.

Los escenarios del poder y las formas de hegemonía constituyen las epistemes dominantes que operan ideológicamente y opacan las causas de las inequidades sociales, las subordinaciones de género y las diversas opresiones

a las diversidades étnicas, sexuales, etarias, etc. En la complejidad del movimiento dialéctico de lo micro y lo macro se confrontan interpretaciones de las cuestiones sociales que tienden a asociar o disociar el objeto/sujeto del conocimiento, entre lo determinado y lo contingente, entre general, particular y singular, entre la teoría y la ideología, entre los contextos y los actores sociales, entre legitimación y hegemonía, entre producción y reproducción.

Si nos referimos a esta última tensión, el lugar de mujeres y de hombres en la familia y la división del trabajo en las sociedades industriales no pueden disociarse como esferas aisladas de lo productivo y reproductivo. Las transformaciones demográficas, la incorporación femenina en la producción y sus diversas posibilidades de participación generan impactos en las identidades genéricas y exigen interrogarse sobre las transformaciones y tensiones desde una perspectiva relacional. Desde este enfoque, numerosas investigaciones sobre la división del trabajo en la familia coinciden en la carga desigual que impone a las mujeres el trabajo remunerado y el doméstico, la segregación genérica entre las tareas del hogar y el cuidado de los hijos y los procesos actuales de cambio en la masculinidad en el compromiso de la crianza de los hijos, más que sobre lo vinculado a las tareas domésticas (Wainerman, 2005). Las relaciones de clase y género en el mundo productivo y reproductivo como construcción social sexuada de hombres y mujeres desde la escuela y la familia son diferenciales tanto en su cualificación como en su capacitación para el ingreso al mercado de trabajo. Las contradicciones de la inclusión de gran cantidad de mujeres al trabajo implican, por una parte, el ingreso al mundo productivo y las posibilidades de emancipación, pero, por otra parte, una organización que incorpora el trabajo femenino de modo desigual y diferenciado en su división social y sexual y es tributario de una mayor explotación. La inclusión de las categorías de género y clase involucra una interpretación del metabolismo social y las distintas fuentes de subordinación y opresión históricas sociales. Esta doble modalidad de opresión permite sostener que las acciones que lleven a la supresión de la sociedad de clases no significarán la conclusión de la opresión de género, sino que sólo posibilitará las condiciones igualitarias para la construcción de existencias libres y autónomas.

Las transformaciones relacionales y de la sociabilidad –señala Samaja, J. (2004)– se configuran de manera estratificada. Define tres grandes estratos: 1) las relaciones comunales, originadas primariamente en la trama de alianzas

familiares, y las reglas exogámicas y sus posteriores inclusiones territoriales del vecindario o de diversos vínculos o grupos de pertenencia; 2) la pertenencia al Estado-Nación, como comunidad simbólica suprema, el investimento del ciudadano y los derechos que lo consagran; 3) las relaciones societales, contractuales, interindividuales que se constituyen en los actos explícitos de asociación, movimiento de mercado y de sus subsociedades como expresión del Estado capitalista.

El modo de comprender el tránsito social y el advenimiento de la sociedad civil lleva al autor a afirmar que el Sujeto es posterior al ciudadano estatal y a las relaciones comunales. Para entender la aparición del Estado, es necesario reconocer que existieron sociedades sin división de clases, ni organizaciones estatales, ni dinero, ni capital. Los conflictos sociales vinculados con el desarrollo de las fuerzas productivas y de relaciones de producción que implican apropiaciones condicionaron el surgimiento del Estado. El Estado moderno capitalista incorpora las otras formas de sociabilidad y posibilita la constitución de la sociedad civil, constituida por la persona individual y la libre disposición de su propiedad. En este sentido la sociedad civil está constituida por las normas jurídicas estatales y los poderes políticos, y a su vez el Estado está constituido por los elementos comunales y por las familias y los organismos vivientes. Estas maneras de constitución a su vez son reguladas, la sociedad civil regula al Estado, el Estado regula a la comunidad cultural y ésta a la biocomunidad. La sociedad civil, en especial las grandes corporaciones capitalistas, dirigen y ponen condiciones a los Estados, y éstos a las comunidades y éstas a las relaciones biocomunales, integradas por las sexuales, de crianza, de cohabitación, etc.

Las cuestiones sociales comprendidas en su historicidad permiten analizar las articulaciones con el Estado y la constitución de ciudadanía. Las políticas sociales se instalan como modalidades del Estado interviniendo en las cuestiones sociales y en las condiciones de posibilidad de derechos de ciudadanía. Esta intervención estatal, característica del Estado capitalista, se implementa con el fin de regular o propiciar las condiciones de manutención o reproducción de un sector poblacional y se constituye en función intrínseca para la configuración de los patrones de derechos sociales propios de cada nación (Fleury, 1997).

Si pretendemos interrogar el recorte del objeto teórico y su finalidad práctica, las políticas sociales son una invención capitalista para resolver la necesidad de gobernabilidad de sociedades estructuralmente desiguales en el acceso a la riqueza y las oportunidades sociales.

Los perfiles de desigualdad en las condiciones de vida y salud son el epifenómeno de las brechas de inequidades acrecentadas con la hegemonía neoliberal.

En particular los países periféricos –durante las últimas décadas de nuestro mundo globalizado– son el territorio de extremas pobreza y riquezas; desigualdades que muestran el crecimiento diferencial entre sectores poblacionales, expresadas en metáforas posicionales: abajo o sobre la línea de la pobreza o la indigencia.

El Estado de bienestar y sus beneficios sociales y de seguridad social, en particular en los países centrales, se fundamentó en el compromiso de abandono del proyecto histórico societal de los trabajadores y a expensas de la subordinación de aquellos que trabajaban en el llamado Tercer Mundo. El hecho que se fortaleciera la imagen del Estado en su visión colectiva, arbitral y exterior al capital y al trabajo, generó y aún genera un fetichismo del Estado y el fortalecimiento de prácticas y organizaciones negociadoras, que favorecen formas corporativistas y burocráticas (Meszáros, 1995). El papel de los grandes sindicatos en las mutaciones del modelo y en las crisis se visibiliza, por ejemplo, en la forma contractualista que favorecía el acceder a ciertos bienes y posponer demandas de mejores condiciones de vida o trabajo. Enfrentando a este modelo grupos antagónicos de autonomía obrera, estaban dispuestos a no dar supremacía al tener por el ser, cuestionar las relaciones de propiedad y las relaciones sociales que enajenaban a los sujetos. Esta radicalidad de las demandas, propia de los setenta, hoy toma otras formas de autonomía y son en otro contexto de reorganización del capital.

Ese llamado Estado garante de la seguridad social y de la regulación salarial aparece en las últimas décadas como culpable por sus crisis fiscales y se reclama el ajuste de gasto público social y la transferencia al capital privado. La crisis del keynesianismo lleva a otras formas de reorganización del capital y de su sistema ideológico de dominación, cuyos elementos salientes fueron la privatización del Estado, la desregulación de los derechos del trabajo y de la producción estatal. Los modos de acumulación y la reestructuración neoliberal se imponen a partir de la competitividad y el aumento de la productividad e impacta en los estatutos de ciudadanía. El Consenso de Washington y las aceptaciones de la reformas impulsadas por los organismos internacionales para América Latina desde los inicios de los noventa imponen una serie de instrumentos políticos de: a) disciplina fiscal; b) prioridad de gasto público en educación y salud; c) reforma tributaria; d) tasas de interés determinadas

por el mercado; e) tipos de cambio competitivos; f) políticas comerciales liberales; g) apertura a la inversión extranjera; h) privatización de empresas públicas; i) desregulación y protección de la propiedad privada. Estas políticas conmovieron la estructura y dinámica de los mecanismos de producción y el mercado de trabajo (Wainerman, 2005).

Las políticas sociales en la hegemonía neoliberal responden al sistema económico nacional, internacional y del mercado de trabajo y no a una evaluación y diagnóstico de la cuestión social, es decir, de las necesidades y demandas sociales (Rozas Pagasa, 2002). Se naturaliza que las políticas sociales se orienten hacia los sectores carenciados de recursos básicos, definidos por la pobreza y la indigencia. Son los llamados “beneficiarios” de las políticas sociales, en la etapa neoliberal, distorsionando los principios de la universalidad e integralidad de derechos y controlando con las compensaciones a algunos sectores.

Nuestro país concentra a más de la mitad de su población entre la pobreza y la indigencia. La desocupación estructural y los bajos ingresos de cuasiinclusión precipitan la catástrofe social. Los procesos de exclusión social se aceleraron con los planes económicos de la última dictadura militar, la cual disciplinó por el terror. Los procesos democráticos, por su parte, continuaron los endeudamientos sistemáticos, la desocupación y la vulnerabilidad laboral y social. Estas operatorias de destitución de ciudadanía afectan las condiciones de vida y las subjetividades. Ya en 1986, la OMS afirmaba que el desempleo es una catástrofe epidemiológica de origen social con responsables y víctimas.

Frente a las problemáticas emergentes en este tiempo histórico, debemos interrogarnos sobre la viabilidad de políticas públicas y/o socioeconómicas y los dilemas y desafíos de la universalidad de derechos y las particularidades de las necesidades a satisfacer de los sectores socialmente excluidos. Interrogación que implica la historicidad de los escenarios políticos y las relaciones de poder y hegemonía.

2. Ciudadanía y subjetividad

2.1 Generación de derechos de ciudadanía

Las condiciones de precarización y flexibilización de las condiciones de trabajo y el aumento de los desempleados constituyen un campo de tensiones y contradicciones que imponen nuevas reglas de sobrevivencia y modulan las existencias. Las modalidades de vulneración del lazo social y de fragilización subjetiva marcan las trayectorias singulares y colectivas y se vinculan con las afectaciones subjetivas y las rupturas intersubjetivas. Los efectos de ajuste y reducción del gasto social, de la reconversión y privatización impactaron catastróficamente en el tejido social y denegaron la garantía de los derechos de ciudadanía. Aquello que constituía un patrimonio, una estabilidad con vista a futuro se suprime y millones de ciudadanos quedan expuestos a la exclusión social.

Ciudadanía se define, históricamente, como la persona que vivía al amparo del Derecho de *civitas* del Derecho Romano. La Revolución Francesa, acontecimiento enunciante de los atributos de igualdad y libertad del ciudadano, continuó excluyendo de los mismos a las mujeres, invisibilizadas en el campo de los derechos civiles y políticos. La condición jurídica, entonces, vincula al Estado y a los miembros de la Sociedad con deberes y derechos.

Marshall (1967) define la ciudadanía por la presencia de tres elementos: civil, político y social. El primero de ellos se instala con los derechos de libertad individual; por ejemplo: de movimiento, de prensa, de tribunales (siglo XVIII). El segundo propone la participación política como miembro o elector, la institución del Parlamento (siglo XIX) y el elemento social propone el bienestar económico y seguridad, los servicios sociales (siglo XX). Se debe integrar a estos derechos los llamados personalísimos y solidarios y advertir, lo ya señalado, que su vigencia depende de los contextos sociohistóricos y el componente social se enfatizó, en particular, en los Estados de bienestar de los países desarrollados. Por tanto, esta ciudadanía del capitalismo debe ser analizada en sus modalidades de ejercicio y garantía.

Las posibilidades de garantía de los derechos humanos a nivel individual como social actualmente incluyen la posibilidad de acceder a contextos tecnológicos y científicos y plantean desafíos éticos y políticos en nuevos ámbitos de realización y resignificación de valores que sostengan los principios

de libertad, igualdad, solidaridad, dignidad. Analizar la configuración actual tecno-científica y su incidencia en las realidades sociales y las construcciones subjetivas nos enfrenta a nuevos problemas y desafíos en los ámbitos de la comunicación, del trabajo, de la sociabilidad, de la bioética. En este sentido surgen nuevas exigencias políticas tecno-científicas, llamadas de cuarta generación de derechos.

Los derechos civiles y políticos son definidos como de primera generación. El derecho a la dignidad de la persona y su autonomía y libertad frente al Estado, su integridad física, las garantías procesuales, tienen su fundamento en la filosofía de la Ilustración y las teorías del contrato social. Fueron incluidos en las constituciones de los Estados nacionales europeos durante el siglo XIX, propiciando la universalización de los derechos civiles y políticos básicos, entre ellos la universalización del sufragio. Estos derechos de primera generación civiles (S. XVIII) y políticos (S. XIX) impregnados de la tradición liberal son promovidas por la Revolución Americana en 1776 y la Revolución Francesa en 1789. Como promotores de la ciudadanía moderna en relación a derechos individuales de libertad, igualdad, propiedad, tránsito, de asociación y reunión, de participación política, de sufragio universal, y la constitución de las democracias liberales. Estos derechos se ratifican en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948.

Los derechos de segunda generación se incorporan a partir de los principios socialistas y humanistas y son definidos como económicos y sociales y postulan la igualdad de los ciudadanos. Los tratados que lo ratifican se vinculan con los pactos internacionales de 1966 de los derechos económicos, sociales y culturales. El Estado es obligado a intervenir, no como en los anteriores que se le limitaba su influencia, para compensar las desigualdades de clase, etnias, religiones. El acceso al trabajo, a la educación, a la salud, a la protección social crea las condiciones sociales para el ejercicio real de libertades en sociedades donde todos no nacen iguales. Así se extendió la necesidad de garantizar esos derechos a la educación, el trabajo y la salud por el Estado. Estos derechos de segunda generación son efecto de las luchas obreras y se considera el Manifiesto Comunista y la Comuna de París fundantes de una praxis emancipadora. Los Estados socialistas se proponían transformaciones estructurales para transitar hacia una sociedad sin clases y de universalidad de derechos.

Los llamados derechos de tercera generación son los llamados de solidaridad y se afianzan en la mitad del siglo XX. Se trata de la protección de

los derechos colectivos afectados por la discriminación por edad, minorías étnicas o religiosas o los países del Tercer Mundo. En las últimas décadas, algunos de los derechos fueron adquiriendo relevancia, como los de género, o protección del medio ambiente, o de los patrimonios culturales de la humanidad. En este sentido se reconocen nuevas necesidades humanas y nuevos derechos para proteger a la ciudadanía y la calidad de vida. A su vez, en un mundo cambiante las nuevas inclusiones de derechos deben contemplar los hoy conculcados, en particular a los migrantes o a las diferentes formas de trata de personas o las violaciones de derechos en diferentes conflictos armados. La existencia de un Tribunal Internacional que juzga los crímenes de lesa humanidad y genocidios es un síntoma de esos efectos supranacionales. Asimismo, surgen derechos a escoger modelos sostenibles que garanticen la diversidad, preserven el medio ambiente y los patrimonios culturales, el derecho a la multiculturalidad y que se preserven las minorías étnicas, lingüísticas, religiosas y el libre tránsito no sólo de bienes y capitales, sino en particular de migrantes. Estos derechos solidarios de tercera generación promovidos por organismos internacionales, implican una responsabilidad compartida por la comunidad internacional. En referencia a la titularidad de estos derechos no se sustenta en individuos, sino en colectividades, pueblos, naciones o diversos públicos-ciudadanos. Estos derechos son considerados como de intereses difusos y son promovidos por distintos movimientos: ecologistas, feministas, de minorías sexuales, de la infancia, de la vejez, de discapacitados, etc. La emergencia de minorías activas llevó a fundamentar la paradoja de la “discriminación positiva” y a enfrentar las discriminaciones y el derecho a la diferencia.

El límite a estos derechos se relaciona con las condiciones técnicas, económicas, culturales y plantea nuevas formas de discriminación más invisibles pero sí reales de quienes tengan acceso o no a medios informáticos y temáticos o se transmitan contenidos racistas o sexistas que socaven las identidades culturales o sexuales, etc.

Los derechos de la cuarta generación, propios del desarrollo científico y tecnológico, se vinculan por otra parte con la Bioética, en particular con las tecnologías de la salud, la continuación de la vida, la genética, la reproducción asistida, la prevención de epidemias, etc. En los contextos actuales de la mundialización capitalista algunos de los derechos como los sociales entran en contradicción, por ejemplo, con el Consenso de Washington y el papel de los Estados que deben garantizarlos. A su vez, en lo referente a

los derechos de tercera generación, la fuerte presencia del patriarcado y los estados confesionales, obstaculizan el derecho de las mujeres. Por tanto, es necesario proponer diferentes garantes y pensar en nuevas formas societales democráticas que amplíen las formas participativas igualitarias y posibiliten otras subjetividades autónomas.

Los de cuarta generación, definidos como nuevos derechos, pueden abrir expectativas de democratización de las sociedades por el acceso a medios tecnológicos. Pero al igual que los anteriores, por mecanismos de dominio y violencia, puede ser impedido el acceso a las libertades, al ciberespacio o a las diferentes formas de intercambio y participación. La lucha entre los poderes que intentan monopolizar el acceso a la tecnología y las nuevas prácticas comunicativas plantean desafíos y oportunidades de control social por autogestión y otras formas participativas en las redes que abren a otras universalizaciones de acceso a la tecnología, a la información, a la libertad de expresión. Las dimensiones de lo social y lo singular nos interrogan alrededor de las condiciones de determinación y condicionamiento político, económico, ideológico y sus mediaciones culturales, institucionales, grupales, de género que operan en los procesos subjetivantes y desubjetivantes.

2.2 *Afectaciones subjetivas, lazo social y autonomía*

La exclusión social remite a la expulsión y los modos constitutivos extremos fueron los campos de exterminio o las formas actuales de indigencia extrema. Las condiciones de exterminio transformaron a la muerte en lo cotidiano y extendieron a poblaciones a un estado de excepción. Se les despoja de su estatuto ciudadano y se los condena no sólo a morir sino a tocar fondo, a no ser sujeto, a una pura sobrevivencia. Los límites de situaciones extremas plantean márgenes de libertad y elección nulas y los sujetos son sacrificables sin implicar delito.

En este sentido, Giorgio Agamben (2000) ubica la figura romana del *Homo Sacer*, sacrificable, *matable* por violar las leyes de la ciudad y perder sus derechos de ciudadanos, y a los campos de concentración como espacios biopolíticos. También extiende su interpretación a las periferias de las ciudades posindustriales en el sentido de semejanza con los espacios y los procesos desubjetivantes.

Los mecanismos actuales de exclusión se materializan en la expulsión del trabajo, de la escolaridad, de la protección social. Se relacionan con la invisibilidad, la pérdida de nominación, de la palabra. La “nuda vida”: no se espera nada de ellos. Para Agambem (2000) la vida humana son los modos, actos y procesos singulares del vivir que nunca son plenamente hechos; sino posibilidades y potencialidades. Ser de posibilidades y potencias múltiples indeterminadas. En los procesos de desubjetivación se le priva de la realización de formas múltiples, determinándolo desde la privación.

Las múltiples violencias sobre las subjetividades producen angustias traumatizantes y la eficacia sintomática del terror. S. Freud señalaba en 1930 que: “(...) el trauma de origen social produce estupor inicial, paulatino embotamiento, anestesia afectiva, narcotización de la sensibilidad, abandono de toda expectativa y alejamiento de los demás (...)”. Lo traumático irrumpe, interrumpe y desestabiliza los anclajes de la vida social, adviniendo el exceso que no puede sostenerse ni tramitarse con los recursos previos. Los efectos de lo catastrófico, como más allá del exceso, se ven cuando la destitución subjetiva dismantela, desestabiliza y ataca al ser.

Los efectos de la exclusión se expresan en problemáticas que cuestionan la legitimidad de las políticas o la declinación del papel de garante del Estado y, como señala P. Bourdieu (2000): “(...) no se puede jugar con la ley de la conservación de la violencia: toda la violencia se paga y, por ejemplo, la violencia estructural ejercida por los mercados financieros en las formas de despidos, pérdida de seguridad, etc. se ve equiparada, más tarde o más temprano, en forma de suicidios, crimen, delincuencia, adicción a las drogas, alcoholismo, un sinnúmero de pequeños y grandes actos de violencia cotidiana (...)”.

Las subjetividades en indefensión frente a la expulsión del trabajo, o de condiciones de vida anteriores a la irrupción de lo catastrófico, suelen culpabilizarse o autorreprocharse, apelando en ocasiones a defensas de desentendimiento, abandonos y montos de agresión.

Las cuestiones sociales y los problemas emergentes pueden ser abordados por diversas interpretaciones científicas, desde su complejidad o reforzando los reduccionismos y las fragmentaciones tanto colectivas como singulares.

La *communis doctorum opinio* de la escolástica se reactualiza en la ciencia oficial. La eficacia simbólica asegura la delimitación particular del campo de problemas, de los métodos y de las teorías que pueden ser consideradas como científicas y confieren legitimidad, autoridad –inseparablemente definida

como capacidad técnica y poder social, o, si se prefiere, monopolio de la competencia científica (Bourdieu, 2000).

Revisar las estrategias explicativas científicas y de intervenciones profesionales frente al conflicto social y sus afectaciones subjetivas nos permiten cuestionar los términos cristalizados de marginalidad, desviación o perversión; es decir, privilegiar la reflexividad crítica.

Ante la globalización y disolución del Estado Nación, se instala el mercado como garante de promesa, pero no de ciudadanía, sino de consumidor.

La ilusión de ciudadanía se diluye cada vez más y el mercado instituye relaciones de objetos, no de sujetos. El nuevo lugar imaginario instala nuevos ideales, horizontes, aspiraciones, consumos, y potencia la gestión del sí mismo. Los incluidos desdibujan los valores solidarios relacionales, los aplanan y culpabilizan a los excluidos de sus destinos.

Asimismo, otras prácticas ponen en juego operaciones subjetivantes de lazo social. Son actos que nos hablan de los sujetos, de los modos de significación de lo cotidiano, de las situaciones límite. Ante las crisis en curso, también las resistencias colectivas se despliegan y reclaman límites a la exclusión con estrategias de resistencia y organización en movimientos sociales.

Frente a estos actores sociales son implementadas diversas modalidades de subsidios al empleo, a la alimentación, como paliativos no resolutivos de problemas.

Las formas tradicionales de beneficencia o los planes sociales mediados por los agentes partidarios o religiosos construyen representaciones y valores con efectos de subjetivación, ligados a la dependencia de quienes constituyen su poder político en las gestiones de los mismos. La captura encubridora vela las contradicciones y el acceso al derecho de ciudadanía e instala una realidad de dependencia a las instituciones y sus significaciones. Los movimientos de trabajadores desocupados confrontan esas prácticas clientelares y, a su vez, esas lógicas también los atraviesan en diferentes formas. Estas tentativas de control social a través de la serialidad confrontan con procesos de diferenciación y otros modos de subjetivación y otras formas de vivir.

En este sentido es necesario considerar en la producción de las subjetividades la relación entre la psique y lo social en función de la constitución imaginaria. El imaginario o las construcciones imaginarias como momento constituyente de la psique, que por una parte se aliena o distorsiona en el narcisismo del sujeto y, por otra, tiene sus posibilidades y alternativas

emancipatorias de los discursos dominantes. Castoriadis (2006) señala que la identificación del saber y el poder, central en la ideología dominante, es parte de las significaciones imaginarias del capitalismo que se imponen desde la heteronomía. La apuesta a la autonomía implica la supresión de las instituciones que encarnan e instrumentan la dominación, e implica un verdadero autogobierno de la sociedad, una autoorganización que significa la autoinstitución explícita de la sociedad. Esta manera implica que las representaciones que se dan de sí mismas no son exteriores, ya sea de Dios o la Razón, sino que se dan en un proyecto de autonomía y de cambio de la existencia social de dominación.

Bleichmar (2006) analiza los efectos del modelo devastador neoliberal de los noventa en la subjetividad, en el plano de los sentimientos, valores y en la maneras de concebir nuestra sociedad y las relaciones entre sus miembros. Asimismo plantea la posibilidad de una nueva etapa no sólo basada en el crecimiento económico sino en la construcción de un nuevo sujeto social, de un nuevo modo de pensar los vínculos y nuestra historia, saneando la corrupción y atacando la inmoralidad pública y privada. Esa inmoralidad que es aceptar la desigualdad que impone la expulsión humana y la supervivencia biológica a expensas de la vida psíquica. Bleichmar encuentra en la esperanza, como cumplimiento de un deseo y racionalidad para planificar, las condiciones que posibilitan esa nueva etapa.. Dice: “a diferencia de un iluso, pariente demenciado de un ingenuo, la esperanza implica una evaluación de las condiciones de realización futura de un logro no alcanzado”. Apela a la utopía, como horizonte ético que rechaza a la desigualdad como destino y al sufrimiento de las mayorías como única opción como, también, el rendirse y olvidar. Horizonte que le da sentido a la vida y la vida tiene sentido. Convoca a rechazar la exclusión social y a la deshumanización que impone la reducción a la sobrevivencia biológica, despojando a millones de dignidad y autorrespeto. En esta dimensión de rechazo ético a la caridad recupera la potencia de la condición humana relacional del semejante con identidad y futuro.

3. Fetichización, reproducción y políticas sociales

Analizar las mediaciones que se imponen como permanentes, no contingentes y fetichizadas en la reproducción de la vida humana es un camino para comprender la transformación del valor de uso –correspondiente a la necesidad– en la expansión de valor de cambio, expresado en los medios de producción alienados y sus personificaciones: el dinero, producción para el intercambio, el mercado mundial, que se sobreimponen a la realidad productiva esencial de los individuos sociales y a las mediaciones primarias existente entre ellos (Meszáros, 1995).

El capitalismo es estructura y sistema. Las relaciones entre individuos en la época moderna son mediadas por relaciones (estructurales) de clase y por relaciones (sistémicas) globalizadas e imperialistas.

La declaración de Estado de derecho, de seres libres, iguales y racionales y de tratados que pueden o no cumplirse muestran la negación de una universalidad de igualdad. En relación al Estado social y la supuesta finalidad de liberar al individuo del Estado, deja a la luz la imposición de un Estado de clase; la aparente invisibilidad velada por la hegemonía discursiva del fetichismo de la mercancía, cuya lógica deja ver sin ser vista la relación de los trabajos humanos y de las clases sociales.

El concepto de fetichismo está presente en Marx (1973) como inversión de la relación entre las personas y las cosas, entre el sujeto y el objeto. No sólo condena a la miseria el capitalismo sino a la fetichización de las relaciones sociales. El poder de clase que se ejerce tanto a través de las instituciones públicas como de las privadas (escolares, mediáticas, bancarias, etc.) como poder de Estado de clase está asegurado en lo cotidiano. No sólo se separa al trabajador o a la trabajadora del objeto que produce, sino que al estar los haceres mediados por el mercado todo el capitalismo es un “(...) mundo encantado, invertido y puesto de cabeza, siendo la separación el verdadero proceso de generación del Capital (...)” (Marx, 1973).

El por qué las personas aceptan esas condiciones de violencia y miseria y un empeoramiento de sus condiciones de vida es clave para continuar desplegando interrogantes sobre las apropiaciones y las reproducciones de las relaciones sociales. El Estado es una garantía para canalizar el conflicto social y convertirlo en político, separado de las verdaderas estructuras económicas del poder. Escenarios de avasallamiento de soberanía como las invasiones

actuales imperiales, o represiones de los reclamos, o, a veces, proporcionando algunos cambios o integrando a modalidades de cooptación, muestran el orden dominante. Por otra parte, aparecen, a nivel de programas de acción, otra gestación de ciudadanías, con proyectos de solidaridad, de equidad en la disposición de recursos y conocimientos y de autoorganización.

Es un escenario enmarcado por la polarización de un centro dominante y unas periferias dependientes con desarrollo desigual, por lo tanto, la satisfacción de los derechos para una ciudadanía plena es puesta en cuestión. Aunque sean fundamentales los derechos civiles y políticos, éstos no garantizan los económicos, ya que no son condición suficiente para la equidad ni para el logro del bienestar individual y colectivo.

Las mediaciones entre sociedad y Estado, las esferas de lo público y privado, del poder territorial y la soberanía, del poder político y el estatuto de ciudadanía son campos de tensión y de inequidades en relación a los recursos materiales y simbólicos.

La construcción de sistemas de bienestar social, como producto de las políticas públicas orientadas a la reproducción social y económica de las clases, conduce al surgimiento de una esfera social, *repolitizada*; para Habermas (1980) ésta se expresaría de forma jurídica en el Derecho Social dando cuenta de un espacio entre el Derecho Público y el Privado.

Espacio que supone la garantía de las relaciones donde el Estado en su intervención no neutra —a través de la regulación del trabajo y de la implementación de políticas sociales— repone en el proceso productivo a la clase trabajadora como clase dominada.

La política social se inscribe por necesidad o posibilidad en el interior del Estado capitalista como parte de las relaciones históricas. Las contradicciones entre capital y trabajo constituyen un campo de intereses contradictorios y de actores equiparados como ciudadanos. El capitalismo tiene necesidad de crear al ciudadano en la medida en que es el correspondiente jurídico y político del trabajador libre, capaz de vender su fuerza de trabajo. La ciudadanía es la abstracción necesaria a la constitución, fundamento y legitimidad del poder político. Al negar la existencia de actores colectivos, las clases sociales con intereses contradictorios y antagonicos, constituye al Estado como representante de la voluntad colectiva.

La reproducción social de las relaciones de clase y de poder en la esfera de lo público se realizan por la legitimidad o el consenso y se reservan la coerción para reprimir las demandas que cuestionan el orden dominante. Este

ciudadano, sin embargo, representa un avance en la autonomía en relación a las condiciones de esclavo o siervo.

Para acercarnos a la cuestión de las políticas sociales es necesario deconstruir la perspectiva que toma a la ciudadanía descontextualizada de su producción económica y su génesis en el interior de la lucha de clases, reduciendo la misma a aspectos formales y empíricos-pragmáticos, como a servicios a ser prestados a la población para su bienestar social y a los espacios jurídicos institucionales. Así, la ciudadanía se expandiría por el crecimiento económico y la democracia política, oscureciendo las relaciones de poder y de producción y las trayectorias de las demandas sociales.

La política social, como gestión estatal de la reproducción de la fuerza de trabajo, propicia la acumulación y su legitimación. Dice O'Connor: "(...) El Estado ha de tentar mantener o crear las condiciones en que se haga posible una lucrativa acumulación del Capital y mientras tanto el Estado también debe mantener o crear condiciones de armonía social (...)".

Los sectores considerados improductivos se desarrollaban en la esfera estatal o privada de tipo asistencialista. Pero con los cambios en los procesos de trabajo y en la modalidad de la extracción de excedentes, el capital se introduce a través de la mercantilización de servicios en el interior de los sectores sociales.

Para contribuir a la reproducción de la fuerza de trabajo, las políticas y prácticas sociales deben, según Fleury: "(...) 1) favorecer la subordinación del trabajo al Capital en más adecuadas condiciones de extracción de plusvalía, a través de prácticas sociales como las médicas y educativas ejercidas sobre el cuerpo productivo que reproducen la fuerza y su lugar de clase. 2) las políticas sociales que inciden sobre las condiciones de reproducción como políticas educacionales o sanitarias, nutrición, etc. o más indirecta transporte, vivienda, tiempo libre valorizan la fuerza de trabajo. El Estado por esta vía aumenta la calificación o suministra bienes de consumo para su mantenimiento. 3) Las políticas sociales tenderían a aumentar la productividad y así aumentaría el excedente, pero en la etapa monopolista no todos los trabajadores son incorporados de la misma manera: trabajadores de etapa concurrencial con extracción de plusvalía absoluta, trabajadores de fase mercantil autónomos y ejército de reserva. Por lo tanto la diferenciación de la inserción de la mano de obra en el aparato productivo requerirá diferentes políticas sociales. 4) las políticas sociales actuarían como contratendencia a la baja tendencial

de tasa de ganancias. A la vez que hay menos capital variable, un mayor valor de medios de producción (capital constante) genera sobreepoblación excedente y baja de la tasa de lucro”.

Se interviene también en *el consumo de mercancías* a través del trabajo en ramas de la industria, ligadas a prácticas sociales como medicamentos o equipamientos, o por la mercantilización de los propios servicios. Este aspecto plantea cuestiones diversas como que el Estado no se aparta sino que fomenta formas de articulación, casi siempre regulando el mercado, comprando servicios, abriéndose un juego de intereses, dando formato a las políticas sociales de manera contradictoria. La capitalización de las prácticas sociales tiene como consecuencia el creciente asalariamiento de los profesionales, la caída de las profesiones liberales, contribuyendo a la sindicalización de sectores medios.

4. La hegemonía y los campos discursivos

La política social se construye como estrategia de hegemonía para concretar su proyecto societal. La clase dirigente articula la infraestructura y la superestructura en un equilibrio de compromisos por la correlación de fuerzas y a través del bloque histórico. Las políticas sociales son parte de este proceso y permiten la incorporación de intereses materiales, contenidos ideológicos, producción de sujetos, aparatos jurídicos.

Coerción/consenso, violencia/cultura, dominio/dirección son polarizaciones (Gramsci), pero las políticas sociales en el mantenimiento del orden social y de la generación de consenso legitimará el ejercicio de poder recreando el Estado de providencia como fetichismo del pacto social original.

Las demandas sociales desideologizadas pasan a ser tratadas como ingeniería social de expertos y esto forma parte de la constitución de un campo de construcción de sujetos y de proyectos hegemónicos y contrahegemónicos.

Las políticas sociales participan en la reproducción de la estructura social como una red de micropoderes y desde la construcción de campos disciplinarios, instituciones prestadoras de servicios, prácticas normalizadoras.

Varios autores reflexionaron sobre las operatorias que construyen el control social. Boltansky (1979) advierte sobre la mediación del orden de

la cultura a través de reglas, obligaciones, prohibiciones, rechazos, deseos, gustos y formas aversivas que actúan sobre el cuerpo y que generan las identificaciones.

Donzelot (1970) trata la cuestión social a partir de la familia en el capitalismo; lo público y lo privado en la adaptación de los individuos. Prácticas biopolíticas como la moralización, normalización, contrato, tutela. Dimensiones pedagógicas de las prácticas de poder para el consenso activo, reproducción de sujetos y lugares, de lo normal y anormal. La constitución del modelo familiar patriarcal y el lugar del sintagma mujer-madre contribuye a la construcción de la moralización burguesa. En el siglo XIX, en tiempos de necesidades de mano de obra, despliega estrategias de sumisión de la clase trabajadora y de las clases llamadas peligrosas: 1) la táctica de topologización, a través de casas baratas, cercanas a los centros industriales, además de los hábitos de ahorro, 2) la escuela como espacio privilegiado para extender la moral más que los conocimientos entre los pobres y 3) el manicomio, la prisión y la colonia de indigentes constituyen la estrategia de máxima intensidad. La creación del *Work House* en Inglaterra es un lugar de condena a la indigencia y una tentativa de delimitarla y suprimirla. La propuesta es “reducir las malas inclinaciones del hombre, de corregir su naturaleza viciosa”. Instalando coacciones disciplinarias sobre el tiempo y regulando la existencia para ocuparlo sin ociosidad. Separan a los individuos de las familias y de otros contactos, salvo el contractual. Y con una finalidad adaptadora. La sujeción de lo económico por prácticas médicas y morales se observa en la transformación de los requerimientos de salarios, empleo, en cuestiones de inmoralidad, degeneración y la indigencia como ilegalidad. A su vez el crimen y la enfermedad mental son psicologizados y patologizados. Es así como el indigente se encuentra con esta operatoria en vecindad con el enfermo mental y el criminal.

Michel Foucault participó del debate contemporáneo alrededor de la constitución subjetiva, articulando el saber, el poder y las tecnologías del yo. El objetivo central de su trabajo fue estudiar tres modos de objetivación que transforman a los seres humanos en sujetos. El primero es el correspondiente a los estatutos científicos, por ejemplo: la objetivación del sujeto hablante de la gramática, la filología y la lingüística, o el sujeto productivo quien trabaja en el análisis del bienestar y la economía o el sujeto vivo de la historia natural y la biología. El segundo tramo de su proyecto fue estudiar las prácticas disociativas. El sujeto disociado de sí o de los demás sujetos, proceso

que objetiva al loco y al cuerdo, al enfermo y al sano, los criminales y los “buenos muchachos”. En tercer lugar se ocupó de la forma en que mujeres y hombres se transforman en sujetos y el lugar de la sexualidad como dominio constitutivo. Diagramas de poder o campos de visibilidad de cada sociedad con *un régimen de verdad*, en función de sus discursos, los que hace funcionar como verdaderos, los mecanismos para distinguir enunciados verdaderos o falsos, cómo se sancionan unos y otros, las técnicas para la obtención de la verdad y el estatuto de quienes se encargan de decir lo que funciona como verdadero.

Bourdieu (1977) ha profundizado las relaciones entre cultura, poder, estructura social y acción social, mediante los sistemas sociales estratificados de jerarquía y dominación que se reproducen por generaciones, sin generar resistencias ni reconocimiento, muchas veces. La Violencia Simbólica afirma, es el procedimiento que a través de procesos simbólicos como palabras, imágenes y prácticas reafirman los intereses dominantes, las jerarquías y distinciones y la aceptación por el dominado. Es importante retomar este concepto para operar en los complejos fenómenos que llevan a legitimar las desigualdades, las discriminaciones, las estigmatizaciones y las posibilidades de los grupos afectados, marginados, oprimidos, estigmatizados para resistir.

Las políticas sociales como técnicas y constitución de ciudadanos se consolidan en un régimen de verdad, de derechos y obligaciones, técnicas y saberes especializados, reglas de inclusión y exclusión, jerarquías sociales, construcciones de identidades legitimadas o deslegitimadas.

Especialistas, construcción de indicadores, distribución de asignaciones para planes fragmentados (ej.: para jefas y jefes de hogar, para madres, para población con deficiencias nutricionales, para promoción y prevención focalizadas, etc.); instalan dispositivos de verdad en los cuales se fundamentan estrategias disciplinantes desde una exterioridad definida por los campos de saber y poder. Pero, a su vez, aparecen espacios con lógicas de resistencia generando prácticas con enunciados más autónomos y con autorreferencia a esa posición que exige reconocimiento y no sujeción. Las asambleas barriales, los movimientos de trabajadores desocupados, las redes de personas viviendo con VIH/SIDA, los familiares de usuarios del sistema de salud mental, los familiares por la verdad y la justicia que luchan contra la impunidad, tanto de la represión dictatorial como de las catástrofes (Cromañón –194 jóvenes muertos–, LAPA –60 pasajeros, 3 tripulantes y dos que transitaban en auto–) son acontecimientos en los que emergen nuevos actores con demandas

particulares obstaculizando los procesos de desubjetivación que se imponen en la construcción del diferente, del excluido, de la víctima (i)responsable, del otro, y favorecedores de procesos de negación e impunidad. Procesos de estigmatización, discriminación y negación deben ser estudiados e incorporados a la reflexión de las políticas públicas y los programas de prevención y promoción de salud. La presencia de estos actores en resistencia pone en evidencia cuestiones del orden social y cómo la discriminación y la estigmatización se vinculan a “marcos de verdad” y a grupos sociales para producir y reproducir la desigualdad social.

Históricamente *los pobres fueron considerados como niños* a quienes los ricos deben suministrarles una moral y una ética, además de las condiciones de protección social para el mantenimiento del orden laboral. Las relaciones de autoridad se basaban en la creencia de la desigualdad natural de los hombres y de las funciones a cumplir.

La relación paternalista estaba en la sociedad civil, pero con el Estado moderno y el despotismo ilustrado se convierte en una ideología de gobierno (Bendix, 1964). Surgen argumentos sobre los efectos morales de desestimular el trabajo por la caridad o el malthusiano, y ubican a la protección como origen del aumento de la crisis poblacional. Habla de obstáculos de dos tipos positivos: el crecimiento de la mortalidad a través del hambre, la miseria, las enfermedades; y los preventivos que contribuyen a reducir la natalidad: contraconcepción, control moral, celibato. Las ideas de Summer y Spencer del neodarwinismo social en EE.UU. –de mantener una no intervención en la cuestión social para que el mercado elimine su propio excedente cuantitativamente y mejorar la especie al sobrevivir los mejores de la especie– también se inscriben en ese sentido. Estas perspectivas –ética y políticamente repudiables–, sin embargo debemos interrogar porque con otras capilaridades siguen operando en políticas y experiencias.

Las disciplinas, como saberes y prácticas desde una perspectiva de la sumisión de los cuerpos para Foucault, son micropoderes esencialmente desigualitarios y asimétricos, sostenidos por mecanismos minúsculos, cotidianos, capilares, como subsuelo de las libertades jurídicas formales.

Las políticas sociales se corporizan en instituciones que tienen un saber específico, una cultura institucional y tecnologías disciplinares para reglar normas y procedimientos; contribuyendo a la burocratización weberiana y a consolidar una lógica y asignación de valores para la atención de demandas sociales.

Las políticas sociales como prestación de servicios sociales de educación, salud, asistencia funcionan a través de servicios con tecnologías y procesos propios y en cuyo consumo por el usuario media la relación con el profesional prestador del servicio. Tecnología y trabajo humano que modulan las relaciones y que, si se hace a través de la filantropía, se despolitiza la acción en estrecho vínculo con los equipamientos colectivos.

La división sexual del trabajo se expresa en la masividad del trabajo femenino en la prestación de servicios sociales y también se cumple con una función ideológica de reafirmación del estereotipo de género tradicional en la extensión de la mirada y el cuidado maternal.

A su vez, en este espacio, es posible *pensar redes de apoyo y alianza y solidaridades*. Los nuevos fenómenos de resistencia también reposicionaron las temáticas sobre las violencias de género, las atribuciones compartidas, temas sobre los derechos reproductivos y sexuales. Acontecimientos como los encuentros de mujeres con su diversidad instalan en la agenda pública del siglo XXI temas postergados como los liderazgos, la autonomía de las elecciones, incluyendo las interrupciones de las gestaciones despenalizando el aborto. En este punto resultaría significativo el análisis de las verdaderas cruzadas inquisitoriales promovidas por las campañas moralizantes desde los grupos religiosos, que obstaculizan hasta intervenciones no punibles desde principios del siglo XX —como son los casos de violación o peligro de vida de la madre.

Podemos entonces señalar que cuando se trata de generar contrahegemonía a los discursos y prácticas dominantes, se debe reflexionar sobre el poder, la cultura y las diferencias. Los significados y prácticas de las instituciones y los discursos dominantes que legitiman/deslegitiman identidades a través de diferentes operatorias. Las identidades tradicionales que no alteran los principios del orden social pugnan con las identidades rechazadas y estigmatizadas en contextos sociohistóricos. Las cuestiones de la sexualidad, el género y la clase o etnias han sido fuentes de vulnerabilidad y estigmatización. Pensemos en las epidemias recientes como el VIH/SIDA (estigmatizada como peste rosa, haitiana, negros) que reproduce y profundiza la exclusión y la red de significados asociados a la muerte, castigo, culpa, vergüenza.

5. La crisis neoliberal y la evaluación de los daños y riesgos

A partir de los 90, en América Latina, se observan grandes transformaciones relativas a la desarticulación con la Economía internacional, la transferencia de recursos al exterior, el endeudamiento externo, la crisis fiscal y el impacto por el cambio de los patrones de industrialización de países centrales. La globalización de la Economía mundial inicialmente de las empresas multinacionales fuera de los controles estatales, el desarrollo de las comunicaciones e informática, profundizó la fragmentación de producción de bienes y servicios.

Frente a la crisis se impusieron reformas del Estado. Se privilegió la llamada Ética de la Justicia Productiva frente a la llamada falsa Ética de la Justicia Distributiva. O se instalaron falsos debates entre los dilemas y conflictos entre el Estado Tutelar y el Estado Estratega, focalizando en la responsabilidad del Estado Culpable. El discurso económico tuvo centralidad en la agenda pública y convirtió a los ciudadanos incluidos en expertos del riesgo país, de las bolsas internacionales, de la caída de los precios, etc. Para los excluidos se ofertaban tecnologías para administrar conflictos y programas centrados en el Estado, que tenía como tarea dar pescado o enseñar a pescar. La exclusión de un tercio de la población, en condiciones de indigencia y afectación como superflua, permite pensarse en operatorias de construcción de apartheid o campos de refugiados con dosis mínimas para la sobrevivencia vegetativa.

Pierre Rosanvallon (1995) afirma que a la salida de los 50/70, la utopía de una sociedad liberada de la necesidad y de un individuo protegido de los principales riesgos de la existencia, parecía al alcance de la mano. Desde los 80 el crecimiento de la desocupación y la aparición de nuevas formas de pobreza parecen llevarnos a tiempo atrás, pero también se cuestionan los principios de solidaridad y la concepción de los derechos sociales.

El paradigma asegurador, de raigambre europeo, sustrato técnico filosófico del Estado Providencia, pasaba de la noción subjetiva de comportamiento y responsabilidad individual o de Culpa Individual a la noción objetiva de Riesgo, supuestamente repartido igualmente y de naturaleza aleatoria, con socialización de la responsabilidad.

Se produjo un cambio en los conceptos sociales privilegiados, estos son; precariedad y vulnerabilidad más que riesgo. Se toma como modelo social la

sociedad desarrollada y su epitome norteamericana y sus logros. Pero, en los Estados Unidos la sociedad aseguradora no existió nunca. Siempre se privilegió más los derechos civiles que los sociales y los valores sociales se centraron más en la tolerancia y en la imparcialidad más que en la igualdad y la solidaridad.

Dentro de este modelo de consumidor desarrollado se producen las reformas en Salud y Políticas Sociales. En general, se intenta focalizar lo social en la exclusión y escindir las explicaciones en relación al sistema de explotación para situarlo en la vulnerabilidad poblacional. Se instalan en las significaciones imaginarias las representaciones de afuera y adentro. Sin embargo un elemento central junto a la desocupación ha sido la degradación de las condiciones laborales, incluyendo la precarización y la flexibilización laboral. Se insiste sobre el Riesgo Catastrófico y se promueve una visión individual de riesgo en salud, y la solución es un control del comportamiento.

Los diferentes regimenes en los Servicios Sociales y de Salud (vejez, familia, accidentes de trabajo, etc.) son teóricamente independientes, propinando sistemas polimorfos de fronteras difusas que el Neoliberalismo remercantiliza, argumentándose la escasez de recursos, la ineficacia y las presiones sindicales ilegítimas.

Frente a estos condicionantes de incorporación por el mercado es necesario interrogar sobre si es posible construir redes de protección, de seguridad, de sostén en el sentido de prevenir daños y/o riesgos proporcionados por el modo de organización económica, política y social.

La diferencia con los países desarrollados, fundamentalmente europeos, es que el desmantelamiento de las protecciones es menor ya que cuentan con Redes de Seguridad Social y Laboral.

Los organismos internacionales y los países miembros (OMS, UNESCO, UNICEF, etc.) definen indicadores para evaluar los niveles alcanzados en los campos de salud, educación, desarrollo social, etc. Los indicadores de Desarrollo Social identifican tres dimensiones: a) longevidad expresada en la esperanza de vida, b) conocimiento expresado en alfabetización y matriculación en tres niveles y c) nivel de vida expresado en ingreso *per cápita* ajustado.

Estamos ubicados en los países de mediano desarrollo, pero como todo promedio, no se toman las desigualdades de los más afectados. Además, estos indicadores no pueden desplegar el sentido de las trayectorias y las biografías personales de mujeres y hombres, de niños, adolescentes, adultos en situaciones diversas y con reparto inequitativo de los recursos sociales.

En este sentido, el riesgo es una construcción arbitraria y es central plantear que si no se cuenta con suficientes bienes sociales como vivienda, servicios educativos y de salud, transporte, cultura, las personas están en desventaja para alcanzar el bienestar y mejorar el índice de Desarrollo Humano.

La crisis argentina, modelo de cumplimiento neoliberal, se expresa en los indicadores de desarrollo desiguales y como novedad, la incorporación de otros sectores a los nuevos pobres. Las instituciones de protección social como la escuela, el Hospital declinan, se deterioran al compás del desfinanciamiento y los discursos desvalorizantes. Los espacios a privatizar o mercantilizar son primero descalificados y luego rematados. En esas operatorias los valores de la modernidad caen. El Impacto en el tejido social se manifiesta en la destitución simbólica de las funciones tradicionales como la familia tradicional, las funciones paternas y maternas, la escuela, como discurso de autoridad y protección. Las narrativas tradicionales no sostienen y si la ley simbólica no opera en la habilitación de un semejante es esperable que la violencia se imponga. Los límites se desdibujan y los principios de legalidad del semejante como igual son opacos, borrosos, o desaparecen.

Frente a esta declinación de las instituciones y su incapacidad de generar dispositivos regulados se generan operaciones discursivas de estigmatización de los otros.

La tendencia neoliberal basada en la descentralización, la privatización, focalización por clientes de políticas sociales, el Estado protector de los más pobres y la empresa privada encargada de los mejores pagos, seguros privados, cajas de pensión; etc, tiene su límite en la resistencia de los afectados. La gestión de los fondos sociales es un campo de disputa del Capital y a su vez de múltiples organizaciones del Tercer Sector de la Sociedad Civil. La política social como mediación entre Estado y Sociedad desmitifica una sociedad fundada en los principios de igualdad y justicia social. La práctica de estos principios en la noción de ciudadanía nunca se realizó plenamente, condicionada a la inserción laboral, debatiéndose el alcance a niveles mínimos de salud con políticas universalistas y selectivas sin distinción de género, clase social, edad o etnias.

Algunos economistas representan la crisis como el hundimiento del Titanic –luego de impactar un iceberg mientras acontecen fiestas fastuosas– y analizan dos perspectivas: a) los muertos fueron por falta de salvavidas, igual como faltó para los que se cayeron por falta de adiestramiento técnico y b) la

óptica es que hay que evitar que el buque se trague el iceberg, sin condicionar el objetivo de enseñar a navegar y reconocer el trabajo que hace posible que algunos estén en la fiesta.

La crisis real, no metafórica, se expresa en más de 100.000 muertes evitables, 1.000.000 de analfabetos y 4.000.000 de analfabetos funcionales, en que 2/3 de las enfermedades son no transmisibles y ligadas a las condiciones de vida. Las tasas de fecundidad adolescente, en particular en las provincias del Chaco, Catamarca y Formosa son las más altas del país. También es preocupante el descenso de la edad del primer embarazo en niñas probablemente expuestas a situaciones de violencia sexual.

La constitución de espacios estratégicos participativos en salud, en educación, en los ámbitos territoriales requiere revisar nuestros presupuestos teóricos y nuestras herramientas técnicas. La dimensión de la subjetividad no puede desvincularse de las condiciones de vida y de nuestra perspectiva ética de interrogarnos sobre las relaciones que constituyen al Otro, al semejante. Interrogación que nos permite posicionarnos en los campos de la Prevención y la Promoción de Salud como una posibilidad, como una potenciación de la autonomía subjetiva y colectiva.

6. ¿Planificación en Salud Mental?

En las últimas décadas en el país, el campo de la formación, de las representaciones e ideales de identidad profesional de los trabajadores de Salud Mental se hallan configurados por el campo asistencial y los presupuestos de la clínica. Los temas de la Prevención han sido postergados y clausurada su problematización. No se elude su existencia en el otrora, relatada como acción y campo de la Psicohigiene y su portavoz más genuino: José Bleger.

La reproducción y producción de un campo de prácticas se refuerzan ideológicamente y adquieren, como se ha enunciado, legitimidad por su capital simbólico.

¿Cómo descentrar la monovalencia por el camino de otras legitimidades plurivalentes, otras gramáticas del hacer en salud mental? O, términos actuales, ¿por qué no constituir nuevas redes y nodos que sostengan las demandas y necesidades en el sector?

Arriesgar a la apuesta de la interdisciplinaridad, la intersectorialidad, a los flujos más horizontales, más policéntricos, más interdependientes. Los obstáculos del poder para la gestión de cambios y la incorporación de otros actores sociales pueden debilitarse al advertirse la eficacia y eficiencia de otras formas reticulares. Las ventajas en la constitución de redes son las de facilitar la utilización de recursos, la pluralidad, la cercanía y propiciar formas más democráticas. Pero también pueden usarse como instrumento para imponer consensos, o demorar decisiones de urgencia, o des-responsabilizar a los gobiernos, o desplazar a determinados actores.

La influencia del contexto local de catástrofe social exige reconocer la complejidad, incorporar la incertidumbre, la ambigüedad, las relaciones de poder en los contratos terapéuticos, en las instituciones, en las comunidades.

Los aportes latinoamericanos de praxis reflexivas se plasmaron en las intervenciones de Paulo Freire en la Educación popular, en la Sociología militante de O. Fals Borda y en la Psicología de la Liberación de Ignacio Martín-Baró. También los dispositivos de Pichon Rivière, las modalidades de intervención en Salud Mental y trabajo de S. Berman, de los Trabajadores de la Salud Mental (AP), y otros; fueron hitos fundantes de las décadas del 60 y 70.

Las mutuas fertilizaciones favorecieron planteos de revisión en los niveles ontológicos, epistemológicos y metodológicos. Los tópicos privilegiados fueron la desideologización dominante y el desarrollo de las capacidades de las personas para enfrentar críticamente los mecanismos de opresión y propiciar estrategias cognitivas, emocionales y de acción transformadora. Los principios fundantes de la Psicología Comunitaria Crítica o la Psicología de la Liberación se instalaron en las propuestas actuales, aportando a la emancipación de los colectivos sociales, poblacionales, marginados de los satisfactores de necesidades y potencializando el desarrollo de capacidades de autodeterminación, autonomía, empowerment, resiliencia comunitaria, entre otras; como postulados originales recreados en la generación de nuevas utopías en tiempos neoliberales.

En estos procesos complejos, la relación dialógica –no de externalidad–, entre trabajadores de la salud y miembros de la comunidad con derechos plenos de ciudadanía, plantea un desafío ético relacional.

La reflexividad crítica en la Psicología Preventiva recupera la escucha y resignifica los sentidos que los actores atribuyen a la realidad social y subjetiva. La praxis crítica reconoce los aspectos de la cultura no sólo como epifenó-

meno de lo productivo, sino como potencia de transformación subjetivante. La sociedad de clases impone modelos atributivos y sistemas simbólicos, la interrogación se vertebra sobre las posibilidades de alternativas en los modos de hacer y pensar contrahegemónicos frente a la negación, culpabilización, estigmatización, discriminación.

Trabajar por una nueva Salud Colectiva que proponga la defensa de la vida y el bienestar personal (autoestima, ideal, esperanza), bienestar relacional (sentido de comunidad, cuidado y apoyo social) o colectivo (acceso a servicios de salud, igualdad, etc.) (Montero, Prilleltensky, 2003).

La planificación estratégica frente a las necesidades colectivas, el monitoreo participativo de la calidad de vida y de programas y servicios y las acciones de controlaría social es una manera de fortalecer la capacidad de control y negociación de los colectivos sociales. Los monitoreos *ex-ante* y *ex-post* de las programaciones constituyen espacios donde se instalan momentos de identificación de problemas relevantes a nivel singular, grupal o comunitario. Se analizan los problemas de viabilidad, se apunta a reestablecer los nexos explicativos de la determinación de los mismos y evaluar el impacto de la prevención y promoción de la planificación participativa. A su vez, se evalúa los dispositivos que fortalecen lazos solidarios, la reflexión, la responsabilidad, las resistencias a las inequidades de género, de clase o étnicoculturales (Breilh, 2003).

Comprender los procesos sociales vinculados a la producción y reproducción de la desigualdad, la exclusión y las operatorias de negación, estigmatización, discriminación y sufrimientos es una apuesta en el campo de la investigación y la acción estratégica y política de Salud Mental Comunitaria. Trabajar conceptualmente y revisar categorías es un camino que habilita a otra construcción comunitaria.

Las necesidades exceden los dispositivos, las modalidades tradicionales, no innovadoras, profundizan la no accesibilidad y las interpretaciones dogmáticas son una traba teórico-práctica. Se trata, entonces, de revisitar la Praxis en Salud Mental incorporando la dimensión ética política y la permanente reflexividad crítica.

7. Ejemplos de intervenciones preventivas y promocionales en situaciones de catástrofes o epidemias o participación en la construcción de políticas o dispositivos

7.1. Situación traumática y efectos en los equipos de salud. *Intervención del colectivo en una Guardia Hospitalaria*

Las situaciones traumáticas referidas a eventos naturales y/o humanos, si cuentan con un entorno y apoyo social, relaciones solidarias y posibilidades asistenciales alejan el riesgo de transformarse en crónicas. En sentido contrario, la privación de apoyo, expone a vivencias traumáticas asociadas con sentimientos de impotencia, angustia, culpa, etc. y/o a la producción de trastornos psicosomáticos. El equipo de salud puede beneficiarse con el apoyo de intervenciones específicas (*Debriefing*) frente a los efectos del estrés postraumático y facilitar la capacidad de recuperación resiliente (Perren-Klinger, 2001; Perkinson, 1997; Pennebaker, 1993; Mitchell, 1983).

Las experiencias internacionales frente a situaciones catastróficas nos advierten la importancia de las intervenciones preventivas ante las reacciones traumáticas secundarias y del intercambio y el apoyo recíproco para el clima de confianza y seguridad necesaria para la tarea de salud. Frente al impacto de la experiencia puede producirse un trauma psíquico expresado en reacciones físicas o psíquicas como hiperagitación, hiperalerta, angustia, trastornos del sueño, recuerdos recurrentes (*flash back*) y comportamientos de evitación. Se ha demostrado que algunas personas llegan a superarlo y otras tienen más dificultades (Flannery, 2000).

Esta es una síntesis de la presentación e implementación de un dispositivo de atención postraumática, de ayuda psicológica en incidentes críticos. La aplicación de la técnica de *Debriefing* con los miembros del Equipo de Guardia de atención de una Catástrofe, permitió hablar de lo relacionado con la situación traumática, los hechos, sus sentidos, los recursos objetivos y subjetivos, grupales e individuales, las afectaciones, el sufrimiento. Lo vivido grupalmente, como indecible y amenazante frente a la irrupción de lo inesperado y desestabilizante, por la potencia de las muertes jóvenes, por las violencias institucionales, por el colapso, etc., genera una atmosfera de alteración de las relaciones, del sentido, con angustia y miedo. Las ofertas individuales psicoterapéuticas no fueron visualizadas como recursos apropiados.

dos. Resulta en esa circunstancia viable e una intervención que facilite el sostén y lazo social. Con respecto al momento para intervenir, se ha demostrado que las personas afectadas tienen un beneficio óptimo del Debriefing cuando se interviene de un modo diferido. La propuesta se implementó tres meses después.

La convocatoria al personal de enfermería y a los médicos de la guardia enunciaba los propósitos y la modalidad de funcionamiento. No se eludía por tanto el retorno a los recuerdos, imágenes, impresiones ligadas al evento. Se desarrolló la intervención en distintas fases: a) información de las metas de Debriefing y la protección frente a los síntomas disruptivos; b) diferenciación entre el estrés crónico (Burnout) y la angustia y/o estrés postraumático; c) definición del encuadre y la confidencialidad; d) relato descriptivo (nivel cognitivo) a partir de guías de preguntas; e) visualización de afectos y emociones en el cuerpo (nivel afectivo con técnicas gráficas y psicodramáticas); f) devolución e integración de las vivencias traumáticas y los sentimientos difusos; g) cierre y evaluación.

El dispositivo propuesto plantea las siguientes modalidades:

1er. Encuentro

- Formulación de objetivos y encuadre (modalidad, confidencialidad, principios de funcionamiento del grupo).
- Breves referencias a modelos de Debriefing y a los Trastornos de Estrés Postraumático.
- Relatos de los hechos y expresión de sensaciones de lo vivido por el evento catastrófico. Se trata de trazar los límites simbólicos del hecho catastrófico. Se articulan las preguntas ¿Quién? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Qué fue lo que pasó? ¿Cómo pasó? ¿Qué ocurrió después? Debe manejarse técnicas grupales que permitan la expresión de lo que vio, escuchó, hizo y a su vez aparecen las interpretaciones singulares. .
- Elaboración parcial y Primer cierre

2do. Encuentro

- Devolución sistematizada del primer Taller.
- Historización de lo vivido a nivel emocional, trabajar sobre las disociaciones de las emociones y sentimientos. Trabajar con las localizaciones corporales y nominarlas.
- Reevaluación de la situación con relatos integrados. Preparación del ritual de cierre que se construirá en el grupo a través de actos o expresiones que den sentido al acontecimiento y el recuerdo.
- Los propósitos de la Prevención selectiva se organizan reelaborando las reacciones insoportables, los flashbacks, reasociando, y generando promoción de salud psíquica y física a través de encuentros grupales de los que vivieron el suceso.
- Evaluación y cierre.

Los objetivos de prevención del debriefing grupal tratando de visibilizar las reacciones y consecuencias de lo traumático comenzaron a circular con otras demandas y no solo las de consumo de psicotrópicos. Se trabajaron los sentimientos de horror, de impotencia, de indignación, de culpa y amenaza. La escucha del otro facilitó los reencuentros y mecanismos de protección entre pares. Escenas que fueron resignificadas facilitaron otras percepciones de la realidad. Es de destacar que el dispositivo implementado facilitó la emergencia de demandas sobre la necesidad de encuentros de reflexión periódicos con el personal de enfermería, de gestionar una actualización de las redes sobre violencias, de transmitir las condiciones y posibilidades para enfrentar las situaciones críticas y propiciar los mecanismos participativos resilientes.

7.2. VIH-SIDA en Argentina: Estado del conocimiento y Agenda de prioridades para decisiones en Argentina (Foro Investigaciones en Salud (FISA) 2007

La epidemia en Argentina de VIH-SIDA tiene una distribución heterogénea en relación a los distritos y los colectivos afectados. La exclusión y

la pobreza esta asociada y se verifica en el mayor crecimiento de la epidemia en estos sectores. Es netamente urbana y en los nuevos diagnósticos del 2000/2004 se observa que el 63% tiene un nivel de educación secundaria incompleta, y se concentra en ambos sexos entre los 20 y 39 años. Los varones superan a las mujeres en el total de casos notificados, pero la razón varón/mujer se ha estrechado, hasta casi igualarla. En el año 2006 la principal vía de transmisión de VIH en los casos nuevos diagnosticados fue la relación heterosexual (58%).

Dos elementos aparecen como significativos, los adolescentes pueden tener muchas posibilidades de contraer la infección por el pico de adultos jóvenes, a su vez con menos escolaridad y nivel socioeconómico más bajo.; y el otro dato es el aumento en las mujeres de las nuevas infecciones.

Según los expertos convocados por FISA las restricciones u obstáculos para lograr un mejor control de VIH-SIDA se refieren a los siguientes determinantes:

- Biológicos: características virales y corporales.
- Sistema de Salud: ausencia de un tratamiento curativo e inexistencia de inmunización masiva.
- Socioculturales: -Falta de información sobre cuidados y persistencia de prejuicios y discriminación en torno a la sexualidad u el uso de droga; -Diferencias en el uso y negociación del preservativo en las diferentes prácticas sexuales; -Insuficiente testeo voluntario y consejerías, escenario complejo atravesado por dimensiones políticas y de género; -Cuestiones de género: machismo, homofobia y transfobia y la reticencia a sostener programas de educación sexual ; -Dificultades de adherencia a los comportamientos de cuidado, autocuidado por múltiples causas; -Dificultades en mantener “siempre· sexo seguro; -Las prácticas individuales están inscriptas en situaciones de pobreza y vulnerabilidad social y se refuerzan los patrones de estigmatización sobre la base del género, la orientación sexual y la identidad de género; -Y de la criminalización de la pobreza y de comportamientos como el uso de drogas.

Los determinantes señalados operan a nivel preventivo y asistencial, si bien el tratamiento ARV ha logrado prolongar y mejorar la calidad de vida en un contexto de cronicidad, hay dificultades por la aparición de otras cepas resistentes, aplazamiento o no consistencia del tratamiento y temores y

fantasías sobre efectos colaterales y testeo tardío. Se señala la demora en los servicios, dificultades de acceso, perdidas de seguimiento. Persisten patrones de sexo-género hétero-normativos y estigmatizantes. Falta el reconocimiento de la problemática de los gays y travestis, bisexuales y otros usuarios de drogas y alcohol como temática de Salud Pública

Se señala la falta de Programas de Prevención generalizados y focalizados con sustentabilidad. La razón de las dificultades a nivel gubernamental para desarrollar políticas de Prevención se atribuye a actores moralistas que predican la abstinencia y desacreditan el uso de preservativo. También se advierte del desinterés en las personas privadas de libertad. Con respecto al déficit investigativo se señala el epidemiológico y el de comorbilidades (hepatitis, tuberculosis) y la fragmentación de programas (Sida, Salud Sexual y Reproductiva, drogas, materno infantil). Por último se advierte como obstáculo la falta de continuidad y coordinación nacional y provincial. La legislación de patentes y producción nacional del ARV y la escasa inversión en recursos humanos, investigación y desarrollo no contribuyen a la prevención.

Esta experiencia de Taller para establecer Prioridades entre el Ministerio de Salud, con la Dirección del Proyecto de la Dra. Silvia Kochen y expertos, invitados y becarios, constituye un aporte para la aproximación a un diagnóstico situacional participativo y sus recomendaciones para definir la Agenda. Son insumos y modalidades a profundizar para transitar, reflexionar, pensar críticamente.

Se sugiere Estudios Multicéntricos y Multidisciplinarios, establecer comparaciones e identificar tendencias en el tiempo y en todo el país. Favorecer la interacción entre investigadores, instituciones académicas, organizaciones comunitarias, gobiernos. Y Política Sanitaria que incluya ciencia básica, clínica, epidemiológica, sociocultural.

Se insistió en la Educación Sexual y la Prevención del Sida con perspectiva de Género.

Los grupos de discusión identificaron tres líneas de investigación para generar sistemas de evaluación: a) investigar las dificultades, abandonos y fracasos en la adherencia al tratamiento; b) Investigar las barreras y facilitadores para el testeo y c) Investigar las barreras y facilitadores a nivel de eficacia y accesibilidad al sistema de salud en la transmisión vertical.

7.3. *Tres modalidades teatrales*

Las estrategias artísticas son portadoras de potencial para la reflexión y la acción. Los tres ejemplos que sintetizaremos enuncian efectos movilizados subjetivos: el Teatro del Oprimido de Boal, el Teatro por la Identidad vinculado a Abuelas de Plaza de Mayo y el Teatro para Armar relacionado con propuestas para Salud de Los Calandracas.

7.3.a. *El Teatro del Oprimido*

Nació en Brasil en 1971, como Teatro Periódico, con el objetivo específico de tratar problemas locales, y pronto era utilizado a lo largo del país. El Teatro Foro comenzaba a aparecer en Perú, en 1973, como parte de un Programa de Alfabetización; y se extendió al mundo. En la Argentina apareció como Teatro Invisible y el Teatro Imagen para establecer diálogo entre Naciones Indígenas y descendientes hispanos, en Colombia, Venezuela, México... Hoy se ha desarrollado en potencias dialogales diferentes. En Europa también siguió con el Arco iris del Deseo –primero para entender problemas psicológicos, más tarde hasta para crear personajes en una obra.

Dice Augusto Boal su promotor: “El TO era usado por campesino/as y trabajadores/as, más tarde por maestros/as y estudiantes; hoy, también por artistas, trabajadores/as sociales, psicoterapeutas, ONGs. Al principio se hacía en espacios pequeños, casi clandestinos. En el presente en las calles, las escuelas, las iglesias, los sindicatos, los teatros regulares, las cárceles”

El TO es el Juego del Diálogo: jugamos y aprendemos juntos/as. Todo tipo de Juego debe tener una Disciplina - reglas claras que debemos seguir. Al mismo tiempo, los Juegos tienen necesidad absoluta de creatividad y Libertad. El TO es la perfecta síntesis entre la antítesis de la Disciplina y la Libertad.

Sin Disciplina no hay Vida Social; sin Libertad, no hay Vida.

La Disciplina de nuestro Juego es nuestra creencia de que debemos restablecer el derecho que tiene cada ser de existir con dignidad. Creemos que todos / as nosotros /as somos más, y mucho mejores de lo que pensamos que somos. Creemos en solidaridad.

“Nuestra Libertad es para crear maneras de ayudar a humanizar la Humanidad, invadiendo libremente todos los campos de la actividad humana: social, pedagógica, política, artística... El Teatro es Lenguaje, por tanto puede ser usado para hablar de todos los asuntos humanos, no para ser limitado al teatro en sí mismo” Augusto Boal, Río de Janeiro, 2004.

7.3.b. Teatro por la Identidad

Creado en el año 2000 como mecanismo de defensa para articular contra la brutalidad y el horror que significa la apropiación de bebés y niños y la sustitución de sus identidades de un modo organizado y sistemático a partir de la Dictadura Militar. Apela a la toma de conciencia y acción transformadora de los ciudadanos.

La Misión del T x I es: una herramienta teatral de actores, dramaturgos, directores, coreógrafos, técnicos y productores que se enmarcan dentro del teatro Político y es el brazo artístico de las Abuelas de Plaza de Mayo.

La Visión de T x I es: el teatro una herramienta que se propone Actuar para no Olvidar, actuar para encontrar la Verdad. Aún hay 400 jóvenes con identidades cambiadas y hay que encontrarlos/las. Enuncian: “Las oscuridades que nada temen más que la reflexión. Pocas cosas son tan efectivas en este combate como la sensibilidad, la duda, la emoción, el recuerdo, la acción. Y esto es el Teatro: duda, acción, emoción, convivencia”.

7.3.c. Teatro para Armar, con Los Calandracas

El Teatro para Armar abre un espacio para revisar situaciones desde otra mirada, buscando, junto con todos, respuestas superadoras a temas críticos.

