

Revista
Debate Público
Reflexión de Trabajo Social

ISSN 1853-6654



Año 13 - N° 25
Enero/Junio de 2023

Tema
**Resignificaciones de lo público
a cuarenta años de democracia**

Revista Debate Público Reflexión de Trabajo Social

ISSN 1853-6654

Año 13 - N° 25
Enero/Junio de 2023



Revista indexada en el Catálogo Latindex



Presentación

La revista *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social* es una publicación electrónica semestral de Ciencias Sociales que lleva adelante la Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires desde el año 2011 con el objetivo de generar un espacio de debate y difusión de conocimiento social.

Desde su inicio, Debate Público se propuso invitar a debatir y analizar sobre *lo público* a partir de contribuciones del colectivo profesional del Trabajo Social en particular, y de las Ciencias Sociales en general, con la pretensión de aportar a su fortalecimiento a partir de revisitar las disputas que se construyen como tal, la configuración de lo público y las reflexiones que se suscitan, interpelan al Trabajo Social, en tanto posible ángulo de interrogación sobre la intervención, pues en este debate se centran algunas claves para la lectura de las políticas, las instituciones y las prácticas que entablan distintos actores.

Revista Debate Público Año 13 - Nro. 25 - Enero/Junio de 2023 ISSN 1853-6654

La revista Debate Público es una publicación de propiedad de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires.

Cuerpo Editorial

Directora General: Soraya Giraldez

Directora Editorial: Bárbara García Godoy

Equipo Editorial: Numilen Castro, Liliana Murdocca

Comité editorial

Ana Arias: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires - Argentina; **Javier Bráncoli:** Universidad Nacional de Moreno - Argentina; **Alfredo Carballeda:** Universidad Nacional de La Plata - Argentina; **Raquel Castronovo:** Universidad Nacional De Lanús - Argentina; **Alejandra Wagner:** Universidad Nacional de La Plata - Argentina; **Laura Garcés:** Universidad Nacional de San Juan - Argentina; **Susana Cazzaniga:** Universidad Nacional de Entre Ríos - Argentina; **Ramiro Dulchich:** Universidade Federal de Río de Janeiro - Brasil; **Stella García:** Facultad de Ciencias Sociales - Paraguay; **Sonia Britos:** Universidad Alberto Hurtado - Chile.

Comité Científico

Adriana Clemente: Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires - Argentina; **María Isabel Bertolotto:** Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires - Argentina; **Luz Bruno:** Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires - Argentina; **Romina Manes:** Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires - Argentina; **Andrea Echevarría:** Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires - Argentina; **Lorena Guzzetti:** Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires - Argentina; **Claudio Robles:** Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires - Argentina; **Miguel Valone:** Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires - Argentina; **Gabriela Pombo:** Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires - Argentina; **Eliana Lijterman:** Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires - Argentina; **Malena Hopp:** Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires - Argentina; **Graciela Touzé:** Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires - Argentina; **Juan Manuel Vázquez Blanco:** Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires - Argentina; **Carla Zibecchi:** Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires - Argentina; **Ana Clara Camarotti:** Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires - Argentina; **Luciano Nossetto:** Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires - Argentina; **Carla Wainszok:** Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires - Argentina; **Pablo Di Leo:** Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires - Argentina; **Mercedes De Virgilio:** Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires - Argentina; **Ernesto Meccia:** Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires - Argentina; **Miguel Rossi:** Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires - Argentina; **Pilar Arcidiácono:** Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires - Argentina; **Carla Villalta:** Facultad de Filosofía y Letras - Universidad de Buenos Aires - Argentina; **Florencia Cendali:** Universidad Nacional de Luján - Argentina; **Ruth Muñoz:** Universidad Nacional de General Sarmiento - Argentina; **Susana Hintze:** Universidad Nacional de General Sarmiento - Argentina; **Margarita Rozas Pagaza:** Facultad de Trabajo Social - Universidad Nacional de La Plata - Argentina; **Pilar Fuentes:** Universidad Nacional de La Plata - Argentina; **Mariano Barberena:** Universidad Nacional de La Plata - Argentina; **Juan Ignacio Lozano:** Universidad Nacional de La Plata - Argentina; **Claudio Ríos:** Universidad Nacional de La Plata - Argentina; **Mariela Diloreto:** Universidad Nacional de La Plata -

Argentina; **Natalia Becerra:** Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Córdoba - Argentina
Melisa Campana: Escuela de Trabajo Social - Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales - Universidad Nacional de Rosario - Argentina; **José María Alberdi:** Escuela de Trabajo Social - Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales - Universidad Nacional de Rosario - Argentina; **María Eugenia Hermida:** Departamento de Trabajo Social - Universidad Nacional de Mar del Plata - Argentina; **Rita Rodríguez:** Universidad Nacional del Comahue - Argentina; **Gabriela Etienot:** Ministerio de Salud-Tierra del Fuego - Argentina; **Rosi Goldar:** Facultad de Ciencias Políticas y Sociales - Universidad Nacional de Cuyo - Argentina; **Nicolás Lobo:** Facultad de Ciencias Políticas y Sociales - Universidad Nacional de Cuyo - Argentina; **Lorena Leguizamón:** Universidad Nacional de La Rioja - Argentina; **Gisela Spasiuk:** Universidad Nacional de Misiones - Argentina; **Marcelo Lucero:** Universidad Nacional de San Juan - Argentina; **María Noel Miguez Passada:** Universidad de la República - Uruguay; **Silvia Rivero:** Universidad de la República - Uruguay; **Marilda Iamamoto:** Universidad Estadual de Río de Janeiro (UERJ) y Universidad Federal de Juiz de Fora (UFJF) - Brasil; **Antonieta Urquieta:** Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de Chile; **Roxana Páez:** Universidad Nacional de Catamarca- Argentina; **Esteban Pereyra:** Universidad Nacional de Catamarca- Argentina; **Roxana Pieruzzini:** Universidad Nacional de Entre Ríos - Argentina; **Sandra Arito:** Universidad Nacional de Entre Ríos - Argentina; **Carina Carmody:** Universidad Nacional de Entre Ríos - Argentina; **Andrés Ponce De León:** Universidad Nacional del Comahue - Argentina; **Mariana Quiroga:** Universidad Nacional de Cuyo - Argentina; **Paula Meschini:** Universidad Nacional de Mar del Plata - Argentina; **Viviana Ibáñez:** Universidad Nacional de Mar del Plata- Argentina; **Gabriela Zunino:** Universidad Nacional de Lanús - Argentina; **María José Luzuriaga:** Universidad Nacional de José C. Paz - Argentina; **Belén Herrero:** Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales - Argentina; **Marcela Bottinelli:** Universidad Nacional de Lanús - Argentina; **Evangelina Benassi:** Universidad Nacional de Entre Ríos - Argentina; **Mariana Chávez:** Universidad Nacional de La Plata - Argentina; **Silvina Rivas:** Universidad Nacional de La Plata - Argentina; **María Inés Peralta:** Universidad Nacional de Córdoba - Argentina; **Fabian Calderón:** Universidad Nacional de La Rioja - Argentina; **Adriana García:** Universidad Nacional de Lanús - Argentina; **Brenda Pereyra:** Universidad Nacional de Lanús - Argentina; **Miguel Trotta:** Universidad Nacional de Lanús - Argentina; **Teresa Poccioni:** Universidad Nacional Arturo Jauretche - Argentina; **Magali Turkenich:** Universidad Nacional Arturo Jauretche - Argentina; **Federico Guzmán Ramonda:** Universidad Nacional del Litoral - Argentina; **Nicolás Fusca:** Universidad Nacional de La Matanza - Argentina; **Silvia Fernández Soto:** Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires - Argentina; **Eliana Cesarini:** Universidad Nacional José C. Paz - Argentina; **Sandra Gallo:** Universidad Nacional del Litoral - Argentina; **Alejandra Vidal:** Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco - Argentina; **Gabriela Castiglia:** Secretaria de salud de Escobar - Buenos Aires - Argentina; **Rossana Crosseto:** Universidad Nacional de Córdoba - Argentina; **Eliana Lazzaro:** Universidad Nacional de Cuyo - Argentina; **Belén Verón:** Universidad Nacional de La Rioja - Argentina; **Silvina Cuella:** Universidad Nacional de Córdoba - Argentina; **Mery Catrileo Salazar:** Universidad Nacional del Comahue - Argentina; **Eliana Vásquez:** Universidad Nacional Arturo Jauretche- Argentina; **Selene Mira:** Universidad Nacional de La Rioja - Argentina; **José Scelsio:** Universidad Nacional de La Plata - Argentina; **María Eugenia Garma:** Universidad Nacional de Rosario - Argentina; **Nelly Balmaceda:** Universidad Nacional de Misiones - Argentina.

Composición y armado: dg Leo Tambussi - leotambu@gmail.com

Dirección: Santiago del Estero 1029 - CP:1075 / Buenos Aires - Argentina - Tel: (54-11) 5287-1728.

email: debatepublico@sociales.uba.ar / web: www.trabajosocial.fsoc.uba.ar

Imagen de tapa: <https://www.theladders.com/>

Las opiniones expresadas en Debate Público. Reflexión de Trabajo Social son independientes y no reflejan necesariamente las del Comité Editorial. Se permite reproducir el material publicado siempre que se reconozca la fuente. Sistema de arbitraje: todos los artículos centrales y los artículos seleccionados han sido sometidos a arbitraje por miembros del Comité Científico de la publicación.