El humor y el grotesco han mostrado ser un camino posible para abordar temas críticos, tal vez por la distancia que suponen con la realidad de lo cotidiano, y también porque, como algunos espejos, distorsionan y ponen en primer plano aspectos centrales de los que muchas veces es difícil hablar. Una experiencia promocional y preventiva del VIH-SIDA se desarrolló en la escuela Media de la CABA. Participaron los terceros años en encuentros donde se escenificaban acciones cargadas de prejuicios, estereotipos, obstaculizadores del cuidado y sexo seguro. También se trabajó en situaciones hospitalarias marcadas por la violencia, buscando la humanización del trato. Distintas adicciones, incluida el alcoholismo y la automedicación, el tabaquismo, además de las barreras

arquitectónicas, las de género y la afirmación de derechos, participación comunitaria, etc. son ejes de la producción de talleres de reflexión y protección de acciones posibles desde lo teatral. Los textos y dirección son de R. Talento y la dirección y coordinación de la propuesta de Andrea Maurizzi.

Estas propuestas teatrales y otros espacios comunicacionales como radios, periódicos, bibliotecas populares, o dispositivos artísticos como las orquestas infantiles y juveniles, murgas, talleres de plástica, de fotografía son potenciadores de otros vínculos y de transmisiones intergeneracionales y culturales que no reproducen la exclusión.

8. Bibliografía

- Agamben, G. (2000): *Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo*, Homo Sacer III, Valencia, Pre-textos.
- Bourdieu, P. (2000): *Intelectuales, política y poder*, Buenos Aires, Eudeba.
- Castoriadis, C. (2006): *Una sociedad a la deriva. Entrevistas y debates (1974-1997)*, Buenos Aires, Katz Editores.
- Donzelot, J. (1970): “Espacio cerrado, trabajo y moralización”, *Revista Topique* N° 3, Francia y Espacios del Poder, Madrid, Ediciones La Piqueta.
- Fleury Teixeira, S. (1997): *Estado sin Ciudadanos. Seguridad social en América Latina*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- (2002): “Políticas Sociales y ciudadanía”, *Umbrales. Revista del Posgrado Multidisciplinario en Ciencias del Desarrollo (CIDES-UMSA)*, N° 11.
- Foucault, M. (1992): *Metafísica del Poder*, Madrid, Ediciones La Piqueta.
- (1996): *Hermenéutica del Sujeto*, Buenos Aires, Altamira.
- Freud, S. (1930): “Malestar en la Cultura”, *Obras Completas*, Tomo III, España, Biblioteca Nueva.
- Gramsci, A. (1971): *La política y el Estado moderno*, Barcelona, Editorial Península.
- Habermas, J. (1980): *La crisis de legitimación del capitalismo tardío*, Río de Janeiro, Tiempo Brasileiro.

- Ilari, S. R. (2006): "Entre el género y la especie. Reflexionando sobre la naturaleza de la política y la gestión social", *Revista Circunstancia*, Instituto de Investigación Ortega y Gasset, Año IV, N° 11, Madrid.
- Marx, K. (1973): "El Capital", en *Obras Escogidas*, Editorial Moscú, Progreso.
- y Engels, F. (1973): *La ideología alemana*, Argentina, Ediciones Rublos Unidos.
- Montero, M. (2003): *Introducción a la Psicología Comunitaria*, Buenos Aires, Paidós.
- O'Connors, J. (1977): *La crisis del Estado capitalista*, Río de Janeiro, Paz y Tierra.
- Prilleltensky, I. (2003): "Validez psicopolítica: el próximo reto para la Psicología comunitaria", en Montero, Prólogo al libro *Introducción a la Psicología Comunitaria*, Buenos Aires, Paidós.
- Rosanvallon, P. (1995): *La nueva cuestión social. Repensar el Estado* Providencia, Buenos Aires, Manantial.
- Rozas Pagasa, M. (2002): *La intervención profesional en relación con la cuestión social*, Buenos Aires, Espacio Editorial.
- Samaja, J. (2004): *Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Wainerman, C. (comp.) (2005): *La vida cotidiana en las nuevas familias ¿una revolución estancada?*, Buenos Aires, Editorial Lumiere.

PARTE II

CONDICIONES DE TRABAJO Y SUBJETIVIDAD

CAPÍTULO 3

TRABAJO, PRAXIS Y SALUD*

KATTYA PÉREZ CHÁVEZ Y MALENA LENTA

“En suma, desde pequeño mi relación con las palabras, con la escritura, no se diferencia de mi relación con el mundo en general. Yo parezco haber nacido para no aceptar las cosas como me son dadas.”

Julio Cortázar

1. La flexibilidad desigual

Los procesos de socialización, individuación y subjetivación tienen en el trabajo humano un soporte vital y existencial. Pero es en la dimensión de trabajo como productor social, en el contexto de las formaciones socioeconómicas capitalistas, que cumple un papel central respecto de la calidad de vida y el bienestar o malestar colectivo, grupal e individual. Pese a ello, constituye un problema, si no relegado, casi por completo distorsionado en su función y notablemente ideologizado en el campo de la salud y de las prácticas psicológicas. Del mismo modo, buena parte de la preocupación por las implicancias subjetivas y de salud mental apenas se ha orientado a aspectos parciales del proceso de trabajo como el fenómeno del mercado de trabajo, y en particular a las condiciones de emple(h)abilidad.

* El artículo se centra en los últimos trabajos de investigación-acción e intervención, pero incluye los realizados con anterioridad. Agradecemos al Cuerpo de delegados de subterráneos, a la gremial de trabajadores ferroviarios zona norte y al equipo de enfermería comunitaria del Htal. Tornú, entre otros colectivos de trabajadores. También a las y los profesionales y estudiantes que integraron el equipo en distintos momentos, entre ellos: Claudio Sincovich, Hugo Leale, Patricia Brousson, Luisa Novo Foti, Cecilia Liffschitz, Evangelina Ceresole, Lucía Álvarez y Nancy Cejas. Y por supuesto la dirección y orientación de Graciela Zaldúa.

Es decir, que aun cuando el giro neoliberal que atraviesa el modelo en la actualidad muestra sus efectos negativos sobre los trabajadores empleados o desempleados y usuarios del sistema de salud, esto no ha logrado impactar en las políticas científicas, sanitarias y sociales. Ya sea por la privatización de lo público y de las obras sociales, por la desatención y desprotección que caracteriza a la ley de Riesgos de trabajo, o por la exigencia en términos de intensidad laboral, el sistema se desentiende de la salud de los trabajadores al tiempo que se retrocede en el conjunto de los derechos sociales.

Por otra parte, los efectos negativos en las condiciones de producción de la salud, enfermedad y atención relacionados con las nuevas coordenadas del trabajo y de la subjetividad deben considerarse a la luz de la dimensión identificatoria, o sea, del vínculo material y simbólico de cada sujeto trabajador/a con y desde cierta clase social de inserción y pertenencia. El programa neoliberal posmoderno del “fin del trabajo” empeñado en sustituir totalmente la necesidad de trabajadores por nuevas tecnologías inteligentes renovaba una vez más la ideología del fin de la clase obrera y, por lo tanto, de la lucha de clases, mientras instauraba implacablemente una nueva marginalidad o “marginalidad avanzada”. En ella, y como parte de un conjunto de dinámicas globales, el trabajo asalariado se ve transformado cuantitativamente por la transformación de una fracción significativa de la clase obrera en superflua, y cualitativamente por las características de fragmentación y precariedad derivadas de la erosión de los beneficios sindicales, remunerativos, de salud entre otros aspectos del contrato salarial (Waquant, 2001).

De manera más precisa los avances tecnológicos enmarcados en estos proyectos globales ofrecen una posibilidad de sustitución de los parámetros de organización productiva que acompañaron la industrialización y con ella la organización de todas las instituciones en que crecieron varias generaciones, y que aún persisten, pero carentes de función y sentido identificatorio.

Con la reestructuración de la modalidad taylorista fordista, y el paso a las variantes posfordistas, neotayloristas, basadas en tecnologías flexibles que permiten la desconcentración del espacio y del tiempo, se facilita la imposición de procedimientos de flexibilización de derechos laborales y sociales y la generalización del trabajo precario.

La reactualización de modalidades precapitalistas afecta selectivamente a ciertas poblaciones migrantes y en particular a la niñez, quienes son reclutados para actividades de alto peligro en total desprotección, con efectos en la morbilidad y la expectativa de vida. La superfluidad en la

producción de objetos necesariamente descartables en procura de aumentar ganancias particulares provoca daño a la naturaleza, al ambiente, y sobre todo la condición humana se acelera con la intensificación e interactividad del trabajo. Según Ricardo Antunes (2003),¹ “Como el capital no puede eliminar el trabajo vivo del proceso de mercaderías, sean ellas materiales o inmateriales, debe, además de incrementar sin límites el trabajo muerto, corporizado en la maquinaria tecno-científica, aumentar la productividad del trabajo de modo de intensificar las formas del sobre-trabajo en tiempo cada vez más reducido... (de ahí que) [...] es la propia ‘centralidad del trabajo que produce la no centralidad del trabajo, presente en la masa de los excluidos del trabajo vivo’ que una vez (des)socializados y (des)individualizados por la expulsión del trabajo, ‘procuran desesperadamente encontrar formas de individualización y de socialización en las esferas aisladas del no-trabajo (actividades de formación, de benevolencia y de servicios)’”.

De manera contradictoria, sin embargo, la precarización asume diferentes modalidades según los sectores de clase. No es la misma la de la cartonería y reciclaje que la de las becas y pasantías para sectores medios. Por otra parte, estas dinámicas se entrecruzan con movimientos democratizantes que son absorbidos o desviados, como ocurre con el aumento significativo de la posibilidad de las mujeres de acceder al espacio público y productivo, que luego vemos derrapar en tareas y posiciones subordinadas, salarios rebajados, contratos precarios en actividades de servicios y empresas terciarizadas, al tiempo que continúan con el trabajo dentro del hogar.

Es así que el impacto de las transformaciones en el mercado de trabajo del área metropolitana hacia la década de los 90 relacionado con la desocupación se acentuó entre la población inmigrante así como el proceso de feminización de ésta (Cacopardo y Maguid, 2003). Pero ocurre también que las diferencias de género en sí mismas se utilizan para incitar la competencia y de esta forma degradar aún más las condiciones de empleo.

Otro punto a considerar es que la fuerte discriminación por (sin) razones de raza o etnia actúa como juicio de criminalidad –y culpa por falta de seguridad– en la selección y “hábitus” o autoselección, socio-laboral, y es reforzado frecuentemente por las categorías epistémicas hegemónicas.

1. Antunes citando también a Tosel.

Desde el punto de vista del sufrimiento psíquico y de la salud mental, cuando estas situaciones se combinan con la fragilidad de vínculos y de sostén relacional, el desamparo o el encierro cumplen la función de segregar a las personas como excedentes superfluos. Las personas con capacidades diferentes, las de mayor edad, quienes padecen enfermedades crónicas, etc., generalmente no están incapacitados para hacer actividades productivas; sin embargo, pese a que se produjeron estrategias y nuevas modalidades de inclusión laboral —como, por ejemplo, pero no únicamente, las de empresas sociales, o, en el plano jurídico, la sanción de algunas leyes en este sentido—, dichas personas carecen de esa posibilidad en la proporción necesaria (Zaldúa *et al.*, 2003).

En este texto abordamos la problemática del trabajo y los desafíos que plantea a la prevención, desde una perspectiva crítica pero también praxiológica de la Psicología Preventiva. Contamos para ello con los resultados de las sucesivas experiencias de investigación y extensión participativas, en las que fue tomando forma una metodología de evaluación y monitoreo, estratégica de la salud mental, construida conjuntamente con colectivos de trabajadores, principalmente de subterráneos, ferrocarriles, enfermería comunitaria. Dichas experiencias, que se centraron en la evaluación participativa de las condiciones de salud y en la construcción conjunta de herramientas para el desarrollo de los procesos de protección y promoción de salud, han tendido tanto a ampliar la visión de la situación real y posible como a promover recursos de afrontamiento y cambio.

2. Marco teórico

La Epidemiología Crítica es una perspectiva para el abordaje de la salud en el nivel colectivo o poblacional según la cual situamos a la salud de los sujetos en el ámbito del trabajo y en relación con el proceso de trabajo. Esto significa que, a diferencia de los enfoques clásicos que aíslan al individuo de sus condiciones de existencia, utilizan modelos explicativos de causalidad simple, a la manera de factores de riesgo, y se sustentan en el paradigma de la Historia Natural de la Enfermedad; la Psicología Preventiva aborda a la salud en su historicidad social, como proceso en constante cambio, con retrocesos

y superaciones, según relaciones de determinación, condicionamiento e incertidumbre. Comprende a ésta según las dimensiones materiales y simbólicas que la integran en el *continuum* objetivo-subjetivo del movimiento de reproducción social y de cambio. En este sentido, como parte de la desigualdad social con sus formas de dominación, sumisión y lucha, la salud es expresión desigual, diversa y contradictoria, del Modo de Vida y las condiciones de vida resultantes del proceso de trabajo y el modo de producción dominante. De ahí que planteemos que abordar la salud-enfermedad-atención desde el proceso de trabajo es considerar en el nivel de las clases sociales la relación de los sujetos y la subjetividad con el modo de producción y el ciclo de la reproducción social, producción-distribución-consumo de bienes materiales y simbólicos (Almeida, 2000).

El proceso de trabajo y su abordaje preventivo en el campo de las ciencias humanas constituye un núcleo crítico y controversial debido a su relación con la economía, la subsistencia y el poder, lo que no ha sido tenido en cuenta en los desarrollos pre-dominantes de la medicina del trabajo o de la psicología del trabajo, que se apoyan en epistemes que sustentan la dominación como relación social y como dominio de la rentabilidad. El trabajo resulta, así, un locus de intervenciones adaptacionistas.

Una nueva perspectiva de la relación teoría-práctica que surge del compromiso con las problemáticas de las poblaciones concernidas da relevancia a la praxiología (Breilh, 2003), donde tienen preeminencia las prácticas en todos los niveles de la salud: en el del ser, u ontológico, en el nivel del conocimiento y el método, y también como marco de interpretación en el nivel de la hermenéutica.

Con la propuesta de la psicología comunitaria y su vertiente latinoamericana las teorías y modelos han de revisarse teniendo presente la “perspectiva de las mayorías populares” (Baró, 1998). Del mismo modo, las preguntas planteadas acerca de los modos de vivir, enfermar y resistir en el trabajo y en el desempleo, del sujeto y la subjetividad allí presentes, se acompañan y afirman en la praxis como instrumento de investigación-acción y como actividad transformadora de las relaciones de sumisión-dependencia que perpetúan los niveles de malestar y sufrimiento colectivo.

Los antecedentes producidos por las corrientes de la epidemiología laboral, los estudios llevados a cabo por Cristina Laurell y otros en el campo de la siderurgia así como el modelo obrero italiano, por un lado, representan una importante contribución al conocimiento del proceso de trabajo y sus

determinantes, y por otro, constituyen un referente respecto de la utilización de metodologías participativas y colectivas de indagación.

2.1. Alienación

El trabajo en la sociedad de clases es fundamentalmente trabajo alienado. Para llegar a esta afirmación Carlos Marx (1939) descubre la dialéctica profunda del proceso de valorización que indica que cuanto más aumenta la valorización del mundo de las cosas más aumenta la desvalorización de lo humano. Entiende así que el trabajo no produce exclusivamente mercancías; se produce a sí mismo y al trabajador en tanto que mercancía. De ese modo el objeto que produce, su producto, se le opone como un ser ajeno, como un poder independiente en el que hasta el trabajo mismo se convierte en un objeto. En la apropiación del objeto aparece alienación, exteriorización, hasta tal grado que el trabajador mientras más objetos produce tanto menos puede poseer y tanto más cae bajo el dominio de su producto, del capital. Mientras más el trabajador se exterioriza trabajando, tanto más poderoso se hace el mundo ajeno, objetivo, que él crea frente a sí; tanto más pobre se hace él mismo, su mundo interior, menos le pertenece.

El mundo exterior sensible deja de ser cada vez más un objeto allegado a su trabajo, un medio de vida de su trabajo; luego deja de ser cada vez más medio de vida en el sentido inmediato, medio para subsistencia física del sujeto.

En ese doble aspecto, el trabajador se convierte en siervo de su objeto, primero para obtener un objeto del trabajo, es decir, para obtener trabajo y segundo, para obtener medios de subsistencia. Primero para poder existir como trabajador y segundo para poder existir como individuo físico.

Al decir de Marx, la alienación del sujeto en su objeto se expresa según las leyes económicas, por lo que cuanto más produce el trabajador, tanto menos tiene para consumir; cuanto más valores crea, tanto más exento de valor, cuanto más formado es su producto, tanto más disforme es él mismo; cuanto más civilizado es su objeto, tanto más bárbaro es el trabajador; cuanto más potente es su trabajo, tanto más impotente es quien trabaja; cuanto más se ha vuelto espiritual el trabajo, tanto más falto de espíritu y más siervo de la naturaleza se ha vuelto el trabajador. Por el trabajo alienado el sujeto produce, pues, no solamente su relación con el objeto y con el acto de la producción en la forma de un ser ajeno y hostil a él; produce, además, aquella

relación en la que otros están para (obtener) su producción y sus productos, y aquella relación en la que él está para con esos otros. A la par que produce su propia producción produciendo su desrealización, produciendo su castigo; a la par que produce su producto produciendo su pérdida, produciendo un producto que no le pertenece, así mismo produce el dominio de aquel que no produce, el dominio del que no produce sobre la producción y el producto. A la par que aliena de sí su propia actividad, está apropiando al otro ajeno la actividad que no le es propia a aquél.

El trabajo alienado es el proceso por el cual se constata, como hecho económico, que quien trabaja se vuelve tanto más pobre cuanto mayor riqueza produce. La alienación es exteriorización del trabajo, el dominio de la propiedad privada respecto de la propiedad –del trabajo– verdaderamente humana. En el plano de la actividad, la autoactividad es actividad para otro; la vitalidad asume la forma de abnegación de la vida, la producción del objeto la forma de pérdida de objeto en favor de una potencia ajena. El trabajo alienado comprende una dimensión objetiva de la enajenación: la de la pérdida de control por parte del trabajador sobre los diferentes aspectos del proceso, producto y relación social, el fetichismo de las mercancías y el dinero. Pero también comprende los mecanismos de represión y repudio, negación-renegación-forclusión en que opera la alienación subjetiva. Ambas modalidades tienen como consecuencia el empobrecimiento del yo (Zaldúa, 2005).

2.2. Subjetividad y trabajo

El proceso de trabajo, en tanto proceso social, es un mediador en la producción de subjetividad. Al hablar de subjetividad nos referimos, por un lado, al reverso histórico e indisoluble de la objetividad, como también al proceso genético de constitución y sus procesos de acción (Piaget), interiorización (Vigotsky) y reflexividad (Castoriadis), en relación con universos de prácticas, afectos, pensamientos y símbolos, que de ninguna manera se reducen a la consecución de objetos de consumo tal como se presenta en el imaginario mercantil, o que se “plantea desde los centros de poder que definen el tipo de individuo necesario para conservar el sistema de acumulación económica” (desigual), al decir de Silvia Bleichmar (2005) quien agrega, la subjetividad remite al sujeto, a la posición de sujeto que se diferencia del

inconsciente. Éste, si bien no define, tampoco escapa, sino que constituye a la subjetividad, podríamos decir, ‘objetivamente’.

Cornelius Castoriadis (1998, 2001) dirá aun más, que se trata de psique socializada. La subjetividad según este autor requiere una óptica compleja que remite al *para sí* en sus múltiples regiones de expresión, que son los niveles de: lo viviente, lo psíquico, del individuo social y de la sociedad. A estos cuatro niveles, diferencia y agrega uno de cualidad diferente, la reflexividad, que caracteriza a la subjetividad humana, y se relaciona con la posibilidad volitiva, o de capacidad de acción deliberada. Cualidad que sin embargo no nos está dada de una vez, sino que es creación histórica. La reflexividad, posibilitada por la imaginación, permite postular en el presente lo que aun no está, es decir, la formulación de un proyecto de *autonomía* como capacidad de acción deliberada, donde está presente la relación consciente-inconsciente. Mediante ella la propia actividad del sujeto puede devenir objeto, la explicitación de sí mismo como un objeto no objetivo, o como objeto simplemente por posición es también la que hace que el *prójimo* se vuelva posible. La idea de sujeto, entonces, es la de un proceso hacia la autonomía, a la vez reflexiva y relacional, y que se inscribe en el proceso de formaciones imaginarias relativas a cada sociedad y a cada momento histórico, donde se instituyen representaciones finalidades, afectos e identificaciones. Por último, este magma de significaciones, imaginario social y radical, no se agota pero tampoco deviene aislado de los modos y signos del intercambio social, de la dimensión ideológica y multiacentuada que los convierte en arena de la lucha de clases (Voloshinov, 1976).

2.2.1. *Afectividades y proceso identificadorio*

El proceso de trabajo puede caracterizarse, al igual que la sociedad contemporánea según Castoriadis, como de crisis en el nivel de las significaciones, instituciones e identificaciones imaginarias. Correlato de las ideologías sobre el fin de la historia y del paso de los grandes relatos a las pequeñas historias o “historias mínimas”, surge la idea del llamado fin del trabajo, que en el contexto de avance capitalista de la globalización neoliberal, ha derivado más bien en una crisis del trabajo paralelo al avance de la insignificancia. La aparición o profundización de conflictos de algún modo canalizados por las instituciones tradicionales llega, con el dominio imperialista de Estados Unidos, a una situación que no sólo no significa el fin de las intervenciones expansionistas

sino la multiplicación de las mismas. Este dominio concierne también a la manipulación de imágenes que acompaña en los medios a las acciones bélicas a través de los efectos en la despersonalización, deshumanización.

El contexto de violencia no deja de tener consecuencias en los planos de la supervivencia como expansión de una “agresividad ilimitada”, el odio. Si bien el odio tiene raíces psíquicas, dice Castoriadis (1998), cuando los recursos de reservorio no están activamente movilizados, se manifiestan en desprecio, xenofobia y racismo, puesto que se conjugan con la necesidad casi total por parte de la institución social de clausurarse, de reforzarse y reforzar sus leyes, normas, creencias, costumbres, etc., y las necesidades identificatorias de los individuos.

Este aspecto del proceso general del trabajo es propiciatorio de las modalidades perversas, identificadas en las problemáticas de acoso, que “no provienen de un trastorno psiquiátrico sino de una fría racionalidad que se combina con la incapacidad de considerar a los demás como a seres humanos” (Irigoyen, 2000: 14) y hacen del lugar de trabajo un espacio privilegiado para la manifestación de tales situaciones de acoso: “Por acoso en el lugar de trabajo hay que entender cualquier manifestación de una conducta abusiva y, especialmente, los comportamientos, palabras, actos, gestos y escritos que puedan atentar contra la personalidad, la dignidad o la integridad física o psíquica de un individuo, o que puedan poner en peligro su empleo, o degradar el clima de trabajo” (Irigoyen, 2000: 48).

La aceptación del otro está relacionada, en cambio, con la dimensión del bien común, con la acción reflexiva y deliberada, en el dominio de lo histórico-social. Una acción—de *paideia* y política—que tienda a la democracia como régimen de autonomía individual y colectiva, y del bien común tal como es concebido por la colectividad concernida (Castoriadis, 1997). En esa dirección es que nos planteamos intervenir desde el trabajo vivo.

2.3. Trabajo vivo

Con el movimiento de transformación del modo de atención de salud en Brasil, particularmente en Campiñas, se desarrolla un enfoque del proceso de trabajo como espacio ya no sólo de alienación sino de resistencia, de micropolítica. Según Merhy (1997), el proceso de trabajo en su micropolítica debe ser entendido como un escenario de disputa entre distintas

fuerzas instituyentes: tanto las fuerzas presentes claramente en los modos de producción como las que se presentan en los procesos imaginarios, deseantes y del conocimiento.

El predominio del sector terciario en el mundo de la producción material y al mismo tiempo la terciarización del proceso de producción industrial, la entrada en escena de nuevas máquinas no es todo lo que aporta la revolución tecnológica, sino también la invención de nuevos modos de gerenciar las organizaciones que permitan garantizar la “captura” del trabajo vivo en acto y que los ‘autogobiernos’ resulten coherentes con la naturaleza del proceso productivo capitalista. De allí la importancia de crear tecnologías de acción del trabajo vivo en acto y de gestión de este trabajo que provoquen ruidos, fisuras y posibles líneas de fuga en los procesos de trabajo instituidos, que puedan focalizar el sentido de “captura” sufrido por el trabajo vivo y/o revelen las posibilidades de “quiebres” en relación con los procesos instituidos que operan cotidianamente, con saberes e intereses.

La acción del trabajo vivo es doble, en el espacio del proceso de trabajo y en el de gestión organizacional. En esta línea, abrir las interrogaciones –en el fondo siempre ético-políticas–, explorar los analizadores que puedan viabilizar agenciamientos de nuevos procesos en el campo de la subjetividad que opera en el autogobierno del trabajo vivo en acto, prevé la invención de nuevas “misiones” organizacionales y nuevos sentidos para el proceso de trabajo.

2.4. Calidad de vida y de trabajo

Durante la década del 80 en el país, diversos equipos de investigación –entre los que nos contamos– se inclinaron a la salud y a su relación con el trabajo desde diferentes ángulos y procedimientos. En ese proceso, una línea que se fue consolidando es la del estudio de las CyMAT (Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo). El trabajo y en particular la salud de los trabajadores se tratará de comprender por su vínculo con la calidad de vida y las condiciones de trabajo. Según Irene Vasilachis (1986), en un trabajo sobre las dimensiones empíricas y jurídicas “(...) el concepto de calidad de vida se ha modificado con el cambio de las sociedades, con el capitalismo industrial el consumo material se volvió un elemento definitorio”. Considera que desde un ángulo pragmático, sería relativo al “tipo de equilibrio propuesto por cada sociedad entre los recursos exigidos para su propia subsistencia y los

recursos que pone a disposición de los individuos para satisfacer sus necesidades materiales y espirituales”; y desde el punto de vista lógico-ontológico, se lo aplica a fenómenos diversos a los cuales subyace algún tipo o modelo de bienestar individual o colectivo. Su abordaje metodológico y empírico abarca “los problemas ecológicos, las formas de medición de la calidad de vida, la satisfacción de las necesidades básicas, la pobreza, los objetivos y modelos de desarrollo, y la distribución de limitaciones y recursos” que se relacionan con el trabajo y sus condiciones. Éstas se pueden resumir como el “conjunto de propiedades que caracterizan la situación de trabajo, que influyen en la prestación del mismo y pueden afectar la salud física y mental del trabajador y su comportamiento social”. Para el análisis de las condiciones de trabajo y las consecuencias sobre la salud distingue entre “las condiciones de trabajo de la empresa y las del puesto. En el primer caso se trata de las exigencias provenientes del ambiente físico y el ambiente social; en el segundo caso las exigencias provienen de las cargas, física (estática o dinámica) y mental, de la organización del trabajo y del contenido del trabajo. En este cuadro, los dos niveles de condiciones de trabajo determinan la calidad de vida de trabajo”.

Julio César Neffa (1995) entiende el proceso de trabajo como “determinado por múltiples factores que intervienen a nivel micro y macroeconómico, y en última instancia por el régimen de acumulación y el modo de regulación”. Diferenciándose del enfoque de Higiene y Seguridad del Trabajo, el trabajo se definirá de manera positiva, como un “derecho humano fundamental, una de las actividades más nobles que desarrollan los seres humanos, la que estructura su personalidad y es la fuente de derechos laborales. Rescata el carácter creativo, dada su capacidad de producir bienes y de prestar servicios indispensables para asegurar la reproducción de la especie; el trabajo genera las condiciones necesarias para el desarrollo de todas las dimensiones de la persona humana y el establecimiento de relaciones de intercambio y cooperación, constituyendo una nueva realidad: “el colectivo de trabajo”. Y en tanto que “No es en sí mismo un castigo o una pena que los trabajadores arrastran hasta su muerte, la fatiga por el uso de la fuerza de trabajo se hace patológica cuando las CyMAT no son adecuadas, y en ese caso aumenta la propensión a enfermarse y accidentarse y ‘ese’ trabajo degradado termina por deteriorar la salud” (Neffa, 1995: 6).

Otra perspectiva es la psicodinámica del trabajo (Dejours, 1998) anclada en la relación entre el psicoanálisis y la clínica, y la organización del

trabajo. Se interroga por la problemática de la identidad para lo cual sigue lineamientos ofrecidos por la clínica “de una racionalidad subjetiva de la acción, cuyo análisis supone que los vínculos entre tres términos se mantengan rigurosa y simultáneamente juntos: sufrimiento-trabajo-reconocimiento”. Éstos configuran un triángulo, el de la psicodinámica del trabajo, al estilo del propuesto por Sigaut, que se denomina triángulo de la identidad y la alienación,² que contempla los términos ego- real- otros. Considera que “los conflictos, el sufrimiento y el placer que emergen en situación de trabajo deben su dinámica también a la organización del trabajo y a las dificultades, inclusive a los conflictos que ocasiona a los sujetos entre ellos en el interior de los equipos y a los sujetos individualmente, por las tensiones que hace surgir entre restricción de la situación de trabajo y restricción de las relaciones en la esfera privada” (Dejours, 1998: 66). Como parte de las relaciones de lo real con la economía del placer y del sufrimiento entiende que “La lucha contra la locura (...) pasa a la vez por una confrontación del sujeto con lo real y por el reconocimiento de su acción por parte de los demás (...) La locura no depende de la intensidad de las restricciones ejercidas sobre el sujeto por lo real del trabajo. Es más bien cuando uno de los tres términos está aislado de los otros dos que se perfila el riesgo de alienación y locura” (Dejours, 1998: 66). De manera que la alienación mental, o locura clásica, sobreviene cuando el sujeto está cortado de lo real y de los demás y es remitido a la soledad. La alienación social se constituye cuando el sujeto por medio de su trabajo mantiene una relación con lo real pero no es reconocido por los otros. Por último, cuando el reconocimiento de los otros “se juega tanto de una parte como de la otra, en un mundo psíquico que ha perdido sus vínculos con lo real” sobreviene una situación de alienación cultural. Por otra parte, se otorga importancia al proceso de sublimación entendido como “...necesario para la construcción y el mantenimiento de la economía psicosomática...” (Dejours, 1998: 71) pero también como derecho, por lo que reconoce la posibilidad de privación del mismo como la desigualdad socialmente construida respecto de sus beneficios simbólicos.

2.5. Salud y praxis

El enfoque de riesgo sigue siendo predominante en el campo de la salud en el trabajo y en particular ante la posibilidad de incidir en las normas de Higiene y Seguridad. El paradigma multifactorial en que se sustenta presenta al menos dos limitaciones. Por un lado, es parcial frente a la magnitud –planetaria y ecológica– de las transformaciones técnico-científicas comprendidas en el proceso de trabajo y su utilización, precisamente cuando se hace necesaria “una radical recuperación del control de la humanidad por sí misma” (Guattari, 1996). Por otra parte, es una categoría analítica que al operacionalizarse se desliza a los conceptos de grupo de riesgo y comportamiento de riesgo (Mesquita Ayres *et al.*, 2001).

La modernidad del siglo XXI es, entre otras cosas, un mundo de acelerados avances con énfasis en la tecnologización de la ciencia, pero sin transformaciones benéficas de tal magnitud para el desarrollo de la existencia humana en lo colectivo como en lo singular. La vida cotidiana, los territorios de existencia, el futuro como noción y realidad, exigen un redimensionamiento de los riesgos y peligros vinculados a la modernización científico-técnica pero determinados por el reparto de la riqueza, el poder. El proceso general de trabajo es parte necesaria de este “progreso contradictorio” o “crisis del progreso” en los marcos del régimen del capital. Esto significa también que los problemas del medio ambiente no son una variable del puesto de trabajo –aunque también opere un nivel del puesto de trabajo–, sino de la relación macrosocial del proceso de trabajo. Ulrich Beck (1998) llama la atención sobre el hecho de que durante mucho tiempo el esfuerzo por superar la miseria oscureció los efectos secundarios de la actividad industrial. La mayor visibilidad que alcanza la liberalización de fuerzas destructivas actualmente da cuenta de un tránsito a lo que el autor denomina *sociedad del riesgo*, aludiendo así a la globalidad de las amenazas tanto como al vínculo con el progreso industrial y el desarrollo químico y atómico. De este modo la nueva fase en la distribución de la riqueza se acompaña de un nuevo reparto de riesgos y el consiguiente potencial político de convertirse en catástrofes. El control activo con sentido colectivo y subjetivo de los resortes del proceso de trabajo tiene así un papel prioritario para la salud comunitaria.

Por otra parte, al nivel de los territorios y los sectores de trabajadores la perspectiva crítica incorpora el principio de movimiento y se funda en la noción de *proceso* que comprende la relación de complejidad entre los aspectos o propiedades destructivas –es decir, insalubres– y los aspectos benéficos y

protectores. La actividad de los sujetos, las situaciones de organización y gestión ponen a la subjetividad en relación con la acción —es decir, con la praxis—. Praxis se refiere asimismo a la comprensión procesual y siempre inacabada de la realidad. La praxis es un concepto orientado a legitimar la procesualidad, la parcialidad y el cambio, tanto en la definición de los procesos de la vida social y psíquica como en los procesos de conocimiento (González Rey, 2002: 96).

3. Dimensiones de análisis

En este artículo resumimos parte de un proceso común de investigación-acción en el campo de la salud y el trabajo y sus resultados pero procurando elaborar desde la praxiología una revisión y reconstrucción conceptual que dé cuenta de la puesta en cuestión las epistemes y de las condiciones que definen lo que se puede pensar, conocer, decir. De la articulación dialógica de saberes científicos y populares contrahegemónicos y de la coconstrucción de dispositivos teóricos y prácticos.

Para ello nos valdremos de las dimensiones que en los distintos momentos de investigación-acción hemos ido definiendo respecto del análisis de las condiciones de producción de salud.

3.1. *Dimensión epistémica*

El modo de organización del trabajo ha sido el molde de la organización de las prácticas sociales, de la relación de éstas con el saber, y del saber mismo. Pero este moldeamiento que abarca instituciones y cotidianidades alcanza los procesos ideológicos que se producen en el conocimiento científico a modo de epistemes.³ La legitimidad o no de los paradigmas y modos de conocer suele

3. El análisis de la episteme “...es una interrogación que no acoge el dato de la ciencia más que con el fin de preguntarse lo que para esa ciencia es el hecho de ser dado... Y el punto por el que se separa de todas las filosofías del conocimiento es el que no refiere ese hecho a la instancia de una donación originaria que fundase, en un sujeto trascendente, el hecho y el derecho, sino a los procesos de una práctica histórica”, ver Foucault, *La arqueología del saber*, 1995, p. 324.

ser considerada a la luz –o mejor dicho la oscuridad– que tales restricciones epistémicas ofrecen a la armonía de orden hegemónico. La praxiología como construcción científica y social cuestiona ese disciplinamiento llamando a revisar la relación episteme-modelo-praxis (Breilh, 1997) en el camino de construir nuevas posibilidades para la praxis científicas. Esto, que vale como supuesto teórico metodológico de la perspectiva que adoptamos, indica el atravesamiento que opera en este nivel por ejemplo, en el trabajo en salud.

El trabajo en salud combina una tradición hegemónica de saberes organizados jerárquicamente donde los mayores valores se ubican en una mayor distancia con respecto a las tareas prácticas y de vínculo con pacientes usuarios, y los efectos cercanos de las reformas de corte neoliberal que repusieron e impusieron nuevas condiciones de exclusión sobre los formatos instituidos. Frecuentemente las y los trabajadores de salud se encuentran capturadas/os por el valor ideológico-identitario que ofrece el nivel clínico-asistencial, mientras que el trabajo comunitario queda en la práctica “extramuros” desprovista de los signos de reconocimiento social, y vinculado a la “peligrosidad” del afuera, de la “violencia de la calle”. En palabras de una enfermera “(...) muchos enfermeros no quieren trabajar en APS porque no quieren trabajar con la gente pobre”. “Se subestima el trabajo en el centro de salud (...) los que ya no pueden más vienen a trabajar acá, trasladan a los profesionales con problemas psicológicos o que ya están cansados o no tienen fuerza para trabajar (...)” o de manera compensatoria también escuchamos que “(...) para este trabajo se necesita gente que le guste salir a la comunidad, que tenga una disposición especial” porque es necesario “(...) concientizar a la gente de su derecho a atenderse”.⁴ Las epistemes de la salud operan también en los trabajadores desde la condición de usuarios de salud, cuando, por ejemplo, episodios de angustia y de sufrimiento psíquico son tipificados como “locura” o “patologías psiquiátricas”; se inscriben en las epistemes y prácticas sanitarias de exclusión y reclusión aún vigentes, que al mismo tiempo y por lo tanto se desvinculan del desgaste laboral y las condiciones de trabajo. Así, la enfermedad en el trabajo podrá ser siempre interpretada de modo segregatorio, según los valores del productivismo. Estos ejemplos iluminan la estrecha relación entre episteme-modelo-praxis.

4. Fragmento de entrevista grupal con enfermeras y enfermeros. Pérez *et al.*, 2006, pp. 488-490.

3.2. *Dimensión organización-gestión*

En un análisis complejo, la organización es una dimensión productora y reproductora de un contexto socioeconómico y político con el cual guarda relaciones de intercambio y de mutua determinación. Es posible, según observa Christophe Dejours, distinguir entre organización prescripta y organización real de trabajo; entiende a esta última como un compromiso elaborado según bases técnicas, que es a la vez el resultado de un pasaje por las interpretaciones diversas y hasta contradictorias que realizan los agentes. En este sentido, la organización real del trabajo será un producto de las relaciones sociales, de los procesos intersubjetivos que posibilitan la gestión social de las interpretaciones del trabajo en los que la expansión de una lógica mercantil, empresarial y deshumanizada del trazado de la organización prescripta no deja de tener consecuencias globales a nivel del trabajo real (Zaldúa *et al.*, 2003).

Son innumerables las maneras en que la organización del trabajo opera respecto de las dinámicas laborales. Una situación frecuente de encontrar entre trabajadores y usuarios de transporte es que ni los trabajadores que se ocupan de vender los boletos de subtes y ferrocarriles, ni los usuarios, disponen de monedas. Éstas, como la información, son *recursos críticos*, imprescindibles para realizar la tarea en la boletería, pero en la medida en que no están disponibles propician la expresión de agresiones convirtiendo a las ventanillas en lugar de (intercambio de) hostilidades. Esta situación productora de desgaste, que se presenta en el ámbito de la organización de los recursos para desenvolver las tareas y a nivel del puesto de trabajo, se genera en otro nivel del proceso de trabajo y el sector de transportes. En el marco del proyecto neoliberal de privatización de los servicios públicos y reducción de personal, la instalación de máquinas expendedoras de boletos que sólo reciben monedas en todo el transporte de colectivos determina la escasez de éstas para otro tipo de operaciones, y se vuelve anónima la responsabilidad por los déficit de la distribución que termina por recargar a los trabajadores y usuarios.

En tareas de alta responsabilidad, como son las tareas de control, el efecto de hostilidad se produce no tanto con los usuarios sino con los trabajadores de otras áreas. Estas exigencias de responsabilidad sin los recursos para su sostén se asocian a los efectos de (des)organización del psicosoma, prevalentes en la escala de Burnout.

Las afecciones ligadas al desgaste físico están vinculadas al espacio de trabajo donde las construcciones son precarias –faltan baños, hay problemas de temperatura, de ventilación, de higiene–. Y predominan también entre quienes realizan tareas de mantenimiento y servicios pues se encuentran más expuestos a la intemperie y a tareas que acarrear mayor esfuerzo físico como el levantamiento de rieles, limpieza de vías y estaciones, así como la exposición a ruidos continuos. El cuerpo es fuente privilegiada de afectación, y por lo tanto es también lugar de resistencia. Un cuerpo puede ser afectado en el plano de la individualidad, donde un cuerpo, por muy pequeño que sea, comporta siempre una infinidad de partículas en relaciones de reposo y movimiento, de velocidad y de lentitud, que lo definen, pero habrá ahí una afectación a otros cuerpos distintos y ha de ser afectado por otros. El cuerpo como el pensamiento son modos: relaciones complejas de velocidad y de lentitud, y también el poder de afectar y ser afectado (Deleuze, 2004) en una estrecha relación entre éste y el poder, entre el dominio y la conciencia. El dominio y la conciencia del cuerpo no se adquieren sino por el efecto de ocupación que hace el poder al signar lo bello o lo sano, por lo que constituye un locus de moldeamiento social, de disciplinamiento tanto como de confrontación y lucha (Foucault, 1992). El impacto tecnológico no lo es tanto por la innovación y modernización en estos sectores de la actividad laboral, por el contrario, ésta se desarrolla predominantemente sobre la base de tecnologías y maquinarias obsoletas, a las cuales “falta mantenimiento mínimo indispensable para la seguridad del pasajero y personal”.⁵

En los talleres que llevamos a cabo se va haciendo visible desde el trabajo vivo, la perspectiva de reorganizar los espacios-tiempos de trabajo (más cantidad de francos semanales y horario no rotativo, o una verdadera flexibilidad obrera), a partir de la elucidación de la relación entre dichas manifestaciones y la organización del trabajo.

Como se puede ver, las relaciones sociales que se juegan en la organización real del trabajo involucran niveles micro y macropolíticos por parte de los actores, en el seno mismo de las prácticas donde se oponen las políticas de privatización y publicización.

5. Trabajadores y cuerpo de delegados de subterráneos, Taller de Estudios Laborales (2004): “Informe sobre el mantenimiento del material rodante en subterráneos de Buenos Aires”, p. 28.

3.3. *Dimensión institucional*

Las instituciones de salud propiciarán modalidades específicas de relación social. Eugene Enríquez considera que “Las instituciones en tanto sistemas culturales, simbólicos e imaginarios, se presentan pues como conjuntos englobantes, que aspiran a imprimir su sello distintivo en el cuerpo, el pensamiento y la psique de cada uno de sus miembros”.⁶

Como sistemas culturales, se plasman en la atribución de lugares, expectativas, roles, conductas más o menos estereotipados, que tienden a facilitar la realización de la tarea colectiva. Los sistemas simbólicos –mitos unificadores, ritos de iniciación, de tránsito y de logro, héroes tutelares– tienen como función legitimar la acción de los miembros de la institución, dando sentido a sus prácticas y a sus vidas. La relación que el trabajador de la salud entabla con el usuario, se encuentra moldeada por la relación que entabla con sus instituciones (Zaldúa *et al.*, 2003a).

El trabajo como institución es también institución imaginaria, cargada de sentidos y sinsentidos de una época. La noción de derecho a la salud (y) en el trabajo tanto como la situación real de la salud de los trabajadores, se ha ido deteriorando con las sucesivas políticas de salud y de trabajo, y de manera drástica con los gobiernos dictatoriales y luego con las reformas neoliberales. El desempleo y la precarización, si bien son las principales vías de desprotección sanitaria relacionadas con la condición de trabajador/a, están asociados en los lugares de trabajo y en la vida cotidiana a sucesos de violencia interpersonal. En el nivel laboral, los fenómenos de violencia son materia de intervenciones técnicas y han dado lugar a que se apruebe una ley contra la violencia laboral en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires.⁷

Junto a la pérdida de los derechos laborales –entre ellos, el derecho a la salud–, en los sectores de trabajadores con los cuales hemos realizado monitoreos de salud, las conquistas alcanzadas –y perdidas– en el plano de la cobertura de atención de salud y beneficios asociados –recreación, entre otros– constituyen acontecimientos que habrían sido “absorbidos por la memoria, como si no hubiesen ocurrido” (Pêcheux, 1999: 50). En efecto, la imposición violenta de las reformas laborales fue un corte de múltiples continuidades.

6. Citado en Zaldúa *et. al.*, 2003.

Sin memoria de los derechos —no sólo en su dimensión jurídica, hoy relevante, sino y principalmente política—, la salud, como la enfermedad, serán interpretadas según el imaginario de la privatización y la ausencia de derechos. La medicamentación y automedicación son algunos de los modos que asume el moldeamiento institucional y las ideologías y estrategias defensivas en las que el derecho a la salud laboral se ha de-significado. Los marcos de la memoria individual y colectiva tienen un carácter representacional. Para Denis Jodelet (1993), a las representaciones se asocian, por convenciones sociales, significaciones a las palabras, imágenes, conceptos, que componen una misma estructura mixta con los estados de conciencia y los hechos psíquicos. La memoria es parte integrante del pensamiento social y de sus instituciones, e implica dos tipos de actividad: por un lado, una interpretación del presente a partir de un esquema “marco formado de nociones y puntos de referencia que se relacionan exclusivamente con el pasado” y, por otro, una actividad racional en la cual el punto de partida reside en las condiciones sociales del presente. De este modo, al decir de Pêcheux, dadas las condiciones (mecanismos, procesos, etc.) en las cuales un acontecimiento histórico es susceptible (o no) de inscribirse en la continuidad interna, en el espacio potencial de coherencia propio de la memoria (Pêcheux, 1999) ciertos acontecimientos y sentidos relativos al proceso de trabajo han sido vaciados de sentido, escapan a la inscripción colectiva.

3.4. Dimensión identitaria

La identidad personal se construye en el interjuego entre la permanencia y el cambio. El proceso identificatorio, que no concluye nunca, debe ofrecer ciertos puntos simbólicos de reparo para que esa trayectoria no sea fuente de desorganizantes angustias; en ese sentido, “El proceso identificatorio tiene como condición y como meta asegurar al yo un saber sobre el yo futuro y sobre el futuro del yo”.⁸

La identidad para sí es correlativa a la del otro y su reconocimiento, mediada por un proceso comunicacional (Zaldúa *et al.*, 2003). Pero su complejidad se debe también a las características de los procesos implicados.

Las identidades profesionales se afirman en los espacios relacionados con

7. Ley 1225, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003.

8. Aulagnier, Hornstein, citados en Zaldúa *et al.*, 2003a.

la formación, con el trabajo, así como con la cooperación y el reconocimiento. Al contrario, los conflictos y el no reconocimiento resultan perturbadores (Zaldúa *et al.*, 2003a).

Identidad e intersubjetividad se relacionan de manera tal que tanto las situaciones referidas al malestar dentro del trabajo (reclamo de los usuarios por fallas en el sistema; maltrato por parte de usuarios; conflictos con los compañeros de trabajo) como las situaciones gratificantes (compañerismo y reuniones entre compañeros; reconocimiento del usuario con relación a la tarea) quedan situadas en torno a la cuestión vincular trabajador-trabajador y trabajador-usuario. Por ejemplo, ante los conflictos que se producen en el espacio de las boleterías, la dirección de la empresa instaló vidrios espejados en las cabinas. Para los trabajadores, esa medida aumenta la tensión intersubjetiva. La medida a la vez que tiende a obturar el logro de transparencia en el vínculo con el otro y favorecer el aislamiento alienante sobre la identidad relacional, reproduce los problemas de despersonalización (laboral).

En el trabajo la empresa busca imponer su nombre como identidad respecto de otras, ya sea sindicales, individuales, profesionales. Pero la trasgresión que constantemente hacen los procesos de globalización sobre los límites de las comunidades particulares produce que las identificaciones secundarias sean experimentadas cada vez más como marcos externos y meramente formales. Surge así una tendencia a reafirmar identificaciones primordiales que puede interpretarse como un fenómeno de “negación de la negación” (Žižek, 2001: 168).

4. El método / Los métodos

El año 2006 se estrenó la película *El Método*, dirigida por Marcelo Piñeyro, que en sus versiones teatrales se llamó *El método Gronholm*. La obra se sitúa en Madrid, año 2001, y narra la última etapa de un proceso de selección de personal, entre siete finalistas, para cubrir un cargo ejecutivo en una firma multinacional. Para realizar esa selección se ha de utilizar un método “desconocido”. A partir de ahí los aspirantes participan de un “juego” que declaran consentir a pesar de ignorar contenido y reglas, mientras que cada

uno de ellos y ellas ha debido detallar sus datos curriculares reiteradas veces “inexplicablemente”, en un suceder que muestra la total desigualdad en la distribución de la confianza. Así, por ejemplo, durante el proceso de selección en el que están los siete aspirantes, uno de ellos “ha dicho algo que no debía decir”, algo que conoce acerca de otro –supuesto– aspirante, algo que aquél habría ocultado en el currículum. Luego de esta especie de lapsus el sujeto (E) será presionado tanto para que hable como para que calle. El otro (supuesto) aspirante, (R), le habría contado que antes vivía en la Argentina y que cuando privatizaron la empresa estatal en la que trabajaba había liderado sindicalmente la resistencia. Cuando (E) decide revelar este dato, se justifica con el argumento de que “igual él ya está afuera” y porque “seguramente” la privatización de la empresa argentina habría sido para una empresa española –o sea, por lealtad a la hipotética empresa española–. Pero en ese momento (R) se sale de su personaje y se da a conocer como el psicólogo de la empresa. Como tal exigirá a (E) emitir un juicio sobre su conducta. Quien ante la situación paradójica que le impide responder a la consigna sucumbe a un estado de despersonalización que lo deja afuera. El antecedente de haber denunciado a una empresa por contaminar es otro hecho a juzgar desde el punto de vista de la empresa mediante el cual otro aspirante es eliminado, en este caso al ser evaluado por sus pares que se esmeran por representar mejor los valores de empresa.

El “método” opera como una técnica *just in time* para lograr la máxima adecuación no tanto al puesto, del que se desconocen características específicas, como a la demanda ilimitada de la empresa. Y al mismo tiempo es un modo de (no) identificar, tecnologizándolo, un proceso descarnado de exclusión. Otras pruebas, bajo la forma de juegos de supervivencia o de competencia consistirán en descalificarse mutuamente exponiéndose allí las ideologías sobre las diferencias de género, la potencia, la fertilidad, la juventud. Exasperación, seducción, denigración son los *pathos* que llevan a perder por desgaste o abandono.

“El método” es implementado por una psicóloga y un psicólogo que no ahorran en engaños y señuelos de tipo argumental, éticos y afectivo como parte de El método en cada paso de la auto-selección. Expone así el rol de los técnicos y profesionales en el modelo productivo y el mercado actual de trabajo, a la vez que se plantea como metáfora de una sociedad sostenida en la visión nihilista del mundo y la humanidad, congruente con los valores de una perspectiva de clase decadente.

Por la ventana de las altas oficinas equipadas con cámaras en todas partes entran los ecos de una manifestación contra la globalización. De ese modo se hace oír la otra realidad y, por lo tanto, como sin querer, otra, aunque momentánea, visión del mundo y del futuro. Esa faceta de la realidad que, con resonancias del “2001” en la Argentina, presenta por ejemplo la película dirigida por Pino Solanas *La dignidad de los nadies*, estrenada en 2005. En diálogo y contrapunto, los nadies son el sujeto social sin firma (que los emplee), los que afrontan el proceso de desempleo desde prácticas, valores y éticas colectivos, que la película define desde el título mismo como “dignidad” y que el surgimiento de alternativas de trabajo de sentido emancipatorio da prueba.

El método es, a pesar del tono de realismo, una ficción. No obstante cada vez más, es posible encontrar esa matriz del “juego de eliminación” en programas televisivos de entretenimiento, de alto rating donde los/las participantes, junto a las pruebas de destreza, pasan por situaciones bochornosas. Desempleados y aspirantes al éxito que desde el “Gran hermano” hasta “por un sueño” viven pesadillas “en vivo y en directo” para el que los mira por TV.

Si, en verdad como se ha dicho, “toda gran época del pensamiento es el desarrollo de un gran cuerpo de supuestos o convicciones y, correlativamente, de un método” (Romero, 1959: 13), la obra y sus expresiones massmediáticas nos hablan de un método, o conjunto de ellos, que se caracteriza por la banalización de las convicciones, para una época que no ofrece futuro y en la que existen seres que carecen de sueños.

En el campo del trabajo, y más aquí de la ficción, se utilizan diferentes tipos de métodos de evaluación de los trabajadores no sólo a efectos de la selección sino también del control y de la permanencia en el trabajo. Con la privatización del subte y la tercerización de diversos segmentos de la actividad, como la de evaluación psicotécnica de los trabajadores, se instituyó, por ejemplo, el procedimiento siguiente: cada año los trabajadores pasan por una evaluación psicotécnica que determina la continuidad, el ascenso o no respecto del puesto de trabajo. Los trabajadores desconocen los criterios y parámetros por los cuales son evaluados. De ese modo, se plantea para los trabajadores un circuito de insalubridad en el que se le quita entidad a la producción de desgaste y enfermedad por el paso del tiempo y por las condiciones de/en el trabajo. Luego, y en caso de aparecer indicadores de ese desgaste, éste encontrará allí planteado un techo a las perspectivas de progreso, en lugar de una inserción cualificada. Pero lo que es destacable de

estos “métodos” es que la probabilidad de que los psicotécnicos “den mal” aumenta injustificadamente el nivel de estrés en los empleados. De esta forma el desgaste laboral no sólo no se previene desde las condiciones de trabajo, sino, por el contrario, la constatación de patrones de desgaste es desestimada en la perspectiva hegemónica de la rentabilidad a cualquier precio. Por otra parte existe una sospechosa coincidencia entre los resultados negativos y la participación gremial de los evaluados, según observaron los delegados.

Desde el punto de vista del método científico, la ciencia tradicional con su episteme dominante ha planteado un modelo de asimilación a las ciencias naturales para el campo de las ciencias humanas que aún tiene cierto predominio en los modelos de medición. Las ciencias sociales por su parte desarrollaron a partir de estudios situados en el campo simbólico cultural y hermenéutico, e incluso participativo, otro paradigma explicativo. Este avance en la independencia del método científico mantiene el resguardo (funcional) del investigador respecto de la conflictiva social en que opera. Enrique Dussel (2000: 99-120; 1999: 185-196) llama a esta perspectiva ciencia funcional por considerar –siguiendo a Adorno– que la inclusión de la dialéctica no es suficiente, sino que es preciso incluir el aspecto de la crítica. La ciencia social crítica lo es no sólo porque sus contenidos son relativos a una praxis humana en un nivel de negatividad lógica ante los mecanismos y consecuencias de la dominación, sino también por lo que la constituye como tal, que es el “ponerse de parte”, teórica y prácticamente, de la víctima. En términos del autor, de la subsunción, de la alienación del trabajo. “Subsumido el trabajo vivo en el capital formalmente en cuanto plusvalor y materialmente en cuanto la máquina es la que nos dirige el proceso productivo, el trabajador se encuentra totalmente dominado por el capital, y sólo en este caso puede hablarse de subsunción real”.⁹ Este punto de vista en ciencia presupone una “opción ética” que abre un campo nuevo en una lógica de descubrimiento, y es condición de posibilidad de la crítica. La crítica no se vale de los juicios de valor intra-sistémicos sino que es trans-sistémica y es por eso que posibilita descubrir lo injusto en el acto justo moral intra-sistémico (Dussel, 2000: 192).

El diseño de monitoreo que presentamos, anclado en el enfoque crítico, no se propone reducir la “comprensión de las enfermedades a relaciones formales (unicausales o multifactoriales) que restringen el análisis a relaciones

9. Marx, citado por Dussel, 1999, pp. 108-109.

empíricas”, sino superar el método funcionalista y fenomenológico tanto como el estrecho marco médico estatal de la vigilancia (Breilh, 1997), pero señala, en el mismo proceso de co-construcción del método, el carácter protagónico de los sujetos, en contextos situados. Esta propuesta que se incluye en otro apartado del libro promueve la salud desde:

a) *Modificar el lugar de los espacios*, en tanto puestos de trabajo, lugares, ambientes, arquitectónicas de poder, territorios de conflicto y también de comunidades.

La producción de mapas sobre los riesgos, peligros y protecciones parte del reconocimiento y consecuente ponderación del saber obrero y se dirige a la producción de alternativas. El recorrido por las afecciones devenidas en cargas físicas (psíquicas y mentales), por el estado del medio ambiente en el que se realizan las tareas o por las zonas de aislamiento y/o violencia, y que ilustran los riesgos y peligros “anunciados” –para trabajadores y usuarios–, o por las características de las estructuras de jerarquía-sumisión que envuelven las prácticas comunitarias y las distribuciones relativas al género, no es puramente descriptivo sino reconfigurativo.

b) *Resignificar la situación de salud-enfermedad*: la fuerte carga de estigmatización y temor a la pérdida del trabajo ocasiona dificultades para elucidar la relación entre dichas manifestaciones y la organización del trabajo, afectando la expectativa acerca de mejorar las condiciones de trabajo y la sensación de rutina. El relevamiento de síntomas describe tres modalidades, los relacionados con el agotamiento emocional: aumento de la irritabilidad, estrés, cansancio, desgano, pérdida de interés para realizar las actividades; los relacionados con malestares físicos: contracturas, dolores de cabeza, lumbalgias, hernias, problemas visuales y auditivos; y los relacionados con manifestaciones psicosomáticas: trastornos del sueño, hipertensión arterial, problemas cardiovasculares y de ritmos y hábitos alimenticios. Asociados primero al maltrato de los usuarios, se visualizan las fallas del servicio y funcionamiento defectuoso del sistema de comunicación problematizando las responsabilidades reales y prescriptas. La evaluación realizada desde el punto de vista de los trabajadores, al revisar el criterio de salud funcional que rige

respecto del trabajo y que sitúa a éste como un agente externo más en la causación de enfermedades, promueve una resignificación de la relación del sujeto, individual y colectivo, y la salud.

c) *Alentar la autonomía relacional*: entre los efectos gestados o potenciados por la superfluidad en la dinámica productiva se destacan las diferentes estrategias e ideologías con que los/las trabajadores/as significan las condiciones del trabajo y el proceso mismo de no cuestionamiento a lo instituido. El individualismo y la insignificancia enmarcan así el proceso de identificaciones y proyecciones posibles que se asocian con la percepción de reducción del logro personal en la escala de burnout. La formulación de propuestas alternativas respecto de los procesos de microorganización apela a la reflexividad inscripta en una relación dialógica que no refuerce la alienación yo-otro sino que promueva creativamente la autonomía. La reflexividad tal como la concebimos en el monitoreo promueve la resiliencia en una doble función, por una parte, como práctica autorreflexiva –o de “mentalización”– aporta a la aptitud para considerar los estados mentales del otro en la comprensión y el determinismo de la conducta propia (de Tychey, 2003) y, por otra parte, como condición para la autonomía. Porque si bien “La simple conciencia de la mezcla infinita de contingencia y necesidad –en última instancia contingente– que condiciona lo que somos, lo que hacemos y lo que pensamos, está lejos de ser libertad,... es la condición de esta libertad, la condición requerida para emprender lúcidamente las acciones que pueden llevarnos a la autonomía efectiva tanto en el plano individual como en el plano colectivo” (Castoriadis, 1997: 291).

d) *Propiciar el empoderamiento*. Las experiencias de las que estamos dando cuenta surgieron de las demandas realizadas por los gremios de base o integrantes de equipos de trabajo, que en algunos casos transcurrieron en el de procesos de democratización gremial o luchas por transformar aspectos de las condiciones de trabajo, ofreciendo así la plataforma a una acción que epistemológica y metodológicamente considera central para la generación de conocimientos incorporar a los sectores populares como actores del proceso. Allí, los problemas se definen a partir de necesidades e intereses compartidos. El derecho a la salud, no sólo como concepto sino también como cobertura efectiva de atención, se ha perdido con el avance de la privatización y la mercantilización que atraviesa todo

el sistema de salud actual. Esta situación tiene correlatos en que las conquistas sanitarias y sociales alcanzadas en otros períodos se han “olvidado”. El monitoreo colectivo es una co-construcción pero, a la vez, un mediador que interroga las representaciones, facilita la deconstrucción de ideologías de defensa para dar lugar a la actualización de las memorias colectivas a partir de reconocer la primacía subjetiva en la producción del sentido de la experiencia.¹⁰ El atender a las fuerzas que actúan molecularmente en el interior de los procesos micropolíticos, de colectivos activos en el logro y consecución de mejoras laborales, como aperturas del trabajo vivo, procesos instituyentes y de autoorganización aporta también a promover la reinstauración del derecho a la salud laboral.

5. Discusión

El proceso técnico y político que se inscribe en una estrategia de construcción de metodologías abiertas (Rovere, 1993) interroga sobre el contexto de alternativas. La problemática de la salud en relación con el trabajo está planteada de distintos modos. Desde ciertas perspectivas, a los efectos de combatir la degradación que asume el empleo con el desmoronamiento de la relación salarial clásica, implica “volver a desplegar la dupla trabajo-protección” (Castel, 2002: 72), aun cuando se la conciba bajo otras formas de trabajo. En este sentido queda planteado recuperar y reformular un sistema de salud con arreglo a las transformaciones y nuevas necesidades como las que surgen del proceso de trabajo.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) en su 97ª Conferencia Internacional del Trabajo aprobó la “Declaración sobre la justicia social para una globalización equitativa”¹¹ que habla de promover y alcanzar el progreso y la justicia social a través de cuatro objetivos de una “Agenda de Trabajo Decente”: empleo, protección social, diálogo social y tripartismo, y principios

10. Bruner, citado por Davini, 1994, p. 119.

11. Lima, mayo-junio de 2008. Disponible en http://www.ilo.org/global/What_we_do/Officialmeetings/ilc/ILCSessions/97thSession/lang—es/index.htm

y derechos fundamentales en el trabajo. Éstos se agregan y tienen como condición los Principios y Derechos Fundamentales en el Trabajo¹² que son: la libertad sindical y el derecho de negociación colectiva, la eliminación del trabajo forzoso u obligatorio, la abolición del trabajo infantil, y la eliminación de la discriminación en materia de empleo y ocupación.

La Estrategia Comunitaria de Salud y Seguridad en el Trabajo para Europa en el periodo 2007-2012, en cambio, mantiene los objetivos de reducir accidentes de trabajo y enfermedades profesionales prestando una atención especial a: incrementar la eficacia preventiva de la vigilancia de la salud, actuar a favor de la rehabilitación y la reintegración de los trabajadores que hayan padecido un accidente de trabajo, una enfermedad profesional o una discapacidad, hacer frente a los cambios sociales y demográficos, y reforzar la coherencia entre todas las políticas públicas que puedan repercutir, directa o indirectamente, en la salud y la seguridad de los trabajadores. Entre las prioridades en materia de investigación se ubican las cuestiones psicosociales, y el lugar de trabajo se ve como un lugar privilegiado para la prevención de trastornos psicológicos y la promoción de una mejor salud mental (Álvarez Hidalgo, 2007).

Desde la perspectiva del desarrollo humano, J. Breilh (2003), considerando la extensión y heterogeneidad organizacional, distingue: los modelos integrados en el sistema, los modelos emancipadores y los modelos de transición. Entre los primeros, la concentración monopólica como elemento competitivo, la desregularización total y la flexibilización de la vida social para que el mercado actúe como distribuidor, caracterizan el *tipo neoliberal*. Luego, el tipo *empresarial moderno* comprende a las empresas pequeñas, medianas o grandes que bajo forma individual o cooperativa son apoyadas por el Estado. Otra variante de este modelo es el de *gerencia social o keynesiano*, que sostiene una reingeniería de Estado-gestión y la focalización social de la economía. Y, por último, la *economía privada colectiva*. Entre los que plantean una perspectiva de emancipación para el desarrollo humano ubican la *economía popular paralela o descentralizada* ligada al refuerzo de comunidades y sujetos sociales locales y la producción de bienes sencillos para el mercado interno. También los *modelos radicales de superación* de la estructura actual, entre los que se cuentan las fuentes de trabajo gestionadas democráticamente por los trabajadores y trabajadoras. Y, por último, aquellos modelos que plantean no

12. Declaración adoptada por la OIT en 1998.

sólo la transformación de la estructura económica sino también filosófica y política del capitalismo. Una estructura intermedia es la de los modelos de transición, que se asienta en relaciones cooperativas y solidarias. Entre éstos, las *microempresas*, las *empresas comunitarias* con acción sobre la comunidad ampliada y la *empresa social*. Esta última es la modalidad –muy importante pero insuficientemente desarrollada– que está asumiendo la inserción productiva de sectores con capacidades especiales y diferentes, aún hoy en su gran mayoría excluidos de los espacios sociales como el trabajo.

Los mineros salieron de la mina
remontando sus ruinas venideras,
fijaron su salud con estampidos
y, elaborando su función mental,
cerraron con sus voces
el socavón, en síntoma profundo.¹³

6. Bibliografía

- Almeida, Filho N. (2000): “La epidemiología del modo de vida”, en *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Álvarez Hidalgo, F. J. (2007): *La estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo 2007-2012: un paso adelante en la protección de los trabajadores europeos*, en <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v53n207/editorial.pdf>
- Antúñez, R. (2000): “El trabajo y los sentidos”, Montevideo, GET (grupo de estudio del trabajo).
- (2003) “Trabajo y superfluidez”, en *Herramienta. Revista de debate y crítica marxista*, Buenos Aires, Ed. Herramienta.

13. César Vallejo, “Los mineros salieron de la mina”, en *Poemas humanos*, Buenos Aires, Losada, 1961. Recordamos también a los 14 mineros que fallecieron en Río turbio el 14 de junio de 2004 ante las deficientes condiciones de seguridad laboral. Como tantos otros mineros, operario/as, maestros/as, en fin, trabajadores/as.

- Baró, M. (1998): *Psicología de la liberación*, Madrid, Editorial Trotta.
- Beck, U. (1998): “La lógica del reparto de la riqueza y del reparto de los riesgos”, en *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*, Barcelona, Paidós.
- Bleichmar, S. (2005): *La subjetividad en riesgo*, Buenos Aires, Topía Editorial.
- Breilh, J. (1997): *Nuevos conceptos y técnicas de investigación*, Quito, CEAS (1ª ed. 1994).
- (2003): *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Cacopardo, M. y Maguid, A. (2003): “Migrantes limítrofes y desigualdad de género en el mercado laboral del Área Metropolitana de Buenos Aires”, en *Revista Desarrollo económico, Revista de Ciencias Sociales* (Buenos Aires) Vol. 43, Nº 170, julio-setiembre 2003, pp. 265-286.
- Castel, R. (2002): “Centralidad del trabajo y cohesión social”, en E. Carpintero y M. Hernández (comps.), *Produciendo realidad. Las empresas recuperadas*, Buenos Aires, Ed. Topía en colaboración con La maza.
- Castoriadis, C. (1997): *El avance de la insignificancia*, Buenos Aires, Eudeba.
- (1998): *El psicoanálisis, proyecto y elucidación*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- (2001): *Figuras de lo pensable*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Davini, C. (1994): “Prácticas laborales en los servicios de salud: las condiciones de aprendizaje”, en AA.VV., *Educación permanente de personal de salud*, Washington, OPS.
- Dejours, C. (1998): “De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo”, en Dessors, D., Ghio-Bailly M. P. (comps.), *Organización del Trabajo y Salud*, PIETTE (Conicet), Buenos Aires, Lumen.
- Deleuze, G. (2004): “Spinoza y nosotros”, en *Spinoza: Filosofía práctica*, Madrid, Tusquets Editores, Cap. 6.
- Dussel, E. (1999): “El programa de investigación de Carlos Marx”, en *Herramienta. Revista de debate y crítica marxista*, Buenos Aires, Herramienta, pp. 99-120.

- (2000): “Sobre el concepto de ‘ética’ y de ciencia ‘crítica’”, en *Herramienta. Revista de debate y crítica marxista*, Buenos Aires, Herramienta, pp.185-196.
- Foucault, M. (1992): *Microfísica del poder*, Madrid, Ediciones La piqueta.
- (1995): *La arqueología del saber*, Buenos Aires, FCE.
- González Rey, F. (2002): *Sujeto y subjetividad. Una aproximación histórico-cultural*, México, Internacional Thompson Editores.
- Guattari, F. (1996): *Las tres ecologías*, Valencia, Pre-textos.
- Hopenhayn, M. (1988): *El trabajo. Itinerario de un concepto*, París, Ed. Pet Cepaur.
- Irigoyen, M. F. (2000): *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*, Buenos Aires, Paidós.
- Jodelet, D. (1993): “El lado moral y afectivo de la historia. Un ejemplo de memoria de masas: el proceso a K. Barbie, ‘El carnicero de Lyon’”, en *Revista Psicología Política*, N° 6.
- Kristeva, J. (1999): *El porvenir de la revuelta*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Laurell, A. (1989): *La salud en la fábrica: estudio sobre la industria siderúrgica en México*, México.
- Marx, C. (1939): “El trabajo alienado”, en *Qué es la dialéctica*, Trad. A. G. Rhule, México, América.
- Merhy, E. (1997): “Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trábalo vivo em saúde”, en *Agir em saúde. Un desafío para o público*, San Pablo, Editora Huitec/Lugar Editorial, SP.
- Mesquita Ayres, R. y otros (2001): *El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Neffa, J. C. (1995): “Las condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT). Presentación dominante y de una visión alternativa”, PIETTE (Programa de investigaciones económicas sobre ciencia, tecnología, trabajo y empleo), Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Nación.
- Pérez, Ch. K.; Lenta, M.; Novo Foti, L. y Lifchitz, C. (2006): “Salud comunitaria y hegemonía en trabajadores de enfermería”, en *Memorias de las*

XIII Jornadas de Investigación y II Encuentro de investigadores en Psicología del MERCOSUR, pp. 488-490.

- Pêcheux, M. (1999): "Papel da memoria", en AA.VV., *Papel da memoria*, San Pablo, Pontes.
- Rodríguez, C. (1995): "Herramientas en materia de salud laboral", Serie Salud y Riesgo, Buenos Aires, Oficina del Libro Internacional.
- Romero, F. (1959): "Introducción", en *El discurso del método*, Buenos Aires, Losada.
- Rovere, M. (1993): "Planificación estratégica de recursos humanos en salud". Serie Desarrollo de Recursos Humanos, N° 96, OPS, Washington DC.
- Tychev, Claude de (2003): "La resiliencia vista por el psicoanálisis", en Michel Manciaux (comp.), *La resiliencia: resistir y rehacerse*, Buenos Aires, Gedisa.
- Vasilachis, I. (1986): "Las condiciones de trabajo", en *Las condiciones de trabajo*, Buenos Aires, Abeledo Perrot, Cap. II.
- Voloshinov, V. (1976): *El signo ideológico y la filosofía del lenguaje*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Waquant, L. (2001): *Los parias urbanos. Marginalidad en la ciudad a comienzos del milenio*, Buenos Aires, Manantial.
- Zaldúa, G.; Lodieu, M. T. (2003a): "Políticas, Sentidos y Actos de Salud. Una reflexión sobre las condiciones de transformación del modelo neoliberal hegemónico", en *V Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*, Instituto Gino Germani.
- Zaldúa, G. (2005): *Módulo I. Teórico Psicología Preventiva*.
- Zaldúa G. et al. (2003b): "Territorios y narrativas entre la reproducción y la transformación", *Anuario de Investigaciones*, Facultad de Psicología.
- Žižek, S. (2001): "Multiculturalismo o la lógica cultural del capitalismo multinacional", en *Estudios culturales: Reflexiones sobre multiculturalismo*, Buenos Aires, Paidós.

CAPÍTULO 4

CRITICIDAD Y RELACIÓN: DIMENSIONES NECESARIAS DE LA ÉTICA EN LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA

MARÍA BELÉN SOPRANSI

Entre las tareas urgentes para la Psicología Latinoamericana, Baró propone una nueva praxis, como actividad transformadora de la realidad que quiebra la relación asimétrica sumisión-dependencia. Se plantea el problema del poder y de la politización de la psicología “involucrarse en una praxis popular es tomar partido (...) el conocimiento práxico que se adquiere mediante la investigación participativa debe encaminarse hacia el logro de un poder popular (...) que permita a los pueblos volverse protagonistas de su propia historia (...)” (1998: 298). En la investigación acción participativa (IAP), la vivencia se complementa con la idea de compromiso auténtico, derivada del materialismo histórico y del marxismo clásico (Undécima tesis sobre Feuerbach: “Los filósofos no deben contentarse con explicar el mundo, deben tratar de transformarlo). La vivencia comprometida aclara para quién son el conocimiento y la experiencia adquiridos (...) reconoce dos tipos de animadores o agentes de cambio, desde el punto de vista de las clases y unidades explotadas: los externos y los internos, a quienes los unifica el propósito (telos) de cumplir metas compartidas de transformación social. (...) Se crea entre ellos una tensión dialéctica cuya problemática sólo se resuelve con el compromiso práctico, esto es, en la praxis concreta (Fals Borda, 1985: 129).

Tras afirmar que la psicología comunitaria proclamó ser la psicología para la transformación social, M. Montero abre una serie de interrogantes: ¿qué transformación? ¿De qué manera? ¿Quién lo decide? ¿En qué espacios y tiempos?

La posibilidad de construir respuestas encuentra su punto de partida en la articulación entre la ética relacional y la ética crítica. La propuesta de E. Dussel (2000) alude a la emergencia de una visión trans-sistémica desde la cual se puedan hacer “descubrimientos” que puedan llevar hacia cierta transformación, tanto de la comunidad como de los agentes externos, es decir, que aquello que puede estar disimulado o disfrazado en nuestra totalidad se vuelva visible desde fuera.

M. Montero (2004), en un intento de ampliar la propuesta de Guba y Lincoln (1997), postula que el paradigma de la psicología social comunitaria no sólo posee una dimensión ontológica, epistemológica y metodológica, sino que, como todo paradigma, también tiene una dimensión ética y otra política.¹ Retomando a P. Guareschi (1996) desarrolla cómo la *relación* se convierte en la base de las consideraciones éticas al interior del campo de la psicología social comunitaria, ya que los individuos se construyen en relaciones, las que, al mismo tiempo, son creadas por ellos. La ética aludiría a la definición del otro y a su inclusión en la relación de producción de conocimientos, suponiendo valores como la igualdad y la justicia, sólo desde una posición de igualdad es que se genera la posibilidad de justicia. Se alude al tipo de relación que se debe establecer entre la comunidad con la que se trabaja y aquellos que se acercan a trabajar en dicha comunidad, para que tales acciones puedan ser caracterizadas como éticas.

M. Montero parte del interrogante sobre las consecuencias posibles de una confrontación entre las perspectivas de los integrantes de la comunidad y las propias de los agentes externos. La disparidad que se presenta como un problema técnico se transforma en un problema ético, que la autora intenta soslayar a partir de una guía —que parte de sus experiencias de trabajo en terreno— y que sintetiza el fundamento ético de la psicología comunitaria.² Esta distinción entre la comunidad destino de la intervención y la comunidad de agentes externos se convierte en el punto de partida para analizar la ética como condición de las prácticas comunitarias.

Desde la psicología social comunitaria crítica, esas prácticas son definidas como espacios de encuentro entre profesionales, estudiantes, operadores

1. Cabe mencionar que Guba y Lincoln analizan dimensiones tales como valores, voces, prácticas y hegemonía al interior de los paradigmas, que podrían ser pensadas como parte de lo que Montero propone como dimensión ética y dimensión política.

2. M. Montero, *op. cit.*, 2000, pp. 205-206.

sociales, etc. y las personas que forman parte de la comunidad. Estos actores sociales habitan el territorio material y simbólico en el que se desarrolla un plan conjuntamente diseñado para transformar la realidad de cada uno de los grupos con un sentido emancipador, es decir, un espacio de construcción de experiencia trascendental (Agamben, 1978: 218). Ambos grupos son parte constitutiva de una relación de mutua influencia, y se intenta acortar la distancia que existe entre ellos a partir de considerar al Otro como actor social, capaz de decidir y participar, con una historia y cultura propias que deben ser reconocidas.

Sin embargo, el intento por acortar esta distancia puede rastrearse en la antropología, en relación a la construcción del Otro cultural y las consideraciones sobre el trabajo de campo, que tiene sus orígenes en los desarrollos de Boas y Malinowski. Mientras que para Boas el objetivo radica en producir material etnográfico que muestre cómo piensa, habla y actúa la gente, desde sus propias palabras; Malinowski distingue la descripción de una práctica desde la perspectiva de los nativos, intentando comprenderlos a partir de integrarse a su vida cotidiana.³

K. Pike (1954) intenta sistematizar las diferencias entre las perspectivas de los nativos y de quienes se acercan a trabajar con ellos, a partir de la distinción *emic/etic*, relacionada con una concepción interna y otra externa. El punto de vista *etic* presupone una mirada exterior, extraña a la naturaleza de lo que se estudia, mientras que las descripciones *emic* brindan una concepción con criterios escogidos dentro de ese sistema (Reynoso, 2001).

La importancia de esa convivencia con la comunidad, así como también los intentos de identificar distintas modalidades de abordar los fenómenos culturales (perspectiva *etic/emic*) pueden rescatarse para pensar las prácticas comunitarias, no sólo las prácticas de investigación, que son a las que básicamente se refieren los desarrollos mencionados anteriormente. Las prácticas comunitarias, tal como las venimos definiendo, requieren del achicamiento de la distancia entre la comunidad y quienes trabajan en ella, recurriendo a criterios pertenecientes a este sistema para describirlo (*emic*). Pero tal como se han definido esas propiedades desde la antropología, no contemplan el análisis autorreflexivo de los agentes externos, ni el abandono de cierta posición de autoridad. Parecieran conservar la imagen del nativo como objeto

3. Estos desarrollos son considerados como uno de los orígenes de la técnica de observación participante.

de estudio y la del investigador como único sujeto cognoscente, manteniendo un punto de vista asimétrico y etnocentrista.

En la década de los 60 comienza a desmitificarse el trabajo de campo de los investigadores, reconociendo al etnógrafo como un ser sociocultural, con un saber históricamente situado: “el primer objetivo de esta desmitificación fue la natividad del etnógrafo, quien es, además de un ente académico, miembro de una sociedad y portador de cierto sentido común” (R. Guber, 2001). Según Guber (2001: 118) “el trabajo de campo etnográfico ha creado una “persona” un tanto excéntrica que, por un tiempo, se recorta de su medio y comodidades habituales para sumergirse en un medio ajeno, frecuentemente difícil y hasta peligroso, sin ningún interés material aparente. Los intentos de borrar al investigador, sea mediante técnicas estandarizadas, sea por la fusión con los nativos, incidió en la falta de conceptualización de su persona moral, social y política, en pos del conocimiento altruista, impersonal y universal”. Esta homogeneización del investigador intentó ser saldada a través de su añadidura como variable sociocultural (p. 121). En la actualidad varios autores reconocen la necesidad de reflexividad, de un investigador que no sólo investigue, sino que se investigue a sí mismo como parte integrada al proceso de construcción de conocimientos de la investigación. “La tarea de familiarizarse con lo exótico se revirtió en exotizar lo familiar” (Roberto da Matta citado en Guber, 2001: 40). Es decir, hay una persona con propósitos, con emociones, que tiene determinada edad, es mujer o varón, posee un origen social, político y étnico, se referencia en una institución, se hace una o varias preguntas e intenta investigar la realidad para aprehenderla, describirla, comprenderla, interpretarla, explicarla. Para James Clifford, la autorreflexividad no sólo es un instrumento de conocimiento, sino de compensación de asimetrías en las relaciones de poder entre investigador e informante (p. 124). Pero esta búsqueda de equitatividad en las posiciones no debe redundar en un empirismo fenomenológico donde el investigador quede reducido al papel de pura transcripción de lo que el informante dice o hace. En un proceso análogo y contemporáneo, el desarrollo de la IAP al interior de las ciencias sociales (M. Montero, 1992) interrogaba los lugares que ocupan los participantes dentro de esa particular relación que se inaugura entre la comunidad –o agentes internos– y los agentes externos. Esto pone de manifiesto cómo a partir de los años '70 las ciencias sociales comienzan a problematizar estas cuestiones desde las distintas disciplinas, inspiradas en la Teoría Crítica y el constructivismo, en un intento por superar y dialectizar

la relación entre investigador-investigado, conocimiento científico-conocimiento popular, dicotomías que aún operan como obstáculos. Son estos cuestionamientos los que han puesto en el centro de la escena la dimensión ética en las ciencias sociales.

La psicología comunitaria se muestra abierta a una pluralidad de modos de producir conocimientos y transformaciones, como forma de desnaturalizar la realidad. Esto sólo es posible a partir de la permanente reflexión sobre lo que se está haciendo y cómo se lo está haciendo. En este sentido, la reflexividad, como equivalente a la conciencia de ese agente externo sobre su persona y los condicionantes sociales y políticos, se convierte en un elemento central para la posibilidad de una ética relacional. Bourdieu plantea, en relación a la producción de conocimientos, la existencia de dos dimensiones que moldeen dicho proceso, las cuales pueden retomarse para pensar las prácticas comunitarias. La primera de esas dimensiones atañe a la posición en el campo científico o académico, el cuestionamiento de la pretensión de autonomía de este espacio social y político, “(...) sistema de autoridad académica que (...) se imbrica a las demás formas existentes de autoridad y autorización estatal en lo gubernamental, jurídico, escolar, militar y religioso. A diferencia de estas últimas formas estamentales, los estamentos académicos tienen la particularidad de funcionar en red, sin por eso dejar de conservar jerarquías” (citado en Guber, 2001: 38), pero dejando un margen de libertad para la crítica (Regalsky, 2003: 14-15). La segunda está referida al epistemocentrismo: determinaciones inherentes a la postura intelectual misma, a la mirada teórica que toma como espectáculo al objeto de conocimiento y no desde la lógica práctica de sus actores.

La relación entre la comunidad y los agentes externos es una tensión permanente dentro de las prácticas comunitarias, a la que hay que dar lugar, desnaturalizando las diferencias constitutivas de ambos y las cuestiones relativas al poder, poniéndose el acento en los puntos de encuentro: la igualdad y las potencialidades de autonomía que todas y todos portamos. Es esto lo que puede conformar un espacio en el que se despliegue una ética relacional.

La ética relacional se convierte en una propuesta desde la psicología comunitaria por superar los roles asimétricos socialmente reproducidos entre academia-intelectuales y la comunidad. De este modo, se trabaja hacia “la conservación de la vida humana, promoviendo para ello una mejor calidad de vida y los cambios sociales necesarios con la participación de la gente de las comunidades a fin de que puedan tener una vida más saludable” (Montero,

2000: 200). Sin embargo, esa pretensión de justicia, no puede sólo realizar descripciones con fines de verdad y validez, lo cual le daría valor de cientificidad, sino que requiere la construcción de verdad a través de la criticidad. Dicho criterio de verdad no se encuentra en las realidades existentes, sino en las realidades que la propia acción logra crear y desarrollar (Baró, 1998: 318), lo que nos remite al concepto de praxis. Fals Borda (1985: 75-76) sostiene que la validez proviene de la praxis expresada en la acción de la comunidad, se trata de un proceso de validación permanente, que se juzga desde una determinada ideología, en el caso de la IAP pluralista, independiente y crítica, y liga esta validación práctica a la democracia participante. En este concepto de verdad, como concepto crítico, están integradas las condiciones y apuestas histórico-políticas de su elaboración.

Siguiendo a E. Dussel (2000), quien retoma la perspectiva de K. Marx, cientificidad y criticidad son criterios con demarcaciones diferentes. La cientificidad no tiene incluida la cualidad de criticidad, de modo tal que podemos encontrarnos con procesos que bien pueden calificarse de científicos, sin por ello ser también críticos, como en el caso de las ciencias sociales funcionales; procesos críticos que no cumplen con los criterios de cientificidad, como la militancia no científica; y finalmente, procesos a la vez científicos y críticos. La noción de criticidad alude a la profundidad en la cual podemos situarnos para accionar, y sólo puede surgir desde una actitud de separación o exterioridad con respecto al sistema del que se forma parte. El carácter científico no conlleva necesariamente lo crítico, ni lo ético; es decir, que una ciencia social puede seguir la moral funcional de la totalidad a la que pertenece, carecer de sentido crítico y ético, y no por ello dejar de ser ciencia.

La posibilidad de criticidad no puede emerger si operamos con juicios de valor intra-sistémicos, sino que la ética trans-sistémica sólo puede descubrir lo injusto en el acto justo moral. Nos encontraríamos entonces frente a cierta paradoja: si por un lado, como se viene planteando, es condición *sine qua non* formar parte de ese sistema con el que se trabaja –la comunidad–, es decir, acortar las distancias entre agentes externos e internos como parte de lo que se denominó ética relacional, ¿cómo lograr la distancia requerida –trans-sistémica– para adquirir un posicionamiento crítico?

Evidentemente no se pretende agotar la potencialidad de respuestas que plantea la pregunta. Definir a la ciencia como relativa y tendiente a la objetividad significa, en primer lugar, que es una construcción sociohistórica, lo cual le impone las limitaciones propias de su tiempo. Y lo objetivo alude a

que la ciencia debe desfetichizar, desmitificar, evidenciar las contradicciones en aquello que se presenta como realidad. Y es esa posibilidad de desfetichizar lo que hace a la condición crítica. Lo crítico es negar, es decir, abrir la posibilidad a pensar otras alternativas frente a lo dado. “La crítica es negación (de lo dado) y anticipación (de lo que aún no es dado) y constituye una oposición al determinismo (...) y a la visión mecanicista y positivista de los procesos sociales”.⁴ Desde la Teoría Crítica, el investigador busca desfetichizar lo que se presenta como dado, al conocer busca transistematizar evidenciando lo naturalizado dentro del sistema, esto es, el proceso de desfetichización, negar lo existente para crear otra cosa: la explicación, la comprensión, la nueva conceptualización, etc., que en sí son transformaciones de la realidad. Al crear nuevo conocimiento, niega el anterior o al menos produce algo novedoso en una dialéctica negativa del desconocimiento, del prejuicio o de la explicación precedente. Esto abre la posibilidad de reconceptualizar la práctica, otorgándole nuevos valores a la relación de campo.

La dicotomía planteada entre agentes externos y agentes internos, que la ética relacional intenta diluir, tiene un aspecto ficticio puesto que las comunidades en las que se trabaja son parte de nuestra realidad y, por lo tanto, a la vez que se transforman, nos transformamos. “Nunca hay libertad efectiva que no sea también una transformación material, que no se inscriba históricamente en la exterioridad, pero jamás, tampoco, hay trabajo que no sea una transformación de sí mismo” (Balibar, 2003: 47).

1. Bibliografía

Agamben, G.: *Infancia e Historia*, Adriana Hidalgo Editora, 1978.

Balibar, E.: “Ideología y fetichismo: el poder y la sujeción”, en *La filosofía de Marx*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2003.

Baró, M. I.: *Sistema, grupo y poder*, El Salvador, UCA Editores, 1989.

4. N. López y L. Menéndez, “La insumisión de la utopía (Acerca del ¡que se vayan todos!)”, en *Revista Herramienta* N ° 24, 2003, p. 46.

- Baró, M. I.: *Psicología de la Liberación*, España, Editorial Trotta, 1998.
- Dussel, E.: “Sobre el concepto de ‘ética’ y ‘ciencia crítica’”, en *Revista Herramienta*, N° 12, 2000, pp. 185-196.
- Fals Borda, O.: *Conocimiento popular. Lecciones con campesinos de Nicaragua, México y Colombia*, Colombia, Punta de Lanza-Siglo XXI, 1985.
- Guber, R. (2001) *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma.
- Guba, E. & Lincoln, Y.: “Paradigmas competentes en investigación cualitativa”, Capítulo 6, en *Manual de Investigación Cualitativa*, USA: SAGE Publications, 1997.
- Montero, M.: “Reflexiones sobre los fundamentos éticos de la psicología comunitaria”, en *Modelos de psicología comunitaria para la promoción de la salud y prevención de enfermedades en las Américas*, Serie Paltex Salud y Sociedad, N° 7, Organización Panamericana de la Salud, 2000.
- “Investigación-Acción Participante. La unión entre conocimiento popular y conocimiento científico”, en *Revista de Psicología*, Vol. VI, 1994, pp. 31-45.
- Pike, K.: *Languaje in Relation to a Unified Theory of the Structure of Human Behavior*, Summer Institute of Linguistic, Glendale, 1954.
- Regalsky, P.: *Etnicidad y Clase*. CEIDIS/CESU-UMSS/ CENDA y Plural, Bolivia, 2003.

CAPÍTULO 5

HERRAMIENTAS PARA LA EVALUACIÓN DE LA SALUD DE Y CON LOS TRABAJADORES

MALENA LENTA Y KATTYA PÉREZ CHÁVEZ

En fin, a todos vosotros, obreros-poetas, escritores, oradores, músicos, hombres y mujeres inteligentes y de buena voluntad, os hago desde aquí un solemne llamamiento. Os conmino, en nombre de nuestros hermanos, divididos y desgraciados, en nombre del amor a la humanidad, en vuestro propio nombre, a predicar de palabra y por escrito: la unión universal de los obreros y obreras.
Flora Tristán, 1843.

El propósito de este artículo es reseñar los lineamientos metodológicos y técnicos de una propuesta para el monitoreo estratégico de salud mental en el campo del trabajo. La misma surge como resultado de sucesivos proyectos de investigación-acción y prácticas, que contaron entre sus objetivos el de arribar a la co-construcción de dispositivos de evaluación y protección de salud de trabajadores, y el desarrollo de la “Asistencia técnica epidemiológica e intervención de prevención y protección de la salud en colectivos de trabajadores” del “Observatorio de prevención y protección de la salud comunitaria”.¹

La reorganización productiva del proyecto neoliberal con un impacto directo en la pérdida de condiciones de salud y de trabajo introduce nuevos problemas que, combinados con los anteriores aún sin resolver –pero evitables– y vinculados a una profundización de la desigualdad, interpelan en forma directa a la psicología, en el siglo XXI. Recordemos, no obstante, que la producción académica y científica, también fue reorganizada en contenidos y estructuras hacia la selección ideológica, la mercantilización

1. G. Zaldúa, Proyecto de Extensión. Cátedras de Psicología Preventiva y Epidemiología, Facultad de Psicología, UBA, 2002.

de las prácticas y de la formación profesional, contribuyendo a sostener un modelo inhumano.

En el sector público, las privatizaciones junto a despidos masivos, ofrecieron nuevos esquemas de gestión organizacional, que integraron las tradiciones taylorista y fordista a las flexibilizaciones (horaria, salarial, contractual, polivalencia, el autocontrol y los círculos de calidad) de la producción *just in time*² para el capital. Éstas no sólo generaron nuevas formaciones cronotópicas –de organización del tiempo y el espacio–, sino, y también intensivamente con ayuda de la precarización y el desempleo como disciplinadores externos, operaron en la sustitución de las culturas obreras y de los derechos sanitarios, para la aceptación de condiciones insalubres. El cuestionamiento a este estado de cosas es entonces el marco de las demandas de alternativas en el que tiene lugar la formulación de este dispositivo. Movimientos en pugna ante las privatizaciones y de recuperación de las fuentes laborales y las condiciones de trabajo indican posibilidades para el replanteo crítico del uso y función de las tecnologías. Su papel en los procesos de captura o de reflexividad al interior de cada trabajo depende entonces de cómo se relacionan los campos de la política, de la organización y de las condiciones de trabajo, de la subjetividad y del proceso de salud con el “ambiente institucional”, con el espacio constituido por procesos de distintas dimensiones y lógicas (Merhy, 1997).

1. Aportes conceptuales para un enfoque crítico en la evaluación de trabajo y salud

1.1. Vigilancia y saber obrero

La evaluación de la salud de los trabajadores se inscribe en diversas tradiciones y prácticas que se vienen desarrollando históricamente.

2. Justo a tiempo, ajustada, “lean production”, producción delegada, etc., se refieren al conjunto de estrategias empresariales que buscan una mayor intensificación del trabajo y el involucramiento de los trabajadores en los planes empresarios (Taller de Estudios Laborales –TEL–). Citado en *De eso no se habla*. Viviana Cifarelli, Oscar Martínez & Guillermo Pérez Crespo, Cuadernos del TEL, setiembre de 2002, p. 42.

Entre los antecedentes que se registran en el país, se encuentra el “Informe sobre el estado de las clases obreras argentinas”, que en 1904 realizó Bialek Massé, por encargo del presidente Roca y el ministro del Interior, Joaquín González. Es un estudio extensivo que detalla el mapa crítico de las condiciones de vida y de trabajo en el interior del país. Años más tarde, el socialista Alfredo Palacios estudiaría de manera intensiva el desgaste físico de los trabajadores ocurrido durante la jornada laboral. En ambos casos los resultados fundamentarían luego proyectos como los de reducción de horas de trabajo.

Con la industrialización y el impulso a un proceso de desarrollo nacional, una clase trabajadora internacional portadora de una vasta cultura gestada a fines del siglo XIX fue conquistando derechos no sólo universales, sino también respecto del trabajo durante la primera mitad del siglo XX. La salud como un derecho para los trabajadores ingresa, en ese período paulatinamente y con el avance desde Europa del modelo del “Estado de Bienestar”, a la esfera de relaciones con el Estado. El giro que toma principalmente con el gobierno peronista ha marcado por generaciones la calidad de vida de la clase trabajadora combinando el acceso articulado a la vivienda, la educación, escala salarial, jubilaciones, vacaciones, aguinaldo, y la doble cobertura de salud.

Pero la impronta biologicista del higienismo ha atravesado fuertemente la visión sobre el sujeto-trabajador y la práctica de la *vigilancia o supervisión laboral*. La supervisión ambiental consiste en la valoración cuali-cuantitativa de la exposición, a través de la medición del agente tóxico a nivel del ambiente de trabajo. La supervisión sanitaria busca identificar alteraciones en el estado de salud en fase preclínica y utiliza el monitoreo biológico para la detección de alteraciones biológicas precoces. Un concepto excesivamente medicalizado que “olvida” la siniestralidad por accidentes en gremios como el de la construcción (Rodríguez, 1995). Se trata de un modelo bio-causalista de prevención que ejercerá aun una poderosa influencia en los screenings y la investigación clínica orientada a identificar síndromes o enfermedades incluso mentales.

La vigilancia de la salud de los trabajadores, aun cuando considere alguna dimensión de la salud mental, continúa reproduciendo el sentido de contingencia del riesgo, la fragmentación del proceso de trabajo, pero incorporando la evaluación de aptitudes y competencias conforme con la racionalidad/rentabilidad empresarial. Paralelamente, las representaciones y prácticas psicológicas aparecen aferradas a una visión psicopatológica e individualista

para la explicación etiológica que pone el acento en el polo de la enfermedad y participan de una lógica salvaje de la distribución laboral.

1.2. Las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT)

Diferenciándose del enfoque tradicional de Higiene y Seguridad para estudiar los riesgos ocupacionales, se desarrolla, con base en la teoría de la regulación, una perspectiva multicausal para el estudio de las condiciones y el medio ambiente de trabajo, CyMAT (Neffa, 1995). Se entiende a las CyMAT como los factores que mediatizan la relación entre la salud de los trabajadores y el proceso de trabajo desarrollado en el establecimiento de la empresa u organización. Se considera decisiva la percepción y vivencia de los trabajadores, su intervención como actores del proceso y en tanto “sensores” de los riesgos, es también una forma de complementar las mediciones objetivas o “científicas”.

En este modelo los riesgos ocupacionales se presentan en el proceso de trabajo de manera conjunta, como si fuera un racimo y no de manera separada, y dentro del establecimiento o en el medio ambiente de cada puesto de trabajo los riesgos interactúan entre sí de manera sinérgica y combinada, pudiendo anularse mutuamente; lo que ocurre más frecuentemente es que se adicionan o potencian. La noción de carga global cuestiona el estudio de cada riesgo individual, pero no es tampoco la suma de los mismos, es una noción sistémica (Neffa, 1995).

En cuanto a la prevención, se recomienda realizar de manera periódica estudios para identificar los nuevos riesgos, provocados por los cambios operados en los medios y los objetos de trabajo a consecuencia de las innovaciones tecnológicas y organizacionales. La prevención que se dirige así a prevenir los efectos nocivos de tales cambios requerirá de una actitud de “vigilia” sobre los factores de la CyMAT.

Éstos se agrupan en: 1) Carga física y esfuerzo muscular, psíquico y mental requerido a los trabajadores; 2) el medio ambiente donde se desenvuelve el trabajo, y 3) las condiciones de trabajo. En suma todos ellos constituyen la carga global de trabajo con los efectos diferenciales y diferenciadores sobre cada trabajador/a.

Convergen en este análisis los postulados de la teoría psicodinámica, que proviene de una práctica clínica inicialmente definida como psicopatología

del trabajo. Surge hacia la década de 1970 con experiencias en Francia, desde el campo de la psicopatología y el psicoanálisis, como un diálogo entre las ciencias de la salud y las ciencias del trabajo —vía la ergonomía—, que sostiene una lógica multicausal (Dejours, 1998) y define su objeto como “el análisis del sufrimiento psíquico resultante de la confrontación de los hombres con la organización del trabajo”. En un segundo momento pasará a plantear un “análisis psicodinámico de los procesos intersubjetivos movilizados por las situaciones de trabajo”, entre ellos las ideologías y las estrategias defensivas que se ponen en marcha para sobrellevar las exigencias laborales. También se considera que una ruptura de estabilidad, o del equilibrio dinámico de la relación del hombre con la organización del trabajo será generalmente acompañada de “ineficacia en el registro de la producción”.

Es un aporte muy importante para el estudio de las CyMAT el acopio de técnicas que realizan en estos equipos (Giraudó, 2001; Giraudó y Neffa, 1990).

1.3. Monitoreo Estratégico Participativo

Haciendo un recorrido breve por los diferentes momentos de la producción de teoría y práctica contrahegemónica, la investigación y acción en salud y trabajo recibe un fuerte impulso teórico y práctico de la corriente latinoamericana de epidemiología y medicina social o, luego, Salud Colectiva, a partir de experiencias en la industria con el estudio de los determinantes sociales de la salud. Estas investigaciones se desarrollan en las décadas de los 60 y 70, acompañando un proceso de luchas de emancipación que comprenden al continente y reciben la influencia de los trabajos sobre la salud de trabajadores, caracterizada por la ponderación del saber de los obreros respecto de los procesos que se investigan, utilizando para ello una metodología participativa y colectiva.

La propuesta desarrollada en México en el marco de la UAMX (Universidad Autónoma de México) contribuye al estudio de la salud en el espacio del trabajo con la puesta en práctica de técnicas de descripción y mapeo participativo de riesgos. Los aportes desarrollados por Laurell, Noriega, López, Ríos y otros (1990) se asientan en el reconocimiento de la experiencia y el saber de los trabajadores respecto de su salud como punto de partida. Corrientemente, experiencia y saber son separados y capturados en operatorias hegemónicas que necesariamente habrán de ser puestas en

cuestión mediante la indagación y la coconstrucción de colectivo a colectivo, de perfiles y alternativas. En esta perspectiva metodológica, objeto, sujeto y praxis se articulan sinérgicamente.

Pero, según Breilh (1997), el modelo obrero italiano y sus variantes más que un método ha desarrollado “técnicas especializadas de participación en la producción de conocimientos que son herramientas de apoyo valiosas en distintas etapas del proceso, de enorme valor sobre todo en el descubrimiento, clasificación y ponderación de los fenómenos concretos directos del inicio de la construcción del problema, así como en la valoración de los resultados y el diseño de propuestas de acción”. Y si bien ambas propuestas contrahegemónicas tienen el mérito de superar críticamente, desde una óptica marxista, los modelos precedentes, según este autor presentan un anclaje conceptual en modelos interpretativos aún fragmentarios y empiristas y un desarrollo limitado en lo metodológico, a revisar en la perspectiva que aborda la salud-enfermedad de los trabajadores como un proceso unitario, dinámico y contradictorio de la vida social que se forja tanto en los procesos generales o más amplios de una sociedad como en los procesos particulares de clase social o grupo y la cotidianeidad familiar y personal.

La corriente que proviene de la Epidemiología Social y Crítica y la Salud Colectiva incorpora el principio de movimiento como *proceso* en el que la situación de salud puede adquirir propiedades destructivas o insalubres, o benéficas, protectoras, en tales casos saludables (Breilh, 2003).

El Monitoreo Estratégico asume la tarea de potenciar los procesos saludables y acabar con los procesos destructivos. La prevención profunda y promoción de la salud son instrumentos para la defensa de la vida ante las políticas impuestas por el poder que acarrearán un agravamiento de la pobreza y el retroceso de las condiciones de trabajo (Breilh, 1997).

La metodología desde la que nos situamos, está sustentada en el “Monitoreo Crítico sobre las necesidades sociales insatisfechas, los logros de la acción popular sobre los determinantes y expresiones de la Salud Colectiva como parte de un proceso de planificación estratégica centrada en la colectividad popular” (Breilh, 1997), y el Monitoreo Estratégico Participativo, que comprende un conjunto de dispositivos contruidos sinérgicamente con las experiencias y saberes colectivos, en procesos de organización y gestión del trabajo que tiene por objeto la prevención profunda y la promoción real, activa, crítica y reflexiva de las condiciones que moldean el bienestar y la salud (Zaldúa y Bottinelli, 2004-2007), con acento tanto en las lógicas

relacionales y las dimensiones praxiológicas como en los aspectos simbólicos y subjetivos en relación con la salud mental.

La visualización de las capturas de los procesos imaginarios y deseantes, así como el reconocimiento y la promoción de las distintas fuerzas instituyentes que habitan y se desarrollan en el contexto del trabajo, constituyen un abordaje micropolítico del proceso de trabajo (Merhy, 1997). Pensar dicho proceso como lugar de encuentros entre sujetos/poderes, en función de sus quehaceres y saberes, favorece el desarrollo de la acción productiva individual como un acto colectivo que puede abrir camino a nuevas formas del hacer.

2. La salud de los que cuidan

Las tareas de salud, educación, atención al público presentan una agudización de las exigencias tanto por las características que asume la situación de las poblaciones usuarias como por el deterioro de las condiciones en que se realizan las prestaciones o por las perspectivas que depara. El agotamiento psíquico y físico, desgaste emocional o escasa realización personal en el trabajo han sido conceptualizados como *Síndrome de Burnout* (Martínez Guerra, 1997; Maslach y Jackson, 1997). Denominado también Síndrome de Quemarse o de Desgaste Profesional, el Síndrome de Burnout fue definido, en primer término, como característico de las profesiones de ayuda, es decir, los trabajadores del sector salud y educación. Posteriormente, ha sido ampliado y descrito en otras profesiones, llegando a plantearse que su ocurrencia puede darse en cualquier trabajo, no sólo los que implican trato directo con usuarios.

El Síndrome de Burnout ha sido definido como “un síndrome de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”. El Agotamiento Emocional se vincula con la disminución y pérdida de recursos emocionales. La despersonalización reside en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio prestado. La baja

Realización Personal se refiere a la sensación de reducido logro personal en la realización de la tarea.

Las consecuencias del Síndrome de Burnout aparecen en tres niveles: mental, físico y conductual. A nivel mental, el *desgaste* aparece como agotamiento y falta de sentimientos asociados a la tarea realizada. También surgen vivencias de fracaso e impotencia así como irritabilidad y enojos. A nivel físico pueden observarse problemáticas a nivel sistémico o psicosomático.

Fundamentalmente, aparecen cefaleas, trastornos gastrointestinales, dolores osteomusculares, sobre todo a nivel de columna lumbar. Además de pérdida de apetito, alteraciones sexuales y del sueño, entre otros. A nivel conductual se ha visibilizado el consumo aumentado de estimulantes como café y té, así como sedantes, bebidas alcohólicas, y el abuso de otras sustancias tóxicas. Esto último puede relacionarse con lo que sostiene Marie-Pierre Guilio Bailly (1998) acerca de que el creciente consumo de sustancias psicoactivas (recetadas o automedicadas) aparece como un modo prevalente de resistir en el trabajo a las exigencias, a la violencia y al agotamiento. En este marco, surgen intenciones de abandonar el trabajo, de cambiar de puesto de trabajo, ausentismo, mayor riesgo de accidentes y de errores en la tarea. Todos estos aspectos dan lugar a un escenario en donde la carga psíquica adquiere una dimensión especialmente desgastante.

3. Descripción metodológica

La complejidad de la evaluación tal como la comprendemos aquí sólo puede abordarse con una metodología de investigación-acción-participativa que contemple a su vez la combinación de estudios extensivos e intensivos y técnicas tanto cualitativas como cuantitativas; jerarquizando la participación real de la población involucrada en el proceso de objetivación de la realidad en estudio, con el doble objetivo de generar conocimiento colectivo sobre dicha realidad y de promover la modificación de las condiciones que afectan la vida cotidiana de los sectores populares, apelando a las narrativas polifónicas (Zaldúa Bottinelli, 2004-2007) y a las discursividades dialógicas. Otro componente es el de gestión asociada.

3.1. *El papel de las tecnologías*

Las tecnologías –en tanto sistematización de métodos y técnicas– conforman el discurso de las teorías, a la manera de rutas que hacen inteligibles los problemas que nos planteamos abordar pero no son su equivalente (De Souza Minayo, 2005). Aquellas constituyen un conjunto de instrumentos materiales, de saberes y medios que se expresan en los procesos de producción de prácticas sociales tradicionalmente eficaces. Al recrear una tecnología, es preciso repensarla en función del nuevo marco epistémico, considerando los alcances y límites en función del momento y del proceso de construcción de los nuevos saberes.

En nuestro trabajo utilizamos un conjunto de técnicas y tecnologías para el monitoreo rápido. Según Haddad (1994), monitoreo no es sinónimo ni sustituto de evaluación, pero hay una relación de complementariedad, donde el monitoreo es un “componente crítico” de la evaluación, y tiene una importancia estratégica para articular: el futuro con el presente, los saberes con la práctica, los actores y las perspectivas en conflicto, el manejo de la coyuntura, entre otras. Pero a su vez, tal como lo entendemos, es una estrategia que articula críticamente “tecnologías leves o flexibles” para la evaluación en salud y promoción de resiliencias. De acuerdo a una lógica democratizante se parte del trabajo vivo en dirección hacia nuevas y mejores condiciones del trabajo y de cobertura de salud, al protagonismo respecto de los modos de gestión como también hacia una lógica instituyente de publicización contraria a la corriente de privatización en el sector.

3.2. *Momentos*

En este proceso se pueden distinguir cuatro momentos: a) Preliminar: construcción conjunta del problema, elaboración de las propuestas metodológicas y definición de los objetivos de la evaluación; b) Desarrollo de la Intervención propiamente dicha: realización de encuentros con la modalidad de taller: Escala de Burnout, Mapeo de riesgos y recursos, Técnicas iluminativas. Producción de FODA, SODA y MECA;³ c) Momento de

3. FODA: Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas; SODA: Aspectos satisfactorios, oportunos, amenazantes, defectuosos; MECA: acciones a mantener, explotar, compensar, afrontar. Zaldúa y Bottinelli, 2004-2007.

Cierre: Devolución y confrontación de los resultados; y d) Producción de herramientas de comunicación y difusión.

1) *Preliminar*. Este momento comprende dos niveles que permiten determinar un contexto situado. Por un lado, el del establecimiento de una modalidad de gestión asociada, la formulación de las demandas, que contempla el diseño estratégico, el diagrama de actividades, las condiciones de espacio y tiempo, evaluaciones piloto y reformulación de instrumentos. Otro nivel es el de recolección de datos sobre aspectos sanitarios, históricos, jurídicos, etc.

2) *Desarrollo*. A continuación, realizamos la presentación de las técnicas utilizadas, identificando sus principales objetivos, su modalidad de aplicación, los orígenes y referencias.

1er. encuentro

Objetivo: indagar y explicitar acerca de la percepción de salud, de necesidades y posibilidades.

1) Presentación y debate

2) Toma de escala de Burnout y cuestionario sobre la percepción de la salud:

La escala de Burnout surge ante la manifestación de un conjunto de evidencias clínicas en aquellos trabajadores que se desenvuelven en actividades en donde el trato o ayuda a otras personas resulta el eje de su acción cotidiana. Es un cuestionario estructurado que en la versión que utilizamos consta de 21 ítems y datos de referencia. En él se identifican principalmente tres grupos de síntomas: Cansancio Emocional (CE), la Despersonalización (DP) y Sensación de reducido logro o Realización Personal (RP), que se acompañan con aspectos tales como trastornos físicos, conductuales y problemas de relación interpersonal. Además de estos aspectos individuales, este síndrome se asocia a elementos laborales y organizacionales tales como la presencia de fuentes de tensión en el trabajo e insatisfacción laboral.

El instrumento contiene además un bloque semiestructurado de preguntas complementarias que indagan respecto de la percepción de cambios en la salud, importancia de problemas percibidos y propuestas de solución. Y espacio de preguntas abiertas.

Se trata de un dispositivo de autoaplicación que puede ser administrado en grupo o individualmente. Los trabajadores presentes en el taller pueden luego llevar a su lugar de trabajo otros cuestionarios para replicar la administración. Se logra así una aproximación extensiva de la situación de Burnout.

Materiales utilizados: copias de escala de síndrome de Burnout y cuestionario.

2do. encuentro

Objetivo: relevar la situación de vida y de trabajo, percepciones, valoraciones, núcleos críticos.

Producción de mapas de riesgos y recursos: se trata de un dispositivo que busca conocer y reconocer el medio ambiente donde se desenvuelve el trabajo, cuyos principales riesgos pueden ser físicos, biológicos, químicos, tecnológicos o ecológicos. Por medio de esta técnica intensiva se busca identificar los puntos críticos del ambiente físico y las influencias registradas con relación al malestar, tanto corporal como psíquico y mental, teniendo como punto de anclaje la experiencia y el saber del trabajador. Instando a que dicho conocimiento individual se convierta en colectivo al ser confrontado con el de otros trabajadores. Asimismo, se da lugar a una instancia de construcción colectiva de posibles soluciones a los puntos críticos planteados grupalmente, a partir de la propia experiencia de los trabajadores.

Para esto se utiliza un listado de elementos de riesgo, zonas de peligro, recursos protectores, etc., registros fotográficos y/o filmicos.

Aplicación de la técnica: a) se invita a los trabajadores a agruparse según su tarea o lugar de trabajo; b) se les solicita que listen o dibujen los puntos críticos de su ambiente de trabajo y su vinculación con el malestar corporal, psíquico y mental; c) finalmente, se realiza una confrontación entre las elaboraciones de cada grupo.

Materiales: afiches, fibrones, máquinas fotográficas, filmadora.

3er. encuentro

Objetivos: 1) identificar las cargas psíquicas, físicas y mentales requeridas tanto para el desarrollo de las tareas como por la relación con los distintos ámbitos de la vida cotidiana y el trabajo, que incluye las relaciones de género e institucionales. 2) analizar las condiciones de trabajo (tiempo, organización, remuneración, gestión de las fuerzas de trabajo, entre otros).

Se utilizan técnicas iluminativas o de visualización de cargas en relación con el espacio, el clima de trabajo y el no-trabajo.

Estas técnicas intensivas son utilizadas como modo de expresión del “proceso de confrontación con las agresiones dirigidas a la mente por la vida laboral, por las fuentes de vitalidad y salud que representan las resistencias de naturaleza múltiple, individuales y colectivas” (Seligmann Silva, 1986). Permiten el acceso a niveles de mayor expresividad y subjetividad que complementan el abordaje esencialmente racional y cognitivo alcanzado con la aplicación de otros procedimientos. Recordemos que “el sufrimiento comienza cuando la relación hombre-organización del trabajo está bloqueada; cuando el trabajador ya utilizó al máximo sus facultades intelectuales, psicosenso-motrices, psicoafectivas de aprendizaje y de adaptación. (...) No es tanto la importancia de las exigencias mentales o psíquicas del trabajo las que hacen aparecer el sufrimiento (por más que el factor aparezca como evidentemente importante), sino más bien la imposibilidad de toda evolución para aliviarlo. La certeza de que el nivel alcanzado de insatisfacción ya no puede disminuir más, marca la entrada al proceso de sufrimiento” (Seligman Silva, 1996). Para soportar el sufrimiento, los trabajadores desarrollan *mecanismos defensivos individuales y colectivos*. Estos últimos se caracterizan por permitir el enfrentamiento a sufrimiento y ansiedades con gran robustez pues son compartidos por el colectivo. Cuando se estabilizan, pueden constituirse como *ideologías defensivas* en tanto sistema de ideas que enmascara una ansiedad grave frente al peligro o amenaza residente en la tarea. Los chistes pesados o los rituales de inicio pueden aparecer como ejemplos de las mismas.

Se utilizan técnicas gráficas (también pueden ser teatrales) para exponer la percepción de las cargas, así como de la representación de aspectos valorados del grado y tipo de trabajo. Posteriormente una instancia de reflexividad que apunta a que los trabajadores evalúen las percepciones de sí, del lugar y proceso histórico de trabajo en forma colectiva, considerando estrategias alternativas. Se da lugar al surgimiento de la dimensión del poder

y la intersubjetividad. Se accede a códigos, regímenes normativos y a la ética relacional en la que se enmarca el proceso de trabajo.

La consigna consiste en pedir 1) un dibujo de sí mismos en situación de trabajo, 2) representarse en una situación agradable relacionada con el trabajo y 3) compartir la explicación con el grupo.

Materiales: hojas y lápices de colores para las técnicas gráficas (elementos de maquillaje y vestuario en caso de teatralización). Trabajo individual y reflexión grupal.

4to. encuentro

Devolución y confrontación de resultados parciales y visualización situacional

Éste es un dispositivo de evaluación intensivo que releva experiencias colectivas, a partir de la recuperación de los avances realizados en los encuentros anteriores.

Promueve la reconstrucción situacional a partir de escenarios reales y posibles.

FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas)

SODA (aspectos Satisfactorios, Oportunos, Defectuosos, Amenazantes).

MECA (acciones a Mantener, Explotar, Compensar, Afrontar).

El trabajo se desarrolla en forma grupal. Se pueden aplicar todas o una de las técnicas en el grupo, solicitando que cada grupo identifique las características del colectivo en función de los items. Luego se realiza confrontación de los resultados.

Materiales: afiches y fibrones.

En este momento también se definen posibles acciones para comunicar los resultados.

4. Cierre

La producción de esta metodología de evaluación y monitoreo se realizó en el marco de un modelo praxiológico y las expectativas de 1) arribar a perfiles de salud-enfermedad en relación con condiciones de trabajo y Modo

de Vida, 2) proveer a los actores sociales de herramientas coconstruidas de prevención, promoción y definición situacional que permita encuadrar mejor la relación entre necesidades y demandas, 3) visualización y elaboración de conflictos y problemas más relevantes en el contexto de trabajo y no-trabajo. Y en términos estratégicos, ampliar las opciones de que se dispone recuperando memorias colectivas con vistas a nuevos escenarios.

5. Bibliografía

- Antunes: “Trabajo y superfluidad”, en *Herramienta. Revista de debate y crítica marxista*, N° 23, Buenos Aires, Ed. Herramienta, 2003.
- Breilh, J.: *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2003.
- : “¿Vigilancia clásica o Monitoreo Estratégico en salud?”, en *Nuevos conceptos y técnicas de investigación*, N° 7, Ecuador, CEAS, 1997.
- Cifarelli, V.; Martínez, O., et al.: “De eso no se habla. Organización y lucha en el lugar de trabajo”, Buenos Aires, Cuadernos del TEL, 2002.
- Corbiere, E.: “La cultura obrera argentina como base de la transformación social”, en *Herramienta. Revista de debate y crítica marxista*, N° 12, Buenos Aires, Ed. Herramienta, 2000, pp. 91-104.
- Dejours, C.: “Psicodinámica del Trabajo y vínculo social”, *Revista Actualidad Psicológica*, N° 274, 2000.
- De Souza Minayo, C. et al.: *Evaluación por triangulación de métodos*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2005.
- Dessors, D. y Ghio-Bailly, M. P. (comps.): *Organización del Trabajo y Salud. De la Psicopatología a la psicodinámica del Trabajo*, Buenos Aires, PIETTE (Conicet), Lumen, 1998.
- Giraud, E.: “Percepciones de los operadores telefónicos a partir de los talleres de visualización”, en Julio C. Neffa (coord.), *Telegestión, su impacto en los trabajadores telefónicos*, CEIL/PIETTE/FOESITRA, 2001.

- Giraud, E. y Neffa, J. C.: *Condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT). Manual de apoyo didáctico y guía para la capacitación*, PROIITTE, CEIL-CONICET, CREDAL-CNRS. Área de estudio e investigación en Ciencias Sociales, Buenos Aires, Ed. Humanitas, 1990.
- Ghio-Bailly, M. P.: “El cuerpo drogado”, en Dessors, D. y Ghio-Bailly, M. P. (comps.), *Organización del Trabajo y Salud. De la Psicopatología a la psicodinámica del Trabajo*, PIETTE (Conicet), Buenos Aires, Lumen, 1998.
- Haddad, J.: “Las necesidades de intervención y el monitoreo de los procesos educativos”, en AA.VV., *Educación permanente de personal de salud*, cap. 4, OPS, Washington, 1994.
- Laurell, Noriega y otros: “La experiencia obrera como fuente de conocimiento. Confrontación de resultados de la encuesta colectiva e individual”, en *Cuadernos Médico Sociales* N° 51, Rosario, 1990.
- Martínez Guerra: “Síndrome de burnout: el riesgo de ser un profesional de ayuda”, *Salud y Cambio, Revista Chilena de Medicina Social*, Año 6, N° 23, 1997.
- Merhy, E.: “Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trábalo vivo em saúde”, en *AGIR EM SAÚDE, um desafio para o público*, São Paulo/Buenos Aires, Editora Huittec/Lugar Editorial, 1997.
- Maslach, C. y Jackson, S.: *MBI. Inventario “Burnout” de Maslach. Síndrome del quemado por estrés laboral*, Madrid, Publicaciones de Psicología Aplicada, 1997.
- Neffa, J.: *¿Qué son las condiciones y medio ambiente de trabajo? Propuesta de una nueva perspectiva*, Área de Estudios e Investigaciones Laborales de la SECYT, CEIL-CONICET, CREDAL-CNRS, Hvmanitas, 1988.
- Seligmann Silva, E.: “Crise econômica, trabalho e saúde mental”, en *Crise, trabalho e saude mental no Brasil*, Angerami-Camon, Seligman Silva, De Figueredo Steiner, Da Silva, San Pablo, Traço Editora, 1986.
- Rodríguez, C.: *Herramientas en materia de salud laboral*, Serie Salud y Riesgo, Oficina del Libro Internacional, Buenos Aires, 1995.
- Zaldúa, G. y Bottinelli, M.: *Praxis Psicosocial Comunitaria en Salud*, Buenos Aires, UBACyT, 2004-2007.

CAPÍTULO 6

REPRESENTACIONES PROFESIONALES E IDENTIDAD PROFESIONAL EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

GRACIELA ZALDÚA, MARÍA TERESA LODIEU, MARCELA BOTTINELLI,
PAULA GAILLARD Y MARIELA NABERGOI

1. Introducción

Nuestra actividad docente e investigativa desarrollada en servicios hospitalarios y centros de salud, relacionada con las condiciones de producción de los actos de salud y los procesos de desgaste laboral, desde la modalidad participativa de gestión asociada con los actores del sector, constituye un desafío epistemológico para la praxis sanitaria. Los objetivos de esta presentación son indagar y reflexionar sobre el impacto de los condicionamientos dominantes en las construcciones discursivas y de la acción. La metodología utilizada enfatizó la perspectiva Emic, con técnicas de entrevistas en profundidad, observación participante, grupos focales y dispositivos psicodinámicos.

2. Representaciones sociales en salud

La temática de las representaciones sociales ocupa un lugar relevante en los debates teóricos de los últimos años en las ciencias sociales. En este trabajo nos interesa mostrar el papel que juegan las representaciones sociales en la construcción de la subjetividad social, en particular en lo referido a las

identidades profesionales en el sector salud y el interjuego de las representaciones e identidades en los actos de salud.

Las características del contexto sociohistórico y cultural actual, la hegemonía neoliberal y, en particular, su materialización en el sector salud han impactado sobre las condiciones materiales y simbólicas de las prácticas de salud. Asimismo, el desarrollo tecnológico de la industria médico-farmacológica y la difusión mediática de los avances científicos en el campo médico modifican las representaciones sociales en torno a los procesos de salud/enfermedad/atención. En el sector público, la trama compleja en la que se entrecruzan: el desmantelamiento del hospital público, la falta de insumos básicos con servicios de tecnología de avanzada, la inestabilidad y precariedad laboral de los trabajadores de la salud, con ideales y demandas construidas mediáticamente, se constituye en un campo en el que se expresan las representaciones de todos los actores intervinientes relacionadas particularmente con los procesos de salud/enfermedad/atención.

Las representaciones sociales son estructuras de significación social que aportan a “las colectividades medios compartidos intersubjetivamente por los individuos para lograr comprensión y comunicación” (Duveen y Llyod, 2003: 30). Moscovici no sólo analiza estas estructuras como entidades ya construidas, sino que indaga el proceso de su construcción.

Para su estudio, se deben considerar los procesos intergrupales e intragrupal que promulgan las representaciones sociales e intervienen en la conformación de las mismas; en esta línea, Glynis M. Breakwell (1992) sostiene la importancia de integrar la teoría de las representaciones sociales con la teoría de las identidades sociales, propuesta por Tajfel (1978). Si bien la autora reconoce que se trata de paradigmas diferentes, ambos integran la psicología social y puede realizarse un cruzamiento fértil que conduce a modelos explicativos más poderosos, que puedan dar cuenta de las configuraciones que adquieren las representaciones sociales y de los motivos que llevan a los individuos a adoptar una representación social como propia.

La teoría de las representaciones sociales ayuda a comprender procesos de cohesión y de diferenciación de los grupos y su contribución a la conformación de la identidad grupal. La teoría de la identidad social ayuda a estudiar el proceso que da forma a la representación social y a indagar el trabajo y los mecanismos por los cuales una representación social, ya sea producida dentro de un grupo de pertenencia, ya sea coproducida por diferentes grupos o por el exogrupo, deviene familiar. Un ejemplo de lo dicho puede observarse

en cómo muchos colectivos profesionales, para profesionalizarse, “toman prestadas” y aceptan como propias representaciones sociales e imágenes de otros grupos profesionales. La representación profesional del psicólogo como psicoanalista no sólo es la aceptada por los propios profesionales sino además la que circula en el medio social.

La dinámica grupal en los equipos de salud influencia los procesos de objetivación y anclaje de la representación social tanto a nivel individual como interindividual. Asimismo, promueve la exposición, la aceptación y el uso de ciertas representaciones sociales y excluye otras. El compartir con el colectivo de trabajo una historia y un presente común organiza la significación individual y da sentido a múltiples acciones y gestos cotidianos.

Ej.: “Todo comentario de mi hijita o de mi mucama me parece nimio porque los seres humanos se dividen entre los que respiran y los que no respiran” (Médica emergentóloga).

Gerard Duveen y Bárbara Llyod (2003) consideran que se puede enfocar el estudio de las representaciones sociales desde la perspectiva de una psicología social genética. Desde ese enfoque y apoyándose en el estructuralismo genético de Piaget y de Godlmann, sistematizan tres procesos en la construcción de las representaciones sociales: la sociogénesis, la ontogénesis y la microgénesis. La sociogénesis refiere al proceso histórico social de creación de las representaciones. La construcción de la representación social del médico y de los distintos trabajadores de la salud puede ser estudiada en cada contexto sociohistórico, a fin de analizar sus determinantes, sus características y las modificaciones acordes a procesos históricos, políticos y económicos.

El segundo aspecto genético de las representaciones sociales se construye en la interacción social; en las diversas situaciones sociales emergen las representaciones sociales de cada individuo que posibilitan la comprensión de la situación, la ubicación del propio sujeto y del/de los otro/s. En ese proceso interactivo se deconstruyen, se construyen o se consolidan representaciones. En los procesos de socialización profesional, en particular en las instituciones de formación, el interjuego de las representaciones sociales de las profesiones irá conformando las identidades profesionales. “En toda interacción social está presente un proceso microgenético en el cual se negocian las identidades sociales y se establecen marcos de referencia compartidos” (Duveen y Llyod, 2003: 37).

La ontogénesis da cuenta de la manera en que las representaciones sociales se activan psicológicamente en los individuos. Es el “proceso mediante

el cual los individuos reconstruyen las representaciones sociales y, al hacerlo, elaboran identidades sociales concretas. [...] Precisamente las representaciones sociales se activan psicológicamente en los individuos bajo la forma de identidades sociales. Podemos afirmar entonces que los individuos, para expresar o afirmar una identidad social, se basan en los recursos que ponen a su disposición las representaciones sociales” (Duveen y Llyod, 2003: 36). La apropiación de una representación social por un sujeto estará determinada por un interjuego particular entre las características de la representación social –será más imperativa si se trata de una representación hegemónica–, por los espacios de interacción en donde circula esa representación –microgénesis– y por las características personales de cada sujeto.

Siendo el lenguaje el medio fundamental para la puesta en práctica de las interacciones sociales, el análisis de los discursos entre los integrantes del sector salud permite visualizar las representaciones que circulan en este espacio social. Un punto de partida para la investigación sobre las representaciones sociales debe identificar la estructura signifiante, la estructura que tiene importancia funcional para un determinado grupo (Goldmann, citado por Duveen y Llyod, 2003).

3. Algunas características de las representaciones sociales y del proceso de construcción de identidades de los trabajadores de la salud

Los trabajadores de la salud construyen las representaciones sobre el proceso salud/enfermedad/atención, el público usuario y sí mismos, en base a diversos procesos de socialización, entre los que resultan esenciales la formación universitaria, la propia práctica profesional, la participación en espacios profesionales, los medios de comunicación (como ejemplo mediático: E24, Hospital público). En el interjuego dialéctico de dichos procesos, van negociándose las identidades profesionales.

“Identificarse es definir quién se es. Establecer un núcleo que afirma una existencia específica rodeada de características y atributos, que muchas veces se suponen únicos, distintos, propios, nunca ajenos. Y esa identificación cubre diversos niveles y ámbitos: el de la identidad personal, el de la

identidad grupal, el de la identidad étnica, el de la identidad cultural, el de la identidad nacional” (Montero, 1991: 15). La identidad social supone una construcción cotidiana hecha a partir de percepciones, significaciones, atribuciones y representaciones producidas en la interacción. Es singular y plural, móvil y permanente.

“La identidad social establece una especie de ‘supraidentidad’ que proporciona un marco de referencia. Es aparentemente estable y, sin embargo, cada día se construye y disuelve en múltiples experiencias que la niegan para casos concretos y la confirman para la generalidad” (Montero, 1991:15).

4. La caída de la identificación categorial

Serge Moscovici define las representaciones hegemónicas como aquellas que se caracterizan por la uniformidad y por su poder coercitivo, y que marcan las prácticas simbólicas y afectivas (Castorina y Kaplan, 2003). Desde el enfoque sociogenético podemos analizar el devenir de la representación profesional del médico. Anteriormente, el médico ocupaba un lugar social con alto prestigio, un lugar de privilegio, que ha sido muy bien descrito como “clase médica” por Eliot Freidson (1978). En los últimos años, este lugar social del médico se ha modificado. Hemos observado que la interacción con los usuarios en el encuentro en el acto de salud en ocasiones lleva a los profesionales al replanteo, no sin sufrimiento, de la identidad profesional. La comparación con el modelo ideal e inaccesible acrecienta la negatividad en la identidad profesional, ocasionando sensación de minusvalía e impotencia.

Craig Cohoun (1997) ha argumentado que, mientras que los modos relacionales de la identificación (identificación de sí mismo u otros por medio de su posición en una red relacional) siguen siendo importantes en muchos contextos, hoy en día, en cambio, la identificación categorial (identificación en base a ser miembro de una clase por compartir un atributo categorial –raza, nacionalidad, género, profesión, etc.–) es característica de la modernidad.

El otrora lugar social valorado que otorgaba al médico un mandato “sagrado” y que estructuraba la imagen del profesional y de su identidad en relación al papel “misional” (Arturo Roig, 1991) ha sufrido embates diversos. Sin embargo, en el imaginario profesional esta representación antes hege-

mónica sigue permaneciendo como ideal o como expectativa y el choque en las prácticas de salud con situaciones, actitudes y comportamientos de los pacientes o familiares o del medio que descoloca al profesional médico de ese lugar esperado produce malestar y diversas manifestaciones:

Ej.: “Ahora el lugar del médico es muy distinto que el de antes. Antes al médico se lo esperaba... Ahora hay mucha agresión...” (pediatra).

En otros casos, si bien la identidad siempre es definida en la diferencia con otros, es posible observar que la identidad profesional puede, por un lado, generar sentimientos de orgullo y pertenencia, pero, por otro, puede organizarse a partir de la estigmatización y segregación del otro, del exogrupo:

Ej.: “Un día les vamos a decir que el nene no tiene nada y van a sacar el revólver y nos van a pegar un tiro. No te hacen caso con las dietas, vos les explicás todo y después le dan chocolate. Siento que te están tomando el pelo” (pediatra).

Los efectos de las políticas neoliberales tanto en el sector salud (desmantelamiento de las instituciones de salud, precarización laboral, subempleo o sobreempleo), las condiciones de salud de la población usuaria y el malestar de los ciudadanos por el avasallamiento de sus derechos crea situaciones propiciadoras de enfrentamientos y violencias.

Las imágenes del público usuario que pueden inferirse de expresiones de los profesionales también revelan esta dinámica: el “malón”, la “presión” de la sala de espera.

En otras ocasiones, son los otros colectivos profesionales los estigmatizados y hacia los que se dirige la hostilidad de un grupo:

Ej.: “Ahora nos valoran (los trabajadores sociales) porque con la crisis no hay más que dar y sólo queda escuchar” (psicóloga).

Las distancias entre las representaciones profesionales, la identidad profesional y las condiciones del ejercicio laboral crean una serie de tensiones cotidianas propiciadoras del desgaste laboral –burnout.

“Ahora estamos para contener, es una mierda el laburo. Somos funcionales al sistema... Estamos laburando peor que las primeras asistentes sociales. No tiene nada que ver con lo que nos formamos” (trabajadora social).

5. Dispositivos alternativos de intervención: recorriendo las distancias

Nuestras propuestas de trabajo en el sector salud incluyen la implementación de dispositivos de intervención, destinados a relevar las problemáticas existentes en los colectivos laborales y a propiciar estrategias preventivas y promocionales de salud. Crear dispositivos participativos abre a pensar la propia identidad pero historizada, repensando la identidad mítica-misional, modelo ideal, otorgada. Técnicas psicodinámicas, gráficas, grupos focales, talleres o conferencias son los instrumentos que utilizamos a fin de visibilizar estas problemáticas y favorecer los procesos de cuidado de los cuidadores de la salud.

Ej.: “Para mí se trata de que valoricemos nuestro trabajo, a veces no nos llega el valor, el reconocimiento de la familia pero somos un punto muy importante en la familia, en la sociedad. La tarea no es sólo asistencial sino que es educativa, didáctica también. Esto viene de la facultad, por afán de aprender hicimos guardia, hicimos cosas de enfermería” (pediatra).

En nuestra investigación, hemos observado que, en los profesionales recién recibidos, la relación médico-paciente y la elección vocacional constituyen valores positivos que producen sentimientos de satisfacción en el trabajo y son fuertes dadores de identidad profesional. En los profesionales con muchos años de ejercicio, ambos elementos pueden transformarse en contravalores o ser vividos como elementos cuestionadores de la identidad profesional.

De nuestro proceso investigativo surge que los trabajadores perciben que los problemas que afectan su desempeño se encuentran lejos de su campo de acción. Los trabajadores de la salud expresan que sus acciones específicas en salud han perdido sus efectos tradicionales debido a problemáticas coyunturales más amplias. Ante esto, el trabajador se percibe como imposibilitado de modificar estas condiciones. Su causalidad personal se ve afectada.

Ej.: “Yo empecé un trabajo sobre la salud de los trabajadores de la salud. Todavía no lo terminé. Lo voy a hacer, pero ya no creo que sirva de algo realmente” (médica).

“Acá si uno no transa entre lo que debe hacer y lo que puede hacer... yo podría rebelarme, pero es un gasto de energía enorme y no significa necesariamente mayor eficiencia”.

Las propuestas de encontrar espacios de intercambio con otros trabajadores del propio y otros servicios para conversar lo que ocurre, “sin exigencias académicas sino gratos momentos” ha sido una de las únicas posibilidades que los trabajadores reconocen como que está a su alcance, sin embargo la misma se enuncia en la mayoría de los casos en tono impersonal y sin implicación reflexiva. En el siguiente enunciado se pueden observar los movimientos entre el sentimiento de incapacidad para modificar las condiciones que les producen malestar y la propuesta de una solución posible:

Ej.: “Tenemos que mejorar la comprensión de todo este sistema, que aparentemente es incomprensible, pero que es comprensible desde un punto de vista más global.

Tendríamos que hablar de política, de distribución de la riqueza, del trabajo, del bienestar de la gente. Pero ése es otro tema que no me compete y que yo no puedo hablar como puedo hablar de medicina y de mi trabajo específicamente. Yo puedo dar alguna idea de lo que me compete a mí, pero creo que el problema es infinitamente más grave y que está fuera de nuestro alcance” (médica).

6. Conclusiones

Si las representaciones no sólo son el producto de la internalización de imágenes, actitudes y valores adquiridos en el transcurso de los procesos de socialización sino que también son producidas activamente por los sujetos y los grupos, los dispositivos de investigación-acción grupales y participativos ofrecen un espacio para la transformación y la significación instituyente. En este sentido no sólo debemos encarar la génesis de las representaciones sociales y las identidades profesionales desde un enfoque genético sino también analizarlos desde los procesos micropolíticos y macropolíticos.

El estudio de los actos de salud abordado desde las perspectivas macropolítica, micropolítica y microgenética permite dar cuenta de los determinantes histórico-políticos, de los dinamismos psicosociales y de las tramas representacionales e identitarias de usuarios y efectores. De esta forma, habilita la promoción de aplicaciones menos coercitivas del poder, resistencias creativas personales y sociales en la praxis en salud, y favorece

principios de identidad basados en una ética relacional, surgidos de la propia realidad histórica y social de manera creadora, en un proceso continuo de construcción y reconstrucción.

7. Bibliografía

Breakwell y Glynis, M.: "Social Representations and Social Identity", Paper presentado en la Primera Conferencia Internacional de Representaciones Sociales, Ravello, 1992.

Calhoun, C.: *Nationalism*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 1997, p. 36 y ss.

Castorina, J. A. y Kaplan, C. V.: "Las representaciones sociales: problemas teóricos y desafíos educativos" en Castorina, J. A. (comp.), *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*, Barcelona, Gedisa, 2003.

Duveen, G. y Lloyd, B.: "Las representaciones sociales como una perspectiva de la psicología social", en Castorina, J. A. (comp.), *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Barcelona, Gedisa, 2003.

Freidson, E.: *La profesión médica*, Barcelona, Ediciones Península, 1978.

Kielhofner, G. (ed.): *A model of human occupation: theory and application*, 2nd ed., 1995.

Baltimore, Will.; Baltimore, Wilk. & Montero, M.: "Identidad social, ideología y transformación en América Latina". Conferencia dictada en el Cuarto Congreso Nacional de Psicólogos de Chile, 1991

Roig, Arturo A.: "América Latina y su identidad", Conferencia dictada en el Cuarto Congreso Nacional de Psicólogos de Chile, 1991.

CAPÍTULO 7

LA VIOLENCIA EN EL MUNDO DEL TRABAJO. ESTUDIO EN UN HOSPITAL GENERAL DE LA CABA

DORA KOLODITZKY, GRACIELA ZALDÚA, FRANCISCA FUNES,
PAULA GAILLARD Y NORMA BRASCO

1. Introducción

La violencia en el mundo del trabajo se reconoce en la última década como un tema de Salud Pública. El impacto de los abusos de poder, los hostigamientos u otros mecanismos de acoso producen humillaciones, depresiones u otros efectos psicofísicos. La Organización Internacional del Trabajo remite a los hechos y conductas violentas recurrentes y analiza tres dimensiones de la problemática: los derechos humanos, el espacio laboral y los efectos en la salud.

Las situaciones de violencia sobre personas o colectivos laborales afectan la dignidad de las/los trabajadoras/es y sus derechos, en particular a no ser discriminadas/os. El acoso moral por razones de género, pertenencia étnica, social o política e identidad sexual son modalidades abusivas atentatorias de la integridad psíquica y física y degradante del clima laboral.

La violencia en el ámbito laboral, física, moral y psicológica o “psicoterror”, está en aumento, alcanzando niveles preocupantes por la frecuencia de las conductas violentas, por las consecuencias devastadoras que impactan en los directamente afectados y, también, en su entorno familiar y grupo de pertenencia.

La violencia institucional se instala en un escenario propiciatorio, marcado por el autoritarismo, la corrupción y mecanismos de cooptación y/o silenciamiento.

Como fenómeno complejo y estructural, varios autores han señalado su incremento, ligado al dominio neoliberal de las últimas décadas, la pervisión de las relaciones sociales y laborales y el horizonte de amenaza de precarización y exclusión. Los contextos corruptos producen subjetividades acorraladas en dilemas éticos o sobrevivencias y en ocasiones se impone el lugar de testigo cómplice. Janine Puget formula el concepto de “imposición radioactiva” para describir el vínculo de algunos sujetos con efecto de presencia y que se imponen a otros. Esta metáfora radioactiva le permite señalar que es difícil saberse portador de efectos invisibles sin que ello implique culpa o responsabilidad.

Uno de cada diez trabajadores en el mundo está afectado y en Europa más del 12% dice haber sufrido algún tipo de agresión física o psicológica en el último año. En nuestro país, también se registra un incremento de casos de hostigamiento psicológico y moral y denuncias de violencia laboral. En relación a las diferencias entre mujeres y hombres, de acuerdo a diferentes fuentes, son más frecuentes los casos de mujeres acosadas, como síntoma de violencia de género, instalado en una cultura discriminatoria por sexo y naturalizado en las instituciones.

Según la OMS violencia es el uso intencional de la fuerza o el poder, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Incluyen los actos de maltrato físico, sexual y psíquico, la intimidación, la amenaza y los actos de omisión o de descuido. El primer informe mundial sobre la violencia y salud (OMS, 2002) señala a la violencia como una amenaza para la Salud Pública y un obstáculo al desarrollo de las naciones. A su vez, considera que la buena práctica de la Salud Pública requiere identificar los factores de riesgo y los determinantes de la violencia. Así como también concebir estrategias para resolver los conflictos.

El acoso en el mundo del trabajo es considerado toda conducta abusiva, comportamiento, palabras, gestos, escritos, que puedan atentar contra el sujeto, la integridad psíquica o física de una persona o que pueda poner en peligro el empleo o degradar el clima laboral. El término *mobbing* fue acuñado por Heinz Leyman, de la Universidad de Estocolmo. Se refiere a acciones repetidas y claramente negativas contra empleados que pueden conducir a la marginación de su lugar y afirma que “en las sociedades de nuestro mundo occidental altamente industrializado, el lugar de trabajo constituye el último

campo de batalla en el que una persona puede matar a otra sin ningún riesgo de llegar a ser procesada ante un tribunal”.