Enfoque, alcance

La estructura de la revista está organizada en secciones fijas. La editorial presenta el recorrido de cada número y plantea interrogantes o reflexiones que interpelan el contexto, y está a cargo de la Dirección General o Editorial de la Revista.

La sección de **Artículos Centrales** incluye textos escritos por especialistas convocados por la Revista para publicar en torno a temas de su expertiz, y de interés definido por el Cuerpo o Consejo Editorial de la Revista. Los **Artículos Seleccionados** son aquellos que son postulados en la convocatoria abierta para cada edición de la Revista. La sección **Conversaciones sobre lo público** presenta una entrevista realizada a personalidades destacadas, a cargo de profesores e investigadoras/es de la Facultad de Ciencias Sociales. La sección **Miradas sobre la intervención** incluye un artículo que presente experiencias innovadoras de intervención social ó gestión de políticas sociales. La sección **Recuperando historia** se enfoca en la descripción y análisis de experiencias de políticas sociales, institucionales y/o territoriales de relevancia. La sección **Debates de cátedra** recupera reflexiones y contribuciones de equipos docentes de la Carrera de Trabajo Social UBA, o de otrxs equipos docentes. La sección **Producciones de fin de grado** contiene artículos publicados por estudiantes o recientes graduadxs. En **Aportes a lo público desde la investigación**, se presentan avances o resultados de investigaciones actuales. **Reseñas de libros:** recién publicados de docentes o colegas de ciencias sociales.

Frecuencia de publicación

Los artículos de la Revista Debate Público son publicados conjuntamente, como parte de un número con frecuencia semestral.

Proceso de evaluación por pares

Los originales serán sometidos a un proceso editorial que se desarrollará en varias fases. En primer lugar, los artículos recibidos serán objeto de una evaluación preliminar por parte de los directores y los miembros del comité editorial, quienes determinarán la pertinencia de su publicación y comunicará a los autores la aceptación o rechazo del artículo en un plazo máximo de ocho semanas. Una vez establecido que el artículo cumple con los requisitos temáticos y formales indicados en estas normas, será enviado a dos pares académicos externos, bajo el sistema "doble ciego", es decir, los evaluadores desconocerán el nombre del autor y viceversa. Asimismo, los evaluadores no tendrán la misma pertenencia institucional del autor del artículo.

Para ser incluido en nuestra publicación, todo artículo será sometido a un dictamen realizado por especialistas en las materias, los cuales emitirán su decisión de manera anónima. El resultado puede ser:

No publicable: Aunque se considere que no le faltan méritos al trabajo, el trabajo carece de relevancia o concreción, lo que anula la posibilidad de su publicación.

Publicación cuestionable: El trabajo no es aceptable en su versión, requeriría una reorientación y reestructuración del mismo para alcanzar la calidad adecuada. Los comentarios y sugerencias facilitados por el evaluador han de ir encaminados a mejorar estas deficiencias.

Aceptable: Serán trabajos de calidad, aunque precisan subsanar algunas deficiencias. Los comentarios del evaluador deben estar lo suficientemente detallados como para que el autor pueda rectificar o mejorar dichas deficiencias.

Publicable: Artículos de calidad que contribuyen al conocimiento o debates en el tema abordado, y que no requieren modificaciones de contenido.

En caso de discrepancia entre las dos evaluaciones, el texto será enviado a un tercer árbitro, cuya decisión definirá su publicación. Los resultados del proceso de dictamen académico serán inapelables en todos los casos.

Si se sugirieran modificaciones, éstas serán comunicadas al autor, quien deberá contestar dentro de los siete días si las acepta, en cuyo caso deberá enviar la versión definitiva en el plazo que se acuerde entre el autor y el Comité Editorial.

Está previsto que el proceso de evaluación de un artículo se resuelva en el lapso de tres meses.

IMPORTANTE: una vez aprobado el artículo, no se aceptará ningún cambio en el texto.

Política sobre plagio

Debate Público tiene como política la publicación de trabajos originales y declarados inéditos por sus autorías. Es decir, que no hayan sido publicados con anterioridad y/o sometidos a evaluación en ningún medio impreso o electrónico. Para asegurar y garantizar la originalidad de las contribuciones postuladas.

Todos los artículos enviados a Revista Debate Público serán revisados a través de motores de búsqueda de Internet de detección de plagio u otro que establezca el comité editor.

Las siguientes instancias constituyen plagio: presentar el trabajo ajeno como propio; adoptar palabras o ideas de otros autores sin el debido reconocimiento; no emplear las comillas en una cita literal; dar información incorrecta sobre la verdadera fuente de una cita; el parafraseo de una fuente sin mencionar la fuente; el parafraseo abusivo, incluso si se menciona la fuente.

Los supuestos generales de fraude científico son los siguientes: a) fabricación, falsificación u omisión de datos y plagio; b) publicación duplicada; y c) conflictos de autoría. Las prácticas deshonestas relativas al plagio y a los diversos supuestos de fraude científico que sean detectadas serán debatidas por los miembros del Consejo Editorial, quienes decidirán las medidas a adoptar.

El/les autor/es asumirá/n las consecuencias de cualquier índole que se deriven del incumplimiento de las obligaciones señaladas en estas normas editoriales.

A fin de tratar los casos en los cuales se incurra en plagio, el Consejo Editorial seguirá los siguientes procedimientos:

- Se enviará al autor la evidencia del plagio detectado, solicitando una explicación sobre el mismo.
- Si la respuesta no es satisfactoria para el Consejo Editorial, el artículo no será sometido a evaluación externa y la revista no recibirá más artículos de los autores. A su vez, si correspondiere, se informará al medio en el cual fue publicado el artículo original plagiado.
- No se aceptarán más trabajos de los autores a la Revista Debate Público

Política de acceso abierto

Los artículos publicados en Revista Debate Público se encuentran disponibles gratuitamente en el [Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales \(UBA\)](https://trabajosocial.sociales.uba.ar/publicaciones/) y <https://trabajosocial.sociales.uba.ar/publicaciones/>

Con el objetivo de difundir la investigación y facilitar el intercambio global de conocimiento, esta revista proporciona acceso libre y gratuito a todos sus artículos, para que pueda ser utilizado con propósitos de investigación, educativos, y en general para cualquier uso no comercial.

Para sostener su vocación de fomentar la libre distribución del conocimiento, esta revista no carga costos de procesamiento de los artículos y envío de artículos (article processing charges (APCS) / article submission charges) a los autores.

Esta revista y su contenido se encuentran bajo [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0](#). Dicha licencia indica que es posible copiar, comunicar y distribuir públicamente su contenido siempre que se cite a los autores individuales y el nombre de esta publicación, así como la institución editorial.

Archivar

Esta revista utiliza el sistema LOCKSS para crear un sistema de almacenamiento distribuido entre las bibliotecas participantes y permite la creación de archivos permanentes en la revista con fines de conservación y restauración. [Más...](#)

Normas éticas

Debate Público adhiere a normas éticas que aseguren la integridad en la publicación de los artículos, promoviendo una conducta ética en todos los participantes del proceso editorial (lectores, autores, revisores, editores, etc.).

La selección de artículos se realiza mediante un proceso de revisión externa bajo el mecanismo de doble ciego para valorar la calidad científica de los artículos. Por ello, no discrimina a los autores por la categoría académica o profesional, por el origen geográfico ni por género.

La Revista entiende que el proceso editorial debe ser transparente, minucioso, no sesgado y justo, para lo cual se ajusta a los siguientes principios y políticas que permitan asegurar una conducta ética y equitativa de todos los implicados en el proceso de publicación. Estos principios y políticas se inspiran en los estándares internacionales de [COPE \(Committee on Publication Ethics\)](#)

Normas de publicación para la presentación de artículos

1- Instrucciones generales

Los artículos deben ser originales e inéditos, debiendo informar sus autoras/es si han sido presentados previamente en congresos u otros eventos científicos similares, o si han sido enviados para consideración de otra revista. En el caso que las autoras/es quieran -a posteriori- publicar una versión del artículo ya publicado en Debate Público en otra publicación, deberán solicitar autorización a la Revista, y en caso de ser otorgado deberán indicar la referencia de publicación en esta Revista.

Los autores/as podrán adoptar otros acuerdos de licencia no exclusiva de distribución de la versión de la obra publicada (p. ej.: depositarla en un archivo telemático institucional o publicarla en un volumen monográfico).

2- El documento deberá presentarse de acuerdo a las siguientes especificaciones formales

- a- El título del artículo: en castellano y en inglés, debe ser conciso, señalando los aspectos centrales del mismo y siendo recomendada su extensión máxima en 12 (doce) palabras incluyendo subtítulo, si correspondiera. Todas las palabras del mismo deben estar en negrita y deben iniciar en mayúscula.
- b- Resumen del artículo: En castellano y en inglés, una extensión máxima de 1.400 caracteres debe reflejar el contenido del trabajo
- c- Palabras claves: en castellano y en inglés: (3) tres palabras clave
- d- Extensión del artículo: deben presentar un desarrollo sustantivo de la temática en una extensión mínima de 10 páginas y máxima de 20 incluyendo la bibliografía.
- e- El documento deberá estar a espacio interlineado 1,5, fuente Times New Roman en 12 puntos.

- f- El papel será configurado en hoja tamaño A4 (21 cm x 29.7 cm), con márgenes de 2,5 cm.
- g- Los párrafos se presentan con el texto con alineación izquierda, y un espacio entre párrafos. Al comienzo de cada párrafo es necesario dejar 0,5 cm.
- h- Se utilizarán comillas dobles para citas textuales menores a 40 palabras, en el caso de citas más extensas se mostrarán en párrafo aparte, con sangría izquierda y tamaño de letra 10.
- i- El uso de cursiva o itálica se restringirá a vocablos extranjeros. No se utilizará subrayado o negrita para enfatizar palabras.
- j- Citas: Las citas se indicarán entre paréntesis en el cuerpo del texto y la bibliografía completa se incluirá al final del artículo. Toda aclaración con respecto al trabajo (presentación previa, colaboradores, agradecimientos, etcétera) se sugiere incluirla en la introducción.
- k- Referencias bibliográficas: En el texto, deberán incluirse según criterios establecidos por el sistema de la American Psychological Association, APA. 7ª edición 2019. Las citas textuales deben incluir el número de página en el siguiente orden (Autor, año, pág.)
- l- La revista recomienda usar notas al pie sólo cuando la argumentación así lo exija, para evitar una lectura engorrosa del texto, otras aclaraciones se sugieren se incorporen al texto o en la introducción.
- m- La Revista asume el lenguaje inclusivo, y por ello solicita la eliminación del masculino genérico (los niños, los deportistas, etc.) y su reemplazo por el correspondiente desdoblamiento (las/los niñas/os, la/el deportista). En todos los casos se nombrará en primer lugar la forma femenina. Se podrá eximir de la duplicación del sustantivo o adjetivo que acompaña al artículo, cuando su genérico termine en A, E o L (la/el pianista, las/los asistentes, la/el profesional). En todos los casos, utilizar femenino o masculino, según corresponda, para señalar titulaciones, profesiones u oficios (la ministra, la médica, la jueza, la panadera). Se solicita evitar el uso de signos no lingüísticos (x, @, *) y apelar a las perífrasis o giros para evitar sobrecargas (por ejemplo: las personas interesadas en lugar de las/los interesadas/os, las personas mayores; la población argentina, la ciudadanía en lugar de las/los ciudadanos). Cualquier otra decisión no contemplada en estas directrices, queda a criterio de la/el autora/autor, siempre considerando la perspectiva de inclusión.
- n- Debe incluirse el artículo en el Formulario de presentación de convocatoria a la Revista con los datos completos la/el autora/autor responsable y declaración de que todos sus autoras/es aprueban la publicación del trabajo y enviarse a: debatepublico@sociales.uba.ar
- o- Debe consignarse una única dirección de mail que figurará como contacto en el artículo. Todo ello deberá completarse en el formulario de presentación de artículos disponible en Formulario.
- p- Las/los autoras/autores (máximo 5) deben identificarse al inicio del artículo de la siguiente manera: primer nombre y apellido/s, indicar referencia institucional actual, y máximo título alcanzado o situación académica.

3- Bibliografía

- a- Debe ajustarse a las normas de la APA, disponibles online (si no se pudiese acceder al archivo desde este link copie y pegue la ruta indicada en la barra del navegador y podrá acceder sin dificultad)
- b- Debe discriminarse la bibliografía de las fuentes documentales (leyes, documentos históricos, etc.).
- c- Dejar un espacio separando cada texto o fuente. Consignar la bibliografía en formato de sangría francesa.
- d- El formato requerido es el siguiente: Apellido Inicial Año entre paréntesis Título sin comillas con bastarda, Editorial.

Ejemplo:

Kessler, G. y Benza, G. (2019). La ¿nueva? estructura social de américa latina: cambios y persistencias después de la ola de gobiernos progresistas. Siglo XXI.

En el caso de textos disponibles en internet debe consignarse el URL.

Arias, A; García Godoy, B; Manes, R. (2011) Producciones Docentes II. Trabajo social, lecturas teóricas y perspectivas. Aportes desde la intervención para repensar las instituciones. Carrera de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. <http://trabajosocial.sociales.uba.ar/trabajo-social-lecturas-teoricas-y-perspectivas>

El Consejo Editorial tiene el poder de decisión sobre lo publicado en la Revista Debate Público, evaluando la originalidad, además, puede realizar una edición de estilo y correcciones.

El contenido de los artículos es exclusivamente responsabilidad de las/los autoras/autores, la cual no será necesariamente compartida con la Revista.

4- Declaración de privacidad

En ningún momento el Consejo Editorial divulgará la identidad de los autores, revisores o evaluadores potenciales, así como cualquier dato que surja de un artículo enviado a la Revista Debate Público, previa a la publicación del mismo. Del mismo modo, no difundirá ninguna información respecto al contenido de los artículos que no hayan sido seleccionados para su publicación.

Los nombres y las direcciones de correo electrónico introducidos en esta revista se usarán exclusivamente para los fines establecidos en ella y no se proporcionarán a terceros o para su uso con otros fines

5- Consultas

Enviarlas por correo electrónico a:

debatepublico@sociales.uba.ar

Índice

Tema

Resignificaciones de lo público
a cuarenta años de democracia

Editorial

Resignificaciones de lo público
a cuarenta años de democracia
Soraya Giraldez

Conversaciones sobre lo público

Soraya Giraldez y Silvia Faraone
entrevistan a Edith Benedetti

Artículos Centrales

El acompañamiento institucional, la (des)confianza y el Trabajo Social.
Algunas notas para pensar su vinculación.
Noelia Sierra

Una perspectiva de las corporalidades
en Trabajo Social.
Guillermina González

Las trabajadoras sociales en las escuelas
del Distrito Federal/Brasil en cuestión.
Milena Lins Fernandes Soares y Silvia Cristina Yannoulas

Artículos Seleccionados

Archivo, temporalidad y enunciación en los debates
del Trabajo Social.
Paula Mara Danel y Agustina Favero Avico

Violencia de género y revictimización. El foco en los cuidados en las intervenciones judiciales. Ángeles Commisso	73
Desterritorialización de cuerpos en territorio. Violencia machista desde atención primaria de salud. Paula Leyva	85
Acceso a la salud sexual y (no) reproductiva: tensiones entre políticas y territorios. Nadia Hoyos, Silvia Nayar, Juliana Robles y Silvia Siancha	95
Salud mental comunitaria y género: Reflexiones desde las voces de las usuarias. Ximena Paz	105
Cuando el manicomio nos habla. Reflexiones desde El Monovalente. Julieta Arraras y María Sol Moranelli	115
Intervención con familias en contexto de internación por salud mental de adolescentes. Leonela Belén Marinelli Buffa	125
Del adultocentrismo a la autonomía progresiva: aportes del Trabajo Social para el abordaje de la Salud mental de las adolescencias. Melina Daniela Maffeo	133
La producción de salud-cuidado(s) en las internaciones de salud mental. Nadia Tenchera	145
Vientos de Libertad: una respuesta del movimiento popular al problema del consumo. Álvaro Javier Di Matteo	155
Otros encuentros posibles desde la salud colectiva y la reducción de daños. Belén Díaz	167
Trabajo social en el campo gerontológico: Una experiencia de dispositivo grupal. Julia Rovere	179
Desafíos para el desarrollo de prácticas profesionales de Trabajo Social en tiempos de pandemia. Carla Rosales, Valeria Chiavetta y María Valeria Pérez Chaca	189

Producciones de fin de grado

Estrategias de las familias de niñas y niños diagnosticados con cáncer como respuesta a las barreras en el acceso a los servicios de salud.

Agustina Pereira-Baruja

203

Aportes a lo público desde la investigación

Vejece desiguales y políticas públicas:
Un abordaje desde la interseccionalidad entre edad,
género y pobreza.

Romina Manes

215

Reseñas

Tramando y destramando: ensayos feministas desde
el Trabajo Social

Lorena Guzzetti

Reseña a cargo de: Alejandra Bazzalo

221

Editorial

Resignificaciones de lo público a cuarenta años de democracia.

Soraya Giraldez

Estamos en un contexto convulsionado por diversas coyunturas y contextos que nos exigen debates, reflexiones, posicionamientos y aprendizajes colectivos.

La grave situación de represión en la Provincia de Jujuy que se ha llevado en estos días del mes de junio, no sólo nos pone en alerta ante una avanzada en el uso de métodos violentos, sino que también debería redinamizar en algunos sectores, y multiplicar en todos los ámbitos un debate pendiente en torno a los modelos de desarrollo, el extractivismo, y la soberanía sobre nuestros recursos naturales.

Es este año, el del aniversario de 40 años de democracia - la que hemos sabido construir como sociedad, que cuidamos y queremos mejorar - llega con profundas tensiones entre al menos, dos modelos de país. Pero esta democracia tiene deudas, desigualdades, padecimientos que exigen más cuidados, más atención hacia quienes más sufren, más instituciones que escuchen, sostengan y acojan, más colectivos que generen y regeneren y produzcan vínculos que burlen soledades, necesitamos más Estado.

En este sentido, este número de Debate Público reúne artículos con líneas de articulación, que guían una reflexión desde profundos diálogos, tanto políticos, éticos, conceptuales, interventivos y metodológicos.

Por una parte, diversos artículos trabajan abordajes con poblaciones específicas como son las adolescencias y juventudes, mujeres y diversidades, personas adultas mayores, etc. Las invitaciones a conocer estas experiencias se nutren con la posibilidad de visibilizar elementos contextuales, pautas culturales que disputen lo que aparece como sentido común.

Así al acercarnos a personas adolescentes, nos invitan a visualizar micropoderes que se ejercen desde el adultocentrismo, que imprime la restricción de derechos al visualizarlos como en permanente transición a la adultez, o como incapaces de autodeterminarse. Con mujeres y diversidades - desde agendas que se han expandido y fortalecido - nos convocan a revisar los marcos teóricos y por lo tanto interventivos, desde la concepción de interseccionalidad, en el marco de la herida colonial, y sus consecuentes violencias machistas y reproducción de modelos patriarcales. En personas adultas mayores, invitan a recorrer, para desenmascarar, marcos de prejuicios en torno a la pasividad y la carga que podrían significar, avanzando en lecturas de envejecimiento saludable y activo.