Marie France Hirigoyen conceptualiza el acoso moral como un proceso de maltrato psicológico en el que un individuo puede conseguir “hacer pedazos” a otro. Acosar sin reposo y perseguir sin tregua se torna en ensañamiento y puede conducir a un verdadero “asesinato psíquico”. Para dicha autora hay diferencias entre acoso moral, *mobbing* y *bullying*. El acoso moral se diferencia de *mobbing* al considerarlo correspondiente a persecuciones colectivas o violencia de la organización; y del *bullying* que va de bromas y marginación hasta conductas de abuso físicas o sexuales, son bravuconadas más individuales. El acoso moral se refiere a agresiones más sutiles y por consiguiente más difíciles de advertir o probar.

Preocuparnos por la situación del trabajo es central, ya que interviene en la estructuración de la identidad, afirmamos en él nuestras competencias, realizamos a través de él proyectos de vida y sueños (Hirigoyen). Preocuparnos por el acoso es poner un límite a las destituciones simbólicas, al no ser reconocidos y, por tanto, no poder vincularse con el otro en los actos de salud.

A nivel de nuestra jurisprudencia debemos destacar la Ley 1225, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que tiene por objeto prevenir y sancionar la violencia laboral, entendida como acción ejercida por personal jerárquico sobre un/a trabajador/a que atente contra la dignidad, integridad física, sexual, psicológica o social de aquel/aquella mediante amenaza, intimidación, abuso de poder, acoso, acoso sexual, maltrato físico o psicológico, social u ofensa ejercida sobre un/una trabajador/a. Es significativa la inclusión del artículo 3, que define el maltrato psíquico y social contra el trabajador/a a la hostilidad continua y repetida del/de la superior jerárquico/a en forma de insulto, hostigamiento psicológico, desprecio y crítica. Las acciones enunciadas son, entre otras: bloquear constantemente las iniciativas de interacción generando aislamiento; cambiar de oficina o lugar habitual de trabajo con ánimo de separarlo de sus compañeros o colaboradores más cercanos; obligar a realizar tareas denigrantes para su dignidad personal; asignarle misiones sin sentido, innecesarias, con la intención de humillar; amenazar repetidamente con despidos infundados, etc.

En el artículo 5, donde se refiere a acoso, dice que se entiende por tal a la acción persistente y reiterada de incomodar con palabras, gestos, bromas o insultos en razón de su género, orientación sexual, ideología, edad, nacionalidad u origen étnico, color, religión, estado civil, capacidades diferentes,

conformación física, preferencias artísticas, culturales, deportivas, situación familiar, social, económica o cualquier circunstancia que implique distinción, exclusión, restricción o menoscabo.

La importancia de incorporar la problemática de la violencia en el mundo del trabajo –incluyendo sus múltiples modalidades de maltratos físicos, psicológicos, sexuales, acosos y sus condiciones propiciatorias– permite desarrollar dispositivos de prevención y promoción de la Salud Colectiva.

2. Estudio exploratorio en un hospital

En función de sucesos acontecidos en diversos servicios que tendían a ser naturalizados, con el consiguiente malestar para los/las afectados/as, nos preguntamos sobre su frecuencia, invisibilidad y desconocimiento del campo de responsabilidades y sanciones jurídicas. A través de la gestión asociada de la Cátedra de Psicología Preventiva, UBA, y el Comité de Educación para la Salud del Hospital Ramos Mejía, implementamos una Investigación Acción Participativa. Esta opción epistémica y metodológica se basa en una ética relacional y una elucidación crítica sobre las constricciones materiales y simbólicas de las instituciones, que propicien otros modos de pensar y de habitar los espacios de trabajo.

La psicodinámica del trabajo, las conceptualizaciones sobre el acoso moral y la violencia en el trabajo y la jurisprudencia nacional e internacional vigente son el entramado que permitió construir el recorte de objeto y diferenciar de otras problemáticas. Para Dejours (1993), trabajar significa enfrentarse cada día a peligros, como el miedo, el aburrimiento, la humillación, la vergüenza, el sentimiento de injusticia, de traicionar convicciones. La psicodinámica del placer en y del trabajo como mediador de la reapropiación y emancipación puede operar en las relaciones sociales del trabajo, que, aunque se entienden de dominación, puede no cerrarse a la sublimación. Cuando no hay acceso al registro psíquico se favorece la compulsividad y la violencia. A su vez, profundizo en la banalización del mal, que incluye la deshumanización del trabajo, la colaboración en la injusticia y el sufrimiento del otro. El acoso moral es un abuso y no debe confundirse con las decisiones legítimas de la organización del trabajo, conformes a los contratos de trabajo (Hirigoyen, 2001).

El objetivo general se planteó para contribuir a indagar la presencia y las características de situaciones de violencia, percibidas por el personal de salud en el último año.

El supuesto que guio la investigación fue que la presencia de situaciones de violencia en el trabajo se invisibilizan o se naturalizan por las reglas explícitas e implícitas de la institución. Estas reglas no incluyen la defensa y promoción del derecho humano a trabajar en un ámbito libre de violencia laboral.

La metodología fue cuali-cuantitativa y el estudio es de tipo exploratorio. Se triangularon técnicas extensivas con un cuestionario y técnicas intensivas con entrevistas y grupos focales.

Los resultados del cuestionario evidencian que más del 80 % del personal de salud ha vivenciado situaciones de violencia que la afectaron en el ámbito laboral. La mayor parte se suscita entre los pares y con personal jerárquico. Los tipos de violencia más frecuente son la verbal y la psicológica. Las situaciones de sufrimiento relacionadas con la descalificación o no reconocimiento y los obstáculos para asumir lugares de mayor jerarquía son productores de efectos traumáticos y de morbilidades asociadas. La discriminación de género se puso en juego en relación al ingreso a algunas especialidades y producciones investigativas. El llamado “ninguneo”, la atribución a problemas de personalidad o identidad sexual, o la ineptitud para relacionarse, son esgrimidos para encubrir situaciones de maltrato y/o marginación.

Relatos de enfermeras/os y médicas/os que se encontraban en situaciones amenazantes o humillantes fueron resignificados a través del análisis discursivo dialógico, propiciando la identificación de los mecanismos perversos, las encerronas y las posibilidades de generar otros escenarios de intervención judicial y sindical-profesional.

Los registros de casos que vivieron acosos fueron aportando al relevamiento de: a) conductas hostiles y formas de atentar contra las condiciones de trabajo; b) autonomía y atribución de trabajo según puesto; c) negación de materiales, informaciones; d) atentados contra la integridad subjetiva y la dignidad por críticas descalificantes, desacreditación, circulación de sospechas, injurias, etc.; e) uso de la violencia verbal, sexual o física, manifiesta en agresiones, acosos sexuales, acechos y amenazas. En varios casos se comprobaron mecanismos de evitación o de no acompañamiento vinculados a las formas de regulación explícitas e implícitas de las relaciones de trabajo con frases como “son asuntos tuyos”, justificando las relaciones jerárquicas,

desestimando a las personas por sus opciones ideológicas o sexuales o no comprometiéndose por temor a perder el puesto o lugar de trabajo.

Las recomendaciones se centraron en: promover espacios de reflexión/capacitación para la detección de situaciones potenciales de violencia en el trabajo; sensibilizar sobre estrategias psicológicas y jurídicas que resistan la invisibilidad, la naturalización, la inermidad y la impunidad; y propiciar estudios epidemiológicos y clínicos sobre la problemática.

3. Bibliografía

Chapell y Di Martino: *Violence at work*, Ginebra, OIT, 1998.

Dejours, C.: *De la Psicopatología a la Psicodinámica del Trabajo*, París, Bayard Ediciones, 1993.

— *La banalización de la injusticia social*, Buenos Aires, Topia Editorial, 2006.

Informe Mundial de la Violencia y Salud, Washington DC, OPS/OMS, 2003.

Hirigoyen, M. F.: *El acoso moral en el trabajo. Distinguir lo verdadero de lo falso*, Buenos Aires, Paidós, 2001.

Leyes provinciales: Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Ley 1225) y Pcia. de Bs. As. (Ley 13.168).

Puget, J.: *Violencias sociales*, Buenos Aires, Ariel, 2003.

PARTE III

SALUD REPRODUCTIVA, GÉNERO Y SALUD

CAPÍTULO 8

DEBATES SOBRE EL *ETHOS* DE CUIDADO Y LAS CUESTIONES DE GÉNERO

GRACIELA ZALDÚA

1. Los discursos e ideales tradicionales

Los mandatos tradicionales del cuidado de los/as otros/as por las mujeres siguen interpelando al feminismo y al movimiento de mujeres por su enunciación misma y por los efectos en relación a la condición de género, nexo entre capitalismo y patriarcado. El trabajo doméstico y de cuidado por una parte garantiza la realización del plusvalor y, por otro, la de control y tutela sobre las mujeres. La división sexual del trabajo, los espacios de lo público y privado y la familia son las claves de las relaciones de producción y reproducción de las asimetrías. Cuestiones vinculadas a las posiciones sociales y a la producción de subjetividades son espacios de realización de las normalizaciones y naturalizaciones sexistas o clasistas. Resistencias y acciones transformadoras cuestionaron los mandatos económicos, políticos, jurídicos, transgrediendo las identidades inmutables de los discursos, las censuras, en el doble juego de resistencia e insurgencia. Como señala Butler, la acción renovable de la performatividad de género, como modalidad de poder entendido como repetición de normas institucionalizadas y práctica discursiva que realiza o produce lo que nombra, puede dar lugar a la desobediencia y transgresión de la estructura de doble sometimiento psíquico y social. La posiciones que cuestionan el orden de sometimiento abre caminos y tiempos múltiples y diversos. Pero a pesar de la heterogeneidad histórico-biográfica

de las trayectorias de las mujeres, las condiciones de subordinación sexista permiten visibilizar los vínculos entre hombres y mujeres como relaciones de opresión, y a la vez como espacios políticos de resistencia.

Consideremos el siguiente hecho: hijos/as, ancianos/as, los hogares, los espacios institucionales y comunitarios, etc. vinculados con la cotidianidad de la reproducción social y biológica son asignados y naturalizados como a cargo de las mujeres. Las asignaciones no sólo describen lo que deben hacer las mujeres sino que las prescriben con los discursos que refuerzan los mandatos.

Las prácticas sociales y discursivas se actualizan en las significaciones imaginarias, se naturaliza el mandato con prescripciones, deberes, sanciones, culpas como si fuera un destino que no puede transgredirse sin consecuencias.

Estas normas que generan matrices de relaciones y prácticas prescriptivas se relacionan con otras subordinaciones y opresiones estructurales que las sobredeterminan de clase, de etnia, ampliando o recortando los niveles de posibilidades de otras realizaciones, es decir, la contingencia que permite emerger otras identidades e imaginar otros papeles y relaciones de poder.

El trabajo femenino remunerado en algunos sectores medios y altos puede contar con resoluciones sostenidas por trabajos domésticos asalariados de otras mujeres u otras instituciones de sostén. Junto con el acceso al trabajo remunerado, mayores niveles educativos y control anticonceptivo facilitó en estos sectores sociales mayores niveles de autonomía y posibilitó la transformación de los ideales y las posibilidades de realización no sólo basadas en la maternidad y el cuidado de los otros. A su vez, algunos hombres acompañaron estos nuevos consensos de género accediendo al espacio doméstico y compartiendo el cuidado. Construir y sostener niveles de equidad en las funciones, implica dificultades y retrocesos, en muchos casos, generados por la pregnancia de los mandatos tradicionales masculinos como el rol de sostenedor y autoridad de la mujer y, a su vez, la mujer en su función de madre, cuidadora, perteneciente y subordinada al hombre.

Estos cambios en las posiciones subjetivas articulados con los cambios sociales producen transformaciones afectivas de las representaciones psíquicas, que abren otras posibilidades simbolizantes en las mujeres no sólo las tradicionales de la maternidad y el cuidado sino del trabajo, el arte, la ciencia, la política. Por su parte el hombre puede compartir el sostén familiar, acceder al espacio doméstico y al cuidado sin tener que recurrir a la fuente de auto-

ridad y dominio sobre la mujer. Horizontes, transiciones nuevos consensos entre los géneros. Pero esto no fue ni es un problema que atañe sólo a las mujeres, sino a toda la sociedad, y requiere de insistencia en la formulación y en las acciones relacionadas con las asimetrías y sus correlatos de espacios desiguales, es decir, de priorización de la equidad, la participación y el acceso a oportunidades, como eje de las políticas públicas

Estos mandatos tradicionales se hacen dilemáticos en los sectores populares, que, sin soportes de protección, se encuentran en situaciones de extrema vulnerabilidad. Trabajo público y privado, cuidadora y sostenedora la mujer enfrenta la crisis neoliberal con múltiples estrategias de sobrevivencia.

Muchas mujeres tienen presencia activa en los movimientos sociales para garantizar la alimentación, la tierra, el agua, la vivienda y a su vez, cumplen el resto de las funciones fundamentales para sostener el orden familiar. Los tiempos que exigen estas acciones en un contexto de pobreza e indigencia rompen con el ideal de mujer tradicional. Si algo falla, reciben –frente a los “descuidos”– las miradas culpabilizantes de las instituciones educativas, sanitarias, familiares.

Las asimetrías de género y de clase se construyen tanto social como relacionalmente, aunque su invisibilización opaca, oculta los mecanismos de encadenamiento al sexo como natural y biológico y a la dominación social sobre los sectores subalternos. Si en las mujeres de los sectores medios el trabajo remunerado constituye un lugar simbólico en el camino de las realizaciones y búsqueda de satisfacción, es que los ideales de género tradicionales son ineficaces y fueron revisados. En el caso de los trabajos precarizados, flexibilizados, mal pagos o cuasi esclavos nos interrogamos si puede ser fuente de gratificaciones y con posibilidad de ser revisados críticamente, y por su contrario no se añorará a un mítico volver a lo doméstico, al ideal tradicional patriarcal.

Esta manera de esencializar el mandato fue hace unos años definido por Friedman (1963) como la mística femenina. Ese problema sin nombre se sostiene en la creencia que la identidad femenina se realiza en el hogar y la familia. Deconstruir este discurso del poder patriarcal y develar los dramas silenciados del hogar como las violencias domésticas, sexuales, psicológicas, económicas fue y es un desafío entre otros de la praxis del feminismo. Tratados internacionales y leyes nacionales y provinciales protegen los derechos frente a las discriminaciones, sin embargo nos encontramos con escenarios y actores que los niegan o sus alcances son limitados. “El *ethos* de cuidado”

está relacionado con las costumbres, con los modos de vivir y, a su vez, con la morada como refugio. Su sentido se refiere a valorar actitudes de protección que paradójicamente se le atribuyen como responsabilidad a las mujeres en el ámbito de lo privado, y se les niega sus posibilidades de libertad y autonomía en lo público y en lo referente a decisiones de derechos sexuales y reproductivos.

Múltiples casos nos convocan a la indignación y a la resistencia activa cuando intervenciones judiciales obligan a mujeres violadas a proseguir un embarazo repudiado por su engendramiento forzado. Se juega en los cuerpos agraviados el poder de hegemonía ideológica, en particular de las clases dominadas. Poder que se produce y reproduce a través de modos de articulaciones de los conjuntos de relaciones sociales en las esferas políticas, económicas, socioculturales.

La garantía de no punibilidad de los abortos productos de violación, vigente desde el año 1922, en casos recientes como los de las chicas de Guernica, Mar del Plata, Mendoza y, actualmente, Entre Ríos se convirtieron en escenarios trágicos de guerra sobre los cuerpos y las decisiones. Cual verdugos de la Inquisición, la derecha jurídica y religiosa actúan con y por todos los medios sobre las víctimas propiciatorias, sobre el personal sanitario, sobre los familiares. Sus propuestas en defensa del no nacido muestran en extremo los lugares desubjetivados de las mujeres como reproductoras, sin sentimientos, deseos ni capacidad de decisiones y elecciones, y de cosificación del embrión, al que se lo propone para la adopción o se obliga a la continuidad de la gestación bajo supuestos principios de protección de la vida. Cuerpo apropiado y embrión mercantilizado, se instalan como coordenadas en las situaciones de violencia y pobreza impuestos por la vulnerabilidad y la desprotección, sin embargo en los casos, las mujeres enfrentaron, desobedecieron y transgredieron las interpretaciones hegemónicas de las normas con el acompañamiento de los movimientos feministas y de mujeres. La vigencia de la campaña por la despenalización y legalización de aborto es central, y es inaceptable las dilaciones y demoras en su tratamiento como ley nacional, que rige en países del primer mundo desde hace décadas. En igual sentido, la campaña internacional y nacional contra la trata y tráfico de personas muestra con descaro la perversión de la cultura patriarcal y las redes de complicidades. No es posible sin el consentimiento del poder que se produzcan las capturas en las mafias de la prostitución y sean impunes los que cometen feminicidios en el país y en muchos países de América Latina, como, por ejemplo, México.

2. Otras apuestas, otros devenires

El consenso tradicional de género relacionado a las organizaciones económico-sociales y las divisiones del trabajo entre mujeres y hombres se basa en la división de lo público y lo doméstico. En nuestro país, en la actual etapa de acumulación capitalista, el papel de hombre proveedor único está en cuestión y en cuanto a los aportes al cuidado y los ideales o representaciones con equidad de género son un desafío.

El endeudamiento externo, la desindustrialización, la desocupación, la flexibilización y la precarización impacta en los niveles de pobreza e indigencia extremos. En este contexto, las mujeres ocuparon más puestos de trabajo y elevaron su capacitación, siendo relevantes las jefas de hogar. Sin embargo, persisten prácticas discriminatorias en cuestiones salariales, prestacionales y por su capacidad reproductiva. A su vez, según los sectores sociales, las prácticas de equidad son divergentes entre los discursos que las enuncian y una real complementariedad en el trabajo doméstico.

Lagarde pone en cuestión el verbo cuidar frente al neoliberalismo patriarcal y la globalización inequitativa. Sostiene que la fragmentación del cuidado por las mujeres y la asignación como condición natural a partir de las organizaciones sociales, de género, de clases, étnica, nacional, regional, local, continúa como en el pasado. Asimismo señala que en millones de mujeres se reforzó un “sincretismo de género”, cuidar a los otros a la manera tradicional, con satisfacción por el deber ser y a la vez lograr su desarrollo individual para formar parte del mundo, participando de procesos educativos, laborales y políticos.

Si estos mecanismos alienantes que naturalizan y a su vez no valorizan esa subjetividad que debe estar alerta a las necesidades de los otros ¿cómo podemos propiciar otras líneas de acción que conserven la necesaria perspectiva del cuidado frente al descuido? En una perspectiva podemos revisitarse las palabras de Boff: “el ser humano como huésped de la tierra ha de asumir el ‘ethos’ en su sentido originario, como aquella forma del mundo que reservamos para organizar, cuidar y hacer de nuestro hábitat cuidado un modo de vivir. En este sentido cuidar implica intimidad, sentir dentro, acogerlos, respetarlos, darles sosiego, reposo. Cuidar es entrar en sintonía, auscultar, afinar con ellos. Reciprocidad y complementariedad fraternas”. Ante las depredaciones y devastaciones del planeta, las guerras imperiales y las iniquidades producidas

por las brechas de las desigualdades entre los que más tienen y menos tienen, este enunciado es una manera de valorar la morada en peligro.

En otra perspectiva complementaria podemos articular una función ética del acogimiento, que incluye al cuidado de las personas y de los problemas, posibilitando de micropolíticas. Guattari (1981) plantea una revolución molecular, una manera práctica de promover agenciamientos macropolíticos en la *polis*, no sólo cuestionar lo político a gran escala, los micros de cuidado son intervenciones políticas, es estar atento a todo lo que bloquea los procesos de transformación del campo subjetivo. En este sentido, resignificar el cuidado en términos de géneros debe trascender la opacidad que el concepto plantea si se lo aísla de otras variables de opresión como raza, edad, cultura, clase social, etc. (Scott, 1990). A su vez, el género como noción que liga la construcción social y discursiva con la representación sobre la diferencia entre los sexos, tomando a lo masculino como norma y a lo femenino en tanto “otro”, implica una constitución de la subjetividad como parte de una red de poder y conocimiento, una tecnología de sí mismo. Es una teoría sobre la diferencia sexual que se torna nómade, atraviesa las disciplinas y está abierta al intercambio dialógico con otros discursos. En tanto práctica política y discursiva se reapropia de las afectividades, de los lazos y afirma el deseo por el bienestar, la libertad, la justicia (Braidotti, 2004).

Con estas dos perspectivas de interrogación sobre lo macro y lo micropolítico, las urgencias sobre la inclusión social, la real garantía de derechos de ciudadanía a nivel económico, social, político, cultural y de protección del ambiente y de los recursos culturales y naturales, se convierten en una resignificación del *ethos* de cuidado, desprivatizándolo y politizándolo en un campo democratizador y dignificador de las relaciones sociales y subjetivas. La cooperación, la sostenibilidad de políticas públicas de protección, la solidaridad y las autonomías son ejes de construcción contrahegemónica frente a las formas de acumulación que incrementa las marginaciones, invisibiliza las opresiones y sostiene las impunidades y las corrupciones.

Es posible construir una ética y una cultura del cuidado en la perspectiva de la democratización de las relaciones sociales y de género, pero también en el control de las acciones públicas, descentralizando y socializando los poderes de gestión y monitoreando participativamente las políticas y los programas.

No es posible un *ethos* de cuidado sin la aceptación de la diversidad y el pluralismo y, en ese camino, la laicidad del Estado es una garantía. Tam-

co es posible sin el fortalecimiento de los movimientos sociales y la agenda de acción en los escenarios nacionales y en particular latinoamericanos. Proyectos y programas como los de Venezuela y Bolivia, que se aúnan a los desarrollados en Cuba, Brasil y Uruguay, son un capital material y simbólico que alienta a debatir, a construir redes y a pensar otras relaciones posibles y necesarias.

3. Bibliografía

- Braidotti, R.: *Feminismo, diferencia sexual y subjetividad nómade*, Buenos Aires, Gedisa, 2004.
- Butler, J.: *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*, Buenos Aires, Paidós, 2002.
- Horowitz, D. "Rethinking Betty Friedan and The Feminine Mystique: Labor Union Radicalism and Feminism in Cold War America." *American Quarterly*, Volume 48, Number 1, March 1996, pp. 1-42.
- Lagarde, M.: *Claves feministas para el poderío y autonomía de las mujeres*, Málaga, Instituto Andaluz de la Mujer, 2000.
- Lagarde, M.: *Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción*, Emakunde, México, 2003.
- Guattari, F.: *Psicoanálisis y transversalidad*, México, Siglo XXI, 1981.
- Scott, Joan: "El género, una categoría útil para el análisis histórico", en Amelans y Nash, *Historia y género*, Valencia, Alfons el Magnanim, 1990.

CAPÍTULO 9

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE*

GRACIELA ZALDÚA Y MARÍA PÍA PAWLOWICZ

1. Introducción. El campo simbólico de la maternidad y las parentalidades

Las visibilidades de las nuevas uniones no heterosexuales, las posibilidades de nuevas maternidades a través de las tecnologías médicas y el control de la fecundidad, desafían la centralidad de la maternidad en la mujer madre y en el escenario de la familia tradicional. Se introduce el concepto de *parentalidad*, de origen inglés (*parenthood*), generalizado a partir de 1970 para definir al padre/madre según su calidad o su facultad de acceder a una función definida como parental. Se derivan múltiples términos que describen las conformaciones familiares de tipo monoparentales, coparentales, multiparentales, etc., más allá de la estructura de parentesco tradicional. Esta incorporación al campo simbólico posibilita una intervención técnica de verificación de esa función, sobre todo para poder legitimarse como buenos padres.

Así se relaciona con representaciones funcionales de la familia como una empresa de planificación jurídica comportamental apta para ser peritada (Roudinesco, 2003).

* Este capítulo se basa en la ponencia presentada en las “Primeras Jornadas de Representaciones Sociales - Investigación y prácticas”. Organizadas por el C.B.C de la UBA. Realizadas en Bs. As, los días 17 y 18 de octubre de 2003.

Aquello que fue impugnado en la gesta antiautoritaria y antifamiliarista de los 70 por el Anti Edipo de Deleuze y Guattari o la Muerte de la familia de Cooper retorna, dice la autora, en un regreso a la norma, centrada en la reconstrucción del sí mismo, pase de un Edipo a un Narciso en el movimiento transgresor y normalizador de las prácticas de procreación medicalizada.

Pero ¿cuál es el sentido de la maternidad hoy en la globalización, en los centros y en las periferias?

La fecundidad es la materialización de la procreación mediante la concepción real de un hijo, y la fertilidad es una potencialidad que se concreta en la fecundación, como proceso biológico de la fusión de los gametos. *Huevo*, *embrión* o *feto*, pueden ser producidos por procreación asistida. Las dos estrategias: la *contracepción* y la *fecundación* fuera del cuerpo de la madre o sin el padre genitor *ponen en cuestión la tradición judeocristiana* constitutiva de la familia y centralmente el orden familiar basado en la diferencia sexual.

Las nuevas conyugalidades afectivas, frente al declive del matrimonio, puede ser el lugar de un nuevo orden simbólico. “La familia venidera debe reinventarse una vez más” (Roudinesco, 2003).

2. Las representaciones sociales de la(s) maternidad(es)

La maternidad integrante del campo de la cultura es hoy objeto de las ciencias humanas y de la salud. Temas y territorios como la fecundidad, la familia y las relaciones de género se instalan en las representaciones, discursos y prácticas disciplinares que, como en el conjunto social, están atravesadas por relaciones de poder. Este *universal opera estructuralmente* en relación a la reproducción social y a su vez diferencialmente en las diferentes sociedades y grupos. El diferencial se relaciona con la posibilidad de autonomía para controlar los procesos de concepción. “El control de la fecundidad femenina es el lugar por excelencia de la dominación de un sexo por otro” (Héritier, 1996).

Las culturas griega, romana y judeocristiana construyeron representaciones mentales y sociales en torno a la maternidad, aunque algunos pongan en cuestión la existencia como palabra (aparece derivado del latín *maternus*, a su vez *maternitas* (siglo XXII) surge en simetría a *paternitas*, como dimensión

espiritual, de culto a la virgen). El acto aparece en dos dominios de sentido: 1) los mitos a través de imágenes o relatos que metaforizaban la fuerza vital, las emociones y sus ambivalencias; y 2) en las ciencias ligado a lo biológico de la reproducción.

Deméter, diosa de la tierra cultivada, representa la nutriente marca los orígenes civilizatorios. Fue un culto cuyo núcleo sobrevivió hasta el siglo V d.C. en las religiones populares. En el escenario griego los relatos aluden más a lo amenazante y contradictorio de la función materna –como Tetis, madre abusiva de Aquiles; Yocasta, madre incestuosa; el odio de Electra a su madre Clitemnestra–. La tragedia de Medea que mata a sus hijos rompe con el lugar del sacrificio y desafía la paternidad, el dueño de los hijos, eje de la sociedad patriarcal.

Para Hipócrates la mujer se caracterizaba por el útero, recipiente invertido que se abría y cerraba. Sus flujos la convertían en húmeda, esponjosa, blanda, fría, mientras el hombre era seco, caliente, duro. Representación social de la inferioridad femenina. Para Platón, el útero, representación de mujer, estaba situado en el vientre, lejos del *alma racional* y del pensamiento que se alojaba en la cabeza. Este orden jerárquico del mundo asignaba identidades. En el pecho, se asentaba el alma irascible, en el vientre el deseo concupiscente y en la cabeza, la parte racional, pensamiento noble. Representación que atribuye identidades superiores e inferiores.

Aunque en la República admitía una ciudad que hombres y mujeres compartían las mismas actividades; aunque los hombres filósofos gobernarían. Aristóteles definió la diferencia y la complementariedad, pero la mujer considerada pasiva y el hombre daba la forma y el principio de la vida.

Galeno II a.C. describió a la mujer como un hombre al revés, con los órganos en el interior, pero esto igual no revirtió la representación de inferioridad, aun a pesar de tener genitales internos.

Los romanos instituyeron prácticas higiénicas alrededor del parto y normas jurídicas instaladas por el poder del *pater familias*, sobre el *gens*, su linaje. La *mater* era esposa y era casada muy joven. Las matronas se representaban por su fecundidad para poblar para la guerra. Cornelia, hija del gran Escipión, tuvo 12 hijos.

En la cultura judeocristiana, Lilith, primera mujer de Adán, es ocultada y representada como la devoradora; Eva y la maldición divina de Jehová: “Parirás con dolor” sientan las bases de la unión de sexualidad y fecundidad. En relación al cristianismo, la virgen María, inmaculada, instala la maternidad por la encarnación. Y concomitantemente el culto a partir de la Edad Media tiende a la castidad.

Aunque reconoce los cuidados de las madres y nodrizas, Ariés (1988) señala que la idea de niño es tardía y recuerda fenómenos como la entrega de niños en las familias numerosas, el aborto y el infanticidio. Para regular los nacimientos, la Iglesia admitía la lactancia prolongada, el casamiento tardío y la castidad. Las madres pobres tenían como función la de alimentar, cuidar y, además, ser madres de leche.

En el siglo XVIII se cuestiona esa práctica por parte de los médicos y al mismo tiempo que van desplazando de sus funciones a las parteras. Moral e higiene se imponen en los diferentes momentos del embarazo, parto, lactancia, matrimonios. Rousseau reivindica el amor maternal y la importancia para la educación. Este amor es representado como sacrificial. La Revolución Francesa instituye el matrimonio civil y el divorcio. En este proceso revolucionario las mujeres desplegaron actividades políticas en las ciudades y hasta en los pueblos hubo clubes de ciudadanas. Pero este renacer se clausuró al prohibirse las sociedades femeninas y la participación en las asambleas en 1794.

La industrialización capitalista dominante en el siglo XIX favorece la idea de madre en el hogar, este movimiento instituye *lo privado y la maternidad*. Las diferencias sociales marcan los accesos, unas se iniciaron en los estudios hasta universitarios y las madres obreras extenuadas casi no podían cumplir con las funciones de protección de sus hijos. El feminismo se constituye como movimiento con propuestas. A partir de la mitad del siglo XX se aboga por la disociación de la maternidad como única representación de la mujer. Figuras como Simone de Beauvoir señalan el sintagma de “perpetuación de la especie, la madre no hace al hijo, se hace en él, prisionera de la inmanencia, en tanto que el hombre accede a la trascendencia. Por eso el hombre tiene autoridad y poder sobre la mujer”.

La pérdida de la autonomía, del capital cultural y de la iniciativa son señalados como los perjuicios sufridos por la mujer en el hogar, en los sesenta, desde el feminismo de la igualdad. Butler (2001), desde el feminismo de la diferencia, asocia la teoría de la performatividad con la hegemonía en relación a la construcción del mundo social y el poder. A luz de la categoría de *Hegemonía*, es posible analizar las maneras como opera el poder para formar nuestra comprensión cotidiana de las relaciones sociales y como reproducimos estas relaciones.

Discursos reiterados por los actos de habla, la performatividad política recita y reescenifica un conjunto de normas culturales que permanentemente

renuevan su legitimidad. Žižek (2003) afirma que la perspectiva realista es fundar una nueva universalidad política optando por lo imposible, asumiendo el lugar de la excepción Tal vez, “Somos Romina Tejerina”, nos ayude a resignificar el terror de su violación, del ejercicio del poder machista, de las maternidades sacrificiales que se tornan mortíferas, porque fueron engendradas por el acto de reificación más abyecto, la violación al cuerpo adolescente, a sus deseos, a sus sueños. No es reconocida, ni pensada, ni deseada, sólo poseída por el goce del Otro. La justicia sexista rubrica la hegemonía con su detención, al juzgarla culpable por la muerte del neonato y no a su violador.

La contracepción y la despenalización del aborto en los países desarrollados facilitó las transiciones a otras identidades femeninas. Pero la maternidad adolescente y la multiparidad en los sectores populares nos interrogan sobre el lugar de la maternidad y sus representaciones. No todas las maternidades adolescentes son de pernada, impuestas por la violencia física. Hay operatorias que se imponen ligadas a las significaciones imaginarias como encarnadura de las instituciones, que le dan sentido a la vida, a la muerte, a las elecciones, a la manera de vivir.

3. Narrativas de la diversidad y la desigualdad

Las representaciones sociales del embarazo y la maternidad adolescente presentan modalidades específicas sobre el acontecimiento y la relación con el posicionamiento social y de género. Las construcciones atributivas de diferentes dominios culturales y prácticas sociales se manifiestan en abundante producción teórica y diversidad de perspectivas de acción. Discursos jurídicos, sanitarios, médicos, psicológicos, pedagógicos intentan describir o interpretar la realidad. Sin embargo, sigue resultando una deuda social la tasa de fecundidad adolescente en el país, asociada a la pobreza y a la violencia.

En pocos textos aparece el punto de vista de las propias adolescentes. Nos preguntamos: ¿en qué medida el fenómeno de la maternidad adolescente es un “problema social” desde la perspectiva y experiencias de las adolescentes?

3.1. “A favor y en contra”

Se presenta una descripción y un análisis de los “argumentos a favor y en contra”, parafraseando a Serge Moscovici, presentes en las representaciones sociales de la maternidad adolescente, organizados de acuerdo a las creencias y valoraciones acerca de las connotaciones positivas y negativas de este fenómeno. Las adolescentes exponen sus creencias y experiencias en estos términos: ¿Qué te da y qué te quita ser mamá jovencita? Ponen en la balanza los costos y beneficios de la maternidad adolescente. Una lógica de “pérdidas y ganancias” que en muchos casos es contradictoria.

Una primera distinción que surge del análisis es que el parto y nacimiento del niño marca un hito que diferencia dos campos representacionales. Durante el embarazo las representaciones se centran a nivel discursivo en dos imágenes: la de “atorranta” y la de “pobrecita”, culpabilizando o victimizando a la embarazada. La mirada de los otros señala, condenando, el embarazo en la adolescente que el vientre crecido de la embarazada señala. Tal es así que en algunos casos el ocultamiento del embarazo (y del ejercicio de la sexualidad) es “literal” ya que hasta el sexto o séptimo mes relatan que nadie percibía su embarazo, y que recién cuando su panza creció comunicaron el embarazo a su familia.

En cambio, luego, con el parto, la idealizada maternidad pasa al primer plano, y las demás significaciones y los conflictos pasan a un segundo plano. Por el mito Mujer = Madre se exalta el atributo “Madre” invisibilizando la sexualidad y el erotismo de las mujeres madres (Fernández, 1993). Pasar a ser madres implica para las entrevistadas pasar a ser tratada como adulta y en muchos relatos expresan este cambio en sus vínculos cotidianos.

Las prácticas no son autónomas de las representaciones sociales, sino que se integran a éstas y las constituyen. Es así como las prácticas descriptas en la vida cotidiana de las adolescentes durante el embarazo son centralmente ir a bailar, salir con los amigos, disfrutar, con una fuerte circulación por el espacio público. Luego del parto se centran más en las tareas domésticas y de crianza de su hijo consolidándose progresivamente la identidad de ama de casa-esposa-madre.

3.2. Crecer... ¿de golpe?

Dos argumentaciones con sentido contradictorios son que: “la maternidad provoca (¿o precipita?) un crecimiento en la adolescente” y al mismo tiempo que “te hace crecer de golpe”.

Cuando refieren que *la maternidad “hace crecer”* lo asocian a que no sólo porque las adolescentes gestan un bebé sino porque también ellas “gestan” otros cambios en sí mismas a partir de la maternidad.

Sólo para algunas de las adolescentes la maternidad resulta ritual de pasaje a la adultez, que implica un cambio de posicionamiento subjetivo. En estos casos, en algún momento del proceso de maternidad las adolescentes deciden tener el hijo y significan este acto como un desafío que emprenden y que se constituye en un acto de subjetivación.

Sin embargo, al mismo tiempo son recurrentes en sus discursos frases como: “si tenés un hijo forzosamente tenés que madurar acelerado, muy DE GOLPE” y “tener un hijo joven TE PRIVA DE... ir a bailar, disfrutar, conseguir novio, estudiar”. Se podrían condensar estos significados en

“priva de... circular por lo público” y en cierto sentido también priva de la adolescencia. Este conflicto entre las instituciones Adolescencia y Maternidad es uno de los ejes de reflexión que habilita esta contradicción, en tanto superposición de temporalidades que en nuestra cultura se consideran idealmente como sucesivas. Al respecto, Jelín y Feijoó (1984) describen las transiciones hacia la vida adulta según un patrón cultural ideal que establece la siguiente secuencia: noviazgo, casamiento, nuevo hogar, tener hijos. El estudio y el trabajo se subordinan al cumplimiento de esta serie de proyectos.

En este tema se trabajó con dispositivos tales como “free list” y tarjetas con frases con las que se indagó las campos representacionales y resultó llamativo que asociaran “ser joven” inmediatamente con “ir a bailar” como actividad prototípica.

3.3. “Se crían juntos”... la madre y el hijo

Otro argumento que está presente en algunas de las entrevistadas es que les resulta una *ventaja la poca diferencia de edad con los hijos*. La cercanía en edad se significa de diferentes maneras: -como *aprendizaje a partir de la experiencia* fáctica y concreta de criar al hijo, -como “*superposición*” de infancias en la que

la infancia que comienza en el hijo y la que va terminando en la madre se encontraran y transcurrieran paralelamente, y *-como crecimiento de la madre en el aprendizaje de la maternidad*. También “crecer junto con los hijos” implica, en algunos casos, que se posicionen *como “hermanas de los hijos”*. Entonces surgen los siguientes interrogantes:

¿Cómo se combinan y entrecruzan los jugares de la adolescente (como los procesos propios de la adolescencia) con los jugares de sus hijos? ¿En qué medida reeditar sus jugares de la infancia se relaciona con los jugares de sus hijos? Estas cuestiones focalizan un área de investigación relevante y poco indagada que es el vínculo de las madres adolescentes con sus hijos.

3.4. La construcción de lo normal: “es algo normal”

Ésta es una de las creencias que aparece reiteradamente. Pero normal ¿en qué sentido? ¿Normal como habitual? ¿Normal como conforme a las normas morales instituidas? ¿Normal como natural? El sentido que predomina es que es normal en tanto se trata de un fenómeno *común y corriente*. Las entrevistadas apelan a referir a los antecedentes de maternidad adolescente en su familia y vecinas. En esta línea argumental el sentido se desplaza hacia pensar lo normal como lo *natural*, lo dictado por la Naturaleza. Muchas de las entrevistadas naturalizan los episodios reproductivos, y esto se asocia con la desafectivización y no apropiación de su cuerpo, y con las decisiones acerca de la propia salud reproductiva.

Esta normalidad está situada en el tiempo y espacio que habitan las entrevistadas. Ellas llaman la atención acerca de las diferencias tanto históricas (“antes era distinto”), como geográfico-simbólica (“en mi ambiente”, “en este barrio”, “entre la gente que me muevo yo”). Subyace a estas representaciones la percepción de la determinación que los contextos espacio-temporales y simbólicos ejercen sobre las representaciones sociales.

Pero que sea un fenómeno habitual no necesariamente significa que sea lo esperado. Pareciera no ser la *norma moral* socialmente instituida, y esto es expresado así por las entrevistadas. Expresan que se sanciona por considerarse una *desviación* de la norma (Conrad y Schnaider, 1985) y se corresponde con situaciones de estigmatización. También se podría pensar este argumento como una defensa, como un obstáculo para pensar los aspectos negativos de la maternidad por su valorización social. Y en algunos casos este argumento

de que “es normal”, opera como un atenuante que atemperaría el juicio de valor negativo.

Cuando se estigmatiza a estas adolescentes, el ser “madre soltera” es la categoría en la que el ser “soltera” opera como estigma. Como lo teoriza Goffman (1963) las categorías están conformadas por el conjunto de “atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de estas categorías” y que conforman la identidad social de los sujetos. Uno de esos atributos se puede constituir en estigma cuando éste desacredita al sujeto e invisibiliza sus otras características. La categoría madre soltera les da identidad social, en un proceso doble de valoración e idealización por ser madres y discriminación por ser “solteras”.

Circula esta identidad y, sin embargo, no otra como la de ser “adolescentes”. Llama la atención que las entrevistadas no se denominan “adolescentes” ni a sí mismas ni a sus pares.

3.5. “Tener algo propio”

Tal como en la bibliografía sobre el tema (Castellarini, 1987; Atkin, 1989), es recurrente, en el material discursivo de las adolescentes, la figura del hijo como “algo propio”, en algunos casos comparando la experiencia de maternidad con la de ejercicio de la función materna al criar a hermanitos y sobrinos. Esta significación de “algo propio” es necesario situarla en los procesos y trabajos propios de la adolescencia, que posibilitan la constitución de un sujeto diferenciado del espacio familiar. Procesos tales como: la relibidinización corporal, la búsqueda de identidad, el pasaje de lo familiar a lo extrafamiliar, el segundo proceso de individuación. Distintos/as teóricos/as de la adolescencia (Aberastury, Doltó, 1988) han descripto los procesos de duelo y de constitución subjetiva propios de ese tiempo. Si el embarazo implica la búsqueda de algo propio, se podría pensar que la madre adolescente deposita en su hijo un deseo de diferenciarse, de individualizarse. Algún tipo de indiferenciación en el campo familiar podría relacionarse con esa búsqueda de algo propio, que se inscribiría como la construcción de un espacio transicional (Winnicott, 1971) alternativo al familiar. Se puede pensar como una “necesidad” de diferenciación (Rodulfo, 1992), de corte, de construcción de identidad.

3.6. “*Les falta experiencia*”

Otro argumento es la idea de que las madres adolescentes no están capacitadas para ser madres por su edad. Se despliegan diferentes sentidos alrededor del significado de esta “falta de experiencia”: -como *inmadurez psicológica*, -como *a destiempo*, -como *falta de experiencia* como madres (aunque paradójicamente muchas han desempeñado funciones de maternaje con sobrinos y hermanos) y -como *falta de capacitación* (de información). Resulta llamativo que no aparece la *inmadurez biológica* mencionada en la literatura sobre el tema, aunque las posiciones de los autores son diversas. (Pantelides, 1995; OPS/OMS, 1988).

Otras argumentaciones que en algunos casos se desarrollan son: la valoración del embarazo adolescente como la confirmación de la capacidad de concebir, y, por otro lado, como dice una de las entrevistadas: de “tener algo de la pareja”, ubicando simbólicamente al hijo con la función de ligar, enlazar la pareja. Con la fantasía romántica de una pareja eterna de la que quieren dejar huellas, testimonio en la persona del hijo.

4. Conclusiones

En un mundo complejo, desigual y diverso las representaciones sociales nos permiten aprehender las formas y contenidos de la construcción social de las maternidades, de las parentalidades y, en particular, de este acontecimiento en la adolescencia de los sectores populares. Desde una perspectiva de reflexividad, como modalidad crítica epistemológica y metodológica, nos aproximamos a la realidad del mundo cotidiano de las adolescentes madres y no madres en un barrio del conurbano bonaerense. El acontecimiento está inscripto en un contexto social, cultural e histórico, siendo las dimensiones de atravesamiento de clase social, género y ciclo vital centrales en el análisis del espacio simbolizado de las subjetividades. Las representaciones sociales de la maternidad adolescente se integran con las prácticas cotidianas de los sujetos y los colectivos sociales, como se puede observar en la descripción hecha de las diferencias antes y luego del nacimiento del niño. La afectividad y los jugares permiten acercarnos a las biografías personales y grupales y comparar las marcas historizantes, los duelos, los anhelos.

En la búsqueda conjunta de instrumentos metodológicos y dispositivos que permitan reconstruir las representaciones sociales, nos parece importante sugerir el rescate de múltiples técnicas que se han utilizado en el campo de la educación popular para trabajar con grupos. En estas investigaciones ha sido muy eficaz el uso de asociación de palabra y de frases porque han resultado técnicas confiables, válidas y sensibles metodológicamente.

Las dimensiones del poder y la construcción de género nos permiten confrontar un objeto en diversos espacios de las periferias y los centros hegemónicos, así como también en relación a construcciones teóricas. En consecuencia, no sólo la interacción social estigmatizante (Goffman, 1963) o la performatividad del discurso (Butler, 2001) dan cuenta de la complejidad de determinaciones, se requiere comprender las representaciones y prácticas sociales que remiten al haber nacido, para el caso, en un lugar del mundo patriarcal y capitalista periférico, con una cultura de mujer, una lengua, es un *mundo histórico social*. Castoriadis (1999) señala los dispositivos y las sanciones del poder de las sociedades heterónomas, que clausuran el sentido de su constitución. Así se inician las niñas, las niñas pobres tienen hijos sin postergación, las madres se callan, la sexualidad-reproducción se impone. Es desafiante interrogarnos desde su planteo de exigir rendir cuentas y dar razones de actos y decires, el rechazo de las diferencias y las jerarquías y la apertura de la buena justicia, es decir, un proyecto de autonomía.

Las tensiones entre autonomía y hegemonía o del poder performativo de los enunciados requieren de la obra de otras prácticas sociales e institucionales para legitimarlas. Afirma D. Jodelet (1998) que la Teoría de las Representaciones Sociales toma en cuenta la incidencia que las relaciones sociales concretas en una colectividad dada pueden tener sobre la construcción del conocimiento, relacionando el contenido y funcionamiento de este conocimiento no sólo a interacciones sociales, sino también a relaciones entre grupos distintos (clase social, color, etnia, etc.) y a relaciones de poder (político, religioso, de género) que repiten las dimensiones culturales e incluyen a la historia.

5. Bibliografía

Ariés, P.: *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, París, Plon y Seuil, 1960. Reeditado en Madrid, Taurus, 1988.

- Atkin, L. C.: "El embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe: causas y consecuencias psico-sociales" (Instituto Nacional de Perinatología, México) en: *Memoria de la Conferencia Internacional sobre Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe*, Oaxaca, 1989.
- Butler, J.: *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*, publicaciones del Programa Universitario de Estudios de género-Universidad Autónoma de México, México, Paidós, 2001.
- Castellarini, C.: *Madres solas en el período de puerperio. Una propuesta de prevención y promoción de la salud*, Buenos Aires, Ctro. Estudios Cristianos, 1987.
- Castoriadis, C.: *El avance de la Insignificancia*, Buenos Aires, Eudeba, 1999.
- Conrad, P. y Schnaider, J.: *Deviance and medicalization. From badness to sickness*, Cap. I y II, Columbus-Ohio, Merrill Publishing Company, 1985.
- Dolto, F.: *La causa de los adolescentes. El verdadero lenguaje para dialogar con los jóvenes*, Barcelona, Seix Barral, 1988.
- Fernández, A. M.: *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*, Buenos Aires, Paidós, 1996.
- Goffman, E.: *Estigma, la identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu, 1963.
- Héritier, F.: *Masculino, Femenino. El pensamiento de la diferencia*, Barcelona, Ariel, 1996.
- Jelín, E. y Feijoó, M. C.: *Trabajo y familia en el ciclo de vida femenino: el caso de los sectores populares de Bs. As.*, Buenos Aires, Estudios CEDES, Ed. Humanitas, 1984.
- Jodelet, D.: *Representaciones sociales. Contribución a un saber sociocultural sin fronteras*. Laboratorio de Psicología Social. Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales. Paris. Traducción Máximo Modonssi. 1998.
- OPS-OMS, Monroy y otros: "Fecundidad en la adolescencia. Causas, riesgos y opciones", *Cuaderno técnico N° 12*, Washington, 1988.
- Pantelides, E.: *La maternidad precoz. La fecundidad adolescente en la Argentina*, UNICEF, 1995.
- Rodulfo, R. (comp.): *El niño y el significativo. Un estudio sobre el jugar en la constitución temprana*, Buenos Aires, Paidós, 1992.

- Roudinesco, E.: *La familia en desorden*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2003.
- Stern, C. y García, E.: “Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente”, en El Colegio de México, Avances en Salud Reproductiva y Sexualidad. 1996. Ponencia presentada en el Seminario Internacional sobre Avances en Salud Reproductiva y Sexualidad. El colegio de México, noviembre de 1996.
- Winnicott, D.: *Realidad y juego*, Cap. 11, Colección Psicoteca Mayor, Barcelona, Gedisa, 1971.
- Žižek, S.; Laclau, E. y Butler, J.: *Contingencia, hegemonía, universalidad. Diálogos contemporáneos de izquierda*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2003.

CAPÍTULO 10

PREVENCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA. EPIDEMIOLOGÍA Y PODER

KATTYA PÉREZ CHÁVEZ

1. Introducción

La crítica al enfoque clásico de la epidemiología y al paradigma de la Historia Natural de la Enfermedad en prevención tiene ecos sobre la formación del campo de Salud Colectiva y de salud comunitaria que se distancia del concepto tradicional de riesgo con miras a su reconstrucción o resignificación. La perspectiva histórico-social favorece la comprensión de los cambios, modos de reproducción social y los conflictos en el proceso articulado de salud, enfermedad y atención, y por tanto de las posibilidades y límites de la práctica que hoy se desarrolla en complejos, inciertos y turbulentos escenarios. Éstos combinan, en distinto grado, niveles locales y globales, planos generales, particulares y singulares de reproducción del metabolismo del capital donde las estrategias geo-bio-socio-políticas que incluyen el reparto cada vez más desigual de la riqueza y el desarrollo de industrias de la destrucción llevan al redimensionamiento de los riesgos reales y de las necesidades humanas.

Por otra parte, así como la “globalización neoliberal” dio impulso al desmantelamiento de los sistemas de salud, desde la función pública y social del Estado capitalista, los movimientos de resistencia o de antiglobalización conmovieron las obsolencias del modelo y facilitaron condiciones en distintos países para que se extiendan los criterios de derechos humanos, de ciudadanía, de género y de sujeto a las prácticas particulares y a los nuevos

lineamientos programáticos, sin por eso traducirse en una reformulación de las estructuras instauradas según el modelo hegemónico de salud, de sujeto y de sociedad.

El objetivo de este trabajo es realizar, en el marco de la salud sexual y reproductiva y el problema de la “mortalidad materna”, un análisis crítico de las categorías epidemiológicas en relación con el modelo de salud y la praxis colectiva.

2. Marco teórico

La salud sexual y reproductiva adquiere una relevancia cada vez mayor en el campo de la prevención. Los daños ocasionados por el control, la tutela, la sujeción y la culpabilización de las mujeres están agravados en cada nuevo tiempo por el aumento de las desigualdades que afectan en una escala planetaria las posibilidades de vida humana. El feminismo ha puesto en evidencia las múltiples maneras en que el poder actúa sobre la vida sexual y reproductiva de las personas, de las mujeres y jóvenes principalmente. Vinculado a lo largo de la historia con procesos de liberación y adquisición de derechos de las mujeres y de otros sectores oprimidos, es tanto una variedad de teorías políticas como una perspectiva de investigación reflexiva-cualitativa que ha posibilitado hacer visibles a sectores y cuestiones antes negadas al saber en salud, como son el poder y la dominación de género (Magda Rodríguez, 1994).

Los movimientos de emancipación lograron una serie de derechos y un posicionamiento diferente del género y de las mujeres en los asuntos de la vida pública como el trabajo, la ciudadanía y la política. El derecho a la salud se alimenta de estos avances logrados, pero aun falta el replanteo de sus estructuras institucionales, modelos y teorías, para llevar adelante una prevención profunda.

La Organización Mundial de la Salud define la salud reproductiva como “el logro de cuatro objetivos específicos: 1) que todas las parejas tengan la posibilidad de reproducirse, de regular su fecundidad; 2) que toda mujer pueda gozar de un embarazo y de un parto con total seguridad de salud; 3) que el resultado del embarazo tenga éxito tanto en términos de sobrevivencia como del bienestar de la madre y el niño; 4) que todas las parejas puedan

gozar de relaciones sexuales sin miedo de un embarazo no deseado o de contraer una enfermedad” (citado por Susana Pérez, 1997). Luego, cuando aborda el problema de la mortalidad materna se remitirá directamente a la tópica materno-infantil destacando, entre los riesgos, los suscitados durante la atención prenatal, los problemas de la salud mental, la violencia hacia las mujeres, las desigualdades de género y la maternidad temprana. Si bien en la primera definición se abarca la regulación de la fecundidad y la atención segura, y se amplía la comprensión tradicional, o, mejor dicho, la tradicional incompreensión, no se incorporan las condiciones histórico-sociales y subjetivas que enmarcan los debates contemporáneos, los conflictos y las decisiones.

Un modo diferente de considerar el tema es el que ha planteado, entre otros, Anthony Giddens (1997), para quien la reproducción biológica debe ubicarse junto a los nuevos procesos de diferenciación e identidad de género, de apropiación refleja y del desarrollo corporal, como uno de los tres ejes de la modernidad –los otros son, por un lado, los problemas de existencia, supervivencia e intersubjetividad, y por otro, los que hacen a la mundialización de los riesgos– que soportan con más intensidad los costos y posibilidades de un nuevo orden postradicional que altera planetaria y cotidianamente la experiencia.

Una consecuencia inmediata de este planteo para la Psicología Preventiva es la de situar condiciones nuevas de reflexividad del yo, un nuevo espacio-tiempo en el que las decisiones requieren ser tomadas y reflexionadas cada vez, como “políticas de vida”. Esto es así porque con el avance de la industria y la tecnología se desarrollan medios que amplían las posibilidades para las decisiones en temas de reproducción e identidad. Pero estas posibilidades y derechos no se distribuyen más que desigualmente; por ejemplo, sigue habiendo obstáculos para aceptar el derecho al aborto a pesar ser una causa principal de “mortalidad materna”. Por lo tanto, la “política de la vida”, interesada por la realización humana del yo, tanto en lo individual como en lo colectivo, resignifica y surge de las tareas emancipatorias.

Judith Buttler (2006), posicionada en un feminismo antimilitarista, advierte acerca de las estrategias de des-subjetivación, de deshumanización y silenciamiento de los discursos hegemónicos que en el contexto de guerras y violencia como política exterior de Estados Unidos comprometen la vida planetaria. Lo precario de la vida, el duelo en su dimensión pública y la relación con el otro en términos de distanciamiento, reconocimiento y responsabilidad frente al poder y a la muerte son algunos componentes claves

a tener en cuenta respecto de la producción de subjetividad y para reflexionar acerca de la estructuración de proyectos, de procreación entre ellos.

La mortalidad como reverso de la vida lo es también de la salud. Los perfiles de salud-enfermedad y mortalidad ponen en evidencia la disponibilidad y creación de recursos para el bienestar colectivo, de políticas para la vida o del imperio de la iniquidad más allá de la inequidad, y expresan las diferencias, desigualdades y discriminaciones en el reparto de los riesgos y recursos protectores. Estrechamente ligado a la situación de salud general, particular y singular de las mujeres, el problema de la mortalidad materna es expresión de los lugares de éstas en el reparto material y simbólico del bienestar, la pobreza y la alienación, y correlativamente a una inadecuación de las estructuras de atención que es no sólo material sino también simbólica.

3. Metodología de análisis

Las categorías descriptivas –y explicativas– de epidemiología son enunciados *positivos*, explícitos que se analizan con el método esbozado por Michel Foucault (1970) en *Arqueología del saber*, según el cual la relación entre las categorías o enunciados científicos, la historia y el poder se establece como formaciones o “régimenes discursivos”. Éstos tienen aberturas y descentramientos hacia campos prediscursivos, regularidades y discontinuidades en la formación de objetos a través de prácticas –que son históricas– y como juego estratégico de difracción, equivalencias, exclusiones o elecciones, que determinan las posiciones posibles de la subjetividad y el deseo.

Así, los enunciados científicos se organizan según reglas:

- a) *Sucesión u ordenaciones de series enunciativas*, de razonamientos, esquemas de generalización o especificación progresivos, *reglas y esquemas de dependencia* de los enunciados, que no son idénticos ni se superponen a las series manifiestas, *esquemas y combinaciones*, encadenamientos de las series que caracterizan la arquitectura de los textos.
- b) *Formas de coexistencia que comprende: un campo de presencia*, de lo que se considera verdad admitida, fundamentos y premisas. Comprende

tanto lo que se discute y critica como lo que se excluye y rechaza. Esas relaciones instauradas pueden ser explícitas o implícitas, y regirse por la verificación experimental, la validación lógica, la repetición, por tradición y autoridad, etc. Comprende también un *campo de concomitancia*, o sea, de relaciones con otras ciencias y referencias de éstas que, a su vez, actúan como modelo, analogía o confrontación. Y el *dominio de memoria*, acumulaciones con que se establecen relaciones de filiación, de génesis, de transformación, de continuidad y de discontinuidad.

c) *Procedimientos de intervención* relativos a las *técnicas de reescritura* de descripciones y clasificaciones, *métodos de transcripción*, *modos de traducción* entre lo cuantitativo y lo cualitativo, de *aproximación*, por ej., ante las descripciones y lo que se describe; de *delimitación*, *transferencia* y *sistematización*.

Pero, a diferencia de cómo lo concibe el autor, este análisis se hace en contemporaneidad y no a distancia de los hechos del pasado. La dimensión positiva de los enunciados científicos tiene una referencia epistemológica crítica, de exterioridad respecto de la formación hegemónica, y tomando parte por los afectados (Enrique Dussel, 2000),¹ se incluye en una perspectiva comunitaria transformadora de las situaciones de exclusión, subordinación y opresión (Zaldúa y col., 2004-2007).

La praxis colectiva es *el lugar de un orden positivo que encarna la negatividad*, y por lo tanto la fuente de conocimiento intersubjetivo que, articulado con el conocimiento científico, respalda el análisis de contenido.

1. Los paradigmas crítico y constructivista consideran que los valores, desde un ángulo transaccional y subjetivista, median los hallazgos en estudio. Enrique Dussel diferencia la implicación valorativa de quien investiga en dos niveles, un nivel moral interno al sistema y el nivel ético como crítica del nivel moral vigente. Desde el desocultamiento la opción ética plantea un campo de observación y descubrimiento. En sentido trans-sistémico se refiere al momento práctico de situarse en una parte –no todo– y de parte de los sujetos particularmente afectados. Plantea así el objetivo práctico de la ciencia, la cual no se propone sólo explicar los hechos con pretensión de verdad y validez, sino que la misma constituye dicha explicación como mediación de una honesta, personal y comunitaria (incluso en la comunidad científica) “pretensión de justicia”.

4. Desarrollo

4.1. Definiciones epidemiológicas

La morbilidad y mortalidad femenina, materna y no materna, es parte de y efecto de un Modo de Vida que reafirma la violencia en todos los planos, y comprende, en el nivel simbólico, las ideologías, teorías y representaciones articuladas a las prácticas, la afectividad y la construcción de conocimientos.

En los últimos años la mortalidad materna ha tomado preponderancia en la agenda de la Salud Pública, según distintas orientaciones que basculan entre priorizar la condición materna *per se*, centrar en el binomio madre-hija/o y visualizar el problema del aborto.

La OMS se pronuncia por el acceso a una atención sanitaria de calidad, garantizada por el Estado que asegure estrategias adecuadas y equidad en los servicios para la salud materno-infantil. Señala que el acceso universal y la atención ininterrumpida requieren de la interacción entre los programas y que es además una plataforma para la construcción de servicios sanitarios sostenibles o para fortalecer los existentes. Entre los elementos claves para la atención del embarazo propone asegurar una buena atención pre-natal, hallar formas adecuadas de evitar embarazos no deseados, hacer frente a sus consecuencias y mejorar el modo en que la sociedad atiende a sus embarazadas.²

Desde un enfoque diferente se pone el acento en desocultar que la principal causa de “mortalidad materna” es consecuencia de la clandestinidad –y por lo tanto condiciones de inseguridad séptica– en que las mujeres de sectores más pobres realizan los abortos. Según Marta Vasallo (2005), “En América Latina por razones culturalmente arraigadas, las relaciones sexuales desde la pubertad están naturalizadas en grandes sectores de la población y campea el doble discurso sobre todo en lo que hace a la moral sexual, de modo que existe una alta tasa de embarazos no deseados y abortos clandestinos, así como de embarazo y maternidad adolescente”. La condición materna en una mujer ha contribuido a alimentar una subordinación al modelo de dominación, más que lograr prácticas de protección y cobertura de salud y bienestar. Por ejemplo, las políticas recesivas y restrictivas de los derechos colectivos que,

2. En Boletín de temas de salud, suplemento del diario *Mundo Hospitalario*. Publicación de médicos municipales de la Ciudad de Buenos Aires, año 12, N° 107, abril 2005.

entre otros efectos, tiene el desamparo infantil, fueron el marco en el que se incorporó a la Reforma de la Constitución del año 1994 un día del niño por nacer. La enunciación cínica³ del supuesto nuevo derecho no hacía más que negar otros, entre ellos los derechos sociales de la infancia y los derechos reproductivos.

Los enfoques clásicos de la salud excluyen de las explicaciones al proceso de trabajo, que no obstante es fundamental en la distribución de la salud, enfermedad y la atención, y de las posibilidades identificatorias.

4.2. Mujeres en situación

La actividad económica de las mujeres aumenta con el avance del empleo en ramas de servicios, de la declinación productiva y de la terciarización. La mayor participación de las mujeres en la actividad económica se produjo en los sectores de menores ingresos decididamente a partir del 2002. Desde entonces la caída del empleo que se fue extendiendo a los sectores medios afectó severamente a los/as trabajadores/as de servicio doméstico y de la construcción ya empobrecidos. Por otra parte, el desempleo que siempre había sido más alto entre las mujeres dejó de serlo al tiempo que el porcentaje de hogares llamados pobres llegaba al 41,3% (Rosalía Cortés, 2003).

Según un informe elaborado por el Consejo Nacional de la Mujer, el aumento de la participación femenina en el mercado laboral se ha acompañado de un incremento en el nivel de escolaridad que no se traduce en la inserción en los puestos de trabajo. El mercado muy segmentado horizontal y verticalmente sitúa un conjunto reducido de ocupaciones que se definen como típicamente femeninas: maestras y profesoras, enfermeras, secretarías, empleadas de oficina y vendedoras de comercio, peluqueras y afines, con una sobrerrepresentación de las mujeres en actividades vinculadas al sector de servicios con baja calificación laboral, donde el servicio doméstico ocupa un lugar preponderante, ya que sobre el total de la ocupación femenina, ese sector representa el 18%. Por otra parte, se aprecia una concentración de las mujeres en puestos de menor jerarquía, peor remunerados y más inestables. La situación es más pronunciada en el sector privado. La diferencia salarial

3. Como tipo de ideología prevaleciente en la actualidad. En Slavov Žižek, "El Síntoma", en *El sublime objeto de la ideología*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2001, p. 61.

entre varones y mujeres es otro rasgo porque las mujeres están concentradas en los grupos de ingresos bajos y medios mientras que los varones se concentran principalmente en los grupos de ingresos medios y altos. El retiro de los ya poquísimos espacios para el cuidado de los hijos pequeños (denominados jardines y guarderías) es uno de los efectos gravísimos que se suma a otras pérdidas sociales que afectan duramente a mujeres madres trabajadoras y niños/as.

Una de las fuentes de perpetuación de la morbilidad temprana⁴ es, indiscutiblemente, la pobreza que se produce en una dinámica de aumento de desigualdad donde la diferencia entre el 10% más rico y el 10% más pobre de la población se sitúa en más de 30 veces, varias veces el promedio de las últimas décadas.

La tasa de fecundidad⁵ indica un número medio de hijos por mujer. En la Argentina la cantidad de hijos por mujer en valores promedio muestra una tendencia decreciente. Con una disminución respecto del año anterior, la tasa global de fecundidad del país de 2,30 en el año 2003 y 2,50 en 2002 oscila entre 2 y 3 hijos por cada madre con excepción de la Ciudad de Buenos Aires que se acerca a 1 (1,39), similar a Alemania (1,30), Canadá (1,5) del año 2002, pero se eleva a 3,11 en Formosa, 3,15 en Misiones, etc.

El aumento de mujeres a cargo del hogar es general y para todos los sectores; sin embargo, la relación con el número de hijos y las condiciones de vida hacen de este dato un indicador de desamparo en las mujeres que habitan entre los sectores más pobres.

En este contexto, el desempleo estructural implica una vulneración de las diversas mediaciones que, desde el proceso de trabajo, organizan la formación social, la subjetividad y los procesos de identificación. El declive de la función de proveer en los hombres que son padres tiene una importancia central en los límites que hoy tiene la formación parental, así como también parece haber una directa relación con las expresiones de violencia hacia las mujeres en las relaciones de pareja y de familia, bajo distintas formas y en especial

4. Se calcula en un 58,5% a octubre de 2002. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), *Diagnóstico para la reorientación de políticas y programas de salud*, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, mayo de 2004.

5. La tasa de fecundidad total es el promedio de hijos que tendría una mujer durante toda su vida si a cada edad diera a luz de conformidad con las tasas de fecundidad imperantes respecto de cada edad específica.

el abandono y/o abuso. El aumento y la permanencia de la desnutrición y de la mortalidad infantil hablan también de las dificultades para generar respuestas maternas y parentales apropiadas que se deben con frecuencia a la articulación de la política estructural con los modos de vivir, sobrevivir, morir o enfermar (Ana Bloj, Silvia Grande, Susana Pullen, 1999). Así, la maternidad joven y en soledad se perfila como un rasgo de vulnerabilidad y no de poder, como supone la denominación “Jefas de Hogar”. Y esto ocurre precisamente cuando en términos culturales los roles tienden a hacerse más flexibles e intercambiables.

Por otra parte, al mantenerse las coordenadas de una sociedad de la desigualdad y la competencia, las mujeres, como lo otro, el otro sexo, son percibidas como actuales o potenciales adversarias en la esfera pública. Con el impulso de la industria de la imagen, el cuerpo de la pornografía, desobjetivizado y fragmentado, se erige en modelo que exhibiéndose con total libertad—de mercado— promueve la objetualización, la cosificación, la mercantilización y, por lo tanto, una forma más de violencia hacia las mujeres.

La vulnerabilidad comprende así las dimensiones situacionales que tienen correlato en el sufrimiento psíquico, se manifiesta en fenómenos psicosomáticos, depresiones, suicidios y en una variedad de procesos de desafectivización, desobjetivación y desestructuración que perjudican los procesos de autocuidado, de cuidado hacia el otro y del pensamiento.

4.3. Los indicadores descriptivos

Consideramos ahora los problemas de definición y de registro en la estructura de los enunciados descriptivos.

Desde el punto de vista médico, la mortalidad materna se define como la muerte de una mujer durante el período de un embarazo y hasta 42 días después del parto, a raíz de causas relacionadas con el estado de gravidez o agravadas por la gestación (Aníbal Faúndez, José Barzelatto, 2005). Esta problemática que afecta directamente a las mujeres en edad fértil no se refiere a todas ellas, ni a la muerte de mujeres madres. Se refiere exclusivamente a la mortalidad que ocurre durante un período gestacional incluido el período posparto, si lo hubiera. Hablamos entonces de una gestación que pudo ser la primera para, por ej., una joven de 15 años o la cuarta, por ej., de una mujer de 35 en cuyo caso sí es preciso comprender el impacto de estas muertes en términos de desamparo infantil.

En efecto, sería entonces más adecuado el término mortalidad gestacional o materno-gestacional y no mortalidad materna. Denominación que se mantiene como clara evidencia de la subsunción del género a la condición de madre, presente en la elección del tipo de indicador.

La descripción epidemiológica o de situación de salud-enfermedad-atención se realiza por medio de indicadores: tasas, razones y proporciones que muestran la frecuencia relativa de un problema, al relacionar estadísticamente poblaciones. En el caso de las tasas tenemos un indicador que intenta dar idea del riesgo que tiene una parte con respecto a un total de la misma población, de ser afectada en un tiempo determinado, pero la *tasa de mortalidad materna*, que informa la frecuencia relativa de muertes de mujeres en relación, no con, por ejemplo, las mujeres gestantes, sino con los nacimientos de niños vivos, es en rigor una razón, porque relaciona dos –partes de– poblaciones diferentes.

Según las cifras del año 2002, la tasa en América Latina indica que hubo 100 gestantes que murieron por cada 10.000 niños que nacieron vivos (nv). Si bien el año 1995 esta cifra era el doble, el descenso es leve y hasta estacionario, pese al número e importancia de compromisos públicos realizados en distintos niveles de decisión y gestión de las políticas sanitarias. Los últimos datos registrados de la mortalidad materna en el país son del año 2003, un retraso en el registro de los problemas, tanto más serio por tratarse de un área que se considera prioritaria, y en un contexto de turbulencias, avances y retrocesos, en el que la desigualdad y la inequidad se profundizan. En este período, si bien se encuentra una reducción general, de 7 a 4,6 por 10.000 nv, esta disminución no va más allá de los valores alcanzados en el año 1995 de 4,4 por 10.000 nv.

El año 2003 la tasa (TMM) de la Ciudad de Buenos Aires fue de 1,2/oo, en la década del 80 va entre 4/oo y 1,5/oo, asciende en los años 90, 92 y 93 hacia el 4 por 10 mil, y es más alta que la tasa registrada en los años 1998, 1999 y 2001 cuando no alcanzaba al 1/oo.

La provincia de Buenos Aires, con una TMM 2,5 por 10 mil duplica en el año 2003 el valor registrado en Ciudad de Buenos Aires. Y mientras que en la década del 80 osciló entre 6,1/oo y 3/oo, en la década siguiente disminuyó, y sólo llega a 1,4/oo en el año 2000.

Varias provincias presentan índices mucho más elevados de mortalidad. La TMM de La Rioja en el año 2003 era de 16,9/oo nv, cifra comparable a la de los años 1983 (14,5/oo) y 1991 (10,8/oo), y distante respecto de los primeros años de esta década que llegó a niveles de 3,7/oo en 2001.

En todos los casos es llamativa la amplitud entre los valores más altos y más bajos con diferencias abruptas de un año a otro, por lo cual más que dar cuenta de las tendencias expresa los dominios del poder en el régimen y calidad de los registros, es decir, en los *métodos de transcripción*, entre lo cuantitativo y lo cualitativo.