Antes estas pautas descriptas y denunciadas, se proponen prácticas que rondarán en torno a profundizar las autonomías, romper las pasividades, avanzar en la capacidad de concebir los cuerpos como espacios y territorios desde la mirada del biopoder, y la búsqueda de pasar de perspectivas biológicas a intervenciones biográficas.

Para esto, numerosos artículos de este número invitan a pensar el contexto institucional en que el trabajo social se desarrolla, ya que en ese proceso interventivo, el Trabajo Social pasa a ser parte del entramado. Los abordajes acrílicos, pueden generar prácticas que reproduzcan las desigualdades entre sectores, actores y actrices sociales, organizaciones y diversas disciplinas. Se convoca a repensar marcos institucionales atravesados por prácticas de acompañamiento, generación de vínculos, acogimiento, sostén y cuidado.

Para avanzar hacia hacer posible instituciones que acompañen desde los marcos mencionados, la posibilidad de construir modelos de salud colectiva, de salud comunitaria, está reiteradamente presente. La generación de tramas, entonces, aparecen no solo como meras herramientas, sino como modelos metodológicos de intervención para pensar nuestras prácticas situadas – también en situaciones de consumos, violencias, etc., desde la mutua condicionalidad entonces, de políticas de salud y territorio.

En todo lo dicho subyace otro eje necesario de visualizar y nutrir de mirada conceptual, interdisciplinaria que es la importancia de las corporalidades, ya que al habitar las instituciones y los vínculos, transformamos al mismo momento que nos transformamos, debemos desarrollar una dimensión perceptiva y sensible de los cuerpos propios y ajenos, este debate surgido centralmente de las exigencias de la virtualidad en algún momento, que nos llevara a repensar las intervenciones, las investigaciones, la docencia, no deja de interpelarnos.

Agradecemos entonces el compromiso, generosidad y claridad de cada autor, autora, autore, sus lecturas y propuestas de repensarnos desde un Trabajo Social, que aporte, cada vez más, a procesos colectivos de transformación y justicia.

Soraya Giraldez

Directora de la Carrera de Trabajo Social - UBA

Conversaciones sobre lo público

Conversaciones sobre lo público

Soraya Giraldez y Silvia Faraone entrevistan a Edith Benedetti



Esta sección se propone habilitar conversaciones con quienes que para nosotros son referentes en la construcción de lo público, tanto por su rol como intelectuales como por su despliegue político y su capacidad para la intervención. En esta oportunidad, participaron del encuentro: Soraya Giraldez, Trabajadora Social actual directora de la Carrera de Trabajo Social en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires y Silvia Faraone, Trabajadora Social, titular de la Cátedra Salud Mental en Argentina en la misma carrera, quienes entrevistaron a Edith Benedetti, psicóloga, especialista en clínica de patologías de consumo problemático y en las áreas de Salud Pública, Educación y Pedagogía

Social. Docente universitaria e investigadora. Fue interventora del Hospital Nacional en Red Laura Bonaparte y presidenta de la Fundación Salud, Educación, Derechos Humanos y Ambiente (SEDHA). Actualmente es subsecretaria de gestión de Servicios e Institutos en el Ministerio de Salud de la Nación.

Fecha de realización: 4 de abril 2023

Referencias:

SG: Soraya Giraldez

SF: Silvia Faraone

EB: Edith Benedetti

SG y SF: Para iniciar esta entrevista quisiéramos que nos cuentes un poco sobre tu recorrido por la Salud Pública y la Salud Mental. Algo así como tu trayectoria y particularmente esa trayectoria vinculada a la gestión institucional.

EB: Me gustaría comenzar por el principio. Muchas de las cuestiones que pude llevar adelante desde la gestión en el Hospital en Red Laura Bonaparte, y hoy desde el Ministerio de Salud, tuvieron que ver con las enseñanzas que tuve junto al médico sanitarista Floreal Ferrara hace muchos años atrás, cuando formé parte del movimiento por un "Sistema Integrado de Salud". Después Floreal fue designado ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires y muchos de nosotros que estábamos en el movimiento fuimos convocados a formar parte del equipo de gestión. En ese momento asumí la coordinación de la Región Sanitaria Séptima, que en ese momento era todo el oeste, contenía La Matanza, Tres de Febrero, Morón, Moreno, General Rodríguez, Merlo, Marcos Paz, Las Heras, Luján. Eran nueve municipios, una región sanitaria muy grande que luego se dividió en tres regiones.

En esa experiencia tenía a cargo todos los centros de salud y el programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud (ATAMDOS) en el marco del Sistema Atención Progresiva de la Salud (SIAPROS). Éramos un equipo que apostábamos a hacer la revolución en Salud. Trabajábamos desde la participación popular, la planificación de la salud, la intervención interdisciplinaria, el armado del equipo, el salir a territorio. Se pensaba a los equipos como responsables de ir casa por casa, de hacer reuniones dentro de las casas, de hacer asambleas barriales. En realidad, fue una experiencia muy enriquecedora, muy formativa. Bueno, Floreal fue apartado de la gestión porque había realizado denuncias importantes, particularmente hacia las multinacionales de los laboratorios y a la corporación médica, así que la experiencia duró poco tiempo. Después pude irme a un centro de salud, que está en Parque San Martín. El trabajo en el centro de salud, con una población donde el 45% tenía necesidades básicas insatisfechas, me permitió comenzar a implementar lo que veníamos pensando acerca de la Psicología en el primer nivel de atención. Para mí fue todo un gran aprendizaje, que muchos años después, cuando asumí la dirección del Hospital en Red (al principio, Centro Nacional de Reeducación Social CENARESO), me permitió pensar cómo hacer la implementación de una política pública desde la concepción social de la salud.

SG y SF: La experiencia que contás marcó toda una generación.

EB: Totalmente. Me acuerdo cuando armé una agrupación que se llamaba "Floreal Ferrara" para, justamente, dar contenidos de medicina social en diferentes cursos, porque había algunas cuestiones que me parecían importantes en la formación. Pensar la salud colectiva, la clínica ampliada, entender de qué se habla con esos conceptos, romper con estas dicotomías entre la práctica de consultorio y la práctica comunitaria.

En esos cursos recuerdo cuando convoqué a Marcelo Percia a dar una conferencia para hablar de estos procesos, él estuvo en la Escuela Superior de Sanidad de la provincia de Buenos Aires y allí fue compañero de Laura Bonaparte. O sea que hay cuestiones que se van uniendo, porque Laura Bonaparte participó de esa gestión, ella estaba como asesora de Floreal Ferrara. Entonces, digo, hay cosas que nos fueron marcando generacionalmente, creando una manera de pensar las prácticas, pensar la Salud, y pensar la Salud Mental.

El ponerle el nombre al Hospital en Red Laura Bonaparte tiene que ver con toda esa historia, pero también otras historias de Laura. Ella fue una psicóloga que trabajó en un equipo que hizo historia y que marcó un camino. Hablo de la experiencia del Hospital Evita de Lanús a cargo Mauricio Goldemberg, eso fue en las décadas de 1960 y 1970. Esa experiencia marcó una forma de trabajar en un tipo de prácticas en Salud Mental y que hoy la podemos vincular a lo que nos propone la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Pero también Laura fue Madre de Plaza de Mayo línea fundadora y su familia fue una de las más diezmadas por la dictadura cívico-militar. Esto también es otra de las cuestiones clave, que tiene que ver con una línea de Derechos Humanos y cómo nuestras prácticas tienen que estar vinculadas a defender los derechos, y eso implica una posición ética y de responsabilidad en relación a las intervenciones.

SG y SF: Y cómo comienza tu gestión en Red Hospital Laura Bonaparte.

EB: Me convocaron desde el Ministerio de Salud de la Nación para hacer un diagnóstico en todos los hospitales nacionales en relación con las acciones necesarias para la plena implementación de la Ley de Salud Mental, era diciembre de 2011, un año después de su sanción y aún no reglamentada, que recién ocurrió en 2013. En ese momento comencé a recorrer los hospitales, a rea-

lizar el diagnóstico a partir de un trabajo colectivo con los equipos, poniendo en discusión qué cosas había que hacer. Pensando siempre en la idea de avanzar hacia donde estamos avanzando ahora, es decir, centrando las acciones en la idea de desarmar el hospital psiquiátrico como el lugar de encierro y apostar a un trabajo en y con la comunidad, es decir, rompiendo los muros que dividen el adentro del afuera.

En el hospital Bonaparte, como ya señalé en ese momento CENARESO, nos encontramos con una situación compleja en la cual la Dirección no estaba dispuesta a ningún cambio, había una decisión de continuar con el hospital que había funcionado históricamente. De hecho, en un encuentro con las autoridades del Hospital recuerdo una frase que me dijeron: “para que cambiar, para estos la estética de la villa o de la cárcel... , están acostumbrados a eso”. Ante esto y la decisión de no avanzar con los cambios propuestos por la Ley de



Salud Mental se decide la intervención desde el Ministerio. Recordemos que esa norma justamente plantea que alguien con consumo problemático tiene derecho a tener asistencia y tratamiento dentro de los servicios de salud mental de los hospitales generales, y entendiendo que la intervención de la internación es un recurso último. Y esto viene a cuento de cómo transformar la institución: deconstruyendo la representación social de que el tratamiento es sólo la internación.