4.4. El aborto: rechazo y desatención

La Argentina, según el Informe de Desarrollo Humano de 2001,⁶ está ubicada en el lugar 34 del conjunto de los países y está clasificada entre los países con alto índice de desarrollo, 0,844, y alto índice de desarrollo relativo al género 0,833; con este perfil, la principal causa de mortalidad en mujeres al año 2003 es la cerebrovascular; luego, es también muy importante, desde el punto de vista de la incidencia, la mortalidad por tumores, cáncer genito-mamario y en particular el tumor maligno de cuello de útero. “El alto N° de muertes por cáncer de cuello en la Argentina indica la presencia de problemas en la operacionalización de la toma de Papanicolau, el tratamiento y seguimiento de los casos, la cobertura de mujeres en situaciones de alto riesgo, la cantidad y calidad de los servicios de citología, la capacitación del personal, etc.” (Mónica Gogna, 2007).

Pero, y aunque la mortalidad materna-gestacional en la Argentina no llega a los niveles promedio de Latinoamérica, no deja de ser grave por varias razones. En primer lugar, la mayoría de ellas se evitaría con cobertura y atención oportuna, puesto que es un punto extremo de procesos mórbidos e invalidantes; en segundo lugar, más de la mitad de estas muertes se deben a abortos clandestinos e inseguros; y en tercer lugar, las condiciones previas y las consecuencias en el medio inmediato son más severas para las poblaciones marginalizadas.

Al tomar en cuenta las cifras que arrojan los estudios estadísticos en salud debemos alertar sobre los límites conceptuales, subregistros y distorsiones que hacen muy relativo el uso y la interpretación a partir de las mismas. Esto es, que la clandestinidad del aborto asumida por parte de los efectores de salud tiende a excluir la consulta vinculada al aborto y/o su registro. Por otra parte,

6. Informe sobre Desarrollo Humano, 2001. Poner el adelanto tecnológico al servicio del desarrollo humano, Programa de las Naciones Unidas (PNUD), Ediciones Mundi prensa, 2001.

la no-adecuación de la categoría Mortalidad Materna respecto del problema que define es sí una muestra precisa de la concomitancia de este régimen enunciativo y su performatividad en las proscripciones y prescripciones de género.

Aunque se carece de datos fiables, la proporción vale como indicio.

En el año 2002 la primera causa de MM en el país es el aborto, con estas cifras del registro:

- 1) aborto: 100 casos.
- 2) totalidad del embarazo: 54.
- 3) anteparto: 15.
- 4) posparto: 23.
- 5) puerperio: 39.
- 6) otras causas: 41 (causas obstétricas directas).
- 7) causas obstétricas indirectas (COI): 48.

Hay además un crecimiento del problema a medida que aumenta la edad y probablemente la multiparidad, y es clara la incidencia en edades tempranas. El aborto es la primera causa en todas las edades con excepción del grupo de entre 35 y 39 años dónde son más las muertes por causas obstétricas indirectas.

Las complicaciones físicas inmediatas de la interrupción de un embarazo son las hemorragias, las infecciones, las lesiones traumáticas y las reacciones tóxicas a productos ingeridos o aplicados. Por extensión se suele producir la enfermedad inflamatoria pélvica y peritonitis. Muchas veces, evitar la muerte de la mujer en esas circunstancias es a costa de amputaciones de los órganos comprometidos, trompas, ovarios y útero, y aun cuando no ocurra esto pueden quedar secuelas del tipo de la obstrucción y la inflamación crónica (Faúndez, Barzelatto, *op. cit.*).

Desde el punto de vista de la salud mental, mientras que un aborto decidido y realizado en condiciones adecuadas puede representar un alivio, realizado en condiciones de riesgo implicará una situación traumática que algunas personas comparan con la tortura, pero que en tanto hecho traumático,⁷ la repetición es un riesgo probable.

7. Sigmund Freud, citando a J. E. Van Emden, comenta un caso de autocastigo o daño auto-inflingido en el que un aborto obviamente clandestino ha quedado en lo inconsciente, sin ser

La mortalidad estimada por abortos realizados en condiciones inadecuadas es de aproximadamente 6.000 mujeres por año en Latinoamérica y de 100 mujeres por año en Europa.⁸ Diferencia notable debido a las condiciones de vida general y de las mujeres en ambos continentes y a que en parte de Norteamérica y Europa Occidental está despenalizado o legalizado.

La cuestión de la Mortalidad Materna en su vínculo con el aborto se constituye claramente en controversia política, la tutela hacia la mujer y la penalización de sus actos se ha reforzado en períodos de violencia desde el Estado, por lo que la historia de los derechos sexuales y reproductivos es también la historia contra la dominación.

4.5. *Intervenciones*

La cantidad y la variedad de métodos que permitirían una vida sexual rica y decisiones reproductivas independientes son tan bastas como desiguales sus disponibilidades, condiciones de recepción y apropiación de dichos recursos. Según Foucault, cualquier objeto encuentra su lugar y ley de aparición, según las *condiciones históricas* que dan surgimiento, y las *relaciones* entre las instituciones, procesos económicos y sociales, formas de comportamiento, sistemas de normas, técnicas, tipos de clasificación, de caracterización que le permiten aparecer.

Numerosos estudios demuestran que en este campo –por excelencia– coexisten diversas teorías en cada mujer o en grupos de ellas que explican fantasmáticamente la sexualidad, la genitalidad y tienen lugar en la regulación reproductiva o en el cuidado de la salud sexual.

Mientras que para algunas mujeres el embarazo sólo ocurre cuando hay amor; para otras ocurrirá con un simple beso. Del mismo modo, la utilización de los métodos, en caso de disponer materialmente de ellos, está sujeta a estos conocimientos falaces o distorsionados que se suman a los déficit informativos por parte de los efectores responsables de la prevención y los disminuidos niveles educativos. El interior del cuerpo que la propia

elaborado. Freud, “Psicopatología de la vida cotidiana”, en *Obras Completas*, Tomo I, Buenos Aires, Ed. Biblioteca Nueva, 1973.

8. RIMA –Red Informativa de Mujeres de Argentina–, 16/3/05, “Yo aborté”.

mujer desconoce es, por lo mismo, ajeno pero también enajenado por la cultura dominante.

Las investigaciones acerca de la información sobre métodos anticonceptivos indican que en casi todas partes hay una elevada cantidad de mujeres que afirma conocer al menos un método anticonceptivo; dicho conocimiento aumenta cuando más altos son los niveles educativos alcanzados por las mujeres. O, también, como ocurre con Brasil, donde las campañas promoviendo el uso de profilácticos, de las píldoras y la esterilización femenina, realizadas en medios masivos ha logrado una recepción generalizada. Pero esa información es insuficiente o superficial y cuando se profundiza en el uso, los efectos, las vías, etc., aquello que no se conoce suele complementarse con creencias erróneas, por ejemplo que las pastillas causan esterilidad.⁹ No es común que las estrategias de prevención en el campo de la salud sexual y reproductiva tengan en cuenta estas determinaciones simbólicas, las diferencias culturales y las singularidades de las usuarias. Muy por el contrario, a veces se priva a las consultantes de información adecuada sobre opciones anticonceptivas. El relevamiento de casos del informe de Human Rights Watch (2005) señala que la información evidentemente inadecuada o tendenciosa del personal de salud es una de las tres barreras para el uso de anticonceptivos, en tanto los mismos efectores sanitarios o jurídicos se manejan con concepciones falaces o incompletas. La exclusión de lo psíquico y lo mental es un ejemplo de esto.

4.6. *Leyes y reglamentaciones*

En los últimos años, y luego de las movilizaciones que a fines del año 2001 conmovieron las bases que el neoliberalismo había instalado la década anterior, un conjunto de demandas democráticas y de ciudadanía se hicieron oír, y si bien en general los principales problemas sociales y económicos se mantienen, ciertos aspectos del campo de los derechos humanos han sido tomados en cuenta para proyectos, legislaciones y declaraciones públicas. De este modo, un

9. El 23% de mujeres habitantes de favelas de Río de Janeiro que tomaban pastillas lo hacían incorrectamente, las jóvenes que utilizaban el método de las fechas no conocía bien los ciclos de los que se valían, algo similar ocurre con el modo de utilizar el preservativo y en general con el dominio de la fisiología reproductiva (Faúndez y Barzelatto, *op. cit.*).

importante movimiento ha dado impulso a la aprobación de leyes y programas específicos de alcance nacional y provincial que incorporan la atención de la salud reproductiva con enfoque preventivo respecto de la anticoncepción.

Pero también el “reconocimiento de derechos reproductivos y derechos sexuales” ya se había incorporado en formulaciones de rango internacional como parte de los derechos humanos.¹⁰

10. “(...) La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, realizada en El Cairo en 1994, positiviza el derecho a la salud reproductiva y a la procreación responsable, definiéndose como ‘...el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. También incluye la salud sexual (...) Luego la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en Beijing en el año 1995, hace la distinción entre reproducción y placer: ‘la salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la capacidad de reproducirse, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia’ (...)”. “En el año 2000, en una sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas para revisar la implementación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995 (Plataforma de Beijing), titulada “Mujer 2000: Igualdad de Género, Desarrollo y Paz para el siglo XXI (también conocida como Beijing+5), se establece que los Estados deben ‘lograr que la reducción de la morbilidad y mortalidad derivadas de la maternidad constituyan una prioridad del sector la salud y que las mujeres tengan fácil acceso a cuidados obstétricos esenciales, servicios de salud materna bien equipados y dotados, el personal adecuado, asistencia de alto nivel profesional en los partos y remisión y traslado efectivos a niveles de atención superiores...’. En cuanto al aborto, establece que ‘aunque se han adoptado medidas en algunos países, no se han aplicado plenamente las disposiciones contenidas en los párrafos 106 j) y 106 k) de la Plataforma de Acción, relativas a la repercusión sobre la salud de los abortos realizados sin condiciones de seguridad y a la necesidad de reducir el número de abortos’. El Comité de Derechos Humanos afirmó en el año 2000 que ‘Preocupa al Comité que la criminalización del aborto disuada a los médicos de aplicar este procedimiento sin mandato judicial incluso cuando la ley se lo permite’. ‘El Comité expresa también su inquietud ante los aspectos discriminatorios de las leyes y políticas vigentes, que da como resultado un recurso desproporcionado de las mujeres pobres y de las que habitan en zonas rurales a un aborto ilegal y arriesgado’. ‘El Comité recomienda además que se reexaminen periódicamente las leyes y las políticas en materia de planificación familiar. Las mujeres deben poder recurrir a los métodos de planificación familiar y al procedimiento de esterilización y, en los casos en que se pueda practicar legalmente el aborto, se deben suprimir todos los obstáculos a su obtención’. (...) El Protocolo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) establece dos procedimientos, uno de comunicación para realizar denuncias individuales de violaciones a los Derechos Humanos de las mujeres, y otro de investigación, que otorga poderes al Comité para conducir investigaciones en caso de violaciones graves o sistemáticas de derechos establecidos en la Convención.” (Nelly Minyersky, 2005.)

4.6.a. *Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable*

En la actualidad, y desde el año 2002 en que se aprobó la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, existe un Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Los objetivos de este Programa consisten en:

- a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia.
- b) Disminuir la mortalidad infantil.
- c) Prevenir embarazos no deseados.
- d) Promover la salud sexual de los adolescentes.
- e) Contribuir a la prevención y detecciones precoces de enfermedades de transmisión sexual, de vih/sida y patologías genitales y mamarias.
- f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.
- g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable”.

Como puede observarse, el punto b tal como ha sido formulado se posiciona en el binomio materno-infantil.

Los artículos 6 y 7 se refieren al sistema de atención.

“La transformación del modelo de atención se implementará reforzando la calidad y cobertura de los servicios de salud para dar respuestas eficaces sobre salud sexual y procreación responsable” (art. 6). Esto contempla un sistema de control de salud para la detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades de transmisión sexual, vih/sida y cáncer genital y mamario; prescripción y suministro de métodos y elementos anticonceptivos según demanda, y el control posterior. Práctica que se incluyen al Programa Médico Obligatorio, nomenclador de prácticas médicas y nomenclador farmacológico.

Los artículos 9 y 10 se refieren al ámbito educativo y dicen:

“Las instituciones educativas públicas, de gestión privada confesionales o no, darán cumplimiento a la presente norma en el marco de sus convicciones” (art. 9), pero luego también “Las instituciones de carácter confesional que brinden por sí o por terceros servicios de salud, podrán, con fundamento en sus convicciones, exceptuarse del cumplimiento dispuesto en el artículo 6º, inciso b) de la presente ley”. Las exceptúa, de esta manera, de la prescripción y suministro de anticonceptivos.

4.6.b. Ley 13.066 Salud Sexual y Procreación Responsable. Pcia de Buenos Aires

Esta ley crea el Programa correspondiente. Declara, entre los objetivos, “Reconocer el derecho a la salud y a la dignidad humana.

Respetar y valorar pautas culturales, éticas y religiosas del demandante. Valorar la maternidad y la familia.

Asegurar que el presente Programa no se instrumente al servicio de políticas de control demográfico, eugenésicas o que impliquen agravios a la dignidad de la persona.

Disminuir la morbilidad materno infantil.

Contribuir en la educación sexual de la población y en especial de los adolescentes, prevenir y detectar las enfermedades de transmisión sexual, patologías genitales y mamarias.

Garantizar a las mujeres la atención durante el embarazo, parto y puerperio. Prevenir, mediante información y educación, los abortos.

Brindar información respecto de las edades y los intervalos intergenésicos considerados más adecuados para la reproducción.

Promover la participación de los varones en el cuidado del embarazo, el parto y el puerperio, de la salud reproductiva y la paternidad responsable.

Otorgar prioridad a la atención de la salud reproductiva de la adolescente, en especial a la prevención del embarazo adolescente y la asistencia de la adolescente embarazada.

Capacitar a docentes, profesionales y personal específico en educación sexual para ayudar a la familia en la educación de los hijos en esta materia.

Promover la lactancia materna y posibilitar las condiciones para el amamantamiento dentro de horarios y lugares de trabajo como también fuera de él.

Informar, otorgar y prescribir, por parte del personal médico, de los conceptivos y anticonceptivos, aprobados por ANMAT, de carácter transitorio, reversible, a ser elegidos libremente por parte de los beneficiarios del Programa, los que serán otorgados respetando las convicciones y criterios de los destinados. En todos los casos los métodos suministrados serán no abortivos”.

Al igual que el Programa Nacional (art. 4), éste se pronuncia explícitamente por satisfacer el (...) “interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (...)” (art. 3).

El artículo 7 que decía que “las autoridades educativas de gestión privada, confesionales o no, darán cumplimiento a los objetivos del presente programa en coordinación con las autoridades de aplicación” y otros (5, inciso b y 9) referidos a los ámbitos de aplicación provincial y sanitario, luego fueron observados para exceptuar por razones religiosas y voluntad política de no adherir, según decreto 2327/03.

La reglamentación lleva un anexo en el artículo 1º que dice: “La implementación de esta ley tendrá como premisa principal al respeto del hombre y la mujer a:

- a) Obtener información sobre salud reproductiva y sexual.
- b) Tener acceso a métodos de su elección seguros, eficaces y aceptables en materia de planificación familiar.
- c) Recibir servicios adecuados de atención de la salud que propicien embarazos y partos sin riesgos y que brinden las máximas posibilidades de tener hijos sanos.
- d) Adoptar decisiones en materia de salud reproductiva sin sufrir discriminación, coacción o violencia.
- e) Prevenir y tratar enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, y patologías genitales y mamarias”.

El punto d en este caso incorpora recomendaciones contra la discriminación.

El artículo 3º, tomando los derechos del niño, hace a éstos beneficiarios del Programa. Y al mismo tiempo que ofrece confidencialidad requiere

para menores de 14 años el consentimiento expreso de los padres o adulto responsable. Incluye en el mismo apartado a las personas que padezcan discapacidad mental, estén internadas en establecimientos psiquiátricos o externadas, requiriendo en todos los casos consentimiento de curador o representante legal.

El artículo 5 declara que se propenderá a generar acciones y articular con la Dirección de Cultura y Educación y con la Subsecretaría de Trabajo.

4.6.c. Ley N° 418 Salud Sexual y Procreación Responsable. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, promulgada según decreto N°1033/2000 del 12/07/2000

Los objetivos en esta ley discriminan generales de específicos. Entre los primeros se establece:

- “a) Garantizar el acceso de varones y mujeres a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos.
- b) Garantizar a las mujeres la atención integral durante el embarazo, parto y puerperio.
- c) Disminuir la morbilidad materna e infantil”.

En las especificaciones se encuentran:

“a) Prevenir mediante educación e información los abortos provocados”, “c) Garantizar la información y el acceso a los métodos y prestaciones de anticoncepción a las personas que lo requieran para promover su libre elección”, “e) Otorgar prioridad a la atención de la salud reproductiva de las/los adolescentes, en especial a la prevención del embarazo adolescente y la asistencia a la adolescente embarazada” y “m) Contribuir a la prevención del embarazo no deseado”. Incluye, en otros puntos, consideraciones que no están presentes en las otras dos normativas. La inclusión de la perspectiva de género “h) Garantizar la existencia, en los distintos servicios y centros de salud, de profesionales y agentes de salud capacitados en sexualidad y procreación desde una perspectiva de género” lo que luego se reafirma en el inciso i del artículo 7 de Acciones, y en “i) Orientar las demandas referidas a infertilidad y esterilidad”.

Entre los 10 incisos referidos a Acciones también se distingue el punto “l) Diseño e implementación de estrategias de comunicación y educación dirigidas de manera particular a las/los adolescentes, dentro y fuera del sistema educativo” y el “m) Coordinación de acciones entre los distintos efectores tendientes a la constitución de una red de servicios. Seguimiento especial a la población según enfoque de riesgo”.

Una declaración suscripta el 6 de octubre de 2004 como “Compromiso para la Reducción de la Mortalidad Materna en la Argentina” fija una meta vinculada al Plan Federal de Salud, para el 2007, de disminuir el 20% la tasa de mortalidad materna respecto del 460 muertes del año 2002. Entre sus enunciados, llama a garantizar el acceso de las mujeres a los servicios de salud a través de un sistema regionalizado, de calidad óptima e igualitaria. Plantea fortalecer la estrategia de APS para asegurar amplia cobertura, precocidad, periodicidad y calidad en el control prenatal y posterior control puerperal además de asegurar el trabajo en red para la interconexión con los otros niveles de complejidad.

El “Compromiso” contempla garantizar la disponibilidad del equipo de salud en lugares públicos y privados donde se asisten partos, y la capacitación para la resolución adecuada de las emergencias y patologías prevalentes, basada en las mejores evidencias científicas disponibles. Recomienda promover acciones que garanticen el derecho a adoptar decisiones libres de discriminación y violencia en Salud Sexual y Procreación Responsable, considerar aspectos emocionales y sociales del proceso de atención e involucrar a la mujer y a su familia en las decisiones del proceso de atención además de la aceptación y el respeto por las diferencias étnicas y culturales. El compromiso se pronuncia respecto de que la mujer en situación de aborto no sea discriminada y reciba en cambio atención humanizada, rápida y efectiva y con asesoramiento y provisión de insumos anticonceptivos, además de garantizar el aborto no punible en los hospitales públicos.

Se percibe el *juego discursivo e ideológico* por el que se admiten ciertos contenidos en unos marcos y no en otros, pues el tema no había sido mencionado en las leyes de Salud Sexual y Procreación Responsable. Pero este documento, que aborda cuestiones de la atención, capacitación y monitoreo no contemplados en otros textos y normativas, deja de lado la evaluación estratégica, el contexto social, el poder, las ideologías y el sistema de salud.

5. Cierre

El análisis de la relación de las epistemes con el modelo señalan que aunque el “progreso” en los métodos y las tecnologías de reproducción sitúa nuevos dilemas y reflexiones, las cuestiones de anticoncepción y aborto tienen aún muchos obstáculos para ser aceptados en los programas de salud sexual y reproductiva, en el estatuto legal que los encuadra dentro de las responsabilidades del Estado y ámbitos de educación, desarrollo social y salud, como en las categorías epidemiológicas. El problema y el derecho al aborto forman parte de un “currículum oculto”¹¹ (Apple, 1986).

La pretendida asepsia científica ha sido, en la práctica, un aceptar la perspectiva desde quien tiene el poder y un actuar desde quien domina. El problema de una nueva praxis debe plantear el problema del poder y, por tanto, de la politización. El conocimiento práxico que se adquiere mediante la investigación participativa debe encaminarse hacia el logro de un poder que permita a las poblaciones volverse protagonistas de su propia historia (Baró, 1998; Breilh, 2003).

Las experiencias llevadas a cabo por los movimientos sociales y de mujeres, entre ellas la *Campaña por el derecho al aborto*¹² con la consigna “educación para decidir, anticonceptivos para no abortar y aborto legal para no morir”, organizaciones políticas, partidos de izquierda, sectores artísticos y profesionales, generan conocimiento y acciones en la coconstrucción de estrategias de prevención y promoción de Salud Colectiva.

Las luchas activas en defensa de la diversidad favorecen una mayor conciencia y sensibilización, pero junto con las estrategias oficiales de cooptación se desarrollan en la población formas menos obvias de discriminación.

La identificación de necesidades, representaciones y prácticas de salud realizada en conjunto con los actores sociales y sujetos concernidos es una vía para la elucidación de las relaciones de poder, para la reflexividad y para transformar escenarios, problemas y enunciados de opresión, desigualdad y exclusión comunitaria.

11. Operación de hegemonía cultural e ideológica en la selección de significados de los diseños curriculares. Aquí lo extendemos a salud, si bien el concepto remite al currículo educativo.

12. “Integra a más de 70 organizaciones pertenecientes al movimiento feminista, el movimiento de mujeres y el movimiento social amplio. Se vincula con los Encuentros Nacionales de Mujeres que se realizaron en Rosario en 2003 y en Mendoza en 2004.”

6. Bibliografía

- Apple, M. W.: *Ideología y currículo*, Madrid, Ed. Akal/Universitaria, 1986.
- Almeida F.: *La ciencia tímida. Ensayos de Deconstrucción de la Epidemiología*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2001.
- Baró M.: *Psicología de la liberación*, Madrid, Editorial Trotta, 1998.
- Bloj, A.; Grande, S. y Pullen, S.: “Desnutrición infantil: Intervenciones en la subjetividad en el marco de la internación y del consultorio ambulatorio”, *Investigación en salud 2 (1y2)*, en Módulos de Psicología Preventiva, Fac. de Psicología, UBA, 1999.
- Breilh, J.: *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2003.
- Buttler, J.: *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*, Buenos Aires, Paidós, 2006.
- Centro de Estudios de Estado y Sociedad, CEDES: *Diagnóstico para la reorientación de políticas y programas de salud*, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, 2004.
- Cortés, R.: “Mujeres, Pobreza y Mercado de Trabajo, Argentina y Paraguay. Proyecto género y empleo en América Latina”. María Elena Valenzuela Editora. Organización Internacional del Trabajo, OIT, 2003.
- Dussel E.: “Sobre el concepto de ‘ética’ y de ciencia ‘crítica’”, en *Herramienta*, Revista de debate y crítica marxista, Buenos Aires, otoño de 2000, pp. 185-196.
- Faúndez, A. y Barzelatto, J.: *El drama del aborto. En busca de un consenso*, Buenos Aires, Tercer Mundo editores, 2005.
- Foucault, M. (1970): *La arqueología del saber*, México, Siglo XXI, 1999.

PARTE IV

SALUD MENTAL Y DISPOSITIVOS ALTERNATIVOS

CAPÍTULO 11

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EPIDEMIOLOGÍA EN SALUD MENTAL. CONSTRICCIONES EPISTÉMICAS DEL ESTADO DE LA CUESTIÓN: INTERROGACIONES Y RECONSTRUCCIONES

GRACIELA ZALDÚA

1. Introducción

En un contexto de desigualdades e inequidades sociales y situaciones de sufrimiento que afectan el bienestar colectivo y singular, una inclusión propiciatoria para la reflexividad es el campo epidemiológico de la Salud Mental. Parafraseando a Badiou con las múltiples resignificaciones de estado de cosas, de situación, de la sociedad y el Estado en el cual se representa la estructura de esa sociedad, nos permitimos interrogar las lógicas y discursos que definen el escenario de los sufrimientos psíquicos. Pero, a su vez, las perspectivas tradicionales, con una aparente neutralidad/objetividad clasificatoria prescinden de las relaciones contextuales histórico-sociales, al modo de una fantasía ideológica que disimula los antagonismos.

¿Es posible pensar y hacer desde otra episteme de la Salud Colectiva, sin reduccionismos biológicos, ni psicológicos ni sociológicos? ¿Cómo se incluyen en las investigaciones y políticas de Salud Mental las desigualdades sociales y de género, como variaciones innecesarias, evitables e injustas?

La incidencia y prevalencia de depresiones, adicciones y otras afecciones mentales se estima creciente, gracias a estimaciones de la carga de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) que fue de 8,8% en 1990 y en 2002 ascendió a 22% en América Latina y Caribe. Se sostienen explicaciones relacionadas con la transición epidemiológica de las enfermedades

transmisibles a crónicas, más preocupación por los trastornos actuales emergentes como HIV-Sida y violencia, y los efectos demográficos del aumento de la expectativa de vida y los riesgos relacionados con la senectud. Pero es central relacionar en nuestra región con la pobreza, el desempleo, la caída de proyectos y esperanzas y los efectos mortíferos del terrorismo de Estado que imponen sentimientos de fracaso, duelos arrasadores u otras formas de búsquedas fallidas en las adicciones o las violencias.

Asimismo se plantea la brecha entre el acceso a la atención y el padecimiento mental. La última investigación de la OPS (Kohn R.; Levav, I.; Sarraceno, B. *et al.*, 2005) tuvo como objetivo: examinar las tasas de prevalencia de padecimientos mentales basadas en estudios epidemiológicos comunitarios, a fin de estimar las tasas agregadas para toda América Latina y el Caribe y revisar los datos sobre el uso de servicios de Salud Mental para considerar la magnitud de la brecha en atención psiquiátrica. Seleccionaron las psicosis no afectivas incluyendo esquizofrenia, la depresión mayor, la distimia, el trastorno bipolar, el obsesivo compulsivo, los trastornos de ansiedad generalizada, el abuso y dependencia de alcohol y drogas. Se utilizaron entrevistas semi o estructuradas relacionadas con criterios diagnósticos del CIE de la OMS o DSM III, III y IV, como PSE (examen de estado presente), DIS (instrumento de entrevista diagnóstico) y CIDI (la entrevista diagnóstico internacional compuesta). Se estimaron los porcentajes y números de adultos mayores de 15 años afectados por trastornos psiquiátricos específicos, sin la comorbilidad –es decir, morbilidad múltiple de dos o más trastornos en una persona–. Se excluyeron los estudios que no fueron por entrevistas en domicilio y en los que no se utilizaron instrumentos diagnósticos estructurados o semiestructurados. Se examinaron tasas de prevalencia en tres periodos: actual, mes precedente, año precedente y de vida. Los estudios no contemplan las tres tasas para América Latina, por tanto, no tienen uniformidad y se debe contemplar la variabilidad por diferencias metodológicas, para ello utilizaron la media, por la representatividad igual y la mediana para calcular el número de personas afectadas por trastorno.

Con respecto a los estudios de países seleccionados, aparece la Argentina, con un estudio de 1979, de encuestas comunitarias de muestreo estratificado de alrededores Buenos Aires y se encontró una prevalencia de esquizofrenia 3%, psicosis afectivas 4%, depresión neurótica 3,5%, depresión mayor 6% y neurosis 14%. Se advierte sobre la prevalencia sumamente alta, pero se obvian los tiempos y espacios atravesados por el terror dictatorial. Otros estudios sobre prevalencia de depresión también nos sugieren interrogantes

como el de Colombia (2000-2001) donde las tasas de prevalencia promedio son las más altas: 8,5 (con diferencias importantes por género: 5,3 hombres y 10,2 mujeres).

En este aspecto y en otros estudios se marcan las diferencias de más afectación en mujeres por ansiedad generalizada y depresión, sin diferencias en los trastornos bipolares y tasas de prevalencia mucho mayores en hombres por abuso o dependencia la alcohol y drogas. En general estas “evidencias” no se relacionan con la categoría de género.

Un importante estudio de los malestares de los cordobeses de dos periodos de los 90, y con datos sobre el acceso a la atención, no figuran en este estudio de OPS.

Como situación diferencial se señala que en los países industrializados se da mayor relevancia a la atención en Salud Mental mediante la detección, en los servicios de atención primaria, de programas de medicina conductual y de atención de adultos mayores. Se estima como obstáculos en los países en vía de industrialización a los modelos médicos estrechos, pocos especialistas en ciencias de la conducta y, por otra parte, se prevé que se deberá enfrentar a un número más alto de demandas de afectados, y una tendencia a las altas de los hospitales psiquiátricos.

Las nuevas formas de cuidado y la mejor aceptación de las enfermedades mentales y a las personas que las padecen junto al mayor conocimiento de la magnitud y carga de la enfermedad, nuevos tratamientos de eficacia comprobada y más participación de usuarios han favorecido otras estrategias y acciones a escalas locales, nacional e internacional (Caldas de Almeida, 2005, OPS).

Las recomendaciones de la Declaración de Caracas (1990) promovieron servicios, programas y políticas de salud innovadores en algunos lugares. Se citan el caso de Río Negro y Santos de Brasil por sus servicios en comunidad, la rehabilitación psicosocial y la participación activa, retomando el lema de 2001 del día de la S.M.: “Sí a la atención, no a la exclusión”. Se plantea prioridad en la Salud Pública y cambiar la forma de comprender y atender, luchando contra la discriminación y el estigma.

Estas alentadoras recomendaciones son, sin embargo, parte y efecto de múltiples experiencias que no siempre prosperaron, porque fueron arrasadas por los gobiernos dictatoriales o los ahogamientos presupuestarios que siempre privilegiaron el hospitalocentrismo psiquiátrico. Son las experiencias innovadoras en lo político y técnico, inspiradas en las propuestas de la Salud

Mental Comunitaria de los 60 o los 70, como el Policlínico de Lanús, la Comunidad Terapéutica del Estévez, la Colonia Federal, o en Rosario, etc, que se inspiraron en las reformas psiquiátricas italianas, inglesa y francesa.

Fueron intervenciones, dispositivos, cambios y aperturas en los manicomios y formas de intervenciones interdisciplinarias, participativas. Construyeron historias sobre las posibilidades de otras intervenciones y superaciones de las paradojas de las instituciones totales cuyo objetivo humanitario de curar se asocia a la captura de la internación y las representaciones sociales de la locura identificada con el encierro.

2. Sobre historicidades y sentidos de los dispositivos de control

No se pueden minimizar estos estudios y recomendaciones de la OPS, pero es central revisar su sola perspectiva psiquiátrica, su fetichización estadística, su ahistoricidad y su recorte del papel subjetivante de la sociedad.

La rémora de los centros de encierro, como expresión de los siglos XVIII y XIX, es decir, de las sociedades disciplinarias que van de la familia a la escuela, la fábrica, el hospital y a veces la cárcel o el manicomio, son fuente de controversia y disputas.

Foucault analizó la estrategia: organizar el espacio y el tiempo, para aumentar más la producción y bajar los salarios.

Esa estrategia forma parte de la transición entre las viejas sociedades de soberanía –de gravar la producción y administrar la muerte más que la vida– a otras de control, que requieren ser reconocidas como nuevas formas biopolíticas.

De los moldes a la modulación, Deleuze (1990) decía que la fábrica hacía de los individuos un cuerpo, un patrón que podía vigilar y controlar, pero que también era susceptible de convertirse en una masa resistente sindical.

La empresa instituye individuos que rivalizan. Competitivos, motivados se dividen y contraponen, en un andar continuo de estados metaestables, con cifras como contraseñas para tener o no información, indicadores, datos, intercambios.

Profundas mutaciones que afectan a las subjetividades, el sujeto del mercado, consumidor o no. Pero en este capitalismo la miseria se extiende.

El Post Scriptum de Deleuze (1990) adquiere hoy en las llamadas “sociedades líquidas” una validez explicativa de las crisis de las instituciones y de los nuevos regímenes de dominación. Y sus líneas de interrogación también insisten: ¿cuáles serán las formas de resistencia? ¿Por qué se pide formación permanente, motivación? ¿Cómo descubrirán los anillos de la serpiente? El neoliberalismo produjo profundas mutaciones en el mundo del trabajo, como actividad colectiva expropiada, apropiada por otros a través de distintos dispositivos de poder y tecnologías. Algunos señalan menor coacción abierta, pero más ligado a la reproducción social y subjetiva, como estructura social estructurante de lo social, desarrollado por actores sociales que se constituyen en sujetos sociales. Del capitalismo pesado al liviano, con el paso de la modernidad sólida a la líquida, lo global y lo local y la ampliación de fronteras del mercado, se plantea Estados con necesidad no sólo de flexibilizar las fuerzas de trabajo sino los compromisos jurídicos. Dice Bauman (2003): “Luchan para convencer que se queden [los capitales] y libertad para irse cuando quieran, sin previo aviso. Procesos que refieren a sociedades del conocimiento, con importancia central de las tecnologías de información y comunicación (los TICs), con centralidad en la Economía Postindustrial, con redes y a su vez mayor desigualdad del saber, segmentación creciente del Mercado laboral, con núcleos estables calificados y un universo temporario, precarizado, informal. Esta fase líquida incluye: trabajo domiciliario, a destajo, esclavista, economía informal por desocupación y migración. Se dice que hay que Vivir al día, con la inestabilidad laboral e identitaria.”

3. Sobre la construcción de subjetividades y géneros

Los procesos de afectación socioeconómica neoliberal con sus emergentes de desempleo, pobreza e indigencia operan en los cuerpos y el psiquismo y ponen en crisis las visiones reduccionistas, que eluden el impacto desubjetivante que se expresa en los humores, los afectos, los ideales devaluados por su lugar de resto, de excedente, de ser sacrificable. Si sólo partimos de lo objetivable del síntoma y los cuadros, como hechos, desconociendo cómo se valora, qué se estima como lo esperado o no en un momento histórico, qué

es deseable o no y con qué recursos se elaboran la caída de las ilusiones, las pérdidas, los duelos, los traumas, simplificamos los procesos.

Es una opción epistémica, la problematización del objeto epidemiológico, desde una externalidad o desde la posibilidad de remitir a un colectivo y a un sujeto-objeto para sí, sin reduccionismos biologicistas, psicologistas y/o sociologistas. A la manera de nudo borromeo, entendemos a la subjetividad en entrecruzamiento con el cuerpo biológico y la diferencia anatómica; y la psique y la representación de sí y lo social con vínculos y relaciones con los otros. Intersección singular de lo constitucional, experiencias primarias somatizantes y estructurantes, ser blanco, negro, hombre, mujer y también pobre, rico.

El psiquismo se constituye un escenario donde el yo y su sentido de sí, es decir, la identidad, confluye con el inconsciente, morada de deseos, pulsiones; conformando disposiciones asquiritas en las socializaciones e identidades subjetivas estructuradas en lo femenino/masculino, que buscan su ideal como imperativo a devenir. Pero, experiencias y/o vivencias contingentes pueden producir regresiones, fijaciones y nuevas reestructuraciones que habilitan posibilidades y potencialidades entre el cuerpo biológico y las construcciones de género; desde la cultura, el deseo y las estrategias discursivas. ¿Es posible habitar otras identificaciones que no sigan en el imaginario de opresores-oprimidas?

Transiciones o permanencias de identificaciones de género, renegados o idealizados o problematizados, que habitan en cuerpos, pero también en organizaciones económico-sociales determinadas y con presencia de sistemas patriarcales, con ideales socialmente contruidos. Estos ideales como mandatos se interiorizan como representaciones psíquicas; así, actos, deseos, realizaciones están moldeados, modulados por las significaciones imaginarias. Las relaciones de subordinación de hombres sobre mujeres impone mandatos y obligaciones que van desde la autoridad de poseer, someter, y a su vez la obligación de proteger y mantener. Estos ideales de la condición masculina se estructuraban a través del trabajo extrafamiliar para el sosten sosten de la familia y sexualidad escindida entre los ámbitos conyugales y los otros, espacios de las mujeres “públicas” objetivadas para el uso sexual o también de taxi boys y travestis en igual sentido. Como mercancía o forma esclava en casos en los que se visibiliza y casi no escandaliza su no resolución (caso Marita o Fernanda, o el femicidio en México, o muertes de travestis, como ejemplo). La trata de blancas se instaló como el espacio

privilegiado del poder sobre los cuerpos (recordemos el rufianismo y sus clientes y el silencio sobre las mafias como la Zwi Migdal). Hoy sigue de diferentes maneras la trata de personas, en particular de niñas y niños como parte del turismo sexual.

Los ideales femeninos del patriarcado tienen centralidad en la maternidad y en el cuidado de los otros. La mujer está asociada a sensibilidad, debilidad, dependencia, emocionalidad, y obligada a negar el deseo sexual, con fantasías de fusión y pertenencia, que se imponen como modalidad de legitimarse por y para el otro. Campo de los derechos sexuales y reproductivos, con desigualdad en la accesibilidad, pero también es un campo de disputa y tensión entre los fundamentalismos religiosos y la exigencia de libertad, autonomía y políticas laicas.

Si se piensa en efectos psíquicos, estos mandatos y exigencias producen efectos en los hombres con roles tradicionales. En estos momentos de crisis va a exacerbarse la frustración ante los derrumbes simbólicos, con depresión o violencia por caída de la ilusión, intolerancia ante pérdidas y duelos. En las mujeres posiciones subjetivas dependientes, aceptaciones abusivas, baja autoestima, disociadas entre maternidad-sexualidad. Silenciamiento de sus demandas y situaciones de riesgo por los abortos clandestinos.

Las transiciones o alternativas de los posicionamientos subjetivos e ideales y mandatos, serán posibles en las masculinidades al conjugar lo público y lo privado, o el sostén compartido del hogar, el maternaje en la función paternal, la ternura y la igualdad en la diferencia.

En las mujeres se dará por el acceso a lo público, al saber, a compartir el sostén, el cuidado, la autonomía y también la igualdad en la diferencia. Es por tanto fundamental pensar los problemas en Salud Mental asociados a la demanda de ciudadanía. También es importante exigir estudios integrados en la sensibilidad de género que permite interpelar a los programas, planes e investigaciones en cómo tienen en cuenta la existencia del género como categoría de relaciones y cómo desarrollan acciones para disminuir la desigualdad. En Europa está en marcha y en España se evalúan Planes de Salud, tanto en su contenido simbólico como operacional, en las Comunidades Autónomas. De esta manera, se va construyendo una Epidemiología Crítica e indicadores sensibles a las diferencias e igualdades y, en particular, sobre las brechas de desigualdad que operan en los procesos de salud/enfermedad/atención.

4. Horizontes y apuestas al pensar-hacer instituyente

Volviendo entonces al campo de la Epidemiología en Salud Mental, como vemos no puede ser sólo atributo de un raciocinio psiquiátrico, de taxonomías nosográficas, a partir de las clasificaciones sintomáticas o de causalidades simples, sino repensar en configuraciones dinámicas y complejas de articulación de saberes y prácticas, revisando los fundamentos sociohistóricos del campo disciplinar. Esta *cuestión ontológica* es la que nos desafía a qué es lo que podemos conocer sobre la diversidad humana, de las experiencias culturales, de las determinaciones económicas, políticas, de la historicidad en las subjetividades, de sus modos de enfermar y sanar diferencial. Episteme que introduce la problematización como herramienta de la transformación de la Salud Colectiva.

La opción epistemológica transaccional, supone incorporar a los valores como mediadores, pues considera a la relación entre quien conoce y lo conocido desde una reciprocidad activa. Reinsertar la idea de que hay que revisar los paradigmas, en el sentido de conjunto sistemático de ideas y prácticas que regulan las interpretaciones y que aportan modelos para la investigación científica, es apostar a la elucidación crítica sobre las constricciones materiales y simbólicas, desfetichizando las relaciones sociales de opresión y dominación y liberando la imaginación social para proyectar alternativas al orden instituido.

En particular, siguiendo las trayectorias de la Epidemiología latinoamericana con sus aportes desde la perspectiva social crítica, irrumpen como movimiento intelectual y político antihegemónico. Con la incorporación de constructor como procesos de trabajo, de la reproducción social, del modo de vida, territorial, de género, etc. nos proporcionan teorías, modelos, metodologías. Varios autores son insoslayables: Breilh, Laurell, Almeida, Castellanos, Escudero, Samaja y otras/os. Con presupuestos ontológicos y epistémicos contrahegemónicos y metodologías de abordaje múltiples y participativas, pero a su vez con componentes políticos éticos para la transformación de las inequidades e injusticias, transformaron la manera de enfocar la Epidemiología, aunque también debemos señalar que en el campo de Salud Mental no fue muy revisitada críticamente.

Es en el contexto de las prácticas sociales, con sus múltiples racionalidades instituyentes, que es posible generar las condiciones de posibilidad de

otros enfoques que dialecticen lo general, particular y singular, dilucidando los modos de existencias, las historias personales, el entramado relacional, los proyectos que conjugan la construcción de subjetividades y sus atajos en los modos de sufrimiento psíquico. Complejidad paradigmática e interdisciplinaridad que permita interpretar las diferencias biológicas, sexuales, culturales y sociales entre los géneros, los grupos sociales y étnicos, los diferentes momentos de la vida. En lo epistémico es posible sostener la coherencia y los criterios de verdad innovando los instrumentos, los modos de construcción de los problemas, revisando los objetivos, los supuestos, las unidades de análisis.

Las significaciones que cada sociedad crea cumple con los tres cometidos señalados por Castoriadis (1997): estructurar las representaciones de lo general; designar finalidades de acción, imposición de lo que hay que hacer, lo normal, lo desviado; y establecer tipos de afectos característicos de cada sociedad.

Se puede apostar a otra perspectiva frente a los tipos antropológicos, roles sociales, pares de oposición y lógicas conjuntistas identitarias que las instituciones y sus formas heterónomas imponen y clausuran otros sentidos y preguntas.

Abordajes complejos del campo, Monitoreo Estratégico de los dispositivos jurídicos y las políticas públicas que regulan sus modos de prestaciones: preventivas, promocionales y asistenciales y sus déficit o sus incumplimientos, como con la Ley 448 de la Ciudad de Buenos Aires, adquieren centralidad para comenzar a constituir un diagnóstico situacional en Salud Mental.

Es decir que la cuestión de Estado debe ser una actualización de necesidades, recursos y estrategias sustitutivas de las instituciones de control social y de dispositivos diversos de Salud Mental, garantizados efectivamente a través de redes, monitoreadas y auditadas por consejos comunitarios, por ejemplo; participación social imprescindible para producir también efectos en las representaciones y significaciones sobre la salud mental; redes que potencien su sinergia en estrategias colaborativas, no jerárquicas ni autoritarias dominadas por el supuesto saber-poder y aporten en intercambios de información, de propuestas de acción, de alternativas eficaces.

La investigación y la formación permanente son pilares constitutivos que también deben ser puestos en cuestión. ¿No es posible generar procesos investigativos nacionales, locales, regionales, participativos entre universidades, servicios, usuarios? Es un debate que nos debemos, sin excluidos, como

en algunos espacios universitarios, que estiman de rigor científico la aplicación instrumental de protocolos con patentes registradas del Primer Mundo. Fantasía ideológica que pretende producir una lectura sintomática de un discurso conformado por una serie de significados flotantes que suturan el antagonismo, la falla (Žižek, 2003). La definición más elemental de la ideología es probablemente la frase de Marx: “ellos no lo saben, pero lo hacen” dice Žižek, al señalar la divergencia entre la llamada realidad social y nuestra representación distorsionada, nuestra falsa consciencia de ella. Pero esta máscara que impone los supuestos instrumentos universales no es ingenua, sino que es una paradoja que, sabiendo de los límites del reduccionismo, no renuncia a ello.

La potencia histórica del sector de Salud Mental es posible que no siga en el repliegue fuera de lo público y es alentador el Movimiento Antimanicomial Nacional que, siguiendo el camino brasileiro, cuestiona las instituciones totales, las prácticas y saberes instituidos. Nuevos protagonismos en la Salud Mental van gestando las condiciones de posibilidad de otros dispositivos y acontecimientos que garanticen el respeto de los DD.HH. y subjetividades autónomas. Son, tal vez, una apuesta posible al porvenir.

5. Bibliografía

- Bauman, Z.: *Modernidad Líquida*, Buenos Aires, FCE, 2003
- Caldas de Almeida, J. M.: “Estrategias de cooperación Técnica. OPS en la nueva fase de reforma de servicios de salud mental”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 18, noviembre de 2005.
- Castoriadis, C.: *El avance de la insignificancia*, Buenos Aires, Eudeba, 1997.
- Deleuze, G.: *Post scriptum sobre las sociedades de control*, Revista L'Àutre journal N° 1, Mayo, París, 1990.
- Kohn, R.; Levav, I. et al.: “Los trastornos mentales en A.L. y el Caribe. Asunto prioritario para la Salud Pública”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 18, noviembre de 2005.
- Žižek, S.: *Ideología. Un mapa de la cuestión*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2003.

CAPÍTULO 12

TRANSFORMACIÓN INSTITUCIONAL Y SALUD MENTAL

ANA TISERA

1. Introducción

El concepto desinstitucionalización abre un campo complejo asociado a las políticas de Salud Mental que proponen tradicionalmente el encierro y la reclusión institucional para las personas con sufrimiento mental. Desde este colectivo de Cátedra venimos planteando el tema en forma amplia teniendo en cuenta que se puede encontrar los mismos criterios en las políticas con los niños, con los ancianos o con los usuarios de drogas. Las políticas institucionales entran en crisis desde hace años y el recambio por lo “nuevo” está plagado de obstáculos y dilemas.

Estos cambios se plantean actualmente en un marco de aumento de la pobreza, de corrimiento del Estado en las políticas sociales y la paulatina mercantilización de la salud.

Los procesos de salud en la Argentina no son una excepción a los fenómenos globalizados que atraviesan todo el continente marcando un estado de vulnerabilidad sanitaria.

Teniendo en cuenta algunos de estos aspectos, nuestra perspectiva intenta profundizar los planteos actuales en Salud Mental en donde el concepto de “desinstitucionalización” es central sin dejar de levantar la defensa del hospital público luego de una década de vaciamiento de nuestras instituciones.

Uno de los puntos de análisis es observar las disposiciones alrededor de la Salud Mental desde el punto de vista nacional (Proyectos de ley), provincial (Ley de Río Negro) y desde la realidad de la Ciudad de Buenos Aires. La desinstitucionalización es definida teniendo en cuenta el plan de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires hasta el año 2006 y la Ley 448 de la Ciudad de Buenos Aires.

2. Desinstitucionalización, entre la rehabilitación y la integración social

Las políticas dirigidas al sector apuntan a desinstitucionalizar paulatinamente según lo expresa la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, “creando una red de servicios y protección social” (1996). Se debe suponer que estas políticas tiendan a que los sujetos no dependan de la institución asilar, pero esto no significa que el Estado se desentienda de la problemática sino que la oferta institucional debe cambiar o ampliarse. Rehabilitación e integración social son conceptos que se debaten entre lo institucional y la comunidad en un tramado intersubjetivo que se encuentra con vacíos de aquellas propuestas asistenciales que no se concretan (casas de medio camino, hogares, empresas sociales, más hospitales de noche, etc.).

Según la definición de rehabilitación del Plan de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (2004-2006), las actividades relativas a Rehabilitación y Resocialización del sistema de Salud Mental por sus características y complejidad imponen realizar un análisis de situación de las mismas. Cabe destacar la presencia de la Ley 448/00 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que legisla sobre el sistema; dicha ley tiene expresados en su letra los principios que sustentan la reformulación del actual sistema de atención de Salud Mental. Este sistema se caracteriza por ser fundamentalmente un modelo reduccionista y hospitalocéntrico.

En relación a dicho Plan, se llama a la creación y desarrollo de una diversidad de dispositivos de rehabilitación y resocialización, planteados en el Art. 14 de dicha ley, que siguen en la actualidad sin ponerse en práctica. Esos dispositivos deberían plantearse como efectores de atención ambulatoria y comunitaria; integrándose en una red que cubra la variada gama de actividades

propias del proceso de atención; con programas específicos que permitan la articulación de los distintos integrantes (pacientes, equipos de Salud Mental, equipos técnicos propios de la tarea de cada efector, instituciones comunitarias y sociales, etc. tendiendo a una mayor integración social).

Esos efectores permitirían llevar adelante una política de desinstitucionalización de personas internadas (o a ser externadas), priorizando formas de atención ambulatoria. Según ya se planteaba en dicho plan, la Ciudad presenta un déficit en cuanto a un sistema organizado de redes y programas para cubrir estas tareas asistenciales específicas. El concepto de rehabilitación refiere, fundamentalmente, a la esfera del quehacer práctico en la vida cotidiana; entendiendo por tal aquellos aspectos ligados al trabajo, al manejo de los objetos de uso, a los hábitos cotidianos, etc. El concepto de resocialización alude fundamentalmente a la esfera de los vínculos socioafectivos, de los lazos sociales que las personas tienen entre sí y con su medio ambiente comunitario-cultural.

“Por tanto, los efectores deben estar ubicados en el seno de la comunidad y con una pertinente distribución geográfica. Todo esto implica dar cumplimiento a los preceptos de la Ley 448/00 de Salud Mental, que subsume lo mejor de la legislación y la experiencia internacional. Estas acciones deben ser entendidas como un proceso complejo de articulación e integración, siendo imprescindible el abordaje interdisciplinario, en tanto que debe darse el trabajo conjunto en el plano terapéutico propiamente dicho y la tarea rehabilitatoria y resocializadora, siendo por tanto imprescindible la participación de la familia y la comunidad; es decir que este proceso debe cumplirse en íntima relación del paciente con su comunidad, como parte de un tratamiento ambulatorio.” (Plan de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires – 2004-2006).

El plan hace hincapié en efectores que deberían encontrarse en la comunidad. Sin embargo, la mayoría de los pacientes con sufrimiento psíquico carecen actualmente de una oferta de rehabilitación por fuera del hospital (salvo las preexistentes a la ley, o sea, Consultorios Externos y Hospital de Día). Los dispositivos en la comunidad han sido planteados desde la promulgación de la ley en el año 2000 y siguen sin existir. Existen dispositivos que trabajan lo comunitario desde el hospital pero no hay continuidad con otros dispositivos en la comunidad, por lo que los procesos de externación se encuentran trabados desde la planificación, condenando la atención a la alternativa tradicional de la internación.

3. Antecedentes internacionales

La crítica moderna al modelo manicomial se inicia a finales de la Segunda Guerra Mundial. Entre las contribuciones teóricas de las últimas cuatro décadas se destacan I. Goffman, M. Foucault, Laing y Cooper. Se le agrega los aportes de la psiquiatría francesa de sector, la comunidad terapéutica de Maxwell Jones y el movimiento italiano encabezado por F. Basaglia.

Se mencionan a continuación las reformas que más han trascendido e incidido en otros procesos de desinstitutionalización.

3.1. Italia

El interés de mejorar las condiciones asistenciales de los hospitales tiene su exponente más importante en Italia. Se caracteriza por suprimir la internación en hospitales psiquiátricos. Fue un proceso social complejo que dio lugar a su reconocimiento internacional, emparentándose con los planteos que proponía ya la “antipsiquiatría”. Los desarrollos de su principal impulsor, Franco Basaglia, se conocen como “psiquiatría democrática”.

Es en el año 1960, durante un conflicto planteado en el hospital de Gorizia, que se abre un debate sobre los hospitales psiquiátricos. El libro de Basaglia *La institución negada* puede situarse como el comienzo del movimiento antimanicomial italiano. Según sus enunciados no se trata de una técnica ni de una nueva metodología sino de un movimiento de negación y de transformación. Lo que caracteriza a este movimiento antiinstitucional es la toma de consciencia de la función de control al servicio del poder implícita en la psiquiatría como protectores del orden público. Las instituciones son definidas como represivas, punitivo-terapéuticas y la enfermedad mental asume significaciones diversas según la condición social del paciente.

Desde los inicios se levanta la consigna “la libertad es terapéutica”. A partir del cierre paulatino de la admisión psiquiátrica, se comienza a atender en forma ambulatoria sectorial. La promulgación de la Ley 180 en 1978 da un estatuto legal a esta nueva situación psicosocial.

Los puntos centrales de la ley son:

- La prohibición de construir nuevos hospitales psiquiátricos y de internar nuevos pacientes en los ya existentes.
- El establecimiento de servicios territoriales, responsables de la atención de salud mental en áreas geográficas determinadas. Entre estas estructuras se mencionan los hospitales generales que destinarán un máximo de quince camas para la atención de pacientes psiquiátricos.
- La abolición de las tutelas jurídicas y el estatus de peligrosidad social del enfermo mental que se reconoce como un ciudadano en posesión de todos sus derechos civiles y sociales.

En caso de que sea necesario el tratamiento obligatorio previsto por la ley, ésta prescribe y el paciente mantiene sus derechos personales y el tratamiento es decidido por la autoridad sanitaria local. Sólo en caso de que se hayan agotado las demás alternativas posibles se optará por el tratamiento obligatorio.

Se trata de esta manera de evitar desplazar a otros lugares los problemas que se presentan en el territorio.

El departamento de Salud Mental de Trieste actualmente está integrado por cuatro servicios de salud que están abiertos las 24 hs; cada uno cuenta con ocho camas y atiende una población de 60.000 habitantes.

Hay también un servicio residencial y semirresidencial para la rehabilitación y reinserción social. Existe una relación en cuanto a la organización entre los Centros y este servicio que coordina las estructuras y las iniciativas designadas para la actividad formativa, de calificación y rehabilitación y de integración social. Existen también seis cooperativas sociales donde los usuarios pueden trabajar (Farrugio, 2001).

Hay tres elementos fundamentales que caracterizan la experiencia italiana.

- La elaboración de una política de salud mental gestada desde la base de las estructuras institucionales.
- El enriquecimiento de los intercambios sociales centralizado en el trabajo terapéutico.
- La habilitación de estructuras externas, sustitutivas de la internación en el manicomio, para lo cual los recursos de éste son transformados y transferidos a la comunidad.

3.2. España

En España la reforma se inicia durante la transición hacia la democracia e incluye la transformación global de los servicios sanitarios. El artículo 43 de la Constitución española de 1978 constituye el pilar para su construcción.

En 1985 se publicó un informe ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Las principales recomendaciones fueron recogidas por la Ley General de Sanidad que integra las acciones de Salud Mental en un sistema general y destaca la atención del paciente mental contemplando los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria, así como la atención en la niñez, en la edad adulta y en la vejez.

Este documento favorece la descentralización y asunción por parte de las comunidades autónomas de la responsabilidad directa de las acciones en salud. Potencia la atención psiquiátrica dentro del entorno social propio de la población en riesgo, reduciendo la hospitalización por causas psíquicas, mediante la creación de recursos alternativos eficaces. Se considera la protección de la salud mental en dos niveles:

- Aporte y apoyo de los servicios de Atención Primaria; éstos deberán asumir los problemas psíquicos de la población en general e incluye entre sus funciones discriminar qué tipo de atención será necesaria y su seguimiento (atención con asesoramiento del equipo especializado o derivación a los equipos de Salud Mental).
- Atención especializada: sus funciones son asesorar y supervisar al equipo básico de salud, atender a los pacientes remitidos por Atención Primaria, a los que han sido hospitalizados y desarrollar una psiquiatría de enlace en el Hospital General.
- Se considera prioritario la transformación y progresiva superación de los antiguos hospitales psiquiátricos mediante el desarrollo de programas de rehabilitación y reinserción social que posibiliten la adecuada atención en la comunidad de los pacientes externalizados.

La evolución de la reforma psiquiátrica en España ha seguido un curso desigual en las diferentes regiones del país.

Según la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica (2002), en cinco comunidades existe una integración orgánica entre Salud Mental y

Atención Primaria, y en doce más la integración es por lo menos funcional. En cuanto a la coordinación con Servicio Social existe en la mitad de las comunidades.

En todas las comunidades la atención se organiza por áreas. Y según la opinión de los directores de Salud Mental sólo en trece comunidades predomina la asistencia impartida por equipos multidisciplinarios. El número de camas psiquiátricas ha disminuido a la tercera parte y las correspondientes a unidades de psiquiatría en hospitales generales casi se han doblado durante los últimos 30 años.

En el caso de Andalucía, se dio prioridad a la reforma psiquiátrica en sus comienzos pero en los últimos años los programas de atención psicosocial estuvieron a cargo de una organización no gubernamental.

En esa región de España se han formado equipos de salud mental en todas las zonas sanitarias, se abrieron centros de día y talleres ocupacionales, se suprimieron la mayoría de los asilos y se iniciaron programas de ayuda económica a los pacientes (Torres, 2000).

3.3. Antecedentes latinoamericanos

La demanda de reestructuración de la asistencia psiquiátrica en América del Sur comenzó en la década del ochenta y se oficializó en los noventa con la Declaración de Caracas-Venezuela (1990), donde se priorizó la descentralización del hospital psiquiátrico y la creación de estructuras alternativas.

La Conferencia Regional reunida en dicho país convocó a los líderes de la conducción de políticas y acciones sanitarias de los países latinoamericanos conjuntamente con técnicos y parlamentarios.

Allí se señala en forma contundente que la psiquiatría convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva.

El hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, aísla al usuario de su medio, generando mayor discapacidad social, pone en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo y requiere la mayor parte de los recursos financieros y humanos. Allí instan a la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios promocionando modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales.

3.3.a. *Reforma psiquiátrica en Brasil*

El movimiento de la reforma en Brasil se genera finalizando la década del 70 con la constitución del Movimiento de los Trabajadores de la Salud Mental que se convirtió en el primer acto de renovación del campo de la salud mental en ese país.

El MTSM (Movimiento de los Trabajadores de la Salud Mental) crece alrededor de su lectura crítica del aparato institucional y de la psiquiatría. Este movimiento se caracterizó por sacar “afuera” la discusión acerca de la locura y de la institución asilar más allá del pensamiento exclusivo de la comunidad científica. El debate sobre la locura deja de ser tema puntual de los técnicos y se implica en la sociedad civil.

En la década del ochenta se profundizan las críticas al modelo hospitalocéntrico y confluyen en la VIII° Conferencia de Salud que posibilitó por primera vez en la historia una amplia participación de la sociedad civil en la formulación de la política nacional de salud.

En el II° Congreso Nacional de Trabajadores de Salud Mental que se realiza en Bauru (São Pablo), surge el lema “Por una sociedad sin manicomios”.

En el año 1989 una serie de denuncias en una clínica psiquiátrica privada (Casa de Salud Anchieta) permite profundizar la reforma y comenzar el desmontaje del aparato institucional manicomial con la consecuente implementación de una red territorial de atención de la salud mental. En ese contexto surgen los Núcleos de Atención Psicosocial (Naps) como prototipo de los nuevos servicios sustitutivos del manicomio, inspirados en los centros de salud triestinos (Italia). Estos centros tienen camas de apoyo para acompañante en situaciones de crisis, atienden las demandas locales y responden numerosas demandas de carácter social. En ese marco situacional en el año 1989 surge el proyecto de ley del Diputado Paulo Delgado que plantea la extinción progresiva de los manicomios y genera un amplio debate que produce fuertes resistencias y deliberaciones.

En varios Estados surgen otros proyectos siguiendo las directrices del Proyecto Delgado. En el año 1992 se realiza la II Conferencia Nacional de Salud Mental con una multitudinaria afluencia de participantes. Dicha conferencia reafirmó los principios de la desinstitucionalización centrada no solamente en las medidas sanitarias y asistenciales sino también en principios culturales y sociales. Muchas estrategias fueron puestas en práctica con

el fin de divulgar y difundir el debate alrededor del lema “Por una sociedad sin manicomios”; se organizaron eventos con el fin de intervenir desde lo cultural para modificar el imaginario social que gira alrededor de la locura. Según Desviat, Brasil ha conseguido, en escaso tiempo, la sensibilización de la sociedad y de sus líderes culturales y así mismo el consenso entre profesionales en torno de algunos objetivos claves que materializó las bases para una reforma, apoyándose en un amplio movimiento profesional y ciudadano (Desviat, 1994). Sandra Fagundes lo define como un proceso constructor de sujetos sociales desencadenadores de transformaciones en el modo de pensar, sentir y hacer política, ciencias y administración de lo cotidiano capaces de generar proyectos de Vida (Fagundes, 1993).

3.3.b. Contexto nacional

Las políticas en Salud Mental en nuestro país responden a antecedentes históricos que la determinan y permiten entender las características de su contexto.

En el contexto nacional señalamos que la Psicología Social-Comunitaria ha sufrido un desarrollo limitado debido a que la vida institucional, signada por dictaduras militares con escasos intervalos democráticos, que impidió la continuidad histórica y la posibilidad de la acumulación de capital simbólico.

Esto ha afectado el desarrollo de una práctica cuestionadora y la participación política durante muchos años aunque se han desarrollado experiencias en forma excepcional que caben destacarse. Entre las más importantes de mencionar en los años 60 está la del Hospital Gregorio Aráoz Alfaro de Lanús, que incorporó los principios de una psiquiatría social comunitaria en su atención transformando el modelo institucional con una propuesta interdisciplinaria y comunitaria. Puso el acento en la prevención primaria, gestando un equipo de promoción y protección de la salud; tiempo después, ese equipo formuló el primer Plan de Salud Mental para la Ciudad de Buenos Aires en 1969.

Otra experiencia que hace una marca en la historia de los planes en Salud Mental es la Ley 2440 de la Provincia de Río Negro del año 1991, que plantea la reinserción del paciente con sufrimiento mental y la prohibición de instituciones manicomiales en todo el territorio provincial continuando hasta la actualidad. En dicha provincia trabajan en equipos multidisciplina-

en cada localidad y se han sustituido totalmente las políticas tradicionales de encierro.

Con la llegada de la democracia se inicia un proceso de “desmanicomialización” marcado por importantes logros:

- Se cierra el único hospital psiquiátrico de la provincia (que continúa funcionando como hospital general).
- Se crean veinte equipos de salud mental a nivel local, con base en hospitales generales.
- Se sanciona la Ley 2440 de “Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental”.
- Siguiendo los principios de la salud comunitaria se procura fortalecer y promover las habilidades y capacidades de todos los usuarios.
- Se internan personas en crisis en salas comunes de los hospitales generales y se promueve las internaciones domiciliarias.
- El tiempo promedio de internación disminuye de seis meses a once días.
- De 14.000 prestaciones ambulatorias anuales se pasa a 175.000 mejorando significativamente la accesibilidad.
- Se constituyen varias asociaciones de familiares.
- Se constituyen 25 grupos de autoayuda de alcoholismo.
- Actualmente es un programa de prestigio internacional reconocido por los organismos internacionales de salud.

En la actualidad se atraviesan algunos procesos en marcha que merecen una mención particular.

En la Provincia de Buenos Aires se implementó el PREA (Programa de Rehabilitación y Externación Asistida) del Ministerio de Salud que alcanza a los hospitales psiquiátricos provinciales y comienza a ponerse en práctica en el Hospital Estévez en junio de 1999. Trabajadores de distintas salas y áreas del hospital y un grupo de pacientes comenzaron a trabajar en un curso coordinado por un equipo provincial que se propuso la discusión de las prácticas cotidianas del hospital y la conformación de los dispositivos del PREA que se plantea un trabajo en rehabilitación entrenándolos en el desempeño

autónomo de quehaceres básicos que hacen a la vida en la comunidad. Luego de poco más de cinco años este Programa cuenta con:

- 17 pacientes en período de admisión al programa.
- 14 pacientes se encuentran en los talleres de la escuela.
- 35 pacientes están viviendo en 11 casas que el hospital alquila.
- 300 personas de la comunidad participan en los talleres culturales y recreativos del Centro de Día.
- 90 puestos de trabajo se abrieron en 6 microemprendimientos.

En la Ciudad de Buenos Aires se reglamenta la Ley 448 en el año 2004 que plantea en términos generales un espíritu transformador del sector y se pronuncia a favor de la desinstitucionalización y en contra de políticas que cercenen los derechos civiles o que estén al servicio del control social. Su implementación ha encontrado más de un escollo. Si bien su implementación no se ha llevado adelante, las resistencias a un modelo obsoleto crecen. En el año 2005 se funda el Movimiento Antimanicomial y de transformación institucional con la participación de varios organismos de derechos humanos, trabajadores de la salud y usuarios. También ese año el Hospital Moyano fue intervenido luego de varias denuncias públicas.

4. Desinstitucionalización y legislación

4.1. *Imputabilidad y responsabilidad penal*

Según nuestro Código Penal¹ se entiende que el paciente que al cometer un hecho delictivo presenta un estado de alienación (por ejemplo, demencia,

1. El artículo 34 del Código Penal dice:

“No son punibles. El que no haya podido, en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconsciencia, error o ignorancia del hecho no imputable, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones”.

oligofrenia, delirio crónico, furor epiléptico, etc.) no es punible, en cambio sí lo es quien pueda comprender la criminalidad de su acto.

Los pacientes que por una situación de crisis requieren de internación suelen atravesar por pasajes al acto que pueden derivar en actos criminales. Su responsabilidad queda en suspenso o suprimida si el sujeto *no comprende la criminalidad del acto* (artículo 34).

La inimputabilidad, desde lo jurídico, es imposibilidad de culpabilidad o reprochabilidad; tal consideración corre el riesgo de dejar al sujeto de la pena frente a un acto carente de significación.

4.2. Internación en establecimientos de Salud Mental

Las internaciones están legisladas por el artículo 482 del Código Civil, por la Ley 22.914 de internación y egreso de establecimientos de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires y por la Ley 448 de Salud Mental, también de la Ciudad.

La decisión de internar a una persona afecta, en primera instancia, su derecho a la libertad, según resguarda la Constitución Nacional y numerosos pactos internacionales sobre Derechos Humanos.

De este modo una internación debe resultar necesaria y adecuada para el paciente siendo de lo contrario perjudicial. Por lo que debe ser utilizado como recurso terapéutico cuando no sean posibles otros tratamientos.

La Ley 22.914 fue sancionada en el año 1983 y contempla cuatro tipos de internaciones:

- Por orden judicial.
- A pedido del propio interesado.

En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a lo demás.

El artículo 10 del Código Penal de Procedimientos dice:

“La fuga o locura sobreviniente de los procesados no paralizará las diligencias del sumario, pero terminado éste, la causa se suspenderá hasta que el prófugo se presente o sea habido, o hasta que el loco recupere el uso de razón”.

- Por disposición de la autoridad policial según el art. 482² del Código Civil.
- En caso de urgencia a pedido de las personas enumeradas en el art. 144 del Código Civil (esposos, parientes, el Ministerio de Menores o el cónsul si el paciente es extranjero).

En todos los casos las internaciones deberán ser comunicadas al Ministerio de Menores e Incapaces; con esta medida se tiende a que toda persona goce de control judicial que garantice la tutela de sus derechos. “Toda decisión que afecte valores esenciales de una persona debe ser adoptada por ella misma o por su representante legal, y si no, por el Poder Judicial” (Cárdenas, 1985).

En la realidad las internaciones se reducen a internaciones voluntarias y judiciales, siendo mayoritariamente las segundas.

La Conferencia de Caracas advierte sobre la falta de aplicación práctica de disposiciones legales en cuanto a atención psiquiátrica y salud mental. Es importante recalcar que los tiempos institucionales y los tiempos judiciales deben estar impuestos desde los tiempos del tratamiento clínico y no al revés como generalmente sucede.

4.3. Antecedentes de legislaciones desmanicomializantes: Ley 2440

La Provincia de Río Negro promovió en 1991 un sistema de salud donde quedó prohibido la habilitación y funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos o cualquier otro equivalente, público o privado, que no se adecue

2. Artículo 482 (Obligatoriedad de tratamiento): “El demente no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o dañe a otros. No podrá tampoco ser trasladado a una casa de dementes sin autorización judicial. Las autoridades policiales podrán disponer de la internación, dando inmediata cuenta al Juez, de las personas que por padecer enfermedades mentales o ser alcoholistas crónicos o toxicómanos pudieran dañar su salud o la de terceros o afectaren la tranquilidad pública. Dicha internación sólo podrá ordenarse previo dictamen del médico oficial. (...) Debiendo designar un defensor especial para asegurar que la internación no se prolongue más de lo indispensable...”.

a los principios individualizados en la “Ley de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental”.

La internación se concibe como último recurso terapéutico, la ley plantea que se garantice un tiempo mínimo de internación y que la reinserción comunitaria sea el eje terapéutico. “La recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental, expresada en términos de reinserción comunitaria, constituye el fin último de esta ley” (artículo 1º).

Esta ley plantea un trabajo conjunto entre los jueces y el equipo terapéutico en los casos de personas con sufrimiento mental y sujetas a la jurisdicción judicial (artículo 12). El juzgado interviniente hará aplicar en cada caso la estrategia terapéutica aconsejada por el equipo (artículo 15).

En el artículo 18 se hace referencia al marco legal que regula las internaciones en el Código Civil (art. 482) para las internaciones policiales de urgencia dejando establecido que el director del hospital y la fuerza policial deberían dar aviso al juez competente, el cual convocará al equipo terapéutico. El juez actuante deberá garantizar la estrategia terapéutica establecida por el equipo. Rigen los mismos principios para aquellos casos en los que los jueces penales deban disponer medidas de seguridad según el artículo 34 del Código Penal.

Cuando sean necesarias medidas cautelares, como juicios de insania o de inhabilitación, será preservado “el derecho inalienable de la persona con sufrimiento mental a ser sujeto de la instancia de promoción sanitaria social que prevé la presente ley” (artículo 19).

A través de la Pasantía “Salud Mental y Desinstitucionalización” 1997-2004 de la Facultad de Psicología (UBA), a cargo de la profesora Zaldúa, pudimos conocer en Río Negro algunas de las dificultades que la Dirección de Salud Mental de esa provincia ha enfrentado para la correcta aplicación del artículo 18. Cuando ocurre algún hecho delictivo cometido por algún usuario del sistema de Salud se pone en evidencia la falta de dispositivos donde se puedan cumplir medidas de seguridad sin que esto signifique la apertura de nuevos manicomios.

4.3.a. Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires

Fue promulgada el 27 de julio de 2000 y parte del “reconocimiento de la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica

de construcción social y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable”.

Entre sus postulados iniciales está la indicación de “la internación como modalidad de atención aplicable cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios” (artículo 2).

La ley establece el futuro régimen de internaciones para la Ciudad de Buenos Aires. Dice que la internación es una instancia de tratamiento que evalúa y decide el equipo interdisciplinario cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios. Las internaciones pueden ser voluntarias, involuntarias o por orden judicial, coincidiendo con la ley de internación vigente (22.314). Esta ley enfatiza la brevedad de los periodos: “Las internaciones de personas con padecimiento mental podrán ser mantenidas por periodos máximos renovables de un mes” (art. 24).

4.3.b. *Concepto de peligrosidad como fundamento de la internación psiquiátrica*

El concepto de peligrosidad es la justificación legal para la internación, encuentra su mito fundador con el Derecho Francés en 1810 por el cual el paciente mental queda inhibido por completo de la responsabilidad civil de todos sus actos, tanto penales como civiles. Se despoja al sujeto de muchos de sus derechos y se los transfiere al orden médico.

En síntesis, se afirma que todo alienado constituye un peligro permanente para su entorno y, sobre todo, para sí mismo, dando lugar a la fórmula médico-legal *peligrosidad para sí y para terceros*. Desde aquella época, la peligrosidad ha quedado instaurada como si fuese un elemento estructural de la locura.

“Con respecto a los pacientes que han cometido un delito, y se encuentran bajo la esfera del Derecho Penal, las observaciones realizadas demuestran que son pocos los institutos psiquiátricos dependientes del Sistema Penitenciario que sostienen un auténtico proceso rehabilitador para posibilitar la reinserción social de quien ha sufrido trastornos psíquicos y ha cometido un delito. La mayoría tiene una estructura y una disciplina carcelaria, por lo que la retención de pacientes que superaron sus crisis es elevada. (Daneri, Gartland, Tisera *et al.*, 1999).

Tanto para los pacientes de los institutos de internación como para los dependientes del área penal, el mito de la peligrosidad ha operado muchas

veces a favor de la segregación y perpetuación de un aislamiento que no difiere de lo que se entiende como castigo.

5. Inimputabilidad y subjetividad

Las relaciones entre el acto criminal y la psicosis interesaron a Lacan tempranamente, al punto de reservarles un espacio privilegiado en su tesis doctoral (1932), basada en el análisis de la personalidad de Margueritte Anzieu, paranoica con intento de homicidio. Escribió también al año siguiente un trabajo titulado “Motivos del crimen paranoico: el crimen de las hermanas Papin”, sobre un caso de resonancia pública. Aquí Lacan resalta como explicativa de los hechos de las psicosis una noción dinámica de “tensiones sociales”, diciendo que “la pulsión agresiva, que se resuelve en el asesinato, aparece así como la afección que sirve de base a la psicosis”.

Siguiendo las postulaciones psicoanalíticas de Lacan, se abre el interrogante acerca de si la declaración de inimputabilidad es propiamente una sanción (con lo que de diferenciación conllevaría ésta), o más bien una renovada operación de segregación, encarnada en una ley que no permite la integración simbólica del acto delictivo.

“Es innegable que la ciencia jurídica actual participa de uno de los rasgos comunes de la Ciencia Moderna, positiva y utilitarista como corresponde al tamiz de estos tiempos: el discurso jurídico forcluye al sujeto. Y postularemos que este rasgo esencial se plasma con extrema claridad en la noción de ‘inimputabilidad’ que los códigos penales –al menos la mayoría–, descendientes del Derecho Romano, contemplan como excepción al carácter punitivo de los mismos. Al precio claro de confinar irremediabilmente al inculpado en el balance de los ‘desaparecidos’, como acertadamente define Louis Althusser a los efectos de esa medida jurídico-legal. Tal visión se permite a través de la concepción de sujeto para el psicoanálisis, de la cual participa la locura, de pleno derecho. Y ello a partir de concebir que todo sujeto es siempre responsable de su propio acto. Lo cual no va de suyo, menos aún si hace correlacionar la noción de responsabilidad (atinente al campo de la subjetividad) a la de imputabilidad (jurídico-penal), lo cual implicaría la posibilidad de fundar sobre el sujeto un juicio de reproche, a través de la sanción punitiva de su acto” (Gerez Ambertin, 1999).

La investigación “Culpa, responsabilidad y castigo”, que dirige la Dra. Gerez Ambertin, se propone que el campo de lo jurídico pueda brindar liturgias que posibiliten la significación del acto, por tanto de la pena, de manera que el acto no quede limitado a una mera coacción.

La imputabilidad es la capacidad de culpabilidad. Es posible vincular al actor del acto con el acto criminal si la culpabilidad se acompaña de responsabilidad, esto es, si el actor puede subjetivar la culpa y asignar significación a su acto.

Dicha investigación toma como antecedente lo que en la actualidad se denomina *la admisión de culpabilidad*, como presupuesto de la pena. El Derecho Penal reconoce en el delincuente la categoría de ser racional cuya responsabilidad jurídica no descansa en la sola naturaleza lesiva de su comportamiento (responsabilidad por el resultado), sino en su actitud espiritual al actuar de esa manera (responsabilidad por la culpabilidad). Esto es lo que se tiene en cuenta cuando se trata de ir más allá de lo que plantean las teorías objetivistas de la pena que se centran en determinar en si ocurrió y cómo sucedió para apuntar a la cuestión del sujeto.

Esta visión propone dentro del ámbito de lo jurídico una lectura de lo subjetivo que coloca al juez en el lugar de un intérprete tanto de la ley como de la subjetividad. Éste es un punto donde el campo de lo jurídico se entrecruza con el psicoanálisis “Pues al confrontar la teoría de la pena con el sujeto de la pena no pueden dejar de interrogarse por la incidencia que la misma tiene en la subjetividad y por la relación que es preciso establecer entre la pena y el campo de lo prohibido” (Gerez Ambertin, 2000).

La cuestión de la internación como posible dispositivo terapéutico hace entrar en contracción el funcionamiento de la Institución Judicial y la Institución en Salud Mental. La primera le pide a la segunda que actúe como correctora de aquello que se aleja de la norma. La tradición psiquiátrica se ocupó de satisfacer esa demanda con la existencia de los manicomios. Actualmente, en un intento de modificar esa función que resultó nada terapéutica, se proponen espacios plurales de discusión y el funcionamiento en equipos multidisciplinarios.

El marco legal también se encuentra en jaque, ya que es una pieza fundamental para hacer modificaciones en las políticas asistenciales donde son necesarias intervenciones desde lo legal.

La subjetividad se entrecruza, haciendo trastabillar al sujeto del derecho.

La intervención no puede pasar por el reforzamiento de las medidas de reclusión. Actuar teniendo en cuenta la subjetividad implica ampliar las condiciones de escucha en contra del amordazamiento del encierro.

La subjetividad tiene en cuenta a un sujeto dividido, que no sabe por qué le pasa lo que le pasa. Ese sujeto es diferente al sujeto de la norma que es igual para todos. Sin embargo, lo que comparten ambos sujetos es la legalidad que permite la circulación social.

Despierta curiosidad la expresión que se usa para denominar la interrupción de un tratamiento cuando el paciente se va del hospital: *alta por fuga*. El deslizamiento en lo jurídico naturaliza la relación paciente-prisionero. Es necesaria que una puerta que fue hecha para cerrarse pueda ser activamente usada para estar abierta.

Cuadro comparativo entre la Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, Ley 22.914 de Internación y Egreso de Establecimientos de Salud Mental (con aplicación en la Capital Federal) y Ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que padecen Sufrimiento Mental de la provincia de Río Negro.

Ejes de comparación	Ley 448 - C. de Bs. As.	Ley 22.914 - Capital	Ley 2440 - Río Negro
Tipos de internaciones	Voluntaria Involuntaria Por orden judicial (art 21)	Por orden judicial A pedido del propio interesado o su representante legal Por disposición de la autoridad judicial Según Art. 482 del C. Civil En el caso de urgencia a pedido de las personas nombradas Art. 144 C. Civil (Art. 1, art. 2, Art. 3, Art. 4)	Voluntaria (art 17) Autoridad policial (art 18) Pedido Familiar (art 20) Orden judicial (art 2, art 5, art 12, art 13)
Conceptualización de la internación	Instancia del tratamiento solo cuando lo ambulatorio es imposible (Art. 19) Se debe ajustar a principios éticos sociales y científicos (Art. 20)	Procedimiento para reestablecer capacidad de dirección y administración Anular peligrosidad (Art. 11)	Ultimo recurso terapéutico Tendencia permanente a la externación y reinserción comunitaria (Art. 1) Se asegurará el mantenimiento de los vínculos (Art. 4)

Tiempos mencionados en cada ley para elevar informes al juez que justifiquen la internación	Informes evaluatorios cada 15 días y como mínimo una vez por mes (Art. 23, Art. 24) El director del establecimiento debe informar al juez en forma mensual (Art. 37) Cuando se reciba un paciente judicial sin justificación se dará inmediata información al juez interviniente (Art. 45) Internaciones involuntaria no más de 72 hs. (Art. 35)	Informes al juez cada cuatro meses (Art. 5)	En caso de internaciones policiales se da parte al juez en 24 hs. El juez y el equipo deciden la estrategia en un plazo que no exceda los siete días (Art. 18)
Efectores de la salud mental mencionados que participan de internación, evaluación y altas	El equipo interdisciplinario se encarga de la evaluación (art. 22) Equipo interviniente precisa la evolución (Art. 23) Director del hospital informa a familiares (Art. 28) Internación involuntaria certificada por dos profesionales (art 31) Las altas definitivas deberán ser fundamentada por profesional o equipo a cargo con certificación del director. (Art. 42)	Director del Establecimiento realiza dictamen médico en internación voluntaria (art. 2), casos de urgencia (Art. 3) o dependencia judicial (Art. 5). Director del establecimiento confecciona historia clínica	Equipos terapéuticos y promocionales de trabajadores se Salud mental de la Provincia como responsables operativos (Art.8) Los equipos deberán evaluar persona con sufrimiento mental y elaborar estrategias (Art. 9) Los jueces con competencia ordenaran la participación, auxilio y asistencia de los equipos terapéuticos. (Art. 15, art 16) Equipo terapéutico eleva informe aconsejando tiempo de internación (Art. 17)

6. Escenario de la Salud Mental

Según la OMS existe un desfase entre las necesidades y la realidad. En un reciente estudio sobre los recursos se ha reunido información sobre 185 países (Proyecto Atlas 2000-2001):

- El 41% de los países no tiene definida una política de salud mental.
- El 25% carece de legislación en la materia.
- El 28% no dispone de un presupuesto independiente para salud mental.
- El 37% carece de establecimientos de atención comunitaria en salud mental.
- El 70% de la población mundial dispone de menos de un psiquiatra por cada 100.000 personas.
- Alrededor del 65% de las camas destinadas a la atención en salud mental se encuentra en hospitales psiquiátricos.

Según la OMS una de cada cuatro personas, el 25% de la población, sufre en algún momento de la vida de al menos un trastorno mental. Actualmente, hay 450 millones de personas con trastornos mentales en países tanto desarrollados como en desarrollo. Los problemas de salud mental constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo. Los trastornos con mayor peso son la depresión, el abuso de sustancias, la esquizofrenia y la demencia. Según la OMS esta carga cobra un elevado tributo en forma de sufrimiento, discapacidad y pérdidas económicas.

Si bien las propuestas de las últimas gestiones en la Ciudad de Buenos Aires toman como eje la desinstitutionalización muchas de las trabas presentadas no se han modificado. En algunos casos sólo se ha centrado en la reforma edilicia dado el estado calamitoso en el que se encontraban la mayoría de los hospitales monovalentes por falta de mantenimiento.³ Con respecto a eso se vienen destinando sucesivos préstamos provenientes del

3. En el año 2004 la decisión política de invertir en reformar los edificios de los monovalentes generó un debate entre especialistas en derechos de los pacientes y las autoridades de salud de la Ciudad de Buenos Aires. El Dr. Kraut publicó en ese momento una carta (*Diario Clarín*) en la que solicita se repiense el destino de un crédito de 31 millones de pesos del BID, que la Ciudad de Buenos Aires ha tomado con destino a refaccionar el Hospital Borda, el Moyano, el Alvear y el Tobar García, existiendo una ley porteña sobre salud mental que pone el acento en una política de reinserción social, para terminar con el esquema custodial y asilar. Ese debate mostró que la transformación de la realidad del sector no es un tema prioritario hace tiempo. Por lo tanto, la puesta en ejecución de la Ley aprobada (448 de Salud Mental) parece estar destinada a quedar sólo en palabras.

Banco Internacional de Desarrollo⁴ y se continúa fragmentando el sector de la Salud Mental.

Sigue en discusión la coherencia entre palabras y hechos, las ideas sobre salud y enfermedad, la convicción de que los usuarios de salud mental pueden vivir en comunidad y el debate cultural, aún no abordado, respecto de la locura y la cordura.

“El argumento de responsabilizar al Poder Judicial es un caballito de batalla habitual en la conservación de los asilos, manicomios y depósitos de seres humanos. Se pone la responsabilidad en otros. Pero es incumplir la Constitución Nacional, particularmente en los tratados internacionales incorporados al texto reformado en 1994 que exigen defender los derechos de los pacientes cuya reclusión sin términos temporales ni objetivos terapéuticos no encuentra respaldo científico alguno en las Ciencias de la Salud” (Pellegrini, 2005). La siguiente gestión de gobierno se ha planteado la creación de nuevos efectores para más camas de internación reforzando las lógicas manicomiales a través de normativas que refuerzan el encierro.⁵ En ese mismo año se discute en el Poder Legislativo una Ley Nacional de Salud Mental que apunta a que la internación “sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario o social” y debe ser lo más breve posible.

También introduce modificaciones al Código Civil sobre el concepto de insania y prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o monovalentes (Proyecto Ley, 7 de marzo 2007).

4. Fuente *Guía de Presupuesto 2004*, Secretaría de Haciendas y Finanzas, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Inversiones por rubro y principales obras	Presupuesto 2004	Plan de Inversiones
Infraestructura en salud	37.8	156.2
Hospital General de Niños "P. Elizalde"	12.0	60.96
Obras en Hospitales Materno-infantiles	14.1	67.6
Obras en Hospitales psiquiátricos	4.50	31.32

5. Propuesta del Gobierno de la Ciudad, agosto de 2008, Pliego disponible en el sitio web de GCBA. www.compras.gov.ar

7. Algunas conclusiones

Actualmente no se puede fundamentar desde el punto de vista científico ninguna reclusión ni prolongada ni indeterminada. Los avances en el campo de la psicofarmacología, las psicoterapias individuales y grupales, las técnicas psicodramáticas y creativas, las experiencias comunitarias argentinas y extranjeras, los documentos oficiales de OMS o Asoc. Mundial de Psiquiatría, etc., tornan arcaica e iatrogénica cualquier internación prolongada.

En la década anterior hemos asistido a un marcado corrimiento del Estado de lugares que le competen y que tradicionalmente ocupó. La falta de salud, educación y la marginación de amplios sectores de la población, por citar sólo algunos ejemplos, constituyen una clara violación a los derechos de las personas por parte del ente estatal que, debiendo velar por estos derechos, los aplasta.

En el contexto actual la lucha por los derechos civiles debe ser algo prioritario. No tener acceso a la salud, al trabajo, a la educación, a la integración social, en definitiva, es no tener acceso al ejercicio de la ciudadanía, situación que genera un notorio sufrimiento psíquico. Creemos, entonces, que toda intervención en salud mental está necesariamente ligada a la defensa de estos derechos.

Creemos que esta integración puede llevarse a cabo a través de nuevos espacios organizacionales que generen redes entre los diferentes actores de la comunidad, favoreciendo la autonomía de las personas y el pleno ejercicio de sus derechos y obligaciones ciudadanos.

La existencia de intervenciones comunitarias que integren a distintos actores sociales (comunidad hospitalaria, familia, amigos, etc.) o dispositivos alternativos como las nuevas empresas sociales permiten abordar la temática de la externación y tienden a romper con el aislamiento asilar.

Sin embargo, la ausencia de dispositivos señalados en las normativas vigentes (hogares tutelares, más casa de medio camino, etc.) hace que el panorama de los monovalentes no haya variado demasiado en los últimos años y que la cantidad de pacientes sea tan elevada y con un giro cama que se estima de 9 años promedio para el Hospital Borda (*Página/12*, 15/10/2005).

Planteamos un campo de tensión expresado de distinta manera entre los profesionales y los usuarios. Los profesionales expresan que los pacientes “No se quieren ir” y los usuarios del sistema de salud Mental lo expresan como “No tengo dónde ir”. En el caso de los trabajadores se sabe que la ausencia de

dispositivo implica una falta de oferta para la continuidad de los tratamientos de muchos que han sido cronificados por el sistema tradicional de encierro. En el caso de los pacientes, el vacío de opciones es vivido en la intimidad como fracaso o en algunos casos como amenaza. La resistencia a cualquier movimiento es una resistencia subjetiva a algo que es vivido como cosificante.

Cualquier cambio en el sentido de las normativas actuales tiene que contar con el acompañamiento de los actores protagonistas de este proceso. Es decir, la voz de los pacientes no debe ser desoída y tampoco la de otros actores invisibilizados (familiares, colaboradores, enfermeros).

Los preceptos de desinstitucionalización progresiva que plantea la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, ratificado en la Ley 153 Básica de Salud y en la Ley 448 de Salud Mental no se han cumplido todavía.

8. Bibliografía

- Amarante, P.: *Locos por la vida. La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*, Buenos Aires, Ediciones Madres de Plaza de Mayo, 2006.
- Cohen, H. y Natella, G.: *Trabajar en Salud Mental. La desmanicomialización en Río Negro*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1995.
- Desviat, M.: *La reforma psiquiátrica*, Madrid, Ediciones DOR, 1994.
- Guía de Presupuesto 2004*. Secretaría de Hacienda y Finanzas, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Levav, I. y González Uzcategui, R.: *Reestructuración de la atención psiquiátrica. Bases conceptuales y guías para su implementación*, Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1991.
- Levav, I. y Sarraceno, B.: *La evaluación de servicios de salud mental en la comunidad. Temas de Salud Mental en la Comunidad*, OPS, Paltex, 1992.
- Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires N° 448*, año 2000, Reglamentación, año 2004.
- OPS-OMS: *Planificación local participativa. Metodologías para la promoción de la salud en América latina y el Caribe*, 1999.

Pellegrini, J.: *Cuando el manicomio ya no está*, San Luis, Fundación Jerónima, 2005.

Plan de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, 2004-2006.

Programa Mundial de Acción en Salud Mental, Organización Mundial de la Salud, 2002.

Proyecto Ley de Salud Mental, Mesa de Entrada 27 de marzo de 2007, Honorable Cámara de Diputados de la Nación.

Torres, Francisco: *Programa comunitario de atención a personas con trastornos psicóticos*, Granada, Universidad de Granada, 2000.

Zaldúa, G., Tisera et al.: *Salud Mental: Territorios y narrativas, entre la reproducción y la transformación*. Anuario 2003, Buenos Aires, Facultad de Psicología, UBA.

CAPÍTULO 13

DESAFIANDO AL DESTINO. CHICOS Y CHICAS EN SITUACIONES DE CALLE Y VULNERABILIDAD

VALERIA PIPO

A Luis y Nahuel,
A mis compañeros de Piedralibre.

Las situaciones de los chicos y chicas que se encuentran en la calle no pueden pensarse en términos simples ni uniformes. Los chicos y chicas que se encuentran en situación de calle en la ciudad no han sido generación espontánea de ésta, ni la expresión de una desviación social, y menos aún una elección individual que se escoge del mercado globalizado de oportunidades.

Desde una perspectiva crítica, al pensar la salud es indelegable interrogar e interrogarnos sobre los procesos de producción político-social-económica que construyen, sostienen y reproducen estas situaciones. Asumir una posición ética al respecto desde una lectura compleja nos confronta ante un escenario de país –nuestro país– donde estas situaciones son producto de la brecha de desigualdad entre los que más tienen y los sectores más empobrecidos, que ha ido agudizándose aún más en las últimas décadas. Y donde pareciera establecerse un sentido unidireccional entre pobreza - exclusión - situaciones de vulnerabilidad - y la búsqueda afanosa (o expulsión) hacia estrategias de supervivencia. Entre ellas, las situaciones de calle, de familias, de grupos y de niños y niñas.

1. ¿“los niños primero”...?

1.1. Niños y menores / Construcción social de la minoridad

Posiblemente en algunos sectores sociales se le dieran prioridad a los niños y niñas en la atención y organización social: familia y escuela han sido las instituciones primordiales destinadas a este fin. Y si bien esto no fue desde los comienzos históricamente así, los niños fueron apareciendo en escena como construcción social diferenciados de los adultos y, a la vez, la noción de infancia se fue construyendo con una clasificación y diferenciación en su interior: los niños y los menores.

Podríamos evitar realizar este rodeo histórico, respecto de la constitución de la noción de infancia y de niños y niñas en nuestro país, que nos remonta a fines del 1800. Pero estaríamos sosteniendo un velo de naturalización sobre una realidad que responde a un modelo de construcción social, a un proceso de reproducción social que clasifica a los niños y niñas en dos grandes categorías, a los que se les plantean mundos diferentes de existencia y circulación, modelo que mantiene absoluta vigencia a más de un siglo después. Los “niños” y los “menores” no han sido considerados en los mismos términos, no les deparan las mismas posibilidades ni las mismas estrategias de atención.

Los niños, hijos de las clases más acomodadas, provenientes de familias legítimamente constituidas, destinatarios de la educación y escolarización, de cuidados y crianza como futuros hombres de bien; los menores, en un inicio chicos huérfanos y abandonados, hijos criollos de las clases bajas, faltos de moral y buenas costumbres, virtuosos de la mendicidad, merecedores de medidas correctivas y habitantes de las casas de la Sociedad de Beneficencia (fin del 1800). Luego estos últimos serán seguidos por los hijos de inmigrantes con la fuerte oleada inmigratoria de principios de 1900, sobre quienes se agudizará el tratamiento correctivo y consolidará la noción de *menor* instalándose el Modelo de Patronato, tutela del Estado.

El Estado se erigía como el gran educador y normalizador de la sociedad, y para ello se basaba en dos instituciones de tradición: la familia y la escuela. Instituciones de bien, moradas de moral, respeto y dignidad. Y en el mismo sentido, el Estado se convertía en tutor de aquellos hijos criollos que no contaban con una familia legítima ni estaban bajo los órdenes de la ley; tutor del menor a proteger, en “abandono material”, a través de la Sociedad de Beneficencia –constituida por sectores de la alta sociedad– orientaba sus

esfuerzos a brindar protección material, contención y educación a los menores desamparados. La niñez y la minoridad aparecen como extraños entre sí; los niños y los menores circulan por circuitos diferentes.

En el período que abarca de 1890 a 1914 se registró una gran masa inmigratoria que llegó al país e implicó cambios estructurales a nivel poblacional, de urbanización, agricultura, ganadería y ferrocarriles, llegando a significar el 58% de la población. La mayoría de los inmigrantes no estaban integrados al sistema industrial capitalista en sus países de origen, aunque sí vinculados a las luchas obreras. “Tildarlos de ‘lacra’, delincuentes, portadores de violencia, locura, mala vida, abandono, se constituyó en una estrategia política para mantener el orden social, frenando a esas masas que comenzaron a luchar contra el sistema dominante y a exigir derechos” (Pojomovsky (coord.), 2006).

Los inquilinatos y conventillos en los que se albergaban se encontraban azotados por un gran hacinamiento, situación que obligaba —particularmente a la gran cantidad de niños— a salir de ellos en busca de lugar, permaneciendo en las calles y comenzando a trabajar en ellas. La presencia del “canillita porteño” fue base para la construcción del prototipo de los niños callejeros, potencial peligro social. Se sientan las bases de una situación y una concepción que ligaba situaciones de precariedad a la noción de peligrosidad; aspecto que no dista mucho de la realidad actual prácticamente un siglo después.

De este modo, el modelo de Patronato se instaura como respuesta del Estado ante una necesidad: intervenir ante el avance de gran cantidad de niños en las calles, “sin adultos responsables de su correcta crianza y educación”, para que pudieran adaptarse a las normas y cultura del país. El Estado apela a una fuerte intervención tutelar y a un control social sobre esta masa inmigratoria cargada de ideas anarquistas y socialistas.

1.2. Modelos de atención

Las leyes son algo más que letra escrita

En este contexto, Luis Agote, diputado por el Partido Conservador, presentó el primer proyecto de “Tutela del Estado”, que luego de algunas modificaciones será la Ley 10.903 en 1919. El diputado fundamentó su pre-

sentación en que, respecto al orden social, si bien se había tratado el tema del anarquismo, no se había planteado “la causa por qué encuéntrase en estas reuniones de anarquistas tan gran cantidad de niños delincuentes, los que vendiendo diarios primero y después siguiendo por una gradación sucesiva en esta pendiente siempre progresiva del vicio hasta el crimen, van más tarde a formar parte de esas bandas de anarquistas que han agitado la ciudad durante el último tiempo”; que se trataba de “suprimir por medio de la ley que propongo ese verdadero cultivo del crimen que principia en las calles vendiendo diarios, y concluye en la Cárcel Penitenciaria por crímenes más o menos horribles” (Morlachetti, 1990). Agote sostenía que la justicia debía poseer la fuerza legal suficiente para separar a los menores de aquellos padres que, según esta ley considerara, no reunieran condiciones morales y materiales suficientes, pudiendo incluso quitarles la patria potestad. Se construye la noción de “peligro moral” como subsidiaria del “peligro material”.

De este modo se fue instalando la alarma social, provocada por la cantidad de menores abandonados, vendedores de diarios o lustrabotas, y estableciendo una relación con el aumento de la delincuencia juvenil. Como consecuencia inmediata se incrementó la demanda de establecimientos de “protección y reforma para los menores” sustentando un discurso preventivo y de defensa social, que descansaba sobre el paradigma de la situación irregular. “A partir de la Ley 10.903 ingresaron al sistema penal: los ‘menores’ víctimas (aquellos considerados en situación de peligro moral o material) y los infractores. Sistema penal que no se orientó al resguardo de todos los derechos; sólo incluía los de protección y vigilancia. La protección para los carentes, víctimas y abandonados, y la vigilancia y la represión para los inadaptados y los infractores” (Pojomovsky (coord.), 2006).

El aparato judicial tenía potestad de continuar presente e interviniendo –incluso sosteniendo la medida de internación– con la sola justificación de considerar que la situación familiar o personal no hubiera sido modificada y por tanto no fuera la conveniente, acorde a los criterios –y discrecionalidad– del juez interviniente.

Se consolida, así, la categoría de *menores*, estableciéndose un circuito diferente del establecido para el resto de la infancia, con una familia legalmente constituida, donde al niño lo esperaba la escuela, el juego y, posteriormente, el trabajo. Para los menores estaban destinadas instituciones de encierro y corrección, diagnósticos y clasificaciones, y prácticas de vigilancia y control, instaurando incluso un modo discursivo. La noción polisémica de riesgo –y el

peligro que se le asocia— se adjudica como cualidad de los “menores”, lo cual justifica toda intervención del Estado sobre ellos, sosteniendo un discurso proteccionista (del niño o de la sociedad).

La familia y la comunidad son reemplazadas, en sus funciones de crianza, cuidado, educación y socialización, por el Estado en sus instituciones totales. De modo tal que, una vez apoderado el Estado de la patria potestad de los padres en la figura del juez, segregando al menor de la circulación social, la familia quedaba bajo el mismo cono de vigilancia que el menor. La ecuación se establece como sigue: familia incapaz de la crianza del menor - familia a custodiar en todos sus movimientos, incluso en el cuidado de sus otros hijos.

Es interesante comparar estadísticas de la institucionalización en los años posteriores a la creación de la ley, reforzando la perspectiva e ideología que su texto planteaba.

“Estadística del año 1920 - 1º Detenidos menores: 9; varones: 8; mujeres: 1

2º Detenidos menores: 66; varones: 46; mujeres: 20

Año 1922 - Detenidos menores: 703; varones: 640; mujeres: 63

Año 1924 - Detenidos menores: 1.674; varones: 1.535; mujeres: 139

Causas: venta de publicaciones; lustrar calzado, vagar, mendigar, escándalo, por averiguaciones, venta de objetos en la vía pública, víctima de violación, desorden, infracción municipal, captura recomendada, portar armas, víctima de malos tratos, orden directa de jueces, ebriedad, fugados de sus hogares, reincidentes.

Lugares de detención: calle, cabarets y academias de baile, cafés, mesones, salones de baile.” (Duschatky, 2000).

De este modo se erigió este modelo de corte internista, básicamente disciplinario, que, apoyado sobre un discurso proteccionista, justificaba encierros hasta la mayoría de edad como práctica habitual. Este modelo fue arraigándose aún más con el incremento de la población que acudió en busca de asistencia social como resultado de la precarización de las condiciones de vida de los sectores populares. En muchos casos se dirigían al Estado en busca de ayuda y contención encontrando como respuesta el modelo de “reeducación-reclusión” como promesa de “forjar hombres de bien”. Se reforzó

la perspectiva de la situación irregular —a corregir o dominar— apareciendo directamente ligada en el imaginario social a la agudización de las condiciones de inequidad social. Así se consolidó la idea de “defensa de la sociedad” a través de la prevención del delito que escondía una clara tendencia de judicialización y penalización de la pobreza.

El arraigo de este modelo se fue traduciendo en la continuidad y apertura de otros y nuevos institutos para menores (hasta la década del 40 aproximadamente) (Morlachetti, 1990) y el incremento de la tasa de internación. Estas instituciones, con características totales, megainstituciones, albergaban entre 200, 300 y hasta 600 niños. La vida cotidiana transcurría al interior de las mismas y se encontraban ubicadas en el medio rural y alejadas de la zona urbana, otorgando a la vida rural virtudes de “ambiente natural” mientras se producía un desarraigo de las zonas y comunidades urbanas de pertenencia. A la vez, con la creación de nuevos institutos, fue apareciendo la clasificación por grupos etéreos, sexo y tipificación médica.

Este tipo de prácticas se iba instalando con la consecuente masificación y despersonalización propias de este tipo de instituciones. Prácticas que mantenían su correlato en el imaginario social que ligaba a estos *menores* a la peligrosidad y para los que se pedía el encierro y, en el mejor de los casos, la corrección. Y a la vez eran solicitadas indirectamente por quienes apelaban a algún tipo intervención del Estado como ayuda social y recibían estas prácticas justificadas en el discurso proteccionista.

Paralelamente se fueron gestando en nuestro país, ligadas a las luchas por los derechos humanos y sociales, organizaciones sociales y movimientos por los derechos humanos de los niños. Con la llegada de la democracia en 1983, organizaciones sociales de diversos orígenes fueron poniendo voz en el trabajo con niños y niñas que se encontraban en situación de calle. Las ONGs (organizaciones no gubernamentales) tuvieron un rol muy importante a partir de mediados de la década del 80. Y con el mismo tenor, en los primeros años de los 90 en el ámbito del Estado se logran instalar formalmente prácticas alternativas que se encontraban en consonancia con la reciente Convención Internacional de los Derechos del Niño aprobada en 1989 e incorporada a la Constitución Nacional en 1994.

Así es el caso del CAINA (Centro de Atención Integral a la Niñez y Adolescencia), en 1992, con la modalidad de Centro de día para chicos que se encontraran en situación de calle. Y en la misma línea, con la sanción de

la Ley 114, “Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes” en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires en 1998, se crea el Hogar Piedralibre,¹ hogar de tránsito para chicos y chicas en situación de calle –ambos dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Se comienzan a instalar e impulsar de este modo, como política pública, instituciones que centraran sus prácticas en la defensa y garantía de los derechos de los chicos. Se crea la modalidad de “puertas abiertas”, en contraposición a las instituciones cerradas tradicionales, ofreciendo así una *posibilidad*: construir una alternativa a la situación de calle. La voz y voluntad de los chicos como protagonistas y sujetos de derecho se convierten en el primer motor para la transformación.

El avance de prácticas e instituciones alternativas y legislaciones en consonancia con la defensa de los derechos de los chicos y chicas ha mantenido la convivencia (no sin conflicto) con la continuidad y vigencia de la Ley 10.903 –hasta octubre de 2005– y las prácticas que de ésta se desprendían. Ambos modelos en tensión, con sus paradigmas en contradicción, se han sostenido en pugna hasta la promulgación de la nueva ley.

En octubre de 2005, se logra la sanción de la Ley Nacional de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, cuyo éxito mayor es la derogación de la Ley de Patronato y su modelo de atención. A pesar de que desde hacía 15 años se contaba con las herramientas legales para hacerlo, la vigencia de este viejo modelo de control social ha contado con diferentes niveles de reaseguro.

Si bien, en un proceso complejo y contradictorio, se vienen impulsando y generando modalidades de atención alternativas en el trabajo con chicos y chicas en situaciones de calle y vulnerabilidad de derechos, los datos estadísticos arrojan que en la actualidad, a más de un año de la nueva Ley Nacional, según el informe de UNICEF y Sec. de DDHH Nación - 2006, 19.500 niños,

1. El Hogar Piedralibre abre sus puertas en 1998 como hogar de tránsito para chicos y chicas en situaciones de calle y vulnerabilidad. Con la modalidad de “puertas abiertas”, diferenciándose así de las instituciones de encierro. Los chicos podían elegir la posibilidad de quedarse y a partir de allí ser acompañados en la construcción de una alternativa a su situación de calle trabajando primordialmente con la revinculación familiar y/o la inclusión en un pequeño hogar como última estrategia. El Hogar Piedralibre cierra sus puertas luego del trágico accidente sufrido el 02/07/2002 en el que en un incendio fatal mueren dos chicos que se encontraban albergados: Luis y Nahuel. Las diferentes autoridades gubernamentales no han vuelto a retomar aquel proyecto.

niñas y adolescentes se encuentran privados de su libertad en institutos de menores, y la mayoría por causas asistenciales (no penales). Según los datos del informe, el 87% de los chicos que se encuentran institucionalizados reportan causas asistenciales (UNICEF, Sec. DDHH Nación, 2006).

El desafío aún tiene mucho por delante.

2. ¿A la calle se va o a la calle se llega? Y después de la calle, ¿qué?

Lo que hoy es nombrado como *situación de calle*, tanto de chicos como de adultos, aparece como un territorio,² y como tal, complejo, donde diferentes dimensiones, intereses y poderes se encuentran en tensión. A su vez, el planteo de los *chicos en situación de calle* fue producto de una construcción social de la situación como “problema”³ y un posicionamiento que busca cuestionar la tan arraigada y vigente “construcción de la minoridad” que parece negar opciones a quienes nacen en la pobreza y se van topando con derechos en permanente vulnerabilidad, mientras se les adosa el mote de peligrosidad. NO SE NACE MENOR; SE LO HACE MENOR.

En tal sentido, cabe distinguir dos líneas de sentido en el modo de nombrar –pensar y accionar– a los chicos en estas situaciones, que responden a diferentes momentos históricos (aunque no cronológicos), y básicamente a diferentes modelos. La primera, con la fuerte impronta de la categoría de *menor* y prácticas tutelares y de encierro como control social, y la segunda intenta introducir un quiebre de significación a nivel discursivo que irá acompañado de la inclusión de prácticas innovadoras y alternativas a lo que hace al trabajo con chicos y chicas, ligada a la defensa de los *derechos del niño*.

2. El concepto de territorio es de apertura para pensar un más allá del orden institucional tradicional, como un nuevo escenario estratégico, entendido como una fuerza viva de relaciones concretas e imaginarias que las personas establecen entre sí, con los objetos, la cultura y las relaciones que se dinamizan y transforman (Zaldúa, 2002).

3. Al referir a “construcción social del problema”, se hace referencia a los procesos de producción y reproducción social en tanto campo de fuerzas, intereses y poderes en tensión, al mismo tiempo que miradas, perspectivas y lecturas en términos epistemológicos que generan sentido en los discursos y prácticas, a la vez que conocimiento.

De este modo se distinguen estas dos líneas, quienes trabajan con: menores (*minoridad y familia / minoridad desamparada / menores en riesgo / menores*) y con chicos (*chicos de la calle / chicos en la calle / chicos en situación de riesgo / chicos en situación de calle / niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad de derechos*). A su vez, cada pasaje de un modo de nombrarlos a otro no es sin su correlato en la introducción de un aporte a la transformación. Prácticas discursivas que instauran representaciones, afectos y prácticas, y que en sus instituciones las reproducen (Castoriadis, 1997). Estos cambios en el modo de nombrar conllevan implicancias en la construcción del imaginario social y en el modo de operacionalizarse y reproducirse.

Al referir a *chicos en situación de vulnerabilidad de derechos*, se pretende hacer hincapié en los derechos de los chicos, en este caso vulnerados, y la necesidad de trabajar en su restitución o reparación, diferenciándose de otras perspectivas que se centran en el niño como objeto de tutela-corrección-protección... Desde esta perspectiva, son los derechos de los niños, niñas y adolescentes los que se encuentran vulnerados e incluso violados. La búsqueda de su restitución y garantía nos conduce a un nivel de mayor complejidad: ¿cómo trabajar en la defensa de los derechos de los niños en un escenario de familias sumergidas en la pobreza y precariedad absoluta?

Posicionarse desde una perspectiva de derechos, nos confronta ante su rasgo intrínseco y primordial: su carácter universal; los derechos humanos son universales. Y en este sentido, el carácter universal de los derechos de niños, niñas y adolescentes nos lleva necesariamente a considerar los de sus familias y comunidades y las condiciones de vida en las que se encuentran. En los sectores más empobrecidos de nuestra sociedad, los derechos humanos de la población en su conjunto no son garantizados, las necesidades básicas de la población son insatisfechas, y en este escenario los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes se encuentran vulnerados y doblemente violentados (Zaldúa, 1999). En tanto la política social esté deslindada de las políticas económicas, equidad e igualdad no logran traducirse en cuestiones concretas. Pobreza y vulnerabilidad de derechos se establecen como un par redundante que se reproduce en este modelo neoliberal que pretende un *mundo de pocos para pocos*.

Trabajar desde una perspectiva de derechos con niños, niñas y adolescentes en estas situaciones nos confronta a su vez con los procesos de producción de la *minoridad*; una clasificación que se encarga de zanjar diferencias y profundizar inequidad. Una perspectiva de derechos implica posicionarse en

una concepción que tienda a una visión unificada de la niñez y adolescencia. Que no se mal interprete; no se niega la diversidad, la inequidad ni la injusticia. Al contrario, se la reconoce para partir de allí hacia la búsqueda y construcción de condiciones y posibilidades allí donde no las hay.

2.1. *¿Cómo se construye la situación de calle?*

La situación, o situaciones, de calle de chicos y chicas y sus familias, no viene dada; ni tampoco es definitiva. No es una condición de ser, sino una construcción. Se llega a la calle, se llega a estar en situación de calle, y la situación de calle se va conformando como territorio.

La calle es pública, es abierta –ilimitada e inhóspita–, es transitada, es anónima, vertiginosa. La calle es espacio de paso, de trabajo y de permanencia. Pero la mayoría de los chicos y chicas que se encuentran en situación de calle conocían *la calle* antes de comenzar a permanecer en ella y se transformara en su situación cotidiana de vida, o subsistencia. La calle se fue configurando como espacio de subsistencia del grupo familiar, de pertenencia. Mujeres y hombres con niños en brazos (propios o ajenos), recorren las calles en busca de alguna “posibilidad”. La situación de calle para los chicos y chicas fue conocida, mayormente, acompañados por algún adulto primero o simplemente alguien un poco mayor.

En los últimos diez o quince años podrían caracterizarse, en términos generales, cuatro momentos diferentes en lo que hace a la conformación de las situaciones de calle de los chicos y chicas en esta ciudad: i) los chicos que “se escapaban”; ii) los chicos que laburaban - mangleaban - iban y venían de la casa - un día se quedaron; iii) grupos familiares en situación de calle con sus chicos; iv) hijos que son segunda o tercera generación en situación de calle, “chicos con sus chicos”.

i) El “se me fue; no lo puedo controlar, hace lo que quiere”, muchas veces iba acompañado de la contraparte de “me aburro”, “me pegan”. Situaciones familiares que resultaban poco contenedoras, monoparentales o incluso con dos adultos –aunque alguno de ellos no mantuviera un lazo sanguíneo–, en condiciones de vida precarias, con escasos ingresos económicos, generalmente vinculados a alguna actividad informal, changa o cartoneo, subsidios o “planes” con alguna caja de alimentos, en donde muchas veces se veían afectados

los vínculos e intercambiados los roles en el grupo familiar o de convivencia, con situaciones de desborde ante una realidad que excedía las posibilidades de abordarla y donde las instituciones tradicionales de inclusión e intercambio social (escuela, centros de salud, club o centros deportivos recreativos) también se encontraban en la pendiente (Duschatsky y Corea, 2002). El futuro lejos de presentarse como una promesa de mejora, de horizonte a alcanzar, ya aparecía como amenaza ante un presente vulnerado e inestable; el futuro se hacía impensable muchas veces. La calle comenzaba siendo el lugar al que “se iba” para conseguir un poco de dinero; el tren, el conducto que aún con juego y aventura conducía a la capital –semillero de “recursos y cosas”–; y la estación y alrededores, espacio posible de encuentro con otros pibes. A la calle se iba y de la calle se volvía; a casa y al barrio.

ii) Vender algunas cosas enviados por algún adulto era de las actividades económicas más organizadas; cuidar autos, limpiar vidrios o abrir puertas de taxis era otra vía de ingresos de quienes comenzaban a instalarse en una zona y permanecer allí conformando su ranchada; y también el “manguero” o arrebato, que muchas veces se nombraba como “laburo”. En muchos casos, estas actividades tenían como fin llevar un monto de dinero a la casa, en las que la situación iba decayendo en términos económicos y de estabilidad en los vínculos y roles; la escuela se iba convirtiendo en un lugar que se visitaba cada tanto, donde se iba a comer o para cumplimentar un requisito de algún “plan de ayuda social”. En muchos otros casos, no era la familia la destinataria del dinero conseguido sino algún adulto que, a cambio de comida, techo, drogas y otros menesteres y por sobre todo “protección y promesas eternas (incumplidas, pero promesas al fin)”, abusaba de los chicos y chicas como mano de obra “descartable”. Y también, cómo no, las situaciones en que se conseguía dinero para la subsistencia propia y del grupo, que lejos está de tratarse de la mera reproducción fisiológica; la plata es para comer, para divertirse y para consumir, en sus diferentes versiones.

El consumo aparece como vía regia de acceso e inclusión; como paradigma por excelencia de una época que se inicia en el correr de los 90. La cultura del consumo (Rabello de Castro, 2001) se edifica como código de las relaciones sociales de este modelo liberal, y se consolida como rasgo de ciudadanía.

¿Pero, por qué “quedarse” en la calle? ¿Por qué no volver (a las casas)?

La calle en la ciudad se aparece como oportunidad (¡!); ¿de qué? Oportunidad de acceder a eso que en el barrio no se alcanza, no hay; oportunidad

de acceder a algo distinto –búsqueda de algo distinto–, a pertenecer, a estar incluido. Oportunidad de acceder, al consumo; versión capitalista de la inclusión. Y el consumo se ofrece como rasgo de ser, de identidad, de reconocimiento en este modelo capitalista. El consumo se convierte en la expresión individual de la significación (significación imaginaria social) dominante del capitalismo: la expansión ilimitada de dominio (Castoriadis, 1997).⁴ Y el consumo como modelo se ofrece para todos, para el que tiene y para el que no. El consumo se presenta como condición del ser, el consumo invita. Invita “a todos por igual”, al incluido y al excluido, en una propuesta perversa que lo deja librado a las leyes del mercado y soslaya las diferencias e inequidad en las condiciones de posibilidad.

Las cosas no responden a las necesidades; las necesidades se crean a partir de las cosas. Y quien tiene cosas pertenece. A partir del tener cosas se es reconocido. La calle se presenta como una conjunción de “libertad y consumo”; la calle se disfraza como lugar en que “se puede hacer lo que se quiere”, donde pareciera no haber “NO(s)” ni obligaciones, y en la calle –de la ciudad– se consiguen cosas, están ahí. La ciudad se muestra como el paradigma del consumo, y con la paradoja del “anonimato y ser reconocido”. A la calle se llega y a la calle se va. Se llega a veces expulsado, escapando de algún otro lugar o buscando un “lugar” –¿social?–. Y a la calle también se va, en busca de, como búsqueda desesperada, o con alguna ilusión o intención de que algo sea distinto.

En las casas, espacio de referencia, en crisis, con adultos que no logran dar respuestas efectivas a las dificultades y situaciones que los desbordan, con una realidad cotidiana que resulta una amenaza constante a la continuidad y al futuro (o mejor dicho al presente), con roles que se intercambian, con normas que se buscan establecer –de algún modo–, no se logra retener a los chicos. Las casas se abandonan y se conservan en el recuerdo como un lugar donde volver alguna vez. La calle, lugar del no lugar, hay que construirla. Se arma la ranchada –grupo de convivencia que comparte el día a día y un

4. En *Avance de la insignificancia* Castoriadis plantea como significación imaginaria social dominante del capitalismo a la “expansión ilimitada de dominio”, y como tal impone una representación, un modo de sentir y un modo de funcionar. Esta SIS se traduce, a nivel individual como parte del colectivo social, en el consumo, en la “sed del tener por tener, del más por más”. Rodearse de objetos, acumularlos, aparece como defensa ante la propia muerte, la propia finitud. El consumo, de este modo, sólo necesita del tiempo en presente.

lugar donde “parar” en calle—, se establecen lazos entre pares y vínculos fraternos; *la fraternidad* y *el aguante* (Duschatsky y Corea, 2002) son rasgos que destacan los vínculos en los grupos de chicos que se encuentran en la calle. Se establecen códigos y modos de funcionamiento. La aparente “libertad” y ausencia de límites de un inicio se va mostrando en su versión más real; hay códigos y normas, organizaciones generalmente jerárquicas, las leyes de la calle no son justamente flexibles ni contemplativas. La calle también resulta amenazante. La ranchada se convierte en espacio de referencia y de refugio, y a veces también de poder. En la calle, el tiempo es presente, el futuro no se piensa, y el pasado muchas veces se prefiere no recordar. Es el tiempo del aquí y ahora, y aun así tampoco está asegurado. La violencia de la calle se padece en tiempo presente.

iii) La crisis del 2001, la debacle y desagregación social de esos años anteriores, generó la afluencia de familias enteras a situaciones de calle. No ya para trabajar o conseguir algo y regresar a sus casas, sino para permanecer allí. En los barrios de pertenencia las posibilidades de supervivencia se encontraban agotadas, y la calle en la ciudad ofrecía alguna posibilidad de rebusque. Se había desdibujado el lugar a donde volver, la precariedad había llegado a puntos extremos. Grupos familiares enteros viviendo del manguero, del pedir, del comedor comunitario, de la olla popular en la estación o la plaza, de algo que se pudiera conseguir. Chicos y grandes habitando este espacio común, entre cartones, maderas, algún colchón, algún lugar. Los grupos familiares se terminaban de desarticular y fragmentar en una situación que desbordaba cualquier posibilidad de respuesta. Se sobrevivía.

El surgimiento de organizaciones sociales y movimientos, la movilización social, los espacios comunitarios que cobraron fuerte protagonismo a partir del 19 y 20 (de diciembre 2001) fueron incidiendo en la recomposición del lazo social a medida que se iba estabilizando la situación del país, y como fuerte malla de inclusión social.

iv) Lo que siguió posibilitó un restablecimiento de lazos sociales, recuperación de viviendas y del barrio, consolidación de espacios comunitarios, y básicamente abandonar la situación de calle para muchos. A la vez, para muchos otros continuó un proceso de cronificación de su situación de calle, de años, de muchos intentos. Chicos que ya no tienen una casa a la que regresar, porque no vienen de una casa. La casa quedó muy lejos, atrás en el

tiempo. Algo muy distante de ser un espacio de cobijo y estabilidad –“permanencia y cambio” diría Piera Auglanier (1994), como pilares del proceso de constitución subjetiva, se necesita de uno para tolerar el otro–; quizás más cercano a un lugar remoto, con algún recuerdo o como alguna referencia a la hora de responder “procedencia” en alguna entrevista social. Ellos estuvieron desde muy pequeños en situación de calle, quizás el paso por algún/os hogar/es, algún/os instituto/s. Sus padres... también deben estar por algún lado, en la calle. Y ellos, “chicos-jóvenes-adultos” a la vez, que ya son padres de otros chicos. Tienen sus niños en brazos, o los llevan de la mano. Estos bebés son niños nacidos en la calle.

Estas situaciones conviven con las de otros chicos que recién llegan a una situación de calle, porque se pelearon, porque les pegan, porque a veces vuelven, porque se perdieron, porque un día se quedaron.

Si bien esta caracterización podría guardar cierta relación de secuencia temporal, no es lineal ni excluyente. Más bien, se conforma como estampas de la calle que reflejan la complejidad de las situaciones de calle de chicos y chicas en la ciudad. Que refleja la situación de nuestro país, donde la precariedad y vulnerabilidad de derechos se va instalando como *modo de permanencia* con un pretencioso interés de acomodación; pretencioso interés de acostumbramiento a la muerte cotidiana, a la violencia simbólica y real que se padece en situaciones de calle.

El cómo incidir en esta realidad, con prácticas transformadoras que logren cuestionar las condiciones de posibilidad, los procesos de producción y reproducción social que construyen esta realidad cotidiana, es guía de nuestros interrogantes. Realidad que produce y reproduce condiciones materiales y condiciones subjetivas (estilo de vida –Almeida Filho, 2000–). Subjetividades que son producto de este proceso de reproducción social, de este proceso de construcción de las situaciones de calle: de quienes la protagonizan y de quienes la posibilitan y generan. ¿Acaso se podría pensar en los mismos términos los procesos de constitución subjetiva de un niño que nace y es criado por su madre y su padre –quienes tienen un trabajo estable–, concurre a la escuela, comparte momentos de juego con otros niños y con sus padres y otros adultos, que un niño que desde pequeño es llevado por su mamá a alguna estación para pedir alguna ayuda, que luego le tocará pedir en la ventanilla o buscará alguna otra estrategia para juntar algo para comer en el día, jugando cuando el trabajo se lo permita y soportando el rechazo de muchas piernas que pasan agitadas por el ritmo de la ciudad –y de la escuela, ¡ni hablar!–?

3. Cuando el circuito parece estar prediseñado

3.1. Creando alternativas: arte - creación - invención

Desde esta perspectiva, pareciera que se va conformando un circuito para quienes se encuentran en situación de calle. Las situaciones de partida confluyen en condiciones de pobreza y exclusión, y lo que continúa a la calle suele estar ligado a alguna institución destinada a los “menores” (institutos de menores, u hogar en el mejor de los casos), con distintas versiones de la judicialización de la pobreza, que sostienen la noción de peligrosidad que se adjudica a los chicos, como se desarrollaba líneas arriba.

Lo que interesa resaltar desde una perspectiva compleja en torno a la Salud Colectiva es cómo determinadas prácticas cristalizan determinadas percepciones respecto a la niñez y a la adolescencia y establecen un “recorrido” que se presenta como consecuencia escondiendo los mecanismos que lo generaron. Y de este modo, con esta cristalización, automáticamente se pasa a excluir otras posibilidades de imaginar, percibir y representar a los chicos y chicas que permita romper con la dicotomía de “niños y menores”.

La alternativa hay que construirla, no sólo que sea ofrecida, sino construirla y hacerla carne. Construirla en lo simbólico y en lo real.

A partir de aquí se plantea tomar una experiencia de trabajo con chicos y chicas en situación de calle a partir de una propuesta artística. Algunas nociones y categorías claves a destacar y analizar en este proyecto a partir de las cuales se interrogan y buscan transformar los procesos de producción de estas situaciones, son: vulnerabilidad - subjetividad y procesos de subjetivación - significaciones imaginarias sociales - situación - empoderamiento - proceso creativo.

¿Por qué muchas experiencias de trabajo con chicos y chicas en situación de vulnerabilidad / situación de calle utilizan el arte como herramienta? ¿Y qué relación mantiene con la praxis preventivista y el trabajo en salud mental?

La experiencia: el trabajo de la Asociación Civil AMANECER⁵ a partir de la obra *Amanecer bajo los puentes*.

5. La Asociación Civil AMANECER trabaja con chicos y chicas en situación de calle. El proyecto de casa-taller y el montaje de la obra es una de sus propuestas, entre otras.

Amanecer bajo los puentes cuenta una historia autobiográfica de un poeta mendocino, Armando Tejada Gómez —es una obra teatral—. Cuenta la historia de unos chicos adolescentes varones que viven en la calle. Sus vidas transcurren ahí: comen, duermen, se van, pelean, se enamoran, roban, ahí, en la calle. Y su lugar en la calle es “bajo los puentes”. *Amanecer bajo los puentes* cuenta una historia en una obra de teatro protagonizada por chicos que podrían ser “esos” chicos, pero que ahora cumplen la función de actores y, entonces, la representan. La historia al ser “contada” toma distancia de la historia “vivida”; la historia representada aparece mediada por el teatro; aparece objetivada, no padecida.

¿Cómo se llega a *Amanecer bajo los puentes*? *Amanecer bajo los puentes* se ofrece: como una propuesta y como un proyecto, —¿como una alternativa?—. La propuesta del equipo de *Amanecer* (Asoc. Civil) es simple: a partir del trabajo cotidiano con los chicos en la calle, estableciendo un vínculo, compartiendo momentos, acompañando la atención de sus necesidades, se realiza una propuesta singular, en el uno a uno: sumarse a participar de un proyecto colectivo de teatro con otros chicos, en lo que quiera, pueda y elija (como actor, malabarista, iluminador, sonidista, vestuarista o plomo). Pero en tanto proyecto colectivo tiene ciertas reglas comunes de funcionamiento: ante todo la propia voluntad de hacerlo, a su vez debe concurrir a los encuentros de ensayo durante aproximadamente un mes, no puede ir drogado ni con armas. Al cabo de este tiempo, puede incorporarse al proyecto, y si así lo quiere, comenzar un proceso de ingreso a vivir en la casa-hogar como alternativa a su situación de calle. Si falta reiteradas veces y no tiene una justificación, se lo invita a reiniciar su proceso de incorporación.

¿Por qué ésta como otras propuestas de creación artística tiene buena aceptación entre los chicos y chicas que se encuentran en situación de calle y se convierte en una alternativa de apertura? ¿Acaso la calle está plagada de potenciales artistas no descubiertos?

Hace varios años (1990), A. Morlachetti —referente del Movimiento Los chicos del pueblo— expresó: “¿Son irre recuperables? Cabría responder a esta pregunta por la contraria: ¿recuperables de qué... para qué... para quién?”, y plantea “El proceso de recuperar un lugar social justo para el chico expulsado a la calle... No se trata de recuperar al chico para la sociedad... Se trata de crear las condiciones individuales y colectivas para generar el lugar social que desde la comunidad, la escuela, la familia le ha sido negado” (Morlachetti, 1990).

Desde una perspectiva de la Salud Colectiva, que interroge los procesos de producción de los problemas sociales y genere prácticas transformadoras, podrían destacarse en el proyecto de *Amanecer con Amanecer bajo los puentes* algunos aspectos:

- se ofrece como un espacio alternativo a la situación de vulnerabilidad / situación de calle brindando la posibilidad de una elección subjetiva y singular, promoviendo responsabilidad y autonomía;
- promueve estrategias de inclusión social de los chicos a través del arte;
- se despliega como facilitador de procesos creativos en los chicos y se ofrece como posibilidad de posicionarse como sujetos activos en esa creación;
- reconoce el juego como instancia saludable y vital, motor de todo proceso creativo;
- promueve procesos de transformación en el imaginario social en torno a los “chicos de la calle”;
- en tanto propuesta artística, apela a características propias de los chicos y promueve su resignificación en un proceso subjetivo de *invención* y empoderamiento;
- se ofrece como sistema de referencia identitario posibilitador de procesos de subjetivación más estables –ambiente reparador (Winnicott).

En relación al primer aspecto, hay dos nociones interesantes a destacar: vulnerabilidad y situación. Por vulnerabilidad se entiende “el aumento de la probabilidad de que acontezcan problemas de salud por falta de las redes de soporte y protección y por las situaciones que aumentan la susceptibilidad” (Zaldúa, 2002), solidaria de encontrarse en situaciones de precariedad en torno a la posibilidad de subsistencia y reproducción social y fragilidad de los lazos sociales (Castel, 2002). La situación de calle se conforma como una situación de vulnerabilidad.

A la vez, la noción de situación (Duschatzky y Corea, 2002) plantea una configuración particular del tiempo y el espacio, ambos en un recorte de tiempo presente, que a su vez reconoce un modo particular de estable-

cimiento del lazo social, de establecer vínculos, y por sobre todo reconoce diferentes modalidades subjetivas de habitarla. Situación y vulnerabilidad se conjugan en calle, en un tiempo y en un espacio donde los vínculos resultan inestables y frágiles.

En la calle se arma ranchada, los chicos y chicas se juntan en un grupo con el que se referencian y conviven, y ocupan un lugar. Allí se establecen *códigos* (valores y pautas de funcionamiento), *ritos* (prácticas regladas aprobadas por el grupo que cobran valor en su transmisión) y *la fraternidad* y *el aguante* (modo del lazo social que se afirma en el vínculo fraterno entre pares como primordial).

Códigos, ritos y fraternidad sin los cuales sería imposible tolerar el desamparo, convivir con el miedo y el terror, probarse en los límites de lo insoportable, de la violencia y la agresión, el hambre, el frío, la persecución policial, las migajas de la caridad y el desprecio reiterado. Los atributos de liderazgo y extroversión, la exposición del cuerpo, la exposición a situaciones de riesgo, son muchas veces mecanismos defensivos que se organizan como modos de ser/hacerse valer en la calle, aunque muchas veces ejercidos desde un lugar de poder y dominio por sobre sus pares.

La situación de calle de chicos y chicas implica haber aprendido a sobrevivir en ella. La sobrevivencia no se reduce a la provisión de medios materiales de vida, sino a la constitución de valores y referentes identificatorios que le den sentido –soportes identitarios– a ese “ser y estar en la calle”. A veces es alguien un poco más grande, otras un par. Pero estos soportes suelen ser lábiles, aunque en muchos casos cobran mucho valor y apego, se constituyen en tiempo presente. El tiempo de la situación; la situación se conforma, se arma y se organiza, pero en otro momento puede desarmarse y configurarse de otro modo, en otro lugar y otros protagonistas. Y ahora es “esta” situación; la otra ya se disolvió. El tiempo presente se convierte en defensa ante el futuro, amenazante.

Amanecer bajo los puentes se ofrece como alternativa a esta situación de calle. Ofrece un espacio diferenciado a la calle que invita a la inclusión, inclusión social. A un espacio colectivo de referencia que a la vez implica un proyecto, creativo. Este aspecto merece detenerse un momento.

Se invita a un colectivo de referencia que comparte un proyecto. Si se considera que los chicos en la calle suelen construir un colectivo de referencia y refugio, que comparte la situación de calle, proponer un nuevo colectivo que se encuentra en un proyecto parece una alternativa pero requiere de un

trabajo. Un nuevo colectivo implica abandonar códigos para asumir otros, separarse –a veces– de afectos y/o vínculos de la calle para construir otros, suspender la situación de calle para considerar la posibilidad de un proyecto, que necesariamente introduce otras dimensiones del tiempo además de la presente: la pasada y la futura.

A la vez, invitar a un proyecto que es “creativo” implica que se considera que el otro puede crear. Se apela a su capacidad creativa, a su subjetividad, y se lo reconoce en el acto –positivo– de invitar a crear. Interesa destacar cómo en esta acción inicial se considera a los chicos sujetos –creadores, de derecho, protagonistas,...–, diferenciado de aquella noción de menor la cual reconoce a los chicos por aquello que aún no pueden ni tienen. Y como sujeto, se apela también a su responsabilidad subjetiva, a su capacidad y a su responsabilidad, considerando ante todo las condiciones reales y simbólicas de las que parte, y reconociendo que la violencia real y simbólica padecida atentó contra su subjetividad (desubjetivación). Los procesos de subjetivación requieren de un acompañamiento y de que existan condiciones de posibilidad. La posibilidad de elegir hay que construirla en quien no lo había hecho antes.

A su vez, como proyecto creativo, se diferencia su producto de su proceso; proceso de creación. Y allí se abre el lugar de la experiencia de lo creativo. El encuentro con lo creativo posibilita sorprenderse, abrir espacios cerrados o desconocidos, abrirse al juego; encontrarse con lo nuevo, que es propio y ajeno. Y encontrarse allí, *haciendo* lo que uno es y *siendo* lo que hace. Proceso dador de identidad (Winnicott).

La experiencia de lo creativo no termina con la finalización del producto; la experiencia de lo creativo trasciende en los otros (Castoriadis, 1997), y a través de los otros en eso que fue creado. Y en ese “a través de los otros” trasciende quien lo creó: el objeto fue creado y en esa creación me reconozco y me reconocen; bases del proceso identificatorio. La experiencia de crear se traduce como producción de subjetividad. Ya señala Winnicott (1971): “la creencia de que vivir en forma creadora es un estado saludable”.

A su vez, la elección singular de participar del proyecto conlleva la decisión de hacerlo. Entendiendo que es en la situación de elegir y decidir, pudiendo interrogar e interrogarse desde una posición crítica, donde el sujeto pone a jugar su responsabilidad, autonomía y libertad. Pero estas tres categorías no son absolutas ni *a priori*. No hay responsabilidad por parte del sujeto si no se tuvieron los recursos materiales y simbólicos para elegir; no se alcanza la autonomía porque repentinamente se ofrezcan alternativas para

optar; no es posible la libertad inmediata si no se la vivenció antes. Responsabilidad, autonomía y libertad son condiciones a construir. De allí que desde el proyecto se acompañe el proceso de decidir de los chicos.

En otro aspecto, la posibilidad de los chicos / actores de “ser vistos” por amigos, familiares y el público en general, en muchos casos implicó un cambio en su posición en relación a los otros y viceversa. Ser vistos = ser reconocidos. Este rol de *ser actor*, de ser alguien que crea, alguien que puede, permitió muchas veces el reencuentro con las familias de origen por años distanciadas. Esta versión de sí, actor, adolescente, creativo, muy diferente a la “idea de peligrosidad” (representación social ligada a “los chicos de la calle”), permitió al menos interrogar el imaginario social y las significaciones imaginarias asociadas.

A la vez, la propuesta, en tanto propuesta de creación artística en el género teatral –como también sucede con la murga, malabares, etc.–, apela al cuerpo y a rasgos y/o características muchas veces presentes en los chicos en situación de calle: rasgos de liderazgo y extroversión junto al modo particular de la puesta del cuerpo, en tanto modo particular de los chicos de habitar las situación de calle. Estos rasgos aparecen a modo de “destrezas” o “rasgos de carácter” de los chicos y chicas en esta situación. Y aquí me gustaría dar un paso más.

Estos que se nombran “rasgos de carácter” –aunque no necesariamente todos presentes–: liderazgo, extroversión y/o puesta del cuerpo, muchas veces son rasgos de un código, en este caso, el código de la situación de calle. Ambos constituidos mutuamente, como mencionaba líneas arriba. Código que se encuentra íntimamente ligado a la situación de supervivencia que plantea la calle, en tanto ejercicio de poder y como mecanismo defensivo de renegación ante los miedos y el desamparo. Si algo tiene la calle, es que hay que poner el cuerpo, sin velos, el cuerpo real. El cuerpo está en la calle incluso a veces antes que los pensamientos.

Liderazgo, extroversión y/o puesta del cuerpo son resignificados en su *puesta en juego* en una creación artística colectiva. Estas características son traducidas en lenguaje de expresión, creación y comunicación; en una versión positiva donde “poner el cuerpo” no sea exponerlo a los bordes de la muerte (como los “juegos” tan reiterados de ir colgados del estribo del tren, saltar sobre los andenes en las estaciones o viajar en los techos), sino exponerlo al encuentro con los otros en un proceso creativo. El cuerpo, además, cobra valor de pantalla de expresión de sentimientos y sentires, aspectos tantas

veces negados para la supervivencia en la calle. Se pone en juego un proceso de invención: “la invención pone de relieve la producción de recursos para habitar la situación. Se trata de hacer algo con lo real, de producir aberturas a la condición de imposibilidad, de producir nuevos posibles. Se trata de una posición de enunciación que grafica la búsqueda de un ‘poder ser’ en el borde un ‘no poder’. Las operaciones de subjetivación se plantean allí donde opera la imposibilidad: operaciones generadas en una sociedad”.⁶

Invención que está ligada tanto a los códigos, los ritos, la fraternidad como a la representación de sí mismo de cada uno de los chicos. Afrontar la nueva situación, diferente de la situación de calle, requiere poner a jugar todos los mecanismos subjetivos y colectivos a fin de construir nuevos patrones de referencia. Invención que, en tanto potencial creador y diversidad de recursos psíquicos, implica un acto en salud. Abandonar la situación de calle para pasar a configurar otra requiere de un proceso trabajoso y contradictorio.

En el proceso de invención se pondrán en juego los aspectos resilientes individuales y colectivos. La posibilidad de reflexionar sobre la experiencia y el proceso, de interrogar e interrogarse sobre las condiciones de producción de una y otra situación, dará lugar a la posibilidad de un proceso de empoderamiento, desafiando las relaciones de poder que determinaron la situación de calle y vulnerabilidad.

Pero este pasaje de una situación –conocida– a otra –desconocida– no es sin contradicciones, miedos y “retrocesos”. El ir y volver se constituye como una serie obligada en el camino de probar y volver a probar la consistencia, del otro y por lo tanto de sí mismo. Como mencionaba líneas arriba, una situación configura un modo de ser, hacer y sentir, una temporalidad, una espacialidad. Abandonarla para pasar a configurar otra no es sin pérdida. Los chicos requerirán de un nuevo sistema de referencia que funcione de soporte identitario y de subjetivación y que sea consistente y prometedor de futuro. Cuando las autoras citadas refieren al “agotamiento del dispositivo familiar” como patrón de referencia, refieren a la caída de la figura de protección y autoridad. Una y otra deben ser reeditadas en quien se ofrezca como nuevo soporte; y una y otra serán probadas una y otra vez: en su versión de protección y en la de autoridad. Ambiente reparador en situaciones de privación, según Winnicott. En este desafío parecen embarcados desde la propuesta *Amanecer bajo los puentes*.

6. S. Duschatzky y C. Corea (2002, p. 78) plantean que ante el agotamiento del dispositivo familiar como patrón de referencia, observan tres modalidades subjetivas de habitar las nuevas situaciones: desubjetivación, resistencia e invención.

4. Para ir cerrando

Se podría decir que este proyecto permite promover, desde una propuesta artística, procesos de subjetivación e inclusión social. En un escenario de expulsión en el que se encuentran los chicos y chicas en situaciones de calle, se ofrece un espacio donde poder ser protagonista de un hacer. Aquí una experiencia que se inscribe entre otras tanto públicas como de organizaciones sociales y ONGs.

Apelando a sus aspectos creativos y resilientes, a su capacidad y a su condición de sujetos, a su subjetividad, se promueve en los chicos procesos de empoderamiento y autonomía. Estas experiencias hacen eje en el acompañamiento de procesos singulares y colectivos que permitan interrogarse por las situaciones que viven, en sus condiciones, sus determinantes y la posibilidad de decidir un cambio. Posibilidad de decisión de una alternativa, y el compromiso necesario por parte de los adultos de acompañar a los chicos y chicas en construir tamaña tarea.

Desde una perspectiva de la Prevención Crítica y Salud Colectiva se identifican allí la promoción de procesos de transformación y elaboración de estrategias protectoras. La producción de actos en salud se relaciona directamente con la posibilidad de construir alternativas, si se tiene en cuenta que la posibilidad misma estuvo negada.

Quizás no sea que la calle se encuentra plagada de artistas sin descubrir, sino transitada, ocupada y configurada por niños, niñas, adolescentes y adultos *capaces de crear e inventar un proceso de transformación que desafíe al destino, que requiere también de un otro, un colectivo social, que esté dispuesto a jugar el mismo juego*. Y de una posición comprometida de quienes diseñan y ejecutan las políticas públicas y quienes asumen la responsabilidad de trabajar con estas situaciones. Como trabajadoras y trabajadores de la salud a esto debemos convocarnos.

Porque la calle como escenario complejo pone en evidencia los efectos de inequidad e injusticia del neoliberalismo y esconde sus procesos de producción. Y porque a esta elucidación se pretende aportar desde la praxis en prevención crítica. Consideramos que la acción en salud se constituye como práctica social y el planteo de escenarios de transformación se convierte en el desafío.