Asumí la Dirección en noviembre del año 2012. A partir de ese momento fue convocar a mis compañeros del Hospital a realizar la transformación de una institución sumida en un espacio de encierro, donde la mortificación, tal como decía Ulloa, se había convertido en algo invisible.

Comenzamos a mejorar las prestaciones para dar respuesta a la ciudadanía, pero también mejorando las

condiciones de trabajo de quienes iban a poner en marcha esas transformaciones. Y entonces mi preocupación y mi pregunta permanente era ¿cómo enamoro para un proyecto transformador? ¿Cómo sumamos? Y fue todo un primer tiempo de hacer asambleas todos los viernes al mediodía en el auditorio con concurrencia de todos los sectores (mantenimiento, choferes, administrativos, equipos asistenciales y tantos otros). Allí se discutía el plan, lo que queríamos hacer, pero un hacer enmarcado en un proyecto político epistémico. Fueron muchos meses, y avanzamos particularmente en dos líneas: cambiar la gestión de los pacientes y cambiar el modelo de intervención.

SG y SF: Y esas experiencias que nos contás. ¿Cómo te nutre para pensar las políticas públicas a nivel nacional?

EB: Sin lugar a duda, mucho. Principalmente para ser muy respetuosa de cuestiones situacionales, porque creo que lo que se pudo hacer en el Bonaparte no es un modelo a replicar en ningún otro lugar. Porque las instituciones tienen historias, están ensambladas en distintas realidades territoriales, y por lo tanto los procesos son propios y contextualizados. En la década de 1990, la Argentina con la descentralización, y con un supuesto federalismo, vació la Salud Pública y la Educación. Porque todo lo que eran escuelas nacionales y hospitales nacionales pasaron a las jurisdicciones sin un presupuesto que las pudiera sostener. Entonces hay que pensar estas cuestiones y rearmar para avanzar en procesos garantías del derecho a la salud. Y aquí debe haber mucho diálogo y diferentes estrategias, pensando siempre las problemáticas en clave de época y de situación, por eso hay que hacer diagnósticos y cartografiar los territorios. Para mí son claves los espacios donde pensar con otros, donde encontrar el sentido de por qué hacemos lo que hacemos. Porque si no, no hay cambio.

SG y SF: Pensando cómo la pandemia atravesó la vida colectiva y dejó huellas profundas ¿cómo ves el escenario pos pandemia? ¿Cómo lo estás pensando en términos de procesos políticos y prácticas sociales?

EB: Observé durante la pandemia un cierto abandono de los efectores de Salud para atender Salud Mental, porque estaban todos abocados a COVID y nosotros nos encontramos en el Hospital Bonaparte teniendo que dar respuesta a lo que generaba la pandemia, porque no había Salud Mental en otros efectores. Esto nos

obligó a pensar en tiempos de incertidumbre. Me parece que lo que hizo la pandemia fue mostrar algo que nosotros no veníamos pensando hasta ese momento, y es la finitud. No pensamos en lo incierto, planificamos todo el tiempo. Y lo que pasó es que la pandemia nos mostró eso, que algunas veces lo urgente es urgente.

Explotó el mundo. Y acá se pone en juego lo que Jameson llama "el capitalismo avanzado". No lo llama tardío, lo llama avanzado porque avanzó sobre la naturaleza y sobre la producción de subjetividad. Y creo que, en este combo entre la pandemia y estos avances del capitalismo se fue generando una profunda vulnerabilidad en la población. Esto es como pensamos justamente los determinantes sociales en salud. Creo que hay que pensar en esa complejidad.

Volviendo al Hospital, y a la ausencia de otros espacios institucionales, lo primero que hicimos fue armar un comité, porque fueron tiempos de trabajo y de estar en el Hospital 24 por 7. Armamos un comité de crisis que recibía llamados, y nos ha pasado que nos llamaban usuarios que estaban en tratamiento en otros efectores, y que no estaban teniendo tratamiento, que no tenían medicación. Me acuerdo una noche que llamó alguien que estaba en tratamiento en un CESAC pero no era atendida en ese momento, y llama porque estaba sola con la hija y tenía miedo de hacerse daño, o dañar a su hija. Entonces fue la psiquiatra que estaba atendiendo la llamada quien la contuvo mientras se organizaba una ambulancia con un equipo de guardia para ir a su casa. Finalmente la trajimos al Hospital y resolvimos así acompañar la situación. Pero lo cierto es que nosotros también nos enfrentábamos a algo que no sabíamos y en mucha soledad. Eran momentos donde hacíamos protocolo uno a la mañana y otro a la noche. Los equipos salían y atendían vestidos de astronauta, porque además mi responsabilidad era cuidar a las trabajadoras y los trabajadores. Una pinza en el sentido de cuidar cuidando.

Nos enfrentábamos a algo que desconocíamos. Salimos a los paradores porque en Ciudad de Buenos Aires sacaban a la gente que estaba en situación de calle y las llevaban, por ejemplo, a los vestuarios del Parque Chacabuco, a los vestuarios del Parque Avellaneda. Luego quedaban al cuidado de algunas organizaciones sociales que con buena voluntad se ocupaban de darles de comer y acompañarlos un poco. Pero entonces esas organizaciones sociales, con las que nosotros ya veníamos trabajando y con las que habíamos hecho una red

comunitaria, se acercaron a pedirnos ayuda. Eran los equipos del Hospital quienes intervenían ante el llamado por situaciones por demás lábiles y de profunda vulnerabilidad.

Hablamos de personas en situación de calle y en situaciones de consumo, que presentaban abstinencia, había toda una complejidad que no estaba siendo tenida en cuenta. Pero para los equipos eso también fue un aprendizaje. Digo, pensar desde una perspectiva de reducción de riesgo y daño, de un umbral mínimo de requerimiento, de trabajar lazo social, generar confianza. Pensaba, en un libro de Sennett que me gusta mucho, que es *El artesano* (Anagrama, 2009). En esos momentos yo abonaba a eso, que está bueno la enseñanza de ir juntos, por eso yo no sólo mandaba a las trabajadoras y los trabajadores, salimos juntas y juntos. Pero salir significa pensar en la realidad del otro, la realidad de los territorios.

Pensaba en algo que nos ocurrió, ya no en tiempos de pandemia, pero me viene a la mente el recuerdo de un taller que armamos con una profe de artística en una de las villas de la ciudad, y un grupo de niños estaban haciendo un dibujo. Uno de los niños comienza a dibujar algo así como una familia sentada, y le preguntamos "¿Y vos quién sos?", la respuesta fue: "No, yo me siento parado porque no tengo lugar". Me siento parado. Y la verdad es que esto permite entender, cuando estás ahí en el no lugar. Entonces, ¿cómo pensar que alguien podía estar aislado en su casa? Por eso entiendo que la intervención siempre es situada y creo que esta es la lleva para pensar el marco epistémico donde nos posicionamos para pensar las políticas públicas.

SG y SF: ¿Qué lugar le das en las prácticas a la interdisciplina? ¿Cómo pensás los equipos en el campo de la salud mental?

EB: Te cuento que cuando yo llegué al Hospital, la primera intervención profundamente transformadora que implementé fue la construcción de la Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental (RISAM), en ese momento me permitieron la incorporación de tres profesiones: Trabajo Social, Psicología y Psiquiatría. Y el tema fue trabajar mucho con los equipos porque en el Hospital había una cuestión psicológico céntrica hegemónica. El que llevaba el tratamiento era el psicólogo, el psiquiatra sólo medicaba y el trabajador social aún sin un lugar muy claro. Entonces fue un gran trabajo de construir ese modelo, ahí tuvimos que abordar la interdisciplina, entendiendo a la clínica como interdisciplinaria, es decir,

cada disciplina aporta en esa construcción de complejidad en la clínica.

La interdisciplina para mí es una abstracción. No es algo que se pone en acto y entonces todos funcionan al mismo tiempo abordando al paciente al mismo tiempo, sino que es una construcción de complejidad que requiere pararse para poder pensar con el colega de otra disciplina cómo avanzar en un plan terapéutico. Ese es el mayor desafío.

Pero no basta sólo con la interdisciplina, hay que contextualizar la práctica. Cuando sale el equipo al territorio, además de generar un efecto simbólico, también se enriquece desde otra perspectiva. Ir al lugar donde ese niño dice “yo me siento parado” para entender dónde vive, te vuelve a ubicar en las posibilidades e incluso en los padecimientos subjetivos que genera el desamparo social, en ese sentido, para mí, el rol del trabajador social es clave.

Entiendo que todas las profesiones que integran el equipo son totalmente complementarias, de lo contrario se quita la potencia del equipo, del trabajo en equipo. Si todos hacemos lo mismo ¿cuál sería, digamos, la virtud?, y sobre esto fuimos traccionando para complementarnos en las instituciones y en los territorios.

En la gestión que desarrollo hoy desde el Ministerio se abrieron doce RISAM, yo apuesto a eso, creo que la formación de posgrado debe realizarse de forma interdisciplinaria, pudiendo pensar los abordajes desde la construcción de la complejidad.

SG y SF: Pasando a otro tema que nos interesa preguntarte. Vemos fuertes intereses corporativos en el campo de la Salud Mental que generan fuertes resistencias a cualquier cambio, esto se observa en Ciudad de Buenos Aires, pero también en otras provincias. Pensábamos además que estos intereses se vinculan fuertemente a procesos de medicalización y de farmacologización. Desde tu gestión política, ¿cómo analizás este problema?