5. Bibliografía

- Almeida Filho, N.: *La ciencia tímida*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2000.
- Aulagnier, P.: “Los dos principios del funcionamiento identificador”, en *Un intérprete en busca de sentido*, México, Siglo XXI Editores, 1994.
- Asoc. Civil Amanecer: *Amanecer al margen*, revista, Año 1, N° 1, 2, 3 - 2004/5.
- Castel, R.: “Los desafiliados: la precariedad en el trabajo y la vulnerabilidad relacional”, en *Revista Topia*, Año 1, N° 3, Buenos Aires, 1991.
- Castoriadis, C.: *El avance de la insignificancia*, Buenos Aires, Eudeba, 1997.
- Duschatzky, S. (comp.): *Tutelados y Asistidos*, Buenos Aires, Paidós, 2000.
- Duschatzky, S. y Corea, C.: *Chicos en banda*, Buenos Aires, Paidós, 2002.
- Eroles, C.; Fazzio, A. y Scandizzo, G.: *Políticas Públicas de infancia*, Buenos Aires, Espacio, 2001.
- García Méndez, E.: “Pehistoria e historia del control socio-penal de la infancia”, en *Lecciones y Ensayos* N° 53, Buenos Aires, Astrea, 1989.
- Convención Internacional de los Derechos del Niño*.
- Ley 10.903 - Ley de Patronato de Menores.
- Ley 114 - Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires.
- Ley 26.061 - Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
- Morlachetti, A.: *Revista Pibes*, diciembre de 1990.
- Pojomovsky, J. (coord.): *Situación de niños, niñas y adolescentes en las calles de la ciudad de Buenos Aires* (en prensa), 2006.
- Rabello de Castro, L. (org): *Infancia y adolescencia en la cultura del consumo*, Buenos Aires, Grupo editorial Lumen Humanitas, 2001.
- UNICEF, Sec. DDHH Nación: *Privados de Libertad. Situación de niños, niñas y adolescentes en Argentina*, UNICEF, 2006.

Winnicott, D.: *Deprivación y delincuencia*, Buenos Aires, Paidós, 1990.

—: *Realidad y juego*, Barcelona, Gedisa, 1971.

Zaldúa, G. y col.: “Territorios y Narrativas. Entre la reproducción y la transformación” en *X Anuario de Investigaciones*, Fac. de Psicología, UBA, 2002.

—: “Epidemiología de la violentación” en *Cuadernos de Prevención Crítica*, N° 1, Buenos Aires, Eudeba, 1999.

CAPÍTULO 14

LOS DESAFÍOS DE LA PREVENCIÓN EN LA VEJEZ. REMINISCENCIAS Y NARRATIVAS

ROSANA PEIRANO

A Martín Ignacio Bernetti,
“mi faro, mi único faro”,
a quien le auguro una feliz y creativa vejez.

A Jorge Peirano, mi viejo.
In memoriam.

El hombre más viejo del mundo Eduardo Galeano

“Era verano, era el tiempo de la subienda de los peces, y hacía ciento veinticinco veranos que don Francisco Barriosnuevo estaba allí.

—Él es un comeaños —dijo la vecina—. Más viejo que las tortugas. La vecina raspaba a cuchillo las escamas de un pescado. Don Francisco bebía un jugo de guayaba. Gustavo, el periodista que había venido de lejos, le hacía preguntas al oído.

Mundo quieto, aire quieto. En el pueblo de Majagual, un caserío perdido en los pantanos, todos los demás estaban durmiendo la siesta. El periodista le preguntó por su primer amor. Tuvo que repetir la pregunta varias veces:

—Primer amor, primer amor, ¡primer amor!

El matusalén se empujaba la oreja con la mano:

—¿Cómo? ¿Cómo dice?

Y por fin: —Ah, sí —balanceándose en la mecedora, frunció las cejas, cerró los ojos:

—Mi primer amor...

El periodista esperó. Esperó mientras viajaba la memoria, destartalado barquito, y la memoria tropezaba, se hundía, se perdía. Era una navegación de más de un siglo, y en las aguas de la memoria había mucho barro, mucha

piedra, mucha niebla. Don Francisco iba en busca de su primera vez, y la cara se le contraía como un puño. El periodista desvió la mirada cuando descubrió que las lágrimas estaban mojando los surcos de esa cara estrujada. Y entonces don Francisco clavó en la tierra su bastón de cañabrava y empuñando el bastón se alzó de su asiento, se irguió como gallo y gritó:

—¡Isabel!

Gritó:

—¡Isabeeeeeel!”

A partir de la comprensión del envejecimiento como un proceso complejo en el que intervienen factores biológicos, psicológicos, ecológicos, sociales, políticos, se proponen modelos integradores de la dimensión psicosocial del envejecimiento y la valoración de las potencialidades creativas en la vejez.

Allí se afrontan modos de vida caracterizados por la vulnerabilidad, la fragilización, la fragmentación de lazos sociales y vinculares provocando aislamiento social o falta de red social de apoyo.

El desafío para la población que envejece es encontrar modalidades subjetivantes, prácticas autogestivas participativas, estrategias autoprotectoras que desplieguen subjetividades activas, prácticas y de pertenencia a su historia y a su contexto.

1. La reminiscencia

Leopoldo Salvarezza precisa a la reminiscencia como “(...) una actividad mental organizada, compleja y que posee una finalidad instrumental importantísima: la de permitirle al sujeto reafirmar su autoestima cuando sus capacidades psicofísicas y relacionales comienzan a perder vitalidad” (1996: 111-112). La reminiscencia se asocia a la vejez normal; la nostalgia, en tanto recuerdos cuya impronta invariable es la tonalidad efectiva de dolor, a la vejez patológica.

En trabajos elaborados (Peirano y Lombardo, 2002) producto de talleres de creación literaria y grupos de reflexión con viejas y viejos, se propuso definir a la reminiscencia como una modalidad narrativa, propia de los sujetos que envejecen, en la que se encuentran amalgamadas su realidad psíquica

con una verdad histórica y vivencial. Se la puede entender como una forma de deconstrucción, construcción y una organización nueva de la historia singular, familiar, social o vinculada a la transmisión de tradiciones, mitos: “(...) nadie vive en el inmediato presente: todos ponemos en relación cosas y acontecimientos mediante el aglutinante de la memoria, personal y colectiva (sea historia o mito). Vivimos según un relato histórico, cuando al decir ‘yo’, no ponemos en duda ser la natural continuación de aquel que (según nuestros padres o el registro civil) nació a esa hora precisa de aquel preciso día en aquella precisa localidad. Y viviendo sobre la base de dos memorias (la individual, por la que nos contamos qué hicimos ayer, y la colectiva, por la que nos han contado cuándo y dónde nació nuestra madre) a menudo somos proclives a confundirlas, como si del nacimiento de nuestra madre (pero en definitiva también de la de Julio César) hubiéramos tenido la misma experiencia ocular que hemos tenido de nuestro último viaje. Este entramado de memoria individual y colectiva alarga nuestra vida, aunque sea hacia atrás, y hace destellar ante los ojos de nuestra mente una promesa de inmortalidad” (Eco, 1996: 144).

Se parte del concepto de reminiscencia concebido como un proceso psicológico universal caracterizado por un progresivo retorno a la conciencia de las experiencias pasadas y el resurgimiento de conflictos no resueltos. La reminiscencia no siempre es evocación del pasado, repetitiva; sino que da cuenta de sus múltiples dimensiones, desde el enriquecimiento de una subjetividad reflexiva.

Desde esta mirada quien envejece cumple un papel activo en la transferencia de elementos de una generación a otra por la cual el momento de la reminiscencia o revisión de vida no sólo sirve al bienestar de quien envejece sino también al proceso de preservación cultural y a la evaluación de los elementos del pasado.

Se entiende a la trasmisión como proceso y trabajo psíquico donde se despliegan ligazones psíquicas e intersíquicas y las transformaciones devenidas de éstas; “(...) Requiere la diferenciación entre lo que es transmitido y lo que es recibido y transformado, principalmente en el proceso de historización del sujeto de la herencia y de la trasmisión por el yo [je] que asume con ello el pensamiento y el lugar” (Kaës, 1996: 74).

Las representaciones sociales negativas respecto del olvido y el recuerdo repetitivo a la vejez, obstaculizan contextos de producción reminiscentes como la actividad creativa del sujeto que envejece, facilitadora de promoción y prevención en y de su Salud Mental.

Se capitalizará a la reminiscencia como proceso facilitador de narrativas que promuevan fuente documental de los contextos y territorios.

Quien envejece se erige como actor social proactivo y activo al desplegar su discurso vinculante entre el pasado, el presente y el futuro, tomando parte activa de este presente, avizorándose como un yo protagónico capaz de articular discursivamente sus reminiscencias y su Modo de Vida actual, su cotidianeidad, su situación familiar (composición, periodicidad de contactos), su imagen corporal (cuidados, preocupaciones), la temporalización de su historia, sus aspectos vinculares con pares, amigos, vecinos, instituciones.

Serían diversas las técnicas posibles para analizar este proceso, pero hemos de privilegiar la producción escrita, ya que en ella convergen la preocupación estética, en función de los otros como lectores, así como también su carácter de huella, índice que permite un encuentro y reencuentro con la narración.

Paul Ricoeur (1999) introduce un aspecto interesante para pensar el lugar de las instituciones de la cultura con su concepto de “identidad narrativa”, la idea de ficcionalidad, como imposibilidad de acceso a una verdad por la vía de la narración de sí mismo: “La narrativa es uno de los esquemas cognoscitivos más importantes con que cuentan los seres humanos, dado que permite la comprensión del mundo que nos rodea de manera tal que las acciones humanas se entrelazan de acuerdo a sus efectos en la consecución de metas y deseos (...) si por un lado parece no haber comprensión del tiempo humano fuera de su inserción en un marco narrativo, por otro lado la narrativa sería la única forma cognoscitiva con que contamos para entender la causalidad con relación a las acciones de los agentes sociales”.

Tanto la re-memoración como su contrapartida, la prospección, suponen la posibilidad de una temporalidad continua que habilita para fantasear acerca de su futuro. Si bien la historización como proceso no requiere necesariamente la narración, sí supone la rememoración, la puesta en juego de una memoria histórica personal y familiar.

2. Narrativas y vejez. Provocaciones y evocaciones identitarias

En la vejez, ser ciudadano se enlaza al desafío de proponer nuevas prácticas colectivas como espacios heterogéneos de participación, como

experiencias que inauguran nuevos modos subjetivos del hacer recuperando la palabra, la escucha, el intercambio y creando nuevos sentidos que los actores atribuyen a la realidad social y subjetiva.

Provocar una red social es integrar modalidades culturales, comunitarias y solidarias donde se producen intercambios permanentes y dinámicos entre los diversos actores posibilitando la potenciación de recursos y la creación de alternativas, en la complejidad y diversidad social que propicie la participación. El carácter colectivo de dicha participación en la vejez tiene las consecuencias salutíferas que conllevan la comunicación y el diálogo y las posibilidades de actualizarse y recurrir al presente y sus cambios para la proactividad.

La participación, como proceso social, tendrá como consecuencia inmediata la apropiación de la palabra colectiva intra e intergeneracional, la actualización de la información y el compartir narratividades del contexto que se habita, suponiendo un ejercicio dinámico de derechos y responsabilidades; lo que es posible con una memoria atenta que reactuale e integre de manera permanente los acontecimientos fundantes de su propia identidad y los proyecte como orientación hacia acciones futuras responsables y creativas como movimientos preservantes, legitimantes e integradores.

La problematización sobre las creencias, los mitos, las prácticas y la interpretación de las categorías memoria e identidad desde sus dimensiones simbólicas y materiales potenciará la construcción de estrategias de autoprotección, autovaloración, brindando elementos que contribuyan a la promoción y prevención de situaciones de vulnerabilidad en la vejez. Desde la potencialidad de estas prácticas el desafío se concentra en dar lugar a la palabra de la población envejeciente desde la recreación de sus habilidades y fortalezas que potencie sus posibilidades de procesos de subjetivación y su explícita autonomía abriendo el juego a dinámicas que habiliten la construcción y transmisión de saberes y prácticas de ciudadanía.

3. Nuestra tarea

Propiciamos la exploración y co-construcción de estrategias creativas narrativas en la vejez desde dispositivos grupales en distintos centros culturales, grupos de reflexión, talleres de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Nuestra tarea transita la propuesta de provocar la narratividad oral y/o escrita desde la consigna: Narrar/contar/relatar lo que deseen vinculando pasado, presente y futuro.

4. Nuestros Objetivos

Entre nuestros objetivos específicos pueden enunciarse:

- Propiciar, promover y difundir la participación y el intercambio en la vejez desde estrategias comunicacionales creativas que faciliten el despliegue de sus narrativas.
- Privilegiar a la narratividad como legado de la memoria colectiva para la construcción de lazos sociales intra e intergeneracionales desde la integración, circulación y apropiación de la discursividad.
- Sensibilizar acerca de la importancia de la acción transferencial en la vejez como fuente histórica-vivencial constructora de ciudadanía y como punto de partida para estimular sus recuerdos, integrando su evocación como dispositivo creativo-narrativo posible en la población envejeciente.

5. Reminiscencia e identidad

Reminiscencia e identidad en la vejez se enlazan en la dinámica propiciatoria de encuentros y reencuentros con las narrativas singulares y colectivas; promoviendo la intelección de las posibilidades de reflexión, resignificación y proyección en el envejecimiento; en la tarea de enhebrar estas acciones con la transferencia experiencial histórica-vivencial para la construcción identitaria.

Desde esta perspectiva se interceptan territorios creativos propiciatorios de múltiples discursividades y se facilitan el tratamiento temático de

los obstáculos y de los desafíos vinculados a las legalidades y legitimidades del derecho de ciudadanía activa y la protección real de la identidad. Estas narrativas han de comprenderse como acciones propiciatorias de resignificaciones que desplieguen e incidan en la posibilidad de involucramiento en la construcción identitaria del colectivo social en el que interactúan.

6. Nuestro análisis, sus dimensiones

Lo producido resultó de una gran riqueza tanto para la comprensión de los procesos psíquicos implicados en el envejecer como también en la creatividad en el relatar(se).

Para el análisis de las narraciones hemos reparado en tres dimensiones (Peirano y Lombardo, 2003) indisociables y solidarias:

- **Temporalidad:** modalidad en que el sujeto relaciona el pasado como construcción subjetiva. Lo pesquisado en las producciones creativas dan cuenta de que no hay una diáfana delimitación de los tiempos; hay momentos de superposición entre ellos promoviendo una cierta condensación temporal y desplazamiento temporal. Aparecen núcleos de significados en los que confluyen diferentes líneas temporales. No se trata de ver en qué tiempo se desarrolla lo narrado sino cómo se desarrolla el tiempo, de forma interna, cómo se ordena la temporalidad en lo narrado, cómo el narrador presenta los hechos. En escasas producciones se conserva un orden cronológico: se comienza por hechos presentes para contarnos luego todo lo que ha pasado hasta volver al presente. Las modalidades evocativas no instalan necesariamente una fijeza cronológica sino que transitan los mozones afectivos desencadenantes de experiencias cristalizadas. El relato describe y explica los significados y la intencionalidad de los actos pretéritos y actuales, las relaciones y las estructuras sociales; en tanto construcciones significativas narradas.
- **Posición subjetiva.** Lugar del narrador: modalidad en la que se sitúa en la producción narrativa y su materialización en un lugar de lo narrado

construyéndose un recorte de sí que aporta la diferenciación con otro/s. Prevalecen las narraciones en primera persona, quien narra asume la función de narrador. Conoce la historia que cuenta porque participó, participa en ella y despliega mociones prospectivas en sus contenidos. Hay mayores producciones desde el lugar de narradores protagonistas que desde el de narradores testigos. El narrador protagonista es el personaje eje del relato quien nos enuncia su propia historia, lo ocurrido, lo que hace y lo que siente. El narrador testigo también asume la función de narrar pero no es protagonista de la historia, sino sólo cuenta en lo que participa o interviene. En pocos casos se advierten narraciones en tercera persona (desde sus dos modalidades: narrador omnisciente o narrador de conocimiento relativo) donde se despliega una voz que relata desde su propio punto de vista pero no participa en el relato.

- Expresión creativa. Estilos narrativos: desde lo etimológico, expresar es presionar hacia fuera. En este caso sería la posibilidad de hallar alternativas o caminos nuevos. En las creaciones narrativas se advierte el estilo narrativo indirecto (tipos textuales narrativos predominantes: el cuento corto y la crónica; pesquisándose tramas no ficcionales, autorreferenciales. El tono narrativo es la actitud emocional que el narrador sostiene en su producción. El tono narrativo que impera en las producciones circula en dos mociones afectivas: la nostalgia y la esperanza. Los recursos de estilo predominantes son las imágenes sensoriales entre las cuales se destacan las visuales. Se advierte en los fragmentos relatados referentes al pasado una fuerte reminiscencia hacia imágenes sensoriales olfativas, táctiles, gustativas relacionadas a vínculos de la primera infancia o gratos momentos vitales: enamoramiento, nacimiento de hijos, entre otros.

Se recurre entonces en este proyecto exploratorio a la posibilidad de articular la reminiscencia como proceso facilitador de narrativas que promuevan fuente documental de los contextos y territorios para la coconstrucción identitaria, desde redes para integrar modalidades culturales, comunitarias y solidarias donde se desplieguen intercambios permanentes y dinámicos entre los diversos actores posibilitando la potenciación de recursos y la creación de alternativas, en la complejidad y diversidad social que potencie la participación.

Hay que enfatizar, además, el carácter colectivo de dicha participación en la vejez y las consecuencias salutíferas que conllevan la comunicación y

diálogo y las posibilidades de actualizarse y recurrir al presente y sus cambios para la proactividad. La participación, como proceso social, tendrá como consecuencia inmediata la apropiación de la palabra colectiva intra e intergeneracional, la actualización de la información y el compartir narratividades del contexto que se habita y comparte, suponiendo un ejercicio dinámico de derechos y responsabilidades; lo que es posible con una memoria atenta que reactualice e integre de manera permanente los acontecimientos fundantes de su propia identidad y los proyecte como orientación hacia acciones futuras responsables y creativas como movimientos preservantes, legitimantes e integradores.

Como efectores del desarrollo de prácticas promotoras y preventivas en salud que incorporen experiencias y saberes producidos en las gestiones creativas encaminadas hacia la reapropiación del derecho a la salud y a la calidad de vida, acompañamos lo enunciado por Simone de Beauvoir:

“Para que la vejez no sea una parodia ridícula de nuestra existencia anterior no hay más que una solución, y es seguir persiguiendo fines que den un sentido a nuestra vida: dedicación a individuos, colectividades, causas, trabajo social o político, intelectual, creador. Contrariamente a lo que aconsejan los moralistas, lo deseable es conservar a una edad avanzada pasiones lo bastante fuertes como para que nos eviten volvernos sobre nosotros mismos. La vida conserva valor mientras se acuerda valor a la de los otros a través del amor, la amistad, la indignación, la compasión. Entonces sigue habiendo razones para obrar y hablar”.

Simone de Beauvoir, *La vejez*, 1970.

7. Bibliografía

Alba, Víctor: *Historia social de la vejez*, Barcelon, Leartes, 1992.

Barela, Liliana; Míguez, Mercedes y García Conde, Luis: *Algunos apuntes*

- sobre *Historia Oral*, Instituto Histórico de la Ciudad de Buenos Aires. Secretaría de Cultura del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2001.
- Butler, R.: *The Life Review: An Interpretation of Reminiscence in the Aged*, Psychiatry 26, 1963.
- Castellanos, Pedro Luis: Conferencia "Evaluación de la situación de salud y sus tendencias en grupos de población", en *IV Taller Latinoamericano de Medicina Social*, Caracas, 1991.
- Eco, Umberto: *Seis paseos por los bosques narrativos*, Barcelona, Lumen, 1996.
- Foucault, Michel: *El orden del discurso*, Madrid, Tusquets, Madrid, 1971.
- Gastrón, Liliana y Andrés, Haydée: "Características psicosociales del envejecimiento femenino. El rol de la mujer en la historia a través de la reminiscencia (PIA-CONICET 1985-1988)", en *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Volumen II, Aigle, Centro de Estudios Humanos, 1993.
- Grunes, J.: *Reminiscences, Regression, and Empathy a Psychotherapeutic Approach to the Impaired Elderly en The Course of Life: Psychoanalytic Contributions Toward Understanding Personality, Developmet, Volume 111. Adulthood and the Aging Process*, S. Greenspan and G. H. Pollock (eds.), Government Printing Office, Washington, 1980.
- Heller, Agnés: *Historia y vida cotidiana. Aportes a la sociología socialista*, México, Grijalbo, 1985.
- Kaës, René; Faimberg, Haydée; Enriquez, Michelin y Baranes, Jean-José: *Trasmisión de la vida psíquica entre generaciones*, Buenos Aires, Amorrortu, 1996.
- Lewis, N.: *Reminiscence and Self Concept in Old Age*, Ph.D. Dissertation. Boston University Graduate School, 1970.
- Lieberman, M. y Falk, J.: *The Remembered Past as a Source of Data for Research on the Life Cycle*, Human Development, 1970.
- Lieberman, M. y Tobin, S.: *The Experience of Old Age*, New York, Basic Books, 1983.
- LoGerfo, M.: *Three Ways of Reminiscence en Theory and Practice*, *International Journal of Aging and Human Development*, 1980.

- Lowenthal, M.; Thurnher, M. y Chiriboga, D. and Associates: *Four Stages of Life*, Jossey&Bass. San Francisco, 1975.
- Martínez Neira, Delia y Gutierrez Herrera, Raúl: Ponencia “La necesidad de participar y ser escuchado”, en Segundo Congreso Virtual: *Integración sin Barreras en el Siglo XXI*, 2002.
- McMahon, A. y P. J. Rhudick: Reminiscing in the Aged: An Adaptational Response en *Psychodynamic Studies on Aging. Creativity, Reminiscing, and Dying*, en S. Levin and R. J. Kahana (eds.) “Psychodynamic Studies of Aging”, New York, International Universities Press, 1967.
- Molinari, V. y Reichlin, R.: Life Review Reminiscence en the Elderly: A Review of the Literature, *International Journal of Aging and Human Development*, 1984.
- Monchietti, Alicia: “Para una psicología de la vejez”, en *Revista Argentina de Gerontología y Geriatria*, Buenos Aires, 1997.
- Monchietti, Alicia y col.: *Algunas ideas para la administración de una Historia Vital*, Cátedra: Psicología del Desarrollo, Universidad Nacional de Mar del Plata, Material de Cátedra, C.I.M.E.P.s, Mar del Plata, 1996.
- Oddone, María Julieta y Jiménez, Dora: Ponencia “La Historia de Vida como Soporte de la Investigación Social”, en *IV Congreso Chileno de Antropología*, noviembre de 2001.
- Oliveira, D.: *Understanding Old People: Patterns of Reminiscing in Elderly People and their relationship to life satisfaction*, Ph.D. Dissertation, University of Tennessee, 1997.
- Peirano, R. y Lombardo, E.: “El relato en la vejez como instrumento de evaluación psicológica”, en *Primer Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. XIII Jornadas Nacionales de ADEIP*, 2002.
- : “Comunicación Científica: Vejez: Reminiscencia y Creación”, en *XVIII Congreso Argentino de Psiquiatría y III Congreso Internacional de Salud Mental*, abril de 2002.
- Pereiro Rozas, A. y Juncos Rabadán, O.: “Referencia cohesiva en el lenguaje narrativo y memoria operativa en la vejez”, en *Revista Española Geriátrica Gerontológica*, mayo de 2002.

- Pincus, A.: *Reminiscence in Aging and Its Implications for Social Work Practice*, Social Work, 1970.
- Postema, L.: *Reminiscing, Time Orientation, and Self; Concept in Aged Men*. Ph.D. Dissertation, Michigan State University, 1970.
- Ricoeur, Paul: *Historia y Narratividad*, Barcelona, Paidós-ICE de la Universidad Autónoma de Barcelona, 1999.
- Robin, Regine: "Identidad, memoria y relato. La imposible narración de sí mismo", *Cuadernos de Posgrado*. Serie Cursos y Conferencias. Secretaría de Posgrado. Facultad de Ciencias Sociales. Oficina de Publicaciones, Ciclo Básico Común. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, 1996.
- Salvarezza, Leopoldo: *Psicogeriatría. Teoría y Clínica*, Buenos Aires, Paidós, 1996.
- Sarlo, Beatriz: *Tiempo Pasado. Cultura de la memoria y giro subjetivo. Una discusión*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2005.
- Tedesco, P. y Castelnuevo: *Reminiscence and Nostalgia: The Pleasure and Pain of Remembering in Greenspan, S. y Pollock, G. (eds.) "The Course of Life: Completing the Journey" (Vol. 7)*, Madison, International Universities Press, 1998.
- Vasilachis, I., Forni, F. y Gallart, M.: *El análisis lingüístico en la recolección e interpretación de materiales cualitativos en métodos cualitativos II, La práctica de la investigación*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1992.
- Zaldúa, Graciela (comp.): *Violencia y Psicología. Cuadernos de Prevención Crítica I*, Buenos Aires, Eudeba, 1999.

CAPÍTULO 15

POR LA ALEGRÍA CONTRA LA MUERTE. EL ARTE INTERVINIENTE Y MOVILIZANTE

HUGO LEALE

“Lo que está a punto de morir hoy, lo que en todo caso está profundamente en duda es la cultura ‘occidental’; cultura capitalista, cultura de la sociedad capitalista, pero que va mucho más lejos que ese régimen histórico-social porque comprende todo lo que ésta ha querido y podido recuperar de lo que la ha precedido (...) Aquella muere como conjunto de normas y de valores, como forma de socialización y de vida cultural, como tipo histórico-social de los individuos, como significado de la relación de la colectividad consigo misma, con aquellos que la componen, con el tiempo y con sus propias obras. Lo que está naciendo, difícil, fragmentaria y contradictoriamente, desde hace más de dos siglos, es el proyecto de autonomía social e individual. Proyecto que es creación política en su sentido más profundo (...) Revoluciones democráticas, luchas obreras, movimientos feministas, de juventud, de minorías ‘culturales’, étnicas, regionales –dan prueba todas del surgimiento y la vida continuada de ese proyecto de autonomía–. El problema de su porvenir y de su ‘finalidad’ –el problema de la transformación social en un sentido radical– queda evidentemente abierto. Pero también queda abierta, o más bien, debe ser nuevamente propuesta una cuestión que, en realidad, no es de ningún modo original; más bien ha sido regularmente recobrada por los modos de pensar heredados, aun si se quieren ‘revolucionarios’: la cuestión de la creación cultural en sentido estricto, la disociación aparente del proyecto político de autonomía y de un contenido cultural, las consecuencias pero sobre todo los presupuestos culturales de una transformación radical de la sociedad.”

(Corneluis Castoriadis)

1. Introducción (o Contra la muerte)

La vida trabaja sobre la muerte, lucha contra la muerte, se le opone y se mezcla con ella. En ese proceso la vida se sostiene, se afirma, y le pone a la muerte límites transitorios, precarios. El trabajo en el campo de la salud –ya sea tomada ésta en general o como “salud mental” en particular– puede ser entendido en ese marco; todos los relatos de prácticas y teoría que se incluyen en este cuaderno se pueden leer como diferentes intentos de cuidar y promover la vida, o sea, de acotar la muerte.

Descuidos; violencias y maltratos; conductas de riesgo y suicidios encubiertos; delincuencias y prostitución vividos como destinos manifiestos; consumo salvaje de ciertos tóxicos; dificultad o incapacidad para dar cuenta simbólicamente de la realidad forman una apretada e incompleta lista de los modos en los que la muerte se hace presente. Causas y efectos de sufrimiento psíquico son abordados desde múltiples –y siempre escasos– planes y programas. En este texto vamos a poner el foco en aquellos abordajes que tienen como vehículo al arte.

La especie humana es la única, entre todos los seres vivos, que produce símbolos: mitos, religiones, ciencia (conocimientos), arte (emociones). Vamos a poner en consideración algunas ideas y relatos de experiencias sobre la dimensión simbólica en esta pelea contra la muerte. Y en esta dimensión simbólica incluimos a la creatividad y la imaginación, a la construcción de identidades y de nuevas significaciones, a la recuperación de memorias colectivas e individuales, a la cuestión de la historización, al *despliegue de la función mitopoiética del inconsciente*, a la apropiación de saberes y prácticas, a la consideración del juego y del placer como derechos humanos, vale decir: a ciertos modos de subjetivación.

Si decimos que “una subjetividad construida y enriquecida conteniendo los aspectos citados está en condiciones de vérselas con la realidad en los mejores términos posibles”, estamos proponiendo una definición operativa de salud mental y al mismo tiempo estableciendo un objetivo implícito a cualquier intervención en la misma.

El concepto de “sublimación” –difícil, complejo, poco visitado– será la referencia metapsicológica para abordar los aspectos simbólicos en el terreno de algunas manifestaciones artísticas populares: teatro, circo, murga, pinturas murales, canto, gráficas, entre otras.

2. Acerca del arte popular (o *Mucho Feo Junto Hace Bonito*)

El arte es creación de la comunidad humana. Contra lo que habitualmente se proyecta como imagen del arte (el artista “inspirado”, poseído por un don que lo hace “distinto” y “superior” a los otros hombres y mujeres), el arte tiene su origen en la comunidad humana, en las relaciones que permiten que la gente cree imágenes y relatos para emocionarse y crecer. Compartir un momento de emoción estética es siempre un hecho social y comunitario, cuyo marco es construido desde valores e ideologías que también influyen en su belleza. El local de un grupo de teatro comunitario también es parte de su obra, así como la relación que hay con el barrio y su historia y su posición frente al mundo. Y ésta puede traducirse en realizaciones que ofrezcan el grado más alto de belleza y calidad que las comunidades humanas sean capaces de producir, no sólo por su impacto estético, sino por su raíz política. El arte, que es una necesidad y un derecho humano, permite el enriquecimiento de la imaginación y, desde esta perspectiva, abre un acceso a los bienes simbólicos.

El escrito recorre tres experiencias, todas son experiencias estéticas, arte *del común*, arte popular, producciones estéticas de *los vecinos*. Arte tosco –y, si extendemos la definición del dramaturgo P. Brook sobre el teatro tosco, “arte vivo, que es el arte que distingue y salva a una época”–. Arte popular, arte marginado –no de los márgenes, porque son del centro de la vida del “pueblo”–, expresiones que la cultura “oficial” tardíamente reconoce: circo, teatro callejero, títeres, murgas, diferentes formas gráficas o musicales, o la historieta entre otras formas posibles. Arte que se autosostiene, que resiste. Óptimos vehículos para el “espíritu del común” ya que están a mano, están disponibles, no requieren (en principio) demasiada infraestructura. Tienen a su favor: en la dimensión temporal, la inmediatez; en el modo de integrarse, el admitir grandes grupos; en la elaboración, lo colectivo; y en la dimensión de la experiencia, que son continuidad directa del espacio del juego. “Todo el mundo actúa bien porque todo el mundo ha jugado, y ha jugado bien” –dice R. Talento, director de teatro comunitario.

2.1. “Fue en noche de carnavales / que escuchamos al pasar la pregunta de aquel chico / ¿qué es una murga, papá?...”

Daremos algunas respuestas a esa pregunta. Respuestas en plural, ya que no existe “la” murga, sino “las” murgas. La síntesis es un esfuerzo de unificación necesario para establecer los límites en una cuestión, sin embargo tiene el riesgo de uniformar, eliminando las sutilezas y la riqueza de la diversidad. También en el ámbito socio-político, los “poderes” y “cada poder” intentan establecer una historia o una versión oficial des-jerarquizando las otras historias o las otras versiones. Este sentido homogeneizador aparece también en el terreno de la cultura, cuando se intenta legitimar una (alguna) manifestación cultural. En la polifonía de voces que componen una sociedad, suele ser el arte popular el que queda excluido o no jerarquizado. La murga era una, entre otras, de las voces marginadas.

El poder es de quien lo gana o lo captura (*¿o es capturado?*), la historia es de quien la escribe; el relato es de quien lo narra. Y el teatro comunitario, por ejemplo, o las murgas, cuentan y cantan una historia.

Lo hacen desde un espacio, el barrio. *Había una vez...* un lugar donde los vecinos vivían y se encontraban, el barrio. La murga es una forma artística barrial por excelencia, expresión de los vecinos (toda murga es de un barrio y con el nombre de él se llaman). El proceso de construir un sí-mismo individual-social, un nosotros-mismos individual-social tenía en el barrio un sólido pilar. Territorio inmediato que facilitaba y promovía el establecimiento de identidades.

Lo hacen en un tiempo, el de la fiesta; tiempo de capital importancia para la salud mental individual y colectiva. Tiempo de levantamiento de coerciones y represiones de la cotidianidad. Es preciso consignar que, hoy, la “fiesta”, la relajación de los controles, sean los autocontroles o los heterocontroles, no acontece en los carnavales. Hoy no son una fiesta popular, no en los términos en que lo fueron “los de antaño”.¹ La murga “La Como Salga” llegó a salir –cuando Isla Maciel no era un “espacio marginal urbano” sino una barriada obrera– con 200 integrantes. Desfilaba con un tema central,

1. Será motivo de otro escrito la pregunta: la fiesta, ¿dónde y cómo acontece hoy?, ¿en los recitales?, ¿en los estadios de fútbol?, ¿en los locales bailables?, ¿tiene a la intoxicación como patrón excluyente?

“el velorio” o “la cuadrilla de empleados públicos”, y se sumaban decenas de vecinos disfrazados de lo que cada uno quería: vaqueros, damas antiguas, brujas, caperucitas rojas, indios. Y después del corso, a bailar hasta que el sol “decía que había llegado el final”.

Estos conjuntos de “músicos malos que en algunas fiestas tocan a las puertas de las casas acomodadas con la esperanza de recibir algún obsequio”, según la definición de la Real Academia, son recreados hoy y pueden animar otros festejos, como fueron en nuestros casos celebraciones y actos de la escuela.

El circo por su parte, popular por el origen, porque se inició teniendo a la calle o a los espacios públicos como su escenario y a los sectores populares como su público, constituye una exhibición del puro movimiento del cuerpo, muestras de habilidades y destrezas obtenidas a través de una ejercitación esforzada, de una disciplina rigurosa y de un juego gozoso. Dibujan, esculpen, bailan, cantan con sus cuerpos. Nos ofrecen imágenes exclusivas; obras de arte sutiles, breves y efímeras. Contemplarlas es un privilegio; ofrecen, como la vida, instantes únicos.

Estas expresiones estéticas implican también una recuperación de la tradición. La tradición es la memoria que se conserva en red, como en la asociación libre. La cuestión es que las tradiciones son algo vivo y activo; se las puede reprimir por decreto, se las puede olvidar como efecto de la represión, pero, como en todo hundimiento o naufragio, luego van a reaparecer elementos que se reorganizarán y que van a interactuar.

El hecho de haber elegido espacios estéticos no implica idealizarlos ni creer que son los más pertinentes para una intervención preventiva; sólo obedece a los deseos personales de quien lo lleve adelante. Deportes, oficios, ciencias, recreación, cualquier actividad hecha con pasión abre espacios, convoca; y cuanto más diversos sean, más posibilidades ofrecen para que alguien encuentre un lugar que pueda hacer suyo.

Porque estas actividades (cualquiera, todas en verdad) se sostienen desde un deseo en común. De allí la importancia, para realizar una intervención, de sostenerla desde la propia pasión, desde el propio deseo. Las herramientas prácticas o teóricas serán utilizadas oportunamente, o procuradas si uno no las tiene; pero si no hay deseo, ¿dónde se lo puede procurar?

3. Presentación (de las experiencias)

Este relato recorre tres experiencias de intervención preventiva con chicos y adolescentes: dos murgas, las dos en escuelas, una en una zona marginal urbana del conurbano bonaerense (Isla Maciel), otra en una urbanización municipal –de clase media, barrio Catalinas Sur, La Boca–; la tercera experiencia es de un taller de circo en una zona marginal urbana de la Capital Federal (Villa 1-11-14). Con diferentes niveles de implicación en las tres: coordinar, codirigir en las murgas; acompañar, asesorar en el circo.

3.1. *La recuperación de “La Como Salga”*

Iniciamos en la Isla un trabajo que, sin proponérselo, tuvo tres etapas: la primera fue una serie de talleres sobre derechos sexuales y reproductivos en la Cooperativa de Vivienda “Los Bretes”; la segunda fue una investigación exploratoria sobre Niveles de Desarrollo y Niñez; y la tercera fue el Proyecto de Recuperación de “La Como Salga”, presentado a la Dirección de la Escuela N° 6 por un equipo que integramos la Cátedra de Psicología Preventiva de la UBA y dos musicoterapeutas, uno de ellos profesor de música en la Escuela.

La “Isla” ocupa la margen derecha de la desembocadura del Río Matanza-Riachuelo, vecina del barrio de La Boca de la Capital Federal. Los terrenos son bajos, y al ser lindantes con cursos de agua, es una zona inundable, siempre húmeda; y por lo tanto, tierra barata, tierra para que se instalen poblaciones pobres.

Se fueron ocupando terrenos vacíos, de reparticiones estatales –ferrocarriles, administración de puertos, municipales o provinciales–, en los que se construyeron casas absolutamente precarias, de maderas y latas, de cartón ahora. Este proceso crece en la primera mitad del siglo XX. A partir de la década del 60 se cierran dos grandes frigoríficos –el “Anglo” y “La Negra”–, y algunos años después, varios astilleros, –el más importante, desguazado en los 70–, que ocupaban buena parte de mano de obra de la zona, directa o indirectamente. Barrio prostibulario fue siempre, pero mientras hubo trabajo había otra identidad barrial. Después el barrio se lumpenizó, se provocó un “pico” en el proceso de fragmentación social. Las condiciones materiales y

simbólicas de existencia se precarizaron y hubo reflejos de esta degradación en el área cultural: fue vaciado y abandonado el único club existente en el barrio, y desapareció “La Como Salga”, la murga de Isla Maciel, expresión de arte popular de una barriada obrera. Murga rival de “Los Nenes de Suárez y Gaboto” –del vecino barrio de La Boca.

A fines de los 80, a la plaza que está en la entrada del barrio, cuando uno cruza el puente Nicolás Avellaneda viniendo de la capital, la Municipalidad o la Provincia le pusieron de nombre “Plaza del Renunciamiento”.

“A confesión de parte, relevo de pruebas” se dice en derecho. Ese nombre tiene otras resonancias, más profundas que una nominación de la liturgia peronista. ¿Cuáles son los renunciamentos que se le piden a los habitantes?, ¿a qué se debe renunciar para vivir allí?, ¿a qué renunciemos colectivamente cuando una parte de nuestra sociedad vive en esas condiciones? Nos viene a cuento la frase que, según el Dante, está escrita a la entrada del *Infierno*: “Renuncia a toda esperanza, tú, que entras”.

La delincuencia, la prostitución y el narcotráfico hormiga aparecen, en esta barriada, como alternativas posibles para obtener dinero; y hacerlo de manera rápida. También las formas clientelares de la política son fuentes de ingreso de dinero en el sector. Un destino manifiesto, de ladrones para los chicos y de prostitutas para las chicas. Este destino es asumido como tal por algunos que se imaginan a sí mismos robando en una avenida tal como hicieron algunos “ídolos” barriales. Los padres temen por este destino pero muchos lo ven como inevitable y lo “asumen” con cierta resignación. Y los profesionales de las instituciones de salud y de educación también sostienen esa visión. Sin embargo, cuando en un grupo les proponemos como tarea –a las chicas y chicos– que escriban lo que más les gusta del barrio y también lo que menos les gusta, aparece: “los que se drogan, los chorros, los que se emborrachan”. Nos preguntamos entonces si ese destino sería tan manifiesto para ellos y cómo se problematizarían frente a ese destino.

En la Isla la pobreza simbólica se superpone a la pobreza material. Es notable el repertorio empobrecido del lenguaje tanto escrito como hablado.² El modo de la palabra hablada es imperativo, sobre todo en los chicos y

2. Respuestas a una consigna de la bibliotecaria: “me llamo jabier y yo pensaba que el vario esta un/poco susio y las basura tiran afuera el volquete y en mi vario se inunda rapido y el riachuelo esta siempre susio y tiran mucha vasura y el al gunos almasenes vende caro podrida y en la esquina del colectivo roban ala gente y en todos lados y ectera...”.

adolescentes; la mayoría de las veces que se hablan se están dando órdenes, y muchas veces no hablan, gritan. Esa palabra gritada, cuya intensidad podría tener una intención de descarga, pero nunca lo consigue. Es notable también el predominio de modos violentos de la interacción corporal: golpes, empujones, atropellos, sacudidas. Creímos que en el fondo también era —es— violencia de ellos contra su propia capacidad de pensar, ya que uno tiene que creer que saber es bueno y valioso; y esto resulta difícil de ser creído.

Vemos a seis chicos de 6to. grado “jugando”, se dan golpes y se insultan entre ellos. Se dicen el nombre de la madre como un insulto. “la Graciela” podría traducirse como: “tu mamá, Graciela, es una prostituta”. “la Graciela está en la esquina”: “tu mamá trabaja en las casitas —prostíbulos—”. No deja de llamar la atención que los golpes son más “aparatosos” que otra cosa, no hieren.

¿Por qué elegimos el camino de la murga?, entendimos que la expresión sonora estaba menos dañada, no había sido vivida por ellos como agresión. “Toti” podía hacer más cosas con el redoblante que hablando; algo en su historia con el lenguaje no le permitía usarlo creativamente.

Pasar de una descarga inmediata a la mediación que supone el trabajo de elaboración y creación artística realizado colectivamente significa, para los chicos, ganar en la capacidad de simbolización, de espera; enriquecer los procesos de pensamiento y expresión, permitir el desarrollo y la complejización de las estructuras cognitivas y ganar en la socialización a través del establecimiento de otros vínculos grupales. Significa mayor posibilidad de pensarse a sí mismos.

Nos propusimos utilizar y modificar desde una perspectiva de promoción y prevención de la salud, el espacio grupal de la barra para facilitar la elaboración y tramitación de los problemas, conflictos y temores de los chicos, y para expresar los mismos produciendo formas creativas, divertidas y más inteligentes. Algunos de los problemas tenían —tienen— alta incidencia, como la violencia, las adicciones, o conductas sexuales no protegidas. Estas cuestiones, junto a proyectos y estilos de vida, pudieron desplegarse en las dinámicas grupales, favoreciendo estrategias preventivas participativas y de mayor impacto; trabajamos para constituir una grupalidad con un sentido no estigmatizante, sino de reconocimiento, que facilitara la integración sociocultural. Entendíamos que un proyecto semejante comprometía a la Universidad en su función social y constituía una respuesta a necesidades y demandas de la población.

Nuestro proyecto se enraizó en esta realidad, y la recuperación de una tradición –“La Como Salga”– integró también las culturas propias de los migrantes del norte de nuestro país y de “inmigrantes” de países limítrofes. Por esto incluimos elementos de los carnavales de esos lugares.

3.1.a. *La dinámica del taller*

El taller funcionó durante dos años y medio. El primer año se desarrolló en horario de clases y el año y medio restante se hizo en contraturno. A lo largo de ese tiempo se fueron haciendo los diferentes trabajos: percusión, canto, baile, construcción de las canciones (esto es: escribir sobre las preocupaciones o los temas deseados), búsqueda de las melodías y ensayos, plástica –preparación de vestuarios, maquillaje–. El número de chicos y chicas en cada reunión era de entre quince y veinte; y cuando se acercaban las fechas de presentación aparecían entre veinte y treinta más, atraídos por la posibilidad de actuar y mostrarse.

Además de construir canciones, construimos nosotros los instrumentos. Un lunes de noviembre (a fines del primer año) se hace el primer ensayo con 5 redoblantes y 3 zurdos hechos por nosotros –con latas de 20 l–. Primera vez que se ensayaba con tantos instrumentos... y propios.

Un grupo se define por la tarea que realiza, enseñaba E. Pichon-Rivière; sobre la tarea que explícitamente nos habíamos planteado, aparecían otras cosas que no eran el “ensayo de la murga”. Nos dimos cuenta de que el espacio convocaba más al “aquí y ahora” que la promesa de la presentación futura. Las carencias de todo tipo aparecen siempre en un espacio que resulte continente y confortable. Manteniendo su esencia, contuvo verdaderos “talleres de psicodrama”; por ejemplo, al buscar otros códigos para entenderse, jugando sobre consignas que íbamos proponiendo e improvisando.

Nos planteamos, en una serie de ensayos, trabajar explícitamente los modos violentos, que, bajo la forma de órdenes e imposiciones, abundaban en la comunicación entre ellos. Se trabajaba en parejas, “Díganle al otro una orden de la peor manera posible”. Primero, esa orden debía ser dicha con palabras; después, con gestos en los que no hubiera contacto con el otro; y en siguientes ensayos, la orden sólo podía ser transmitida mediante un instrumento, estaban vedadas la palabra y los gestos. En la misma línea, propusimos después la consigna: “prohibir la acción que estaba haciendo el

otro” exclusivamente a través de un instrumento de percusión; no se podía hablar ni tocar al/a la compañero/a; después alguno tendría que desarrollar una acción y otro tendría que prohibirlo “musicalmente”, sin palabras.

Fue un verdadero juego; así lo expresaron en todas las reflexiones que se hicieron en la ronda final; el común denominador fue “me divertí mucho”. La realidad forzó un sesgo psicopedagógico, lúdico, de expresión y contención grupal, y el equipo fue indagando más los procesos individuales y colectivos que los procesos estéticos.

Vimos que María estaba muy sucia. Preguntamos: ¿tenés agua en tu casa? “No, traemos de la canilla –que surte un pasillo de la villa– baldes para cocinar, lavar, limpiar, lavarnos” (ella vive con sus abuelos). Tomamos el problema del agua para hacer una canción:

*y con el agua no pasa nada,
no tenemos cañería,
no nos llega hasta la casa
no pasa nada.
La del riachuelo,
contaminada,
nos falta en cada casa
nos sobra cuando hay sudestada.*

En la Isla todo está a la vista: prostitución, delito, droga. Es difícil esconder algo; los materiales precarios de las casas impiden ocultar lo íntimo. Esto nos llevó a suponer que en la actividad del baile podríamos encontrar movimientos fluidos o que tuvieran cierta “desfachatez”. No fue así; la represión en la expresión del cuerpo era evidente; los movimientos eran extremadamente estereotipados, rígidos, duros. Los pasos del baile eran uniformes; no se permitían buscar otros pasos. Movimiento cargado de inhibición. En una distribución de género, las chicas se ubicaban como bailarinas; los chicos como percusionistas.

Las presentaciones de la murga fueron varias, más poco variadas: a) batucadas en el comedor de la escuela, b) muestras en otras escuelas de la zona –la n° 501 y la n° 8–, c) Jornada de la Dirección General de Escuelas sobre Escuelas y Medios de Comunicación, y d) fiestas de fin de año en la propia escuela n° 6.

3.1.b. El fin de “La Como Salga”

¿Qué obstáculos encontramos que nos llevaron a cerrar la experiencia? No tenía bases de sustentación más allá del equipo y del espacio que nos prestaba la Escuela. Expertos en intervenciones comunitarias nos habían preguntado y advertido: “¿En qué sector se van a apoyar para llevar adelante el proyecto?”, “en la escuela” –dijimos–. “Es poco, necesitan por lo menos, tener a las familias de su lado, y allí las familias deben tener otras prioridades que una murga para los chicos”. Empecinados, nos planteamos: “empecemos desde la escuela mientras gestionamos apoyo –dinero– en alguna institución (UBA, Ministerio, Provincia, Municipalidad, empresa Shell –instalada en Dock Sud, y que contamina la zona–)”. Por falta de experiencia y de apoyo político no conseguimos el financiamiento necesario para comprar equipo (instrumentos, ropas y vestuario, telas, elementos para plástica, etc.) que hiciera la murga más vistosa, más atractiva; y dinero (sueldo, contrato o al menos viático) para los que trabajábamos allí. Era una murga pobre. Eso funcionó en contra de la masificación.

Se cerró como experiencia de trabajo dentro de la escuela; no pudo “salir” al barrio, un territorio de punteros políticos que llevaban sus bombos adonde les decían y que pagaban a sus percusionistas con dinero y cocaína (carecíamos de ambos). Sin embargo, ante el intento de esa gente de usar el nombre, los vecinos antiguos integrantes no se lo permitieron, y sí a nosotros.

En un momento caímos en la cuenta de que no era posible sostener más la tarea, decidimos trabajar con los chicos el cierre. Pusimos palabras y el cuerpo. A veces las cosas no nos salen bien, y lo mejor que podemos hacer con una frustración es hacer de ese dolor una instancia de aprendizaje y crecimiento, capitalizar la experiencia sabiendo que “experiencia no es *lo que le pasa* al hombre, sino lo que el hombre *hace con lo que le pasa*”. Aprendimos que una intervención comunitaria implica necesariamente: a) contar con un grupo social en el que apoyarse; b) contar además con apoyo institucional y/o político; y c) la existencia de recursos materiales para sostenerla, recursos presentes, existentes; no promesas futuras. En particular para el trabajo en sectores marginales, quienes, largamente carenciados o excluidos, no deben recibir trabajo voluntario exclusivamente. Necesitan del mejor trabajo que se les pueda brindar. Además de hacerlo por vocación y por placer, debe estar bien pagado. “Ya recibimos demasiados infortunios como para recibir lo que

sobra del tiempo de trabajo de ustedes”, como con toda crudeza y lucidez dijo una vecina.

3.2. *La Pena de la Escuela*

En la Escuela Della Penna (nº 8, D.E. 4, Cap. Fed.), el Grupo de Teatro Catalinas Sur presentó un proyecto para hacer una murga-foro como cierre de un curso lectivo (año 93). La idea era que los alumnos que egresaban dijera qué había sido la escuela para ellos, qué opinaban de la enseñanza, de los maestros, de los padres y de ellos mismos.

¿Cuáles eran las diferencias con la experiencia de Isla Maciel? También era una murga “dentro de una escuela”, pero aquí había —como sostén— un grupo con experiencia y trayectoria artística; por otro lado, el hecho de que la población fuera de clase media permitiría contar con aportes de las familias de los chicos.

Asumíamos, como adultos, la preocupación por integrar a las nuevas generaciones; sabíamos que la diferencia entre los cánones morales que se les tratan de inculcar y la realidad de la conducta individual o colectiva de los adultos que detentan posiciones de responsabilidad política o social les producen a los chicos y adolescentes desorientación, desconfianza y escepticismo. Teníamos en cuenta que “la pérdida de ideales cooperativos y solidarios había abierto una etapa —denominada por algunos “cultura del narcicismo”—, en la que circula un individualismo tan absoluto como vacío pues permite todo menos la integración en proyectos colectivos”. También participa de la definición del problema la cuestión del adelantamiento del fin de la infancia, un modo de incorporar más tempranamente a los chicos al consumo.

Era un observable que la agresividad y la violencia se habían modificado cuantitativa y cualitativamente: 1) contra los emblemas del mundo de los adultos, 2) contra otros chicos y adolescentes, y 3) contra sí mismos: consumo de alcohol, de otras drogas o los suicidios (esa violencia ha aumentado en el tiempo transcurrido desde entonces y ha tomado características de mayor salvajismo).

Padres y maestros con la autoridad disminuida se sentían —se sienten— cada vez más desbordados en la capacidad de contener y sostener este proceso. Entendíamos que el temprano salir de la infancia y la dificultad de los adultos para darles un marco de contención condicionaban el ingreso precoz de los

chicos a un espacio gregario, “la barra”. Ésta cumple un rol de socialización importante, pero ante la carencia de ofertas creativas y recreativas, y la devaluación de los ideales, suelen ubicarse bordeando los límites de situaciones de riesgo donde los componentes violentos son centrales.

Nos proponíamos, entonces, partir del reconocimiento de la “barra” como ese espacio social elegido por los chicos para agruparse y expresarse. Hacer de la barra una murga nos parecía posible porque: se respetaba el espacio grupal, se satirizaba y parodiaba al poder y la autoridad y porque la producción grupal iba a ser contada a la comunidad; es decir, las chicas y los chicos iban a ser los protagonistas de un acontecimiento.

Con la misma metodología que en el Teatro Comunitario se construyó la murga, a partir de los saberes de las chicas y los chicos. La pregunta básica es: ¿qué saben hacer? Cada saber tendrá un lugar que hay que buscar. Dónde y cómo se lo integra es el trabajo de la coordinación. Es otro sentido de la antigua pregunta: “¿Cuál es su gracia?”; no inquiriendo por el nombre ahora, sino qué sabe hacer esa persona. Es una pregunta por la identidad no en términos de nombre sino de habilidades.

El bagaje de experiencias y saberes era abundante —en rigor, si se lo sabe buscar, siempre lo es—, “toco guitarra”, “sé patinar”, “hago gimnasia”, “ando en zancos”, “sé hacer piruetas raras”, entre otras. Se aprendió que uno puede incorporar lo que ya sabe en lo nuevo que inicia. La presión hacia el borramiento de la historia puede tener un dique vivencial en una experiencia semejante. La idea de “conservar y recuperar lo que sabemos” era un objetivo implícito para la coordinación.

Contamos con cosas que ya “estaban hechas” y otras hubo que hacerlas desde cero: canciones, bailes, preparar escenas de la escuela a modo de “gags”, desfile, ropas. Ejercicios de improvisación, lluvia de ideas, buscar la síntesis que permitiera definir a un maestro, a una situación. Después, ubicar con qué melodía se podía cantar esa letra; y después, ensayar mucho, muchas veces. Los ensayos, más que para corregir, son para buscar. (El método de trabajo en estas experiencias es por asociación y no por confrontación; la “forma” de unos se agrega a la de otros; se busca la inclusión de lo que cada uno puede aportar.) Sólo las formas soeces o chabacanas quedaban afuera; pero a la idea que se había querido expresar se le encontraba otra forma más civilizada.

La presentación se hizo en el anfiteatro de la plaza próxima a la escuela. Tuvo la concurrencia más alta de toda la historia del colegio. Los chicos distribuyeron con elegancia críticas y elogios, reconocimientos y sanciones.

Le contaron a la comunidad lo que pensaban acerca de su paso por la escuela primaria. La celebración del fin de curso fue eso, una celebración; tuvo el sentido de encuentro que, para ser verdadera, una fiesta debe tener. Además hubo elementos propios de un ritual, que también lo era: un ritual de pasaje que se realizaba de otra manera. En este caso, un ritual con marco simbólico y con adultos que guiaban. No es un dato menor, en momentos históricos en que hay vacancia de los lugares paternos, vacancia en los lugares de quienes deben cuidar a las nuevas generaciones. Después de la actuación de los chicos (y de los aplausos sostenidos) creíamos que, inevitablemente, se iba a pasar a un momento solemne, pero ¡sorpresa!, aparecen tres maestras y un profesor de Educación Física con una guitarra... y dicen lo suyo. Se cumplía una parte de la idea de murga-foro; confrontación de opiniones expresadas artísticamente. El estribillo pegadizo de una extensa canción alertaba sobre la indiferencia colectiva ante las cuestiones de la educación:

*yo no fui/
yo no sé/
la culpa la tiene usted/*

una de las estrofas que nos quedó, por ejemplo, decía:

*Tienen nombres muy hermosos
lo decimos a menudo
pero a ellos no les importa
¡todos se llaman bolí...!*

Por cierto que también hubo problemas; esta escuela “contuvo” a la murga y también la limitó. Hubo presiones para que fuera suavizada una letra de crítica muy dura sobre un profesor de Educación Física (de esos docentes que se toman absolutamente todas las licencias posibles “porque lo permite el reglamento”). Era del turno tarde, el turno al que iban chicos “más problemáticos que los de la mañana”, con familias “más complicadas que las de la mañana”, éstas eran frases del imaginario del conjunto de la escuela, chicos “más negritos que los del turno mañana” –algunos lo decían “en broma”–; en realidad, el turno tarde era el turno de los chicos de familias más pobres.

Fue una crisis de magnitud. Todo no podía decirse como las chicas y los chicos querían, había que buscar otra forma, decir lo mismo con otras pala-

bras. Algunos chicos aprovecharon esta situación para negarse a participar; como expresión final de una oposición que “runruneó”, entre las chicas y los chicos, desde el principio mismo: asumían que lo que el turno tarde podría preparar tendría menos lucimiento que lo del turno mañana; y esta presión autoritaria les daba una excusa perfecta para apartarse. La coordinación no ignoraba estas diferencias entre los dos turnos, aun así no pudo manejar en forma más inteligente el conflicto.

3.3. *Circo Social*

Fue un proyecto de enseñanza de artes circenses que se asentó en el sector del barrio de Barracas conocido como “Villas 21-24 y Zabaleta”. Un equipo integrado por tres coordinadores de taller; dos trapevistas/acróbatas/malabaristas (un hombre y una mujer que eran, además, pareja) y una licenciada en Ciencias de la Educación. Comenzaron a trabajar en el año 1995 en las instalaciones de un comedor comunitario en el que habían aparecido, después de la necesidad de comida, otras necesidades; haciendo verdad aquello de que “no sólo de pan vive el hombre”. La intención inicial había sido crear un espacio de contención y la coordinadora del comedor les facilitó el lugar, aunque ellos no tenían un proyecto definido aún. Organizaron un taller de zancos que fue rápidamente desbordado: por la cantidad de chicos que concurrió, por la velocidad del aprendizaje, por la avidez por otras técnicas. Continuaron trabajando con técnicas aéreas en el patio y enseñando otras artes circenses –malabares, acrobacias, clown– a chicas, chicos y adolescentes. Finalmente consiguieron apoyo del gobierno de la ciudad, quien construyó un galpón, al lado del comedor comunitario, en el que se asentó la experiencia.

En una jornada de trabajo los chicos rotaban por las distintas técnicas, lo característico era el modo de desarrollarlas: jugando. Jugaban la mayor parte del tiempo: “vení –le dice uno al otro y le explica– vamos a ver si hacemos esto, vos parate de esta manera, yo vengo, hago una vertical, vos te agachás, yo quedo subido a tus hombros y una vez arriba hago malabares con estas clavas”, lo ensayan, una y otra y otra vez. Lo van modificando. En un momento de esa improvisación-juego llaman a un coordinador y le muestran esa secuencia que han armado; el coordinador les sugiere cambiar un movimiento y les explica: “de esta manera lo hacen más fácil para ustedes y queda más lindo”. Toman la sugerencia y siguen practicando, parece

que han armando una rutina (así llaman los acróbatas o malabaristas a estas secuencias de movimientos habilidosos).

Tal vez esta secuencia se integre, en algún momento, a un espectáculo. Tal vez sólo quede como un ejercicio, como algo construido/descubierto/creado por ellos. Esos dos chicos estaban jugando y en el desarrollo de ese juego produjeron algo. Esos productos de la creatividad individual y colectiva –movimientos, rutinas, “gags”, “sketchs”– quedan como un aporte a la realidad, se “verifican” en la realidad; se “hacen verdad”. Aquí reside buena parte del valor psicológico de estas experiencias. Los participantes hacen una experiencia completa³ partiendo de un juego inicial; aparece una idea difusa que se va desplegando y pueden llegar a darle una forma final; o incluso descartarla como cuando los chicos destruyen el castillo de arena que les llevó varias horas construir.

Después de la práctica todos se sientan en ronda en el suelo, todos en el mismo nivel. La ronda es un espacio que abre la palabra: “¿qué estuvo trabajando cada uno?, ¿qué estuviste haciendo?”. Todos pueden mirarse, encontrarse y recuperar colectivamente los aprendizajes de cada uno de ellos. Cada uno puede aprender de lo que otro aprendió.

Como un hito, una “estación” en el recorrido del circo, hicieron un espectáculo inspirado en las historias personales de cada chica y chico, con el acento puesto en sus raíces. Hijos de migrantes, sus padres han venido de varias provincias, sus antepasados, a su vez, inmigrantes que se habían radicado en el interior tratando de escapar del hambre y la miseria en Europa. Las historias que las chicas y los chicos trajeron a las sucesivas rondas fueron muy ricas. Llegaron hasta la historia de sus padres y eso quedó plasmado en la obra. Ya empezaban a pensar un otro espectáculo en el que contarían la historia de ellos, cómo habían crecido en la villa.

¿Qué cambió para los participantes? Eran chicos que, al principio, no podían demostrar lo que hacían ni siquiera delante de sus propios compañeros. Y la sola idea de estar frente al público les daba pánico. Consiguieron estar mejor plantados, cambió la valorización de sí mismos, su autoestima. En ese aspecto hubo mucho crecimiento, más allá de la técnica, de lo específico del circo.

3. Freud en el “Proyecto...” habla del valor constituyente de un “acto psíquico completo”, y D. Winnicott retoma la idea en su conceptualización del juego.

4. Apropiarse (al menos de una parte) de lo expropiado

Podría ser definido el capitalismo como el sistema que ha tenido más éxito en “maximizar” la expropiación –y concentración– de todas las riquezas, con el objetivo de obtener el mayor lucro posible. Con la idea de expropiación me refiero a una operatoria que muerde lo real –extracción de plusvalía, o destrucción del medio ambiente– tanto como lo simbólico. Es en esta dimensión simbólica donde se hacen manifiestas las formas (sutiles y no tanto) de sometimiento; y es en esta dimensión en la que, centralmente, producen efectos las intervenciones artísticas. Las potencias, los saberes, dejan de estar en la gente, se concentran en algunos lugares,⁴ y se perfecciona un circuito de dependencia que sólo puede producir subjetividades sometidas.

El funcionamiento del sistema social empuja a la gente hacia la obediencia pasiva, hacia un lugar de meros consumidores de mercancías (de cualquier índole que sean); pasividad también en lo político porque “la vida política de los ciudadanos ha quedado reducida a acto eleccionario; y las elecciones no son un acto político sino un acto administrativo estatal” (Badiou *dixit*). El arte también es un territorio de disputa, la presión a ser consumidores (que en el arte es decir espectadores) tiene como paradigma a una sacrosanta TV (que cada vez más se vuelve sobre su propio ombligo, sólo habla de sí misma y de sus personajes). El camino del arte en las intervenciones comunitarias propone otra perspectiva de protagonismo, de producción, de participación. En la relación con la realidad exterior, Winnicott opone la actividad creadora a una actitud de acatamiento o de adaptación. El acatamiento implica un sentimiento de inutilidad, pasividad y opacidad subjetiva. Ambientes poco motivadores o facilitadores ahogan procesos creadores. Dadas condiciones propicias y adecuadas para la salud, todo sujeto puede crear, porque todo sujeto desea.

No es que se “recupere el deseo”, sucede que estos espacios de juego, de encuentro con otros, de creación, de fiesta, son espacios de erotismo que

4. El saber clínico que “estaba en los médicos” ha sido transferido a las “máquinas lectoras del interior del cuerpo”. El complejo médico-industrial concentra ese saber (y cobra mucho por ello). De un modo equivalente, los desarrollos en biología y genética han revolucionado la agricultura, sin embargo, hace 50 años cada agricultor producía sus propias semillas y hoy no; ni él cree que podría ser tenido en cuenta.

convocan deseos. “Afuera no hay fiesta, nosotros la hacemos” –dice un vecino participante en un grupo teatral comunitario–. Otro placer se recupera, el placer de crear, de hacer verdad “lo que no está”, lo que “no existía hasta que yo lo hice”, “nosotros lo hicimos”; ya que los dispositivos de creación suelen ser colectivos. No hay copias; se puede imitar, se pueden buscar ideas, modelos, pero los procesos sólo funcionan cuando se produce una integración que se verifica en el nivel del sí mismo. A esos momentos los chicos los denominan “te cayó la ficha”. Por supuesto que en el acto de consumir hay placer, pero uno se empobrece al quedar limitado a dos únicas opciones: decir sí o no. En el acto de creación –en el acto de decisión–, por el contrario, se abre un sinnúmero de posibilidades, y de todas ellas hay que buscar una: aquella que nos guste. Parece una descripción ingenua, sin embargo hay una práctica de responsabilidad, convocada en estos casos bajo la forma de juego. Winnicott llamaba “lugar de descanso” (*resting-place*) al lugar del juego. Área intermedia entre lo objetivo y lo subjetivo, donde una persona puede relajarse de la interminable tarea de distinguir “lo que es de uno y lo que es del mundo exterior”. El reencuentro con lo conocido produce placer “contame el mismo cuento –dicen los niños– contámelo igual que ayer”. El ser humano desea ejercitar esta facultad por sí misma y experimenta, con ella, placer. Aristóteles pensaba que la base del goce artístico era la alegría del reconocimiento. Es placentero porque aminora gasto psíquico. La rima, la aliteración, el estribillo y otras formas de la repetición de sonidos utilizan la misma fuente de placer. Aunque es necesario preguntarnos, con Castoriadis: ¿puede existir creación de obras en una sociedad que no cree en nada y que no valora nada verdadera e incondicionalmente? Estas experiencias ¿abren otros valores? Estaríamos planteando la relación entre creación y creencia. Hemos visto que las chicas, los chicos que han participado en estas experiencias creativas creen. También los que participan con su silencio expectante creen. Vivencian el poder de crear.

El método de trabajo en el teatro comunitario y en las experiencias citadas se sustenta en juegos de improvisación; divididos en subgrupos se discute, cada uno propone ideas, se juegan escenas con situaciones y personajes en encuadres preestablecidos. Las búsquedas a veces parecen interminables y muchas veces infructuosas. Aunque ¿puede ser infructuoso un juego?; hablando de elaboración, Freud escribió: “...la cura parecía haber quedado estancada”; nosotros podríamos decir: el proceso de creación parecía haberse detenido; hasta que “algo” se abre paso. La elaboración produce un

enriquecimiento del yo; también se puede hablar del enriquecimiento de un nosotros. Enriquecimiento necesario para soportar las restricciones que nos impone la cultura.

Se llega, finalmente, a una versión que nunca es versión final, sino la última versión. Estos productos artísticos van cambiando, están vivos. Se ofrece un lugar vacío para cada uno; y dependerá de la confianza en ese espacio colectivo que cada uno se atreva a sacarlo. Dependerá también del tiempo y la permanencia, de la *continuidad de la experiencia*.

Se recuperan otras dimensiones del tiempo. La temporalidad en relación a la transformación de la realidad es un elemento fundamental, que el arte y las acciones culturales pueden volver a situarse al alcance de las comunidades y las personas. Los dispositivos convocan al aquí y ahora; el *presente*, por lo tanto, adquiere nuevos sentidos. Las experiencias citadas tenían la fuerza de la inmediatez, de una otra inmediatez, no aquella de la intoxicación (acontecieron en lugares en los que la droga tenía fuerte presencia), sino porque se ven resultados a corto plazo. En pocos meses el practicante puede comprobar su progreso, mientras que en otras facetas de la vida esto no sucede; el estudio o aprendizaje de un oficio requieren de otros tiempos, más largos. La *memoria histórica* implica la recuperación de la historia vivencial, tal como ocurrió para los participantes; no de la historia real y objetiva, no el acontecer histórico, que es el trasfondo. En los procesos de producción se constituyen verdaderos talleres de memoria colectiva o talleres de inquietudes colectivas. Apropiarse de la historia posibilita un trabajo de elaboración y creación de mitos –sean individuales o colectivos–; concientizarlos y/o crearlos. Los mitos –estructuras y a la vez estructurantes del psiquismo– forman parte de la dimensión simbólica y son una condición de salud.

Los mitos constituyen una parte importante de nuestro universo simbólico; en tanto dadores de sentido, nos ayudan a entender nuestra historia y nuestra cotidianidad. Los procesos de creación tienen una de sus fuentes en esa capa inconsciente; y en esos procesos son adaptados, modificados, recreados y creados. La mitopoiesis –creación de mitos– es una necesidad humana que se expresa en forma individual y en forma colectiva. Una subjetividad diferente puede desplegarse cuando, además de ser “trabajados por ellos”, tenemos oportunidad de “trabajar sobre ellos”. “Somos parte de la columna de los constructores de mitos”, en palabras de uno de los coordinadores; trazadores de nuevos relatos que hagan soportables los infortunios de la vida.

El *pasado*, entonces, es retomado en sus experiencias más ricas y es “puesto en valor”. Esta recuperación podría estar al servicio de la añoranza o la melancolía, como si fuese un homenaje solemne a lo que ya no está y cuya ausencia se lamenta; no es éste el sentido que le dan los grupos. Existe un modo de sometimiento: el pretendido borramiento del pasado que es en verdad la pérdida de la memoria viviente de la sociedad; en el mismo momento en el que se hipertrofia su memoria muerta (museos, bibliotecas, monumentos clasificados, bancos de donaciones, etcétera). Los participantes dicen sus versiones de la historia y de *las* historias, pequeñas e inmensas porque son historias verdaderas, rescatadas del silencio, y que son contadas con alma y vida. En el proceso de constituirnos como un sí-mismo individual-social necesariamente tenemos, en algún momento, que apropiarnos de nuestra historia. Elaborar en ella nuestros conflictos, satisfacer en ella nuestros deseos. Las experiencias artísticas proponen una continuación y una re-creación de la historicidad, de otro modo de historización. “No habrá transformación social radical, nueva sociedad, sociedad autónoma, más que por y en una nueva conciencia histórica, que a la vez implique una restauración del valor de la tradición y otra actitud frente a ella, otra articulación entre ésta y las tareas del presente-provenir” (Castoriadis).

Una grupalidad diferente permite sostener el deseo de una sociedad más justa, en la que los individuos autónomos, libres e iguales puedan vivir en el reconocimiento recíproco. Reconocimiento que no sea sólo una simple operación mental, sino también y sobre todo afecto. Trabajo elaborativo en el que los recuerdos y las repeticiones son recuperados de una manera particular en los grupos que hacen arte. Elaboración que tiene formas colectivas, sociales, del mismo modo que el recuerdo y la repetición tienen formas colectivas. “No concibo una nueva creación histórica que pueda oponerse de manera eficaz y lúcida a este bazar deforme en el que vivimos si no se instaura una nueva y fecunda relación con la tradición” escribe Castoriadis; recuperación para ayudarnos a elaborar lo que nos inquieta, nos angustia, hoy.