EB: Creo que se ha instalado una cierta naturalización de consumir cualquier medicamento, cualquier fármaco, y este es un gran problema social y sanitario donde el mercado imprime, porque estas cuestiones invisibles, que son violencias, rompen el lazo social. Digamos, donde gana el mercado por sobre el lazo social se quiebran derechos. Con los psicotrópicos hay cierta natura-

lización del consumo, se venden como medicamentos para el estilo de vida mercantilizando la salud. Están los medicamentos de venta libre, después hay otros que no son de venta libre, pero se terminan consiguiendo, y la realidad es que esta medicalización de la vida cotidiana es una cuestión que sólo sirve al mercado.

Me quedo pensando que todos estos medicamentos tienen sustancias que son químicas, o sea algunas que se extraen de la naturaleza pero que después se juntan con químicos que tienen efectos colaterales muy nocivos, y que todo esto también queda invisibilizado. Entonces a veces aparece el tema de las drogas, como las drogas ilegales y como lo monstruoso, cuando en realidad habría que preocuparse por las drogas que son legales, que tienen un alto consumo y que tienen que ver con una respuesta del mercado en relación a ciertos chalecos que nos ponen ante un malestar, como dice Silvia Bleichmar, el malestar sobrante. Las y los que trabajamos en Salud y particularmente en Salud Mental tenemos el deber de generar espacios donde la reflexión con el otro pueda posibilitar pensar en estos problemas tan actuales. Esta hiper medicalización de la vida cotidiana apunta a generar cuestiones más individualistas, a separarnos, a romper lazos, y nuestro oficio, es el oficio de generar lazos.

Otra cosa que también pienso a partir de esta pregunta es que hay formas de intervenir vinculadas a la medicalización, que tienen que ver con la domesticación y con la colonización. Yo, en cambio, apuesto a formas de intervención emancipatorias, para lo cual es central pensar desde donde uno está parado cuando interviene y aquí vuelvo a algo que ya había señalado y es que no hay práctica en salud que no sea política y epistémica. La propuesta es entonces pensar y construir una epistemología crítica. Suely Rolnik, hace un tiempo en una conferencia planteaba que hay que “surear” y me parece interesante poder pensar en alguna cuestión vinculada al sur.

SG y SF: Hace poquito vos estuviste en nuestra Facultad. ¿Cómo pensar el diálogo y el desarrollo de práctica en conjunto entre del Ministerio de Salud de la Nación y nuestra Facultad?

EB: Para mí es clave pensar en los espacios de escucha, yo creo que, en tiempos de absoluta fragmentación, generar espacios donde se articule, donde se piense de manera conjunta la problemática, y la propuesta de solución, es lo virtuoso. No sé si vamos a poder dar una gran respuesta, pero es importante instalar que la sa-

lud se mueve, que sale de los consultorios. La propuesta es que el equipo de salud salga y trabaje respetando las particularidades de la facultad. Porque cada institución también tiene una historia, porque además tiene quienes vienen trabajando y pensando cómo manejarse en esa institución.

El equipo de salud tiene que juntarse con el equipo de la facultad para pensar cómo va a ser el trabajo, y en estos tiempos que corren en los que hay tanta fragmentación juntarnos para pensar y dar respuestas es mostrar otra cosa, es construir otro modelo de intervención. Particularmente, a mí me preocupa dar una respuesta, es decir, generar intervenciones que se conviertan en una propuesta que alivie el padecimiento. En esto el Ministerio y la Universidad son clave para el armado de una red que incluya a los jóvenes, a los estudiantes, una red que incluya el espacio individual pero también el colectivo.

Por otro lado, pienso en lo simbólico de estos espacios, porque asistimos a un momento de crisis de la política, y para mí es un tema donde los jóvenes y los adolescentes no confían en los adultos. En una reunión con centros de estudiantes, pensaba en lo que dijeron los pibes "que no confían en los adultos y se arreglan entre ellos". Esto es algo que nos tiene que interpelar, entonces pienso que también, desde lo simbólico, que un ministerio nacional con una universidad nacional desarrolle sinergia para pensar respuestas, es pensar en un Estado presente, en un Estado que cobija.

SG y SF: Gracias Edith, siempre un placer compartir con vos y pensar colectivamente estas problemáticas tan complejas. En nombre de la revista Debate Público y de la comunidad de la Carrera de Trabajo Social te acercamos un abrazo inmenso y nuevamente te agradecemos este encuentro.

Artículos centrales



Artículos centrales

El acompañamiento institucional, la (des)confianza y el Trabajo Social. Algunas notas para pensar su vinculación.

Noelia Sierra^a

Fecha de recepción:	11 de mayo de 2023
Fecha de aceptación:	29 de mayo de 2023
Correspondencia a:	Noelia Sierra
Correo electrónico:	noe_sierra@hotmail.com

- a. Licenciada en Trabajo Social. Magister en Intervención Social. Doctoranda en Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Docente e investigadora Universidad de Buenos Aires.

Resumen:

En materia de acompañamiento, la confianza opera como una dimensión central. Por la confianza es posible que las instituciones y las personas puedan entablar vínculos significativos y lograr que algo distinto ocurra en la vida de quienes se acompaña, en especial en las que se encuentran atravesando problemáticas complejas. Por tal motivo creemos relevante analizar las dinámicas de construcción, desplazamiento y mutaciones de la(s) confianza(s) que operan en la trama de las instituciones, especialmente (a través de) el vínculo entre usuarias/os y agentes públicos.

En este escrito describiremos en primer lugar modos de ingreso teórico a la noción de acompañamiento. Seguidamente, haremos una breve referencia a aquello que se ha denominado *modelos de acompañamiento de vinculación y modelo de acompañamiento de sostén*. Luego, repondremos algunas nociones sobre confianza en la que académicas/os se encuentran trabajando y que serán de ayuda para sostenernos en las preguntas problemas realizadas. Por último, proponemos analizar los desafíos en la construcción de las confianzas en las instituciones y presentaremos dimensiones que consideramos dialogan con ésta, en tanto elementos que propiciarían el fortalecimiento de las capacidades institucionales y que hace a su "densidad".

Palabras clave: Confianza - Instituciones - Acompañamiento.

Summary

In terms of accompaniment, trust operates as a central dimension. It is through trust that institutions and individuals can establish meaningful bonds and make something different happen in the lives of those they accompany, especially those who are going through complex problems. For this reason, we believe it is relevant to analyze the dynamics of construction, displacement and mutations of trust(s) that operate in the fabric of institutions, especially (through) the link between users and public agents. In this paper we will first describe ways of theoretical entry to the notion of accompaniment. Next, we will make a brief reference to what has been called models of bonding accompaniment and models of supportive accompaniment. Then, we will recount some notions of trust on which academics are working and which will be of help to support us in the questions posed. Finally, we propose to analyze the challenges in the construction of trust in the institutions and we will present dimensions that we consider to be in dialogue with it, as elements that would favor the strengthening of institutional capacities and that make up their "density"

Key words: Trust; Institutions; Accompaniment.

Introducción

La noción de acompañamiento¹, que desde hace un tiempo trabajamos como central para comprender el rol del trabajo social en las prácticas sociales complejas (Sierra, 2021), se sigue presentando como una categoría rica para indagar su vinculación en las experiencias de las/os trabajadoras/es sociales con el programa institucional actual (Dubet, 2006). En ese recorrido, se ha buscado analizar qué lugar ocupa la tarea o el conjunto de tareas desempeñadas en este contexto y si esta práctica favorece los procesos de sosiego subjetivo y reparación social. El acompañamiento, entendido como una prácti-

ca en relación, inscrita en lo institucional, permitiría la efectivización de los derechos al tensionar sus márgenes y posibilidades.

Actualmente es notorio el florecimiento de intervenciones profesionales que ofrecen estrategias de sostén ante diversas situaciones de la vida humana. Esta expansión no sólo se visualiza en el ámbito de las instituciones público - estatales sino también en el ámbito privado, bajo la influencia de las neurociencias y los estudios de la conducta -con los riesgos que implica la mercantilización de la práctica²-, lo que nos lleva a cuestionar o, como menos, reconsiderar las nociones falsas y vacías

1. Este texto recupera algunas categorías centrales emergentes de mi tesis de maestría titulada: *Las prácticas de acompañamiento en las instituciones frente a problemáticas sociales complejas. Vinculaciones entre trabajadoras/es, sociales, usuarias/os y derechos*. Fecha de defensa 17/08/2022. Dirigida por Ana Arias y Co-dirigida por Pablo Di Leo.

2. Véase, por ejemplo: *Mente, sociedad y conducta*, informe del Banco Mundial (2015) y *Del Mónaco Romina* (2000).

de autonomía, individualismo y meritocracia que han generado nuestra concepción moderna de la vida y que exacerban la desconfianza en torno a las instituciones y menoscan la vida en común.

Pensemos en la oferta diversa de métodos de apoyo que ofrece el mercado desde el coaching emocional, el counseling, la medicalización³ o la idea de empoderamiento aplicada progresivamente por profesionales y voluntarios en diferentes campos como la educación o la salud, pero también en el mundo empresarial. Estos enfoques, basados principalmente en la neurociencia y los estudios de la conducta, explicitan dentro de sus objetivos, el abordaje en diversos temas y/o problemáticas de la vida como adicciones, fobias, trastornos o momentos importantes como embarazos, partos y crianzas. La mercantilización de tecnologías de apoyo en detrimento de una nutrida oferta pública que acompañe esas situaciones o ritos del vivir no hacen más que, por un lado, despolitizar las causas estructurales asociadas a los padecimientos y por otro fortalece una desigual distribución de políticas de acompañamiento público- estatales que pulsen por una vida mejor vivible en base a acompañamientos confiables. Además, esta situación interpela al Trabajo Social en tanto disciplina en la búsqueda por renovados enfoques éticos-políticos que incorporen en sus discusiones la dimensión de los afectos, las emociones y el cuerpo desde un posicionamiento crítico y sentido que bregue por nuevos tipos de vínculo social y desarticule la mitificación o supremacía del mercado -como único actor- sobre la dimensión humana y los asuntos del vivir.