Además, como la experiencia temporal confiere unicidad, en el hecho de organizar tareas, de relacionarse con la tradición y sostener un proyecto, se recupera un *futuro*. El “proyecto” –esa imagen arrojada a un tiempo futuro– es una apoyatura imaginaria, necesaria para una constitución subjetiva saludable.

Hay también una recuperación de los cuerpos. Cuerpos en movimiento en el campo de la comunicación humana, lo que lleva al tema de la politicidad

del cuerpo. El cuerpo en movimiento interviene en la modificación de las relaciones políticas, sociales y culturales. En la presentación de la vida cotidiana, el cuerpo organiza diferentes informaciones. El modo de presentación del cuerpo como parte de la presentación de la persona en la vida cotidiana indica un eje político, en el sentido de que guía y sitúa los cuerpos en un ambiente y en un tipo de vínculo. El cuerpo no sólo es un proyecto biológico, también es un proyecto cultural. Se despliegan y enlazan cualidades propioceptivas, interoceptivas, en acontecimientos enriquecedores de un yo que es, básicamente, corporal. Y la corporalidad supone espacialidad; el espacio, los desplazamientos, el baile, los trabajos en altura, las destrezas físicas permiten el uso de las tres dimensiones y afianzan o generan un sentimiento de poder.

Se recuperan dimensiones del poder. La participación es una cuestión central; esto es: la posibilidad de decidir. M. T. Sirvent distinguió participación real de participación simbólica; esta última es aquella en la que una persona forma parte de proyectos, pero no decide; no participa de los mecanismos de decisión, o, lo que es lo mismo, de los mecanismos de poder. En las tareas artísticas, la creación abre espacios de participación real (¿sólo porque se juega?). Existe la creencia de que las transformaciones en el campo de la cultura son “posteriores” en el tiempo a las generadas por la economía y el sistema productivo. Esta visión suele hacernos creer que el rol de la acción cultural se limita a acompañar o resistir procesos económico-sociales; si bien hay algo de cierto en esa afirmación, también es real que las acciones culturales y sociales pueden prefigurar modos nuevos de socialización, de circulación de los bienes comunitarios y de relacionamiento político.

“La alegría y la afección que el arte provocan generan voluntad de poder; por eso, mirar una rosa hasta pulverizarse los ojos es rebelión” –dice un documento del espacio Arte y Transformación Social–. Sin desarrollar el universo simbólico, sin desarrollar la imaginación, el hombre está sometido a su unicidad, singularidad y urgencia.

La grupalidad también se recupera, el concepto de vecino –aquel con quien co-habito el territorio, con quien comparto lo cotidiano: la vereda, la calle, el mercado, la escuela, la plaza, etc.–, “estamos juntos en la vida, estamos juntos en este proyecto”. Las actividades colaboran para mantener la “comunidad”. La excelencia que a menudo se obtiene, la excelencia que puede alcanzarse es, en todo caso, la excelencia de lo colectivo. Y la creación colectiva es generadora de bienestar. Millones de familias aisladas, cada una en su casa y mirando la televisión, representan a la vez la socialización “externa”

más avanzada que se haya conocido jamás y la de-socialización “interna”, la privatización más extrema. Sería una mentira decir que la responsable es la televisión. El problema es que la crisis *ha destruido la idea de socialidad como valor sustantivo*. ¿Para qué nos vamos a encontrar? Nos juntamos; nos amontonamos pero no podemos encontrarnos. Somos testigos de los siempre renovados, de los incesantes intentos de agruparse en torno a determinados puntos de urgencia y de la incapacidad de sostener esos espacios.

5. Arte, sublimación

El arte, vehículo del que decimos “posibilita transformaciones en las intervenciones comunitarias”, en realidad ¿transforma algo?, ¿qué rendimientos favorecen las subjetividades individuales y la subjetividad colectiva?, ¿cuáles son las mutaciones psíquicas en las que interviene?, ¿cuál es su papel en la economía libidinal? El concepto de sublimación es insoslayable en la respuesta a estas preguntas; fue incluido en la teoría psicoanalítica por la necesidad de dar cuenta del impulso creador; del origen sexual del impulso creador. Su etimología en la estética es “excelso, eminente, admirable”; y en la química “proceso por el cual una sustancia sólida pasa directamente a gaseosa o viceversa, sin ninguna etapa intermedia en estado líquido”. Salto misterioso, que parece propio de la alquimia o de la magia, donde “lo sólido se desvanece en el aire y reaparece bajo otra forma”.

“La escuela del psicoanalista vienés Freud (...) parte de la consideración de que las fuerzas motrices de los procesos psíquicos más complejos y delicados resultan ser necesidades fisiológicas. En este sentido esta escuela es materialista, si se prescinde de la cuestión de saber si no da un lugar demasiado importante al factor sexual en detrimento de los otros factores, pero éste ya es un debate que se inscribe en el marco del materialismo.” (Trotsky) “Procesos psíquicos más complejos y delicados” son: arte, ciencia, mito; y creo que no forzamos el sentido del texto si leemos “instinto” donde escribe “necesidades fisiológicas”.

La sublimación constituye la expresión más elaborada y socializada del instinto, o puede definirse –en palabras de Castoriadis– como el “aspecto psicogenético de la socialización”. Ahora bien, el proceso de socialización ¿qué ideales propone hoy? La posibilidad de sublimación enfrenta obstáculos cuando no hay valores compartidos y sostenidos por el conjunto de una sociedad que se precie de serlo. Los ideales sociales y los valores simbólicos de una época se interiorizan e inscriben en el ideal del yo; y es esta formación la que inicia y orienta la sublimación, respondiendo a los valores sociales de un momento histórico particular. Pero esos “valores” de la sociedad instituida contemporánea parecen y son efectivamente incompatibles con –o contrarios a– lo que exigiría la constitución de una sociedad autónoma. Esta dimensión socio-histórica otorga sentido a los productos culturales y es en la mirada de los otros donde se abre un lugar de acogida o rechazo a los mismos. “El destino sublimatorio es efecto de la identificación con la potencialidad simbolizante del otro” (Hornstein).

La primera aparición del concepto es en términos de una defensa, en la “Carta 61” (2/5/1897), Freud escribe. “(...) Todo se reduce a la reproducción de escenas, algunas de las cuales pueden ser alcanzadas directamente, mientras que a otras sólo se llega a través de fantasías interpuestas. Las fantasías proceden de cosas oídas pero sólo más tarde comprendidas, y todo su material es, por supuesto, genuino. Son construcciones defensivas, sublimaciones y embellecimientos de los hechos”. Lo que está presente en la fantasía estuvo antes –de otro modo– en la percepción. Y en el “Manuscrito L” continúa: “Las fantasías son, efectivamente, antepórticos psíquicos erigidos para bloquear el acceso a esos recuerdos; (...) combinan lo vivenciado con lo oído, el pasado (de la historia de los padres y antecesores) con lo presenciado por el propio sujeto. Son a las cosas oídas como los sueños a las cosas vistas”.

La fantasía –dice Freud– es más una reproducción que una creación, con lo que pretendía enfatizar el papel de las escenas percibidas; oídas en el caso de las *fantasías*, vistas en el caso de los *sueños*. Pero en el “Proyecto...” escribe que el aparato psíquico transforma (lo que para la ciencia son) cantidades en cualidades; y agrega a esto otras *cualidades*: la conciencia y el yo. “Tenemos, pues, esta creación de las imágenes (...) no existe ninguna relación entre las longitudes de onda y los colores, ni entre las vibraciones del aire y los sonidos (...) éstos son, en rigor, creaciones de la imaginación sensorial” (Castoriadis). De donde la imaginación es la que crea el mundo, la capacidad imaginativa del psiquismo crea el mundo.

Algunos autores consideran que, como actividades sublimatorias, sólo cabe incluir al arte y a la ciencia, dejando fuera a otras a las que consideran actividades “adaptativas” como el trabajo y el ocio. Mi pensamiento en este punto acompaña a quienes postulan que toda actividad humana requiere trabajo sublimatorio. Es posible desarrollar creatividad en cualquier actividad humana. No por casualidad el lenguaje popular usa con libertad la palabra “arte” y la antepone a cualquier actividad cuando quiere señalar que en esa actividad puede emerger lo nuevo, lo original. De este modo, el arte puede ser culinario, marcial, de curar, o de amar. Intervenir en comunidades (o analizar) también pueden ser un arte en tanto nos atrevamos a facilitar que lo nuevo acontezca en esos espacios.

¿Por qué extender la condición de “sublimatorias” a múltiples actividades humanas? La huella que nos permite identificar al instinto es el placer. Es precisamente el placer la “marca en el orillo” de la psicosexualidad. En cuanto a la creación, es el placer que acompaña la aparición de lo nuevo, de lo original; el disfrute que genera una forma obtenida, un problema resuelto. El “yo” restaura su unidad, perdida en los momentos caóticos de búsqueda; uno consigue juntarse consigo mismo. Un contenido encuentra un continente; y en la obtención del producto hay en juego recuperación y ganancia... a condición de que haya des-sexualización en el fin de la acción. De lo contrario, si la sexualidad quedara manifiesta, sería necesario otro esfuerzo de represión (que el psiquismo ahorra cuando la sublimación es posible).

¿Y el instinto de muerte?, ¿puede ser sublimado? Ésta es una cuestión de divergencias. La repetición mortífera aparece en toda actividad humana, también en las “creativas”. Me refiero en particular a aquellas expresiones culturales del malestar; y lo digo con independencia de su capacidad de triunfar en el mercado (que tal vez a eso puedan deber su éxito). La acción destructora del instinto de muerte; que cuando rompe lo existente, cuando destruye ligazones ¿se pone al servicio del instinto de vida porque fuerza a construir sobre “esos escombros”?

La búsqueda de la verdad, la belleza y la justicia alguna vez ha sido una misma cosa. El arte no es mentira. El arte no es ilusión. El arte es un campo imaginario que reivindica su estatus de cuerpo vivo en el aquí y ahora. Cuando hacer, sentir y pensar sea una misma cosa, pensar en un hombre equivaldrá a salvarlo.

6. Bibliografía

- Almeida-Filho, N.: *La Ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*, Buenos Aires, Lugar, 2000.
- Breilh, J.: “La epidemiología en la humanización de la vida. Convergencia y desencuentros de las corrientes”, en *Congreso Latinoamericano de Epidemiología*, Bahía, Brasil, abril de 1995.
- Brook, P.: *El espacio vacío*, Barcelona, 1984.
- Castoriadis, C.: “Transformación Social y Creación Cultural”, en *Revista de la Universidad de La Rioja*, (España) N° 8, 1987-1988.
- “Lógica, imaginación, reflexión”, en *El inconciente y la ciencia*, Buenos Aires, Amorrortu, 1991.
- *La institución imaginaria de la sociedad*, Buenos Aires, Tusquets, 1993.
- Castellanos, Pedro Luis: Conferencia: “Evaluación de la situación de salud y sus tendencias en grupos de población”, en *IV Taller Latinoamericano de Medicina Social*, Caracas, 1991.
- Fleury Teixeira, S.: *Estados sin ciudadanos: Seguridad Social en América Latina*, Buenos Aires, Lugar, 1997.
- Franco, Y.: *Magma*, Buenos Aires, Biblos, 2003.
- Freud, S.: “La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna”, en *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1979.
- “Los orígenes del psicoanálisis”, en *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1979.
- “El creador literario y el fantaseo”, en *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1979.
- Montero, M.: *Introducción a la Psicología Comunitaria*, Buenos Aires, Paidós, 2003.
- Nasio, J.: *Enseñanza de los 7 conceptos cruciales del psicoanálisis*, Barcelona, Gedisa, 1998.
- Trotsky, L.: “Cultura y socialismo” en *Literatura y revolución*, Buenos Aires, Crux, 1989.

Winnicott, D.: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*, Buenos Aires, Paidós, 2002.

—: *Realidad y juego*, Buenos Aires, Gedisa, 1972.

Zaldúa, Graciela (comp.): *Violencia y Psicología, Cuadernos de Prevención Crítica I*, Buenos Aires, Eudeba, 1999.

CAPÍTULO 16

ESPACIOS Y ESTRATEGIAS COMUNICACIONALES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL COLECTIVA

ROSANA PEIRANO

A Gustavo "Hutch" Videla,
mi compañero.

Al pequeño aparato radio
Bertolt Brecht

Cajita con la que cargué cuidadosamente en mi huida
de casa al barco y del barco al tren
para que sus lámparas tampoco se me rompiesen
y mis enemigos no dejaran de hablarme
en la cabecera de la cama y con gran dolor mío
de sus victorias y mis penalidades
cerrando la noche y empezando la madrugada:
¡prométeme no enmudecer nunca de repente!

Tras largos años oscuros y de siniestros enemigos, muy semejantes a los de Bertolt, muchas y muchos trabajamos por no repetir enmudecimientos y construir radios de horizontalidades entre emisores y receptores, de lazos relacionales que no sujeten sino que abracen, de trocar las mordazas por libres intercambios de voces y de sentidos que anden y desanden las identidades. Radios que elaboren tramas locales y no repitan temas globales. Radios desde la construcción colectiva, participativa, plural, crítica.

Desde esta perspectiva comunicacional se propiciará un abordaje interdisciplinario que comprenda y comprometa prácticas y saberes construidos en la intersección de los campos: Comunicación Radial - Psicología Comunitaria - Prevención Crítica.

1. Comunicabilidad y salud

La comunicación, acción de despliegue enunciativo de las condiciones de vida, es integrada y superada por la categoría: comunicabilidad. La comunicabilidad privilegia la capacidad de llegar al otro y abrir espacios de interrelación y expresión donde se transitan: situaciones intra e interpersonales, emisiones y recepciones constantes en el permanente intercambio de distintas formas de representar y resignificar que organizan tramas de multiplicidad discursiva cultural, social, cotidiana, en la que no se remite sólo a la acción de transferir, sino de provocar efectos multiplicadores.

Desde esta perspectiva es insoslayable considerar el derecho humano a la comunicación como fundamental y natural donde se construye la dialectización de lo singular, lo colectivo y la perspectiva de la realidad que los atraviesa: “(...) Ahí es cuando el derecho comienza a tener un sentido en su aporte al desarrollo de la ciudadanía y democracia; así surge el reconocimiento de una ciudadanía comunicativa (...)” (Camacho, 2007).

2. Las prácticas radiales y la salud mental

En este marco de comunicabilidad y derechos se inscriben las condiciones de posibilidad de integrar las prácticas radiales como mediadoras, promotoras y preventivas en salud que incorporan experiencias y saberes producidos en la gestión comunicativa comunitaria; encaminadas hacia la reapropiación del derecho a la salud y desde estos anclajes comprenderse como buenas prácticas en salud mental.

La producción radial se configura como un dispositivo mediador que alberga las condiciones de posibilidad de expresión-interrelación-participación-creación, y desde la potencialidad de estas prácticas mediadoras, la apuesta se concentra en comprender la comunicabilidad radial como herramienta facilitadora y alternativa para las y los trabajadores/as de la salud mental en la comunidad.

Desde un criterio amplio han de considerarse buenas prácticas al “(...) conjunto de acciones que, fruto de la identificación de una necesidad, son

sistemáticas, eficaces, eficientes, sostenibles, flexibles (...)” (FEAPS, 2003) direccionadas a mejorar la calidad, estilo y condiciones de vida de la comunidad garantizando la información y el ejercicio de los derechos. Desde lo específico de las prácticas radiales, se constituyen en buenas prácticas las que tienen como ejes de trabajo y elaboración de sus acciones a la participación, el impacto, la sostenibilidad, la inclusión social, el desarrollo de saberes y prácticas, la cooperación y la transferencia de las experiencias.

Respecto a las producciones radiales (emisoras y/o programas) comunitarias se han trazado múltiples caracterizaciones, las cuales pueden sintetizarse en aquellos proyectos políticos comunicacionales cuyas acciones se vertebran en sostener un medio alternativo que trabaje por la democratización de las comunicaciones posibilitando el libre flujo de la información y el acceso a la palabra y a la opinión de los actores sociales, corriéndose de la homogeneidad y motivando la diversidad cultural: “(...) La primera misión de las radios comunitarias tiene que ver con la necesidad de la gente de soñar, de cambiar la realidad (...)” (Fossaroli, 2007).

A principios de octubre de 2009, la comunicación radial comunitaria celebra la promulgación de la ley 26.522: Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual, ley que nos aleja de la vergüenza de haber sostenido hasta el momento el decreto-ley impuesto por la dictadura.

La elaboración de la ley 26.522 es el resultado de un camino iniciado hace cinco años con la construcción social y democrática cristalizada en la Coalición por una Radiodifusión Democrática constituida por más de trescientas organizaciones sociales, entre las que se encuentran sindicatos de trabajadores de la Comunicación, organismos de Derechos Humanos, movimientos sociales, movimientos cooperativos, radios comunitarias, asociaciones de radios de pequeñas y medianas empresas, organizaciones sociales, representantes de carreras de Comunicación y Periodismo de diversas universidades nacionales y radios universitarias, entre otras.

La Coalición por una Radiodifusión Democrática construye los “21 Puntos Básicos por el derecho a la comunicación”, sobre los cuales se ha elaborado el texto de la nueva ley:

21 Puntos básicos por el derecho a la comunicación.

1.- Toda persona tiene derecho a investigar, buscar, recibir y difundir informaciones, opiniones e ideas, sin censura previa, a través de la radio

y la televisión, en el marco del respeto al Estado de derecho democrático y los derechos humanos.

2.- La radiodifusión es una forma de ejercicio del derecho a la información y la cultura y no un simple negocio comercial. La radiodifusión es un servicio de carácter esencial para el desarrollo social, cultural y educativo de la población, por el que se ejerce el derecho a la información.

3.- Se garantizará la independencia de los medios de comunicación. La ley deberá impedir cualquier forma de presión, ventajas o castigos a los comunicadores o empresas o instituciones prestadoras en función de sus opiniones, línea informativa o editorial, en el marco del respeto al estado de derecho democrático y los derechos humanos. También estará prohibida por ley la asignación arbitraria o discriminatoria de publicidad oficial, créditos oficiales o prebendas.

4.- Las frecuencias radioeléctricas no deben transferirse, venderse ni subastarse. Nadie debe apropiarse de las frecuencias. Las frecuencias radioeléctricas pertenecen a la comunidad, son patrimonio común de la humanidad, y están sujetas por su naturaleza y principios a legislaciones nacionales así como a tratados internacionales. Deben ser administradas por el Estado con criterios democráticos y adjudicadas por períodos de tiempo determinado a quienes ofrezcan prestar un mejor servicio. La renovación de las licencias estará sujeta a audiencia pública vinculante.

5.- La promoción de la diversidad y el pluralismo debe ser el objetivo primordial de la reglamentación de la radiodifusión. El Estado tiene el derecho y el deber de ejercer su rol soberano que garanticen la diversidad cultural y pluralismo comunicacional. Eso implica igualdad de género e igualdad de oportunidades para el acceso y participación de todos los sectores de la sociedad a la titularidad y gestión de los servicios de radiodifusión.

6.- Si unos pocos controlan la información no es posible la democracia. Deben adoptarse políticas efectivas para evitar la concentración de la propiedad de los medios de comunicación. La propiedad y control de los servicios de radiodifusión deben estar sujetos a normas antimonopólicas por cuanto los monopolios y oligopolios conspiran contra la democracia, al restringir la pluralidad y diversidad que asegura el pleno ejercicio del derecho a la cultura y a la información de los ciudadanos.

7.- El público tendrá derecho a acceder a una información plural, así como a la diversidad cultural. Para ello se deberá garantizar la indemnidad intelectual y estética de los trabajadores de la comunicación y de todos aquellos que participan en la producción de bienes culturales.

8.- En los casos de una integración vertical u horizontal de actividades ligadas, o no, a la comunicación social, se deberán establecer regulaciones que promuevan el pluralismo, respeten las incumbencias profesionales y derechos intelectuales de los artistas y demás trabajadores de la comunicación y el espectáculo.

9.- Deberá mantenerse un registro público y abierto de licencias. El registro deberá contener los datos que identifiquen fehacientemente a los titulares de cada licencia y a los integrantes de sus órganos de administración además de las condiciones bajo las cuales fue asignada la frecuencia. Las localizaciones radioeléctricas no previstas en los planes técnicos deberán ser puestas en disponibilidad a pedido de parte con la sola demostración de su viabilidad técnica.

10.- No podrán ser titulares de licencias de servicios de radiodifusión ni integrantes de sus órganos directivos quienes ocupen cargos electivos oficiales nacionales, provinciales o municipales, funcionarios públicos de los distintos poderes, miembros de las Fuerzas Armadas y de seguridad, como así tampoco aquellos que hayan tenido participación comprometida con violaciones a los derechos humanos.

11.- Existen tres tipos de prestadores de servicios de radiodifusión: públicos, comerciales y comunitarios de organizaciones de la Sociedad Civil sin fines de lucro. Quedará prohibido todo tipo de discriminación o cercenamiento a causa de la naturaleza jurídica de la organización propietaria, en cuanto a potencia, cantidad de frecuencias disponibles o limitaciones a los contenidos. Todos los servicios de radiodifusión podrán contratar publicidad en igualdad de condiciones, ya que así se respetan los derechos humanos económicos, sociales y culturales.

12.- Los medios estatales deberán ser públicos y no gubernamentales. Deberán proveer una amplia variedad de programación informativa, educativa, cultural, de ficción y de entretenimiento garantizando la participación ciudadana y la atención a las necesidades de la población. En todas las regiones del país se destinará una frecuencia a la recepción

gratuita del canal de TV pública nacional y de Radio Nacional; y de igual forma se reservará al menos una frecuencia para una radio y una emisora de TV provincial y una emisora de FM municipal. Los servicios de la radiodifusión universitaria constituyen un sistema público de gestión autónoma y se reservará no menos de una frecuencia de radiodifusión a cada una de las Universidades públicas nacionales.

13.- Los planes técnicos deberán reservar al menos el 33% de frecuencias, en todas las bandas, para entidades sin fines de lucro. En estos casos tendrá que prevalecer como criterio de asignación de frecuencias el plan de servicios y la inserción de las entidades en su comunidad.

14.- La ley establecerá cuotas que garanticen la difusión sonora y audiovisual de contenidos de producción local, nacional y propia. Esto implica producción realizada por actores, músicos, directores, periodistas, artistas, investigadores y técnicos argentinos, y reglamentará la obligación de inversión en producción propia y en la compra de derecho de antena de películas nacionales.

15.- La explotación de los servicios de radiodifusión es indelegable y debe ser prestada por el propio titular de la licencia.

16.- Las repetidoras y cadenas deben ser una excepción a la regla de modo tal de priorizar el pluralismo y la producción propia y local, salvo para las emisoras estatales de servicio público o la emisión de acontecimientos de carácter excepcional.

17.- La publicidad sonora y audiovisual será de total producción nacional y deberá siempre diferenciarse de los contenidos de la programación, no estará incluida en ésta, se difundirá en tandas claramente identificadas al inicio y al final por la señal distintiva del medio y no inducirá a estafas y engaños a la comunidad.

18.- Los sistemas de distribución de señales deberán incluir en su grilla de canales las emisoras de TV de aire de la localidad, el canal público nacional y un canal con producción informativa local y propia.

19.- La autoridad de aplicación deberá respetar en su constitución el sistema federal y estará integrada además por organizaciones de la sociedad civil no licenciatarias y por representantes de las entidades representativas de los trabajadores de los medios y de las artes audiovisuales.

20.- Se creará la figura de la “Defensoría del público”, con delegaciones en las provincias, que recibirá y canalizará las inquietudes de los habitantes de la Nación. Deberá incluirse un capítulo que garantice los derechos del público. Éstos podrán ser ejercidos directamente por los habitantes de la Nación o a través de la defensoría del público.

21. En la nueva ley se deberá contemplar la normalización de los servicios de radiodifusión atendiendo a las necesidades de aquellos impedidos de acceder a una licencia por las exclusiones históricas de la ley 22.285 y la administración arbitraria de las frecuencias por parte del Estado nacional.

(En www.coalición.org.ar)

Estos 21 puntos son presentados al Gobierno Nacional en 2004 y desde este momento se transitó por encuentros, debates, foros, discusiones y los 21 puntos básicos son enriquecidos con los “21 Aportes a los 21 Puntos”.

La promulgación de la Ley de Servicios de Comunicación Audiovisuales instala nuevos y renovados compromisos colectivos dispuestos a velar por su reglamentación y aplicación: “Nosotros decimos que hicimos la Ley y ahora estaremos atentos para impedir cualquier trampa haciendo una trama para sostenerla y hacerla cumplir”, enuncia Néstor Busso, presidente de FARCO, representando la Coalición por la Radiodifusión Democrática en el Teatro Argentino de la Plata durante el acto que inició la implementación de la nueva ley.

3. La radio en la cabeza

Las especificidades de la gestión radial comunitaria en temas y problemas de la salud mental han sido relevadas en el proceso de investigación participativa, exploratoria y descriptiva: LRC La Radio en la Cabeza. Espacios y estrategias radiales de prevención y promoción de la salud mental (Peirano, Lenta y Videla, 2007) en Latinoamericana, Centro de Comunicación, Capacitación y Cultura.

Esta investigación con metodología cuali-cuantitativa que indagó el campo de las y los comunicadores/as y sus prácticas radiales vinculadas a

temas y problemas psicosociales tuvo como objetivo general: explorar, identificar y analizar el contexto actual de construcción de espacios y estrategias de los dispositivos radiales del registro de las necesidades de salud desde la perspectiva de los productores-realizadores.

Entre los resultados obtenidos en el proceso de investigación se advierte que son pocas y desconocidas –en su mayoría surgen de ámbitos comunicacionales comunitarios– las producciones radiales que se constituyen como espacios difusores y constructores de prácticas y saberes de promoción y prevención de salud psicosocial. Los actores sociales, constructores de dichos espacios desnaturalizaron y visibilizaron contextos psicosociales vulnerables y accionaron desde la herramienta radial. Se ha operacionalizado la categoría “vulnerabilidad” desde la dimensión que entiende “(...) tanto las condiciones objetivas de indefensión en que se encuentran los sectores subordinados de la sociedad como la percepción subjetiva de inseguridad derivada de la modificación radical de las reglas del juego económico sociales.(...)” (Alderete, Plaza y Berra, 2005) y los abordajes de Robert Castel (1991) quien localiza a las situaciones de marginalidad al final de un doble proceso: desenganche en relación al trabajo y en relación a la inserción relacional, caracterizándose la zona de vulnerabilidad por el trabajo precario y la fragilidad de los soportes relacionales constituyendo un espacio social inestable (oscilación tensa entre la inclusión y la exclusión). Este mismo autor refiere el concepto de vulnerabilidad a aquella diversidad de “situaciones intermedias” y al proceso por el cual se está en riesgo de engrosar el espacio de exclusión.

También se ha pesquisado que en la construcción colectiva de estas producciones radiales comunitarias se despliegan estrategias de autoprotección enhebradas en la autoeficacia (Bandura, 1977) y en la propia capacidad para organizar, gestionar y ejecutar las acciones puntuales dirigidas para el control de situaciones y el modo de afrontamiento.

Las producciones radiales comunitarias abordadas en el recorrido de la investigación trabajan en los siguientes temas: discapacidad, sexualidad, problemáticas y malestares de los trabajadores, diversidad cultural, identidad y adicciones, entre otros.

En los procesos de construcción de discursos y prácticas radiales vinculadas a los procesos de salud también se visibilizan movimientos de autonomía progresiva, vinculando su desarrollo efectivo y responsabilidad creciente de los actos comunicacionales a la cotidianeidad donde se contextualizan. Esta cotidianeidad, vivida como un continuo temporal, es “la vida del hombre

entero” (Heller, 1985), la vida cotidiana, continua y permanentemente presente será el contenido posible de los procesos de construcción identitaria.

La inclusión de dispositivos creativos en los marcos y marcas de la exclusión, la marginalidad y la ruptura de lazo social provocan un movimiento de agenciamiento de tiempos y espacios posibles de resignificar y resignificarse desde los nuevos sonidos y efectos sonoros, la ficción, la creación misma, allí donde “hechos” cotidianos se transformen en nuevos sentidos de acción participativa y despliegue de estrategias intra e intersubjetivas que suponen la morigeración de múltiples embates diarios.

El empoderamiento (empowerment), el acceso a la participación de las personas en las decisiones y procesos que afectan sus vidas como gestores y beneficiarios del desarrollo, se constituye en el tiempo inicial del proceso de formación de multiplicadores de salud; construyendo la visibilidad (escucha) de los actores sociales que informan, opinan, escuchan demandas, comparten, promueven y viabilizan un abanico de estrategias para fortalecer conocimientos, aptitudes, actitudes con participación corresponsable en la protección y cuidado de los procesos de salud-enfermedad singular, familiar y colectiva.

4. La radio: mediadora y multiplicadora de salud.

Los multiplicadores de salud son agentes de cambio social, ya que no sólo están en la posición de transferir información sino que son promotores de la participación, de la toma de decisiones y creadores de espacios de opinión, discusión, crítica y cuestionamientos.

Desde esta perspectiva se comprende a los y las comunicadores/as de temas y problemas psicosociales y sus producciones radiales (con sus formatos, sus contenidos y sus lugares de enunciación) como posibles multiplicadores de salud por sus condiciones de posibilidad de resignificar modalidades participativas, instalar formas alternativas de dirimir conflictos, democratizar las relaciones, reconocer al otro. Entre los ejemplos de multiplicadores de salud desde las prácticas radiales (organizaciones, emisoras, programas), se encuentran:

- Radio Eco. Taller de Radio del Centro de Salud Mental N° 1. Ciudad de Buenos Aires (Hospital Pirovano).
- La voz de Las Madres. AM 530 Kh.
- La Milagrosa. FM 100.9 Mhz. (Ciudad Oculta).
- Compartiendo 89.7 Mhz.
- Radio Eter (radio online). Programa El Proletarradio.
- FM El desate (Hospital Moyano).
- LT22 La Colifata (Hospital Borda).
- Radio de La Ciudad AM 1110. Programa “Somos todos diferentes”. Avalado por la CONADIS: Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas con Discapacidad. Declarado “Programa de Interés Social” por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.
- Radio Gráfica. Radio de la Cooperativa Gráfica Patricios. FM 89,3 Mhz.
- FM Aire Libre 91.3 Mhz. Programación radial en temáticas y problemáticas de inclusión social, género, etnias. Programa “Tardes Nuestras” producido por pacientes del Hospital Regional de Salud Mental Agudo Ávila, Rosario, Provincia de Santa Fe.
- Foro Argentino de Radios Comunitarias (FARCO). Campaña: “25 años con la Ley de Radiodifusión de la dictadura”. Trabajó por una nueva Ley de radiodifusión que reemplace a la 22.285 de la dictadura militar, a fin de democratizar el espectro radioeléctrico con posibilidades de acceso y participación para todos los sectores. Campaña: FARCO-Ministerio de Desarrollo Social: “Manos a la Obra”. Campaña: “Desde el pie hacemos democracia” Accionando estratégicamente con los movimientos sociales (prioritariamente en el campo de la comunicación), atendiendo las nuevas formas de participación política y ciudadana que se viene gestando en nuestro país. Institucionalizando la gestión y promoviendo el desarrollo y fortalecimiento de nuestras radios como nudos solidarios. Legitimando a la red por su accionar en la defensa de los derechos de comunicación e información.

Estas organizaciones, emisoras y/o programas radiales desde sus políticas y estrategias comunicacionales bregan por el intercambio y la interacción de

la diversidad de productos culturales, promueven nuevas significaciones en un campo determinado de fuerzas sociales. En pleno ámbito cotidiano trabajan por la inclusión de dispositivos comunicacionales en grupos atravesados por la exclusión, la marginalidad, la vulnerabilidad y la ruptura de lazo social.

Entre los antecedentes de emisoras comunitarias en la Ciudad de Buenos Aires con las características enunciadas es imposible no nombrar desde lo afectivo a FM Latinoamericana 97,1 Mhz (1989-2001), en la que hemos propiciado y gestionado la producción y coordinación de espacios radiales cedidos relacionados a la temática de derechos, salud, salud mental, identidad; entre los que se desarrollaron podemos nombrar: LT22. La Colifata. Programa radial semanal en vivo de los internos del Hospital José T. Borda; La República de Momo, programa radial semanal de la identidad murguera de los Barrios; Programa Radial Semanal de difusión de los talleres del Hospital Pirovano; Radio Eco; El Psicoanálisis en la Ciudad, programa semanal de la Escuela Freudiana de Buenos Aires; Trabajo de Hormiga, programa semanal de HIJOS por la Identidad y la Justicia contra el Olvido y el Silencio.

5. Desafíos en el ámbito comunitario comunicacional

La acción superadora y desafiante de las y los trabajadores/as. de la salud mental es la coproducción radial con los actores sociales participantes y comprometidos en la discusión, toma de decisiones y vigilancia de temas y problemas psicosociales, auspiciando el diálogo y los consensos, deconstruyendo creencias, mitos, prejuicios; coelaborando criterios de calidad informativa.

Desde la perspectiva de la Psicología Comunitaria Crítica y su articulación con saberes y prácticas psicosociales y comunitarias en salud es enriquecedor propiciar acciones en el ámbito comunicacional radial comunitario con los propósitos de:

- Comprender la potencialidad mediadora de la comunicación radial como herramienta facilitadora y alternativa para el rol del psicólogo en la comunidad.

- Desarrollar la experiencia participativa en prácticas interdisciplinarias que articulen salud mental-comunicación radial.
- Explorar, identificar y analizar el contexto actual de construcción de espacios y estrategias de los dispositivos radiales del registro de las necesidades de salud mental.
- Desarrollar capacidades y habilidades para la observación del campo comunitario comunicacional, el reconocimiento de su complejidad y problemáticas; así como desarrollo de estrategias de abordaje, planificación y resoluciones alternativas.
- Compartir con los actores sociales que organizan, construyen y gestionan prácticas radiales en temas y problemas psicosociales: percepción epidemiológica, recursos formales e informales del sector salud, modalidades de relevamiento de las necesidades socio-sanitarias, características socioculturales y políticas de su grupo poblacional, situaciones de riesgo percibidas, estrategias protectivas y de afrontamiento.
- Adquirir y ejercitar herramientas básicas para la elaboración de producciones radiales que enriquezcan la labor de psicólogas y psicólogos en el área socio-comunitaria.

6. Bibliografía

- Alderete, Ana; Plaza, Silvia; Berra, Cecilia: “Modelo Económico. Trabajo, vulnerabilidad y malestar psicológico”, en *Temas de Ciencia y Tecnología*, Volumen II. N° 7, Secretaría de Ciencia y Tecnología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, 2005.
- Almeida Filho, Naomar: *La Ciencia Tímida. Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2005.
- Ponencia: “La práctica teórica de la epidemiología social en América Latina”, *Primer Congreso Iberoamericano de Epidemiología*, Granada, España, 1992.
- Anzieu, Didier: “Lo imaginario en los grupos”, en *El grupo y el inconsciente*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1978.

- Bandura, A.: *Guía para la construcción de escalas de autoeficacia*, Universidad de Stanford, Traducción de Olaz, F.; Pérez, E. y Silva, M., Universidad Nacional de Córdoba, 2001.
- Benítez Ampudia, J. C.: *Consideraciones biológicas y sociales en torno a la calidad y condiciones de vida como determinantes de la salud enfermedad*, Ecuador, OPS/OMS, 1997.
- Benito, J. y Cantalejo, A.: “La salud de los trabajadores en los medios de comunicación”, *XII Congreso Nacional de salud y Seguridad en el trabajo*, Valencia, 2001.
- Breilh, Jaime: *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2003.
- : “La epidemiología en la humanización de la vida. Convergencia y desencuentros de las corrientes”, *Congreso Latinoamericano de Epidemiología*, Bahía, Brasil, 1995.
- Breihl, J. y Granda, E.: “Producción y distribución de la salud-enfermedad, como hecho colectivo”, en *Investigación de la salud en sociedad*, Bolivia, CEAS/Fundación Salud y Sociedad, 1985, pp. 45-64.
- Busso, Néstor: “Políticas de Comunicación: un debate pendiente en Argentina”, en Mastrini, G. y Califano, B. (comps.), *Sociedad de la Información en la Argentina. Políticas Públicas y participación social*, Buenos Aires, Ediciones Yunque, 2006.
- Camacho Azurduy, Carlos: en “Memoria del Seminario Internacional: Derecho a la Comunicación, a la Información y a la Libre Expresión en América Latina y el Caribe” organizado por ALER, Radio Nederland Wereldomroep (RNW), Ayuda en Acción, FARCO (Foro Argentino de Radios Comunitarias y la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata. Primera Mesa: Dos miradas, dos momentos, un objetivo. El ejercicio del derecho de la comunicación en América Latina y el Caribe. La Plata, 13 de noviembre de 2007.
- : *Las radios populares en la construcción de ciudadanía. Enseñanzas de la experiencia de ERBOL en Bolivia*, La Paz, Editorial Universidad Andina Simón Bolívar, 2001.

- Castel, Robert: "La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión", en *El espacio institucional*, Buenos Aires, Lugar, 1991.
- Castiel, Luis y Vasconcellos-Silva, Paulo: *Precariedades del exceso - Información y comunicación en Salud Colectiva*, Buenos Aires, Lugar, 2005.
- Enz, Angélica y Fantín, Roxana: *Comunicar para el cambio social*, Buenos Aires, Ediciones La Crujía, 2006.
- FEAPS. Federación de Asociaciones en Favor de personas con discapacidad intelectual: "Buenas prácticas. ¿Qué son y cómo se valoran?". Red de Calidad. En www.feapscv.org. Julio de 2003.
- Finquelievich, S. y Kisilievsky, G.: "La sociedad civil en la era digital: organizaciones comunitarias y redes sociales sustentadas por TIC en Argentina", Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 2005. (Documentos de Trabajo 41)
- Fossaroli, Daniel: en "Memoria del Seminario Internacional: Derecho a la Comunicación, a la Información y a la Libre Expresión en América Latina y el Caribe" organizado por ALER, Radio Nederland Wereldomroep (RNW), Ayuda en Acción, FARCO (Foro Argentino de Radios Comunitarias y la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata. Acto de Apertura. La Plata, 13 de noviembre de 2007.
- Foucault, Michel: *El orden del discurso*, Madrid, Tusquets, 1971.
- : *Tecnologías del yo y otros textos afines*, Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica - Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad Autónoma de Barcelona ICE, 1990.
- Guía de Capacitación *Contalo vos X radio*, proyecto del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Subsecretaría de Organización y Capacitación Popular, Contalo Vos y FARCO (Foro Argentino de Radios Comunitarias), Buenos Aires, 2007.
- Heller, Agnés: *Historia y vida cotidiana. Aportes a la sociología socialista*, México, Editorial Grijalbo, 1985.
- Kornblitt, A: "Prevención del VIH/SIDA. Información, actitudes y conductas en la población Argentina". N° 35, GCBA, Centro de Documentación en Políticas Sociales, Buenos Aires, 2004.

- Leale, Hugo y Peirano, Rosana: “Dispositivos artísticos en salud mental”, Ficha de cátedra, 2006.
- Ley Resorte para todos. Conociendo la ley de responsabilidad social en radio y televisión.* Colección Comunicación Responsable. Ministerio de Educación e Información, Venezuela, 2005.
- López Vigil, José Ignacio: “Ciudadana Radio. El poder del periodismo de intermediación”, Buenos Aires, Ed. Línea y Punto SAC; 2004.
- : *Manual urgente para radialistas apasionados*, Quito, Artes Gráficas Silva, 1997.
- Martínez Neira, Delia y Gutierrez Herrera, Raúl: Ponencia “La necesidad de participar y ser escuchado”, en *Segundo Congreso Virtual: Integración sin Barreras en el Siglo XXI*, 2002.
- OMS: “Informe sobre la Salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas”, Ginebra, Suiza, 2001.
- Musitu, G. y Gracia, E.: “Integración y participación en la comunidad. Una conceptualización del apoyo social comunitario”, en *Psicología Comunitaria*, Valencia, Ed. Nau Llivres, 1990.
- Peirano, Rosana; Lenta, Malena y Videla, Gustavo: “LR C. La Radio en la Cabeza. Espacios y estrategias radiales de prevención y promoción de la salud mental colectiva - Resultados Provisorios”, en *XIV Jornadas de Investigación. Tercer encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Buenos Aires, 2007.
- : “LRC. La Radio en la Cabeza. Espacios y estrategias radiales de prevención y promoción de la salud mental colectiva”, Investigación en Centro Cultural Latinoamericana con apoyo de GCBA-Ministerio de Derechos Humanos y Sociales, 2006.
- Pérez Cottin, Marcelo y Tello, Nerio: *La entrevista Radial*, Buenos Aires, Ediciones La Crujía, 2004.
- Prieto Castillo, Daniel: *La comunicación en la educación*, Buenos Aires, Ediciones Cicco-La Crujía, 1999.
- : *La vida cotidiana: Fuente de producción radiofónica*, Ediciones La Crujía, 1999.

Schujer, Silvia y Schujer, María: *Aprender con la Radio. Herramientas para una comunicación participativa*, Buenos Aires, La Crujía Ediciones, 2005.

Verón, Eliseo: "La mediatización", Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Consejo Editor de la Secretaría de Extensión Universitaria.

Vich, V. y Zavala, V.: *Oralidad y poder. Herramientas metodológicas*, Santiago de Chile, Grupo Editor Norma, 2001.

Zaldúa, Graciela (comp.): *Violencia y Psicología. Cuadernos de Prevención Crítica I*, Buenos Aires, Eudeba, 1999.

21 Puntos Básicos por el Derecho a la Comunicación en www.coalicion.org.ar

Wacquant, Loïc: *Parias urbanos. Marginalidad en la ciudad a comienzos del milenio*, Buenos Aires, Manantial, 2001.

www.americalatinagenera.org

www.coalicion.org.ar

www.comminit.com/la/descripciones/lapdssalvador

www.cta.org.ar

www.cmd.gov.ar

www.elagora.org.ar

www.enredando.org.ar

www.farco.org.ar

www.mininterior.gov.ar/interior/buenaspracticass

www.noticias.uol.com.ar/edicion_1531/seccion_radio.htm

www.redba.com.ar

www.observatorioviolencia.org/bbpps.php

www.radioapasionados.net

www.telam.com.ar

Otros soportes / analizadores / dispositivos artístico-comunicacionales:

Radiales:

Radialistas apasionadas y apasionados. Radioclips por temas: Sexualidad.

Radioclip: “Un condón para cada ocasión”.

Radioclip: “¿Sexo o afecto?”.

Radialistas apasionadas y apasionados. Radioclips por temas: Derechos Humanos.

Radioclip: “Ciudadanía es...”.

Radioclip: “El derecho del cuerpo”.

Radialistas apasionadas y apasionados. Radioclips por temas: Género.

Radioclip: “Palabras que matan”.

Radioclip: “Alba, vendida como mercancía”.

FARCO. Foro Argentino de Radios Comunitarias (www.farco.org.ar)

De Brujas y Otras Yervas. Cuentos radiales que intentan transmitir la mirada con que algunas mujeres y algunos hombres están aprendiendo a verse. Están pensados para mujeres y hombres que quieren dejar de ser espectadores/as, que anhelan convertirse en protagonistas de sus propias vidas y así ser parte del cambio cultural que está en marcha camino al encuentro de los sexos. Básicamente se cuentan historias de mujeres y hombres anónimas/os.

Raíces Milenarias. Programa semanal interactivo e interregional de una hora de duración producido por la Red de Comunicación Indígena en dúplex desde los centros de producción de Resistencia y San Salvador de Jujuy. Intercambia las miradas desde ambas regiones de la vida de los pueblos originarios, con notas de actualidad y música. *Duración:* 60 minutos. *Conduce:* Jorge Frías. *Selección de textos y Voz:* Carmen Capdevila. *Gra-*

bación-Edición y Musicalización: Ludmila Stutapk y Nicolás Visnevetsky.

Audios:

FARCO. Foro Argentino de Radios Comunitarias

21 puntos básicos por el derecho a la comunicación

16.07.2008. El Foro Argentino de Radios Comunitarias produjo 31 cuñas de alrededor de 30 segundos que contienen la letra de los 21 puntos básicos por el derecho a la comunicación, impulsados por la Coalición por una Radiodifusión Democrática. Estas producciones se suman a las tantas campañas radiales producidas desde este Foro y desde el espacio de los medios sin fines de lucro, que pretenden que la nueva ley de radiodifusión contemple a la comunicación como un derecho.

Entrevista a miembros de la Vía Campesina Internacional

08.08.2008. Programa especial realizado el 8 de agosto en los estudios de FARCO Satelital con una entrevista a participantes del encuentro del Foro de la Vía Campesina de Sudamérica, que se desarrollará este fin de semana en Rosario. Participaron de la entrevista Leoncia Solórzano, de la Vía Campesina de Honduras; Ana Ixmucane, de Guatemala, del Comité de Unidad Campesina; y Cristina Loaiza, del Movimiento Nacional Campesino e Indígena de Argentina.

Cinematográficos:

El Ciudadano. Dirección: Orson Wells.

La Antena. Dirección: Esteban Sapir.

Pescador de Ilusiones. Dirección: Terry Gilliam.

Radio Favela. Dirección: Helvecio Ratton.

CAPÍTULO 17

VULNERABILIDADES, TURBULENCIAS Y POSIBILIDADES

GRACIELA ZALDÚA

A pesar de la enunciación desde mi lugar como profesora de Epidemiología y de Psicología Preventiva, no voy a abundar en datos, ni en políticas no realizadas, sino más bien voy a tratar de trabajar sobre tres ejes problematizadores de una ética de responsabilidad y compromiso social: *vulnerabilidades*, *turbulencias* y *posibilidades*. Tres palabras que pretenden interpelar al fenómeno de las drogas hablado por las disciplinas, por las políticas públicas, por los discursos morales, represivos, preventivos y también asociado en las representaciones sociales a estereotipos amenazantes, prejuicios y sanciones.

A modo de puntuación muy general, incluiré cuestiones sobre las políticas públicas que deben ser integrales, participativas, consensuadas, pero sobre todo superadoras de las atribuciones dicotómicas que generalmente se dan a nivel de las disciplinas y de las representaciones sociales sobre el sano/enfermo y este último a ser tutelado, judicializado. ¿Cómo puede apostarse a otros sentidos y a otros entramados colectivos, para pensar otros *ethos de cuidados* y las nociones de autonomía y de responsabilidad?

1. Vulnerabilidades

Hace poco tiempo, en un espacio de intervención preventiva, escuché una frase provocativa: “están ahí, en los muros de la escuela, con el pegamento

siempre, están en la calle, pero viviendo al lado de la escuela, son chicos de la calle”.

Esta escena cristalizada y estas palabras dichas por maestros convocan a interrogarnos. Son los pibes en situación de calle, que ni la trama escolar, ni la familiar soportan o sostienen. Están para ser vistos pero no son mirados, ni hablados, son cosificados, no sabemos qué hacer con ellos.

Asocio esta escena con una experiencia que tuve hace treinta años, siendo exiliada en Venezuela. Trabajaba en un programa psico-social y un chico de trece años que transgredía, desafiante, en la búsqueda de objetos cambiables para consumir, o ser y tener, fue asesinado tras un arrebato de una cadenita, en una situación de justicia por mano propia. El fatalismo familiar, el fatalismo escolar, el silencio sobre esa situación de impunidad y la resignación fueron efectos como de una muerte anunciada.

En la Argentina, era el momento del “en algo andarían”, época de la Triple A - López Rega, y luego de la dictadura militar. Y allá en Venezuela, democracia reducida, pero también estaban los discursos de: “en algo andaría este chamo”, y “su destino estaba marcado”.

Similitudes en las representaciones y en las instituciones impotentes, dispuestas a proyectar culpas, con retóricas preventivas cruzadas por matrices morales y pedagógicas. Diferencias en los tiempos y espacios para referirse a los daños en las tramas simbólicas. En los enfoques hegemónicos se pone el eje en la función parental y en responsabilizar y culpabilizar a la familia. Sobre todo se penaliza la función materna a través de la falta de una épica materna reparatoria de salvación, aunque en muchos casos llegan con frecuencia hasta el agotamiento en la búsqueda de instituciones que contengan el problema de sus hijos. Es decir, en ese modo de ambular y fracasar, muchas veces se desliga o se demanda el encierro, la internación, para la cura de la desmesura de hijos e hijas con conflictos con las drogas.

Frente al problema pueden suceder múltiples trayectorias. Algunas, como en los relatos, no pueden apuntalar al otro/a en sus crisis, supuestamente no cumplen con el mandato amoroso de sostén, de protección, porque han estado como modelo tradicional de familia. Otras trayectorias se caracterizan por la insistencia en el acompañamiento y las búsquedas terapéuticas. Y otras, que ante la impunidad, se asocian para demandar atenciones y denuncian los nexos del consumo en los territorios, en los barrios donde los *dealers* o los rufianes conviven con las instituciones que aceptan, acuerdan y negocian los beneficios del estrago y no son sancionados por la ilegalidad del tráfico.

Las madres del paco son un ejemplo. Son algunas de las distintas maneras de direccionar las acciones, de enfrentar los conflictos, el desconcierto, las múltiples vulnerabilidades.

Ahora bien, todo discurso articula “decires” como dimensiones semánticas y “haceres” como dimensiones prácticas/pragmáticas que le dan sentido a estas cosas.

Un autor, Ibáñez, dice que “todo comportamiento de un ser humano no sólo cuando habla es significativo”. En este caso no sólo es significativo lo que se dice de los adictos y contra ellos, sino que es significativo lo que se hace con el problema de las drogas, cómo se trata a los sujetos en situación de vulnerabilidad y qué se piensa sobre ellos. No verlos también es una manera de negación, de remitirlos a la expulsión, de transformar ese estado en cotidiano. En última instancia: con márgenes de libertad y opciones nulas para ellos. Subjetividades sacrificables, *nuda vida*¹ donde no se espera nada de ellos. Los mecanismos de exclusión, discriminación y descalificación se vinculan con la invisibilidad, la pérdida de la nominación, de la palabra, el no reconocimiento en la trama social, la deshumanización y descrédito social.

Los análisis críticos de los discursos y de los contextos socioculturales del fenómeno drogas son el primer punto básico de esta puntuación, a considerar en las políticas públicas que deben ser siempre integrales y participativas, no fragmentarias, ni criminalizantes. Diagnósticos participativos y contextualizados que den cuenta del sentido de las dificultades subjetivas y objetivas deben facilitar acciones terapéuticas, preventivas y promocionales integrales de salud en el campo de las políticas públicas.

Segundo punto a abordar: el riesgo. Las modalidades de lazo social, las modas, los códigos, los ideales, la sexualidad y las preferencias sexuales, o algunas prácticas –como el consumo recreativo de drogas, en particular el

1. Nota del editor: El concepto de ser de *nuda vida* lo desarrolla Giorgio Agamben (1999) y representa a un ser determinado al que se le han consumido todas sus posibilidades y sus potencias. Un ser que no se realiza en una multiplicidad de identidades. Duckatzky y Corea (2001) lo retoman para describir cómo los adolescentes han ido perdiendo referencias en el marco de situaciones de vulnerabilidad social. “La expulsión social produce un desexistente, un ‘desaparecido’ de los escenarios públicos y de intercambio. El expulsado perdió visibilidad, nombre, palabra, es una ‘nuda vida’, porque son sujetos que han perdido visibilidad en la vida pública, porque han entrado en el universo de la indiferencia, porque transitan por una sociedad que parece no esperar nada de ellos” (Duckatzky y Corea, 2001: 18).

alcohol—, se manifiestan en la cultura juvenil de diversa manera. Algunas de las expresiones como la *cumbia villera*, los *graffitis*, el *rock barrial*, las *tribus urbanas* se asocian a los excesos y descontrol que requieren ser controlados. Sin embargo, estas expresiones juveniles creativas implican pertenencia y reconocimiento en el/la otro/a, constituyen lazos afectivos y modalidades de socialización. Sus dinámicas tampoco están ajenas a la sociedad capitalista y el mercado, con la cultura del consumo de la noche, con los objetos marcas, con la inmediatez y el vacío de proyecto. Se dan lazos fusionales con grupos y emblemas o llenando con estimulantes, lícitos o no, su búsqueda de lugar de pertenencia identitaria. Focalizando en situaciones de exceso y violencias en los boliches se generan discursos alienantes que tienden a psicopatologizar, criminalizar a todos o se construyen asociaciones a manera de *factores de riesgo*, que se convierten en “probabilidad” que algo suceda a una “causalidad inevitable” de que eso suceda con una retórica diagnóstica y una supuesta prevención de la peligrosidad de los actos.

Desde una clínica de casos, se suele generalizar un campo de fenómenos sociales, en particular el de los sectores en situación de vulnerabilidad, expropiados de sus proyectos escolares y laborales, es decir, de su futuro; en el marco de la declinación de las instituciones como la escuela o la familia que les daban sentido a los proyectos para un porvenir.

Nos encontramos entonces con conceptos que soslayan lo histórico-social y las significaciones que dan sentido a la vida de chicos, chicas, jóvenes, hombres, mujeres.

Es fundamental diferenciar aquello relacionado con el sufrimiento: síntomas y trastornos, y las nuevas modalidades de producción subjetiva. Circulan, así, nociones de omnipotencia, narcisismo, trasgresión, perversión, puntos de desviación, desorientación, etc. Pero ¿puede pensarse un sujeto producto de identificaciones conflictivas sin relación de ese yo con sus valores y metas? ¿Cómo operan las diferencias entre el ser y el tener, en el contrato identificatorio y las distintas relaciones de objeto?

Esto constituye el complejo y largo trayecto entre indiferenciación narcisista y la aceptación de una alteridad, de un otro, de un devenir. En última instancia: una permanencia y un cambio que permite ser identificado e identificante en una construcción subjetivante.

Retomemos esta idea de subjetividad en un tiempo sociohistórico. Tentativamente podemos señalar que a ciertas organizaciones psíquicas se les dificulta reconocer esa alteridad. Existe una dificultad para aceptar: traumas

y heridas narcisistas, las diferencias de los sexos, las generaciones y la muerte inevitable para todos. Y muchas veces coexisten, entonces, soluciones adictivas, depresivas y compromisos somáticos, trastornos de alimentación, adicciones, compulsiones, impulsiones como expresiones del sufrimiento. De esto estamos hablando cuando decimos “fronteras inciertas” de estas subjetividades en la trama de la cultura actual y sus ideales. Pero no puede obviarse el efecto devastador de la expulsión social, herencia del modelo neoliberal, en la subjetividad, en los valores, en los vínculos y las maneras de concebir el mundo social y relacional.

Otro elemento importante que muy poco se releva en las políticas públicas lo constituyen las cuestiones de género, relaciones estructurantes que posicionan al sujeto en el mundo y condiciona las trayectorias, identidades, oportunidades, elecciones, percepciones, vivencias vinculadas a las diferencias sexuales. Cuestiones como los estereotipos de género refuerzan los poderes sociosimbólicos que se atribuyen a los sexos y no se entiende como concepto relacional atravesado por dimensiones culturales, sociales, económicas, psicológicas. “Adolescencia”, “juventud” o “culturas juveniles” son citadas reiteradamente; pero habitualmente disociadas del género, *clase* y *subjetividad*. El fenómeno de las drogas y las “fronteras inciertas” nos advierte de otras complejidades que incluyen las condiciones históricas, sus vicisitudes sociales, económicas, su tiempo y su espacio social y subjetivo.

En consecuencia, me parece básico contextualizar situaciones complejas y contingentes, y habilitar criterios de construcciones que nos permitan prácticas sociales alternativas y sustitutivas de los dispositivos tutelares y disciplinadores para la abstinencia.

Frente al vacío, frente al desvalimiento, frente a ese porvenir incierto, podemos recordar algo que dice Burroughs (1980) cuando dice que: “el adicto busca con la ingesta hacer predecible el acontecer, rechazando el carácter azaroso de la vida diaria al ponerse en un estado y sufrir unos efectos que son siempre los mismos, es decir, buscar una permanencia y no el cambio permanente”.

“Autenticidad”, “ser uno mismo”, “no caretear” son frases recurrentes que los chicos plantean, como forma de estar incluido en un grupo, en una banda, buscando pertenencia, comunicación con otros y autocontrol para saber llevar lo que impone la pertenencia. Hay también modalidades omnipotentes y destructivas, que nos dicen algo, nos hablan de algo, nos plantean algo en nuestros contextos de incertidumbre.

Articulando teorización y problemas, podemos entonces analizar las opacidades de las causalidades complejas y las formas de reproducir las repeticiones y las *encerronas* que clausuran sentidos, y señalar la ineficacia de intervenciones que recortan en lo manifiesto y plantean focalizar acciones específicas para problemas sintomáticos y esas patologías emergentes.

Así lo heterogéneo, lo necesario, lo singular, lo diferente queda negado en una identidad adjudicada socialmente como “falopero”, “pibes chorros”, “peligrosos” así como otras formas que también provienen del prejuicio, la discriminación y la estigmatización.

Sobre estas identidades, es bueno recordar a Adorno (1990) cuando dice que “la identidad es la forma originaria de la ideología, adecuación como sumisión bajo objetivos de dominación y en este sentido está su propia contradicción”. Es necesario un pensamiento que rescate las contradicciones encerradas en estos procesos, en estos problemas y pensando en una anti-identidad discriminatoria y criminalizada; es decir, otra posibilidad de ser.

En este sentido, el segundo punto que quiero subrayar es la necesidad de develar todos aquellos regímenes de asignaciones dicotómicas donde se plantean: lo bueno-lo malo y lo sano-lo enfermo, con sus correspondientes regímenes de verdad como asignaciones de saber-poder. Si retomamos vulnerabilidad, *vulnerare*, “algo que se daña o se perjudica”, advertimos un frecuente deslizamiento de esta vulnerabilidad asociada a la pobreza y a grupos vulnerables y consumo de drogas. Así la dimensión del riesgo obvia la estructural inequidad y la vulnerabilidad al acceso del derecho de ciudadanía. No se puede hablar del riesgo sin hablar de estas inequidades y estas diferencias en el acceso de ciudadanía.

La problematización de los programas centrados en la llamada “categoría de riesgo” y “comportamientos/grupos de riesgo” ha mostrado sus límites aquí, en Venezuela y en muchos otros países. Y su carga es fuertemente discriminatoria. De este modo, reconceptualizar *vulnerabilidad* como categoría construida y constructora es un desafío que nos lleva a pensar otras praxis en salud, preventivas y terapéuticas, con un sentido más dinámico, sin pasivizar a los actores afectados y resignificando esas tensiones y conflictos de las subjetividades en los contextos sociohistóricos.

Los estereotipos y desigualdades exigen, entonces, una interrogación de género, también como una construcción cultural-relacional de las jerarquías y los atributos socialmente contruidos en una sociedad patriarcal como es la nuestra.

No es sólo visibilizar las desigualdades sociales y los distintos accesos de ciudadanía sino las desigualdades de género, porque esto también conspira contra la sensibilidad y la accesibilidad simbólica a las distintas prácticas sociales.

Los atributos de la masculinidad muy ligada a los consumos y la fragilidad de lo llamado “femenino” son también elementos centrales relacionados a otros tipos de consumo y de dominación. Es importante ver qué campos de fuerza y de poder se juegan en el orden de género, que fijan prescripciones, posiciones y sanciones a través de las instituciones y de las ideologías expresadas los discursos políticos, religiosos y también científicos.

En consecuencia, es importante incluir en la agendas públicas la necesidad de develar la naturalización, patologización, judicialización en los encuadres y dispositivos de las múltiples expresiones de vulnerabilidad en los diversos contextos, las modalidades de construcción de subjetividad, de estructuración psíquica y de definiciones identitarias con componentes sexistas y no de género. Propiciar discursos y prácticas que planteen otros modelos, que cuestionen las hegemonías de control social y habiliten espacios facilitadores de la accesibilidad a las demandas asistenciales y preventivas no puede disociarse de la participación por una sociedad equitativa e igualitaria.

2. Turbulencias múltiples

En este tópico empleo *turbulencias*, palabra que alude a los problemas meteorológicos. La utilizo como metáfora de movimiento, de salto, de alteración de las cosas claras, de alboroto. También, asociamos a múltiples modos de pensar discursos que incluyan una lectura de las coordinadas sociohistóricas y subjetivas. Turbulencias por desconciertos, cercanía y lejanías que los adultos tenemos con los jóvenes, con sus culturas, con sus proyectos y con el malestar social donde se instala el problema de las drogas y los jóvenes y se lo dimensiona o no en función de políticas de control social. Turbulencias con los artefactos para pensar los problemas, no sólo de los jóvenes con los consumos y/o abusos.

Cercanía y lejanía con los cambios comunicacionales, con los accesos a los lugares y a los mundos tecno-mediáticos; a las distintas velocidades en

las que nos comunicamos, algunos con más lentitud y dificultades, definidos como nativos o inmigrantes al mundo tecnológico.

Cercanía y lejanía con estos lenguajes breves que nos cuesta descifrar, con los códigos de la sexualidad, con las expresiones, gustos, deseos o intereses. Generalmente le damos una atribución desde nuestros enfoques, generando contactos difíciles con estos nuevos códigos.

Pero también muchas veces en nuestros sectores medios, que generalmente son a los que acudimos, también en estos espacios universitarios y públicos² observamos también una búsqueda muy fuerte de la postergación de la adultez. Consumos adictivos quirúrgicos o dietéticos para los cuerpos ideales no generan tanta alarma social, ni tampoco hacen ruido para pensar lo intergeneracional.

Interrogarnos sobre los imaginarios generacionales y sociales es preguntarnos sobre contextos y cambios socioculturales y simbólicos que producen efectos en la subjetividad y generan culturas diferentes, por ejemplo, en sectores adolescentes de diferentes orígenes, lugares, tribus, que tienen emblemas, gustos musicales, ropas, pertenencias (ej.: callejeros, rolingas, etc.). Por tanto, son adolescencias y juventudes múltiples, diversas en las que circulan significaciones imaginarias y se entrelazan identidades marcadas en cuerpos, lazos sociales, sueños, carencias, etc.

Las diversidades familiares con múltiples configuraciones multiparentales, ensambladas, monoparentales, homosexuales, etc. y otros actores extrafamiliares partícipes en la socialización y transmisión plantean otras modalidades de lazo social. A su vez, los consumos actuales ofertados para pertenecer se juegan en los cuerpos y objetos idealizados y otras formas alienantes como las drogas, constituyen formas diversas de atrapamiento en los ideales de época.

Turbulencias por los cambios en las realidades sociales y subjetivas y también en nuestros modos de interrogarnos ante los problemas emergentes desafían a los paradigmas tradicionales y exigen otras aperturas interdisciplinarias y desafíos ético-políticos. Es urgente dialogicidad y pensamiento crítico en los encuadres y las propuestas frente a las situaciones de turbulencias.

2. Nota del editor: refiere al auditorio de la Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas.

3. Posibilidades

Frente a estos instituidos pueden pensarse o propiciarse otras posibilidades y trayectorias, sin encarnarse en esas significaciones imaginarias más alienantes y generar, tal vez, otras posibilidades instituyentes para la transmisión y tramitación de duelos y pérdidas, con la construcción del horizonte utópico del porvenir, en una cultura del malestar y vulnerabilidad social.

Propiciar lugares que no coagulen el presente en un presente único frente a los vacíos, las angustias o las manifestaciones del cuerpo, que puedan ampliar sentidos y que puedan ampliar las capacidades metafóricas del lenguaje, son fuentes de creatividad, riqueza de opciones, sentidos y posibilidades de trayectorias diversas deseadas. Las prácticas de autonomía y cooperación, que la sociedad civil se dio y se da frente a la crisis, muestran otros modos de asociatividad creativa y productiva. En algunos movimientos sociales incluyeron el problema de las drogas, porque interfería, preocupaba, afectaba. Se dieron ámbitos para reflexionar, actuar y demandar al Estado. Los obstáculos en la accesibilidad a la atención, la calidad y eficacia reducida de las propuestas públicas y privadas y/o la escasa promoción de espacios de bienestar son un cuestionamiento y una problematización crítica de nuestras prácticas técnicas y de las dimensiones políticas, éticas y jurídicas que atraviesan el problema.

Posibilidades de pensar en otros actores solidarios y al Estado como garante de espacios promocionales, preventivos y asistenciales. Los efectos del modelo devastador neoliberal en las subjetividades no puede ser excluido de la reflexividad crítica. La construcción de valores, sentimientos y modos relacionales fracturados del semejante, la capilarización de las corrupciones e inmoralidades institucionales y la aceptación acrítica de las inequidades, pueden ser interpeladas como trama constitutiva de las intersubjetividades. Generar un horizonte utópico y las condiciones de posibilidad de otro vivir, de otros sentidos, otras posibilidades y potencias para la dignidad y el respeto. Dar centralidad a la condición humana relacional del semejante, con identidad y futuro, al surgimiento de nuevos modos de subjetividad que den mayores condiciones de posibilidad a la riqueza representacional que el psiquismo puede desplegar, nos recuerda Silvia Bleichmar.

Considero que es urgente transformar las políticas públicas en unas que tiendan a la justicia distributiva y que sean promotoras de inclusión y empoderamiento subjetivo y comunitario.

Es importante la despenalización y la legalización de la tenencia y uso personal, pero entiendo que no alcanza con la norma jurídica si no va acompañada de políticas públicas promocionales, preventivas y asistenciales. Estos temas deben tener visibilidad y enfrentar los supuestos catastrofismos frente a la despenalización, ver las experiencias internacionales; pero también conocer nuestras limitaciones y los fracasos de lo recorrido con las políticas y dispositivos actuales de coacción terapéutica y penal. Éste, es un desafío de la sociedad, de la Salud Pública/Salud Colectiva y compartimos una frase emblemática del Foro Social “una salud y una sociedad distinta es posible”.³ Pero, además de posible: ¡es necesaria!

4. Bibliografía

Adorno, Theodor: *Dialéctica Negativa*, Madrid, Taurus, 1990.

Agamben, G.: *Lo que queda de Auschwitz*, Valencia, Pretextos, 1999.

Burroughs, William: *Yonqui*, Barcelona, Bruguera, 1980.

Bleichmar, S: *La Subjetividad en riesgo*, Buenos Aires, Topía Editorial, 2005.

Duchatzky, S. y Corea, C.: *Chicos en banda: los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*, Buenos Aires, Paidós, 2001.

3. Nota del editor: parafrasea el lema del III Foro Social Mundial Social 2003, del que participaron más de cien mil personas, y que se realizó en Porto Alegre, Brasil, y que fue: “Un mundo mejor es posible”.

POSFACIO

ROSANA PEIRANO Y MALENA LENTA

“Es muy probable que todo grupo humano, cualquiera que éste sea, delimite en el espacio que ocupa, en el que vive realmente, en el que trabaja, lugares utópicos, y en el tiempo en el que se afana, momentos ucrónicos. He aquí lo que quiero decir: no vivimos en un espacio neutro y blanco; no vivimos, no morimos, no amamos dentro del rectángulo de una hoja de papel”
(Foucault, 1984).

Elaborar los trayectos que conforman caminos posibles de *Epistemes* y *prácticas de Psicología Preventiva* nos invita a saltar del papel. Nos convoca a una tarea reflexiva que anuda rutas intensas y pasionales en la trama del objeto de la Psicología Preventiva.

Se trata entonces de potenciar el desafío de liberar al rol de las y los trabajadores de la salud mental del atornillado sillón del técnico y restituir las dimensiones éticas y políticas en el campo de sus saberes y prácticas.

Las respuestas posibles sobre el *quehacer* en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, el desgaste en el proceso de trabajo y las situaciones de expulsión de las mujeres, los niños, los locos y los viejos nos han habilitado el acercamiento al arma de la crítica, repensando los obstáculos y facilitadores subjetivos y colectivos.

Epistemes y prácticas de Psicología Preventiva recorrió esos lugares “otros”, los heterotópicos, esos espacios cotidianos donde la utopía tiene marca en el mapa y lugar en el calendario: la radio comunitaria, el arte, los dispositivos alternativos en salud mental, los espacios colectivos de las y los trabajadoras/es, con el propósito de sensibilizar acerca de los temas y problemas de salud que atañen las subjetividades y los colectivos en situaciones de vulnerabilidad.

Los caminos de ida y vuelta de la tarea docente nos interpelan acerca de las prácticas. Estas producciones en textos y contextos son aquellas que nuestro colectivo de cátedra pone en común con quienes deseen enriquecernos abriendo nuevos interrogantes a los conocimientos y las prácticas la

Psicología Preventiva desde su praxis psicocomunitaria crítica. Son los textos que abren, enhebran huellas de pasos alertas y comprometidos con acciones concretas que dignifican el campo de la salud mental.

Ventana sobre la memoria

I

“A orillas de otro mar, otro alfarero se retira en sus años tardíos. Se le nublan los ojos, las manos le tiemblan, ha llegado la hora del adiós. Entonces ocurre la ceremonia de la iniciación: el alfarero viejo ofrece al alfarero joven su pieza mejor. Así manda la tradición, entre los indios del noroeste de América: el artista que se va entrega su obra maestra al artista que se inicia.

Y el alfarero joven no guarda esa vasija perfecta para contemplarla y admirarla, sino que la estrella contra el suelo, la rompe en mil pedacitos, recoge los pedacitos y los incorpora a su arcilla.”

Eduardo Galeano