Ante esto ¿Qué aspectos de la vida humana requieren ser acompañadas? ¿qué o cuánto de nuestras fragilidades ontológicas compartimos con otros/as para que sean sostenidas, confiadas y amparadas? ¿qué formas asumen las prácticas profesionales para favorecer gestos de apertura y acompañamiento? ¿resultan las instituciones soportes confiables para el desarrollo de acompañamientos de trayectorias de sus usuarias/os?

Así, con estas reflexiones sobre la mesa, consideramos vincularlas con una noción que hace sostén a la categoría de acompañamiento. Nos referimos a la *confianza en las instituciones* vinculadas al trabajo social.

En materia de acompañamiento, la confianza opera como una dimensión central. Por la confianza es posible que las instituciones y las personas puedan entablar vínculos significativos y lograr que algo distinto ocurra en la vida de quienes se acompaña, en especial en las que se encuentran atravesando problemáticas complejas. Por eso, creemos relevante analizar las dinámicas de construcción, desplazamiento y mutaciones de la(s) confianza(s) que operan en la trama de las instituciones, especialmente (a través de) el vínculo entre usuarias/os y agentes públicos.

A lo largo de este escrito le daremos un lugar a estos interrogantes. Para esto y en primer lugar describiremos modos de ingreso teórico a la noción de acompañamiento. Seguidamente, haremos una breve referencia a aquello que, en producciones anteriores, hemos denominado *modelos de acompañamiento de vinculación y modelo de acompañamiento de sostén*. Luego, repondremos algunas nociones sobre confianza en la que académicas/os se encuentran trabajando y que serán de ayuda para sostenernos en las preguntas problemas que nos hemos hecho. Por último, proponemos analizar los desafíos en la construcción de las confianzas en las instituciones y presentaremos dimensiones que consideramos dialogan con ésta, en tanto elementos que propiciarían el fortalecimiento de las capacidades institucionales y que hace, tal como argumenta Arias (2021), a su “densidad”⁴

Umbrales conceptuales

Volviendo sobre los pasos, ¿Qué se entiende por acompañamiento en trabajo social?

Para iniciar, nos preguntamos qué hay en la palabra acompañar. ¿Qué se entiende por acompañamiento? ¿qué es acompañar en trabajo social? ¿qué implicancias tiene el acto de acompañar en términos de protección y efectivización de derechos? Y por caso, ¿qué no es acompañar en trabajo social?

En esta búsqueda de otorgarle densidad teórica a una noción que se define, en principio, por sus praxis, en su hacer o mejor, en su *saber-hacer* es útil la idea de umbral. El término umbral proviene del latín *liminarios*, y

3. Entendemos la medicalización siguiendo los aportes de Epele, (2013) “como al proceso por el cual se integran, definen y tratan, dentro de la biomedicina, problemas que con anterioridad quedaban por fuera de sus límites, legitimidad y eficacia” (p. 11).

4. Se trata de una herramienta metodológica, atributo interno de las instituciones, que permite identificar fortalezas o capacidades institucionales para el desempeño de instituciones sociales públicas (Arias, 2021)

significa "la parte primera o inicial de un proceso o una actividad". Umbral también refiere a un espacio o escalón previo a otra cosa. De modo que, en los umbrales conceptuales sobre la noción de acompañamiento, se pueden reponer tres posibles formas de ingreso:

En primer lugar, el acompañamiento se presenta como una categoría teórica emergente, que gana en expansión y centralidad para analizar procesos vinculados al funcionamiento de las instituciones y a los modos de encuentro con los sujetos (Sierra, 2021). Así, cuando se trabaja en un estudio documental, donde se releva de manera exhaustiva los programas, planes y áreas de intervención o política social que en su denominación contienen el sintagma "acompañar" y le dan un encuadre y normativa en el análisis de contenido o del discurso allí volcado, es posible advertir, cada vez más, no sólo una modalidad específica de acompañar, sino también formas de definir las demandas, la delimitación de la situación problema y, por consiguiente, de establecer las características que tiene o debería tener el sujeto destinatario/o (o no) de esa acción.

En segundo lugar, esta noción opera como una suerte de *bisagra*, o sea como pieza articuladora entre procesos macro-estructurales, vinculadas al lazo, el bienestar y la integración, con la vida cotidiana, por donde transcurre lo infinitesimal, lo pequeño, la experiencia, el día a día. Es una categoría que posibilita un diálogo entre dos lenguajes que -a menudo o bajo ciertas circunstancias- se presentan desacoplados. Así cuando se busca reponer sentidos teóricos sobre la categoría, emergen reflexiones que operan, ya sea en el plano del diseño de las políticas como en la de sus formas de implementación, o dicho, en otros términos, cuando las políticas de acompañamiento se materializan y se hacen carne en la vida de las personas con la importancia que esto tiene en la organización de las prácticas y en el cotidiano posibilita el acceso, la concreción, de las políticas públicas.

Un tercer lugar es el papel del acompañamiento en lo que se denomina, la consolidación de instituciones (Arias, 2012) o de cómo construir *capacidad* (Giménez, 2018) y *densidad estatal* (Arias, 2021) que mejoren las condiciones de vida de la población. Es profusa la bibliografía (Arias, 2012; Aquín, 2014; Perelmiter, 2016; Soldano, 2008; Hornes, 2017; Rizzo, 2021) que da cuenta del lugar central que tiene la labor de las/os agentes públicos sobre el tema. La institucionalidad de los nuevos derechos son conquistas que enaltecen nuestras luchas colectivas y que, en la mayoría de las veces, re-

presentan una oportunidad para democratizar nuestra vida en común y amplían los márgenes de libertad en las elecciones de vida. No obstante, en muchas situaciones, requieren de otras/os institucionales que acompañen tales decisiones. Esto pone en evidencia la necesidad de reponer renovadas reflexiones que jerarquicen la dimensión procedimental - instrumental del trabajo social. En las labores *cara a cara*, de *cercanía* o también llamado oficios del lazo (Frigerio y Korenfiel, 2017) la tarea del/la interventor/a, -la cual no se puede despegar de procesos, lógicas y de la historia institucional- resulta clave y abre a la posibilidad de nuevas respuestas para inquietudes de larga data en/de nuestra disciplina: ¿un actuar con qué intención? ¿con qué propósitos? acaso ¿acompañamientos que busquen el control, la domesticación, la sujeción, la normalización o que propongan una potenciación (Cornu, 2017)?

A partir de estos umbrales, que como dijimos, ofrecen algunos posibles modos de ingreso teórico a la noción de acompañamiento, es posible advertir la necesidad de continuar profundizando en el desarrollo analítico ya que, a priori, no cuenta con un cuerpo nutrido conceptual sino más bien se presenta polisémica al interior del campo disciplinar del trabajo social, siendo quizá ésta su mayor riqueza. Además, hacerla emerger como categoría procura encontrar en ella su capacidad para iluminar aquello que la naturalización y normalización con la que operamos en nuestro hacer institucional tiende a desjerarquizar, nos referimos a las tareas vinculadas al sostenimiento y cuidado de la vida y su reproducción. Por lo tanto, en el marco de estos debates, reflexionar acerca del valor del acompañamiento institucional resulta, aún, con sus claroscuros, un tema central.

Sumando a la línea de estudios que busca aportar análisis para hacerla emerger como categoría teórica (Cornu, 2017; Danel, 2020; Favero Avico, 2021; Funes y Raya, 2001) reconociendo el carácter polisémico y, a riesgo de, al precisarla limitar su potencia, definiremos en este escrito al/el *acompañamiento* como una práctica en relación, inscrita en una disciplina científica que se funda y encuentra sentido imbricada en el encuentro, lo inter-subjetivo y lo corporal-afectivo y se entrelaza con el sistema de protección social.

Modos de acompañar en trabajo social

En estudios anteriores (Sierra, 2022) fue posible identificar, analíticamente, dos perspectivas desde las cuales

se configura, con cierta preeminencia, la práctica profesional relacionada al acompañamiento. Para esto se realizó, en base a la interpretación de los datos del trabajo de campo, una distinción entre modelos que hemos denominado: modelo de acompañamiento institucional de vinculación y modelo de acompañamiento institucional de sostén. La construcción de este registro ha sido una operación analítica, una suerte de matriz desde la cual identificar características suficientemente estables y claras del programa del acompañamiento institucional. Es decir, modelizar aquello que se denominó “programa de acompañamiento”⁵ permitió analizar relaciones constitutivas entre cuestiones de contexto, arreglos institucionales, formas que asume el acto de acompañar y la relación que soporta el encuentro entre las/os sujetos y las instituciones. No obstante, es importante mencionar que, en la práctica de quienes llevan a cabo este tipo de tareas o conjunto de tareas, sus modos y los objetivos conviven, se yuxtaponen, se imbrican, muchas veces, en una misma historia de vida, en un mismo tiempo y en un mismo lugar.

En el *modelo de vinculación* se recuperan categorías analíticas valiosas como la de acceso y accesibilidad (Carballada, 2012; Clemente, 2012; 2018; Comes y Stolkiner, 2005 - 2006; Ferrara, 1985; Maglioni, 2018; Wagner, 2013) entendidas como problema y como solución dado que posibilitan dimensionar la relación que se establece (o no) entre los sujetos y las instituciones. Se visualizó la persistencia de un trabajo de acompañamiento que busca subsanar lazos débiles, rotos y en último caso inexistentes entre los sujetos y las instituciones o incluso la de fortalecer el puente con aquellos derechos que nuestro país ha sabido conquistar en los últimos años. Poner en diálogo la noción de acceso y la de acompañamiento permitió analizar el sinfín de situaciones, gestos y estrategias que llevan adelante las/os profesionales para que la llegada, el tránsito y el sostenimiento de procesos sea posible. A su vez, se ha observado que la tarea ha tenido que ver con la construcción de lugares capaces de abordar la situación problema, lugares que reconocen cuestiones subjetivas, materiales, temporales, espirituales que operan en clave de apertura y disposición institucional. También se pudo vislumbrar cómo el acompañamiento tensiona los márgenes, permitiendo modificar o adecuar cuestiones del funcionamiento institucional

para mejorar el encuentro con su población. Una suerte de *elogio al movimiento* que ensayan las/os profesionales al salir al encuentro, al remover obstáculos, al aliviar, allanar y clarificar recorridos para crear condiciones de acceso y restitución de derechos.

Por otra parte, con el *modelo de sostén* se analizó cómo la tarea de acompañamiento oficia de andamio a los sujetos en su tránsito por instituciones buscando, de alguna manera, que tal apuntalamiento sirva de amparo para “no caer” o para amortiguar los efectos o consecuencias de las problemáticas por las cuales se asiste a la institución. El acompañamiento como sostén refiere a un principio de cercanía, un modo de estar presente que recupera las significaciones atribuibles al encuentro. Se trata de una forma que asume el acto que afilia simbólicamente y que aloja la subjetividad como gesto de trama colectiva. Pensar en términos de sostén nos acercó al concepto de soporte. Fue posible rastrear esta noción en primer lugar, en la obra de Castel (1995) para quien los soportes son pensando en términos de protecciones sociales como lugares seguros para el despliegue del individuo. Sobre este plano del análisis y ampliando su marco de interpretación, se encuentran las contribuciones de Martuccelli (2007b) quien define soportes a “los medios por los cuales el individuo llega a tenerse frente al mundo” (p. 19). Para la “sociología de la individuación” las personas no existen sino en la medida en que son sostenidas por un conjunto de soportes. Estos refieren a elementos, materiales e inmateriales, que lo vinculan a su contexto. Asimismo, se identificó que esta modalidad de acompañamiento parte del respeto al saber disciplinar, de jerarquías certificadas, pero no desde un lugar de omnipotencia. Por el contrario, se piensa con las/os otras/os porque es a partir del encuentro intersubjetivo que se produce acontecimiento significativo. Es una modalidad que parte de las situaciones y desde esas lecturas se compone con lo posible y lo deseable. La perspectiva en este modelo pone de manifiesto la centralidad de las emociones, el encuentro intersubjetivo y la dimensión corpórea en tanto aspectos relevantes en la práctica de acompañar. En este marco, las/os profesionales no serían sólo quienes garantizan el acceso, sino quienes operan como soporte para la proyección de una vida deseosa, tramada a otras/os y en perspectiva autónoma.

5. Se definió *programa de acompañamiento*, recuperando las ideas de Dubet (2006), como una forma de trabajo sobre las/os otras/os y un modo de socialización que produce un tipo de subjetivación. El mismo muestra características que si bien son estables también se presentan debilitadas en su capacidad de sostén, protección, cuidado y regulación como consecuencia de la creciente diversidad y racionalización del mundo.

Ahora bien, y teniendo en cuenta estos modos que asume el acompañamiento institucional, nos interesa detenernos en una dimensión que se desempeña como punto de apoyo a la propia práctica de acompañar. Nos referimos a la *confianza* en las instituciones vinculadas al trabajo social.

(Des)Confianza institucional

Las profesiones de proximidad, es decir, quienes acompañan, curan, cuidan, recrean, educan... confrontan cotidianamente con un descontento y una desconfianza en la capacidad y la actuación estatal. Siguiendo a Dubet (2006) la pérdida de credibilidad, legitimidad y confianza en torno a las instituciones es una ruptura del orden de lo simbólico y de los valores. Esto genera preguntas acerca de los argumentos que operan al momento de validar las capacidades de reparación social que potencialmente tienen y los sentidos que se sostienen para impugnar su efectividad. Pero, ¿cuáles son las causas de tal pérdida? ¿Qué relación tiene este diagnóstico de época con lo que espera el sujeto que se acerca a las instituciones? Esa presunta desconfianza ¿opera en todos los planos? O por caso ¿Qué lugar le damos a la construcción de la confianza en nuestros modos de organización institucional? ¿de qué modo construir institucionalmente lazos de confianza que funcionen como organizador y soporte en las intervenciones? ¿Cómo se institucionalizan los lazos de confianza, cómo se hacen ejercicio protocolar y sistemático, dentro de las instituciones?

En línea con esas preguntas que nos acabamos de hacer, Bruno Latour (2013) introduce una más: ¿*Tener nuevamente confianza en las instituciones*? El autor, para abordarla, recupera una anécdota: (...) quince industriales franceses, responsables del desarrollo sustentable en diferentes sociedades, se hallan sentados alrededor de una mesa circular. Frente a ellos, un investigador del College de France, especialista en cuestiones climáticas. En un momento de la reunión, uno de los industriales le pregunta al investigador: "pero ¿por qué habría de creerle más a usted que a los otros?" El investigador en lugar de responder con una serie de datos científicos y estadísticos, respondió: "Si no se tiene confianza en la institución científica, el problema sería muy grave" (p 18-19). Con este ejemplo Latour, busca demostrar cómo se pone en duda a las instituciones científicas y como un investigador intenta defenderlas (y defender la objetividad de las mismas) desde una descripción que vacila entre la certeza y la confianza, dos conceptos por completo di-

ferentes. Y agrega "la experiencia de la objetividad sólo parecía bien protegida por la Ciencia (con mayúscula) porque ésta nunca tuvo que defenderse seriamente (p. 26). Si bien la anécdota versa sobre la crisis climática, la pérdida de credibilidad, aquello que Dubet llama "el fin del santuario" (2016, p.37), es algo que irrumpe en las escenas cotidianas institucionales. La pérdida o reconversión de la sacralidad forma parte de los cambios propios de la modernidad en la cual la confianza en los otras/os institucionales no es *per se*, por el contrario, ésta requiere de una operación que debe necesariamente hacerse en situación. Quizá por esto, aquello que aparece en el orden de tener que "defenderse" exige para quienes *hacen (hacemos) institución* un desplazamiento de principios simbólicos que iría de la fe hacia la palabra. Nos referimos a un posicionamiento institucional en el cual *argumentar, explicar, persuadir, dar cuenta, interpelar* no necesariamente o exclusivamente es o debería ser un problema. No hay que olvidar la fase oscura y autoritaria que en nombre de la ciencia se justificaban muchas prácticas violentas y anuladoras del otro. Pensemos, por ejemplo, en los partos sin adecuación cultural ni respetados en nombre de la hegemonía médica, los castigos físicos hacia las/os niñas/os que no se adecuaban a lo esperable en los dispositivos escolares o la judicialización e institucionalización de niños/as y adolescentes con el solo pretexto de la pobreza de sus madres y padres. Por ello, la pregunta por la construcción de la(s) confianza(s) en torno a las instituciones, entonces, no sólo tiene sentido, no sólo es riesgosa, sino que es necesaria.

A veces como gesto, otras como rito de apertura, o producto de formas estables en la atención y cuidados del vínculo, la confianza en "los otros institucionales" se desarrolla en contacto con la formación de un sentido interno de confiabilidad que provee posteriormente una base para el establecimiento de procesos de identificación. Siguiendo a Niklas Luhmann (1996) la confianza es un hecho básico de la vida social y de la naturaleza humana, indispensable para que las personas manejen la gran complejidad de la sociedad y puedan también aumentarla con sus propias decisiones:

La confianza es el más amplio sentido de la fe en las expectativas de uno. Por supuesto que, en muchas situaciones, el hombre puede en ciertos aspectos decidir si otorga confianza o no. Pero una completa ausencia de confianza le impediría incluso levantarse a la mañana. (p.5).

En términos de Paul Ricoeur (1996) se trata de la identidad-ídem del individuo -seguridad ontológica, continuidad existencial- la cual se conforma con una permanente dialéctica con la identidad-ipse -dimensión intersubjetiva, social. La perspectiva del autor busca dar cuenta que una dialéctica entre lo propio y lo ajeno se encuentra presente en toda la comprensión.

Nos interesa remarcar la idea de la construcción de la confianza intersubjetiva dado que, siguiendo a Butler (2020), son las relaciones humanas de interdependencia las que nos constituyen como sujetos, las que interpelan nuestros sistemas de confianza hacia otras personas y también hacia las instituciones y sus agentes. En definitiva, nunca somos suficientemente vulnerables, sino que somos vulnerables a una situación. Sabernos tramadas/os e interdependientes, entre sujetos y a la vez con (entre) las instituciones no sólo permite, como decíamos en la introducción, cuestionar aquellas posturas meritocráticas que ensalzan la concepción individualista -muy presente en nuestros modos de encuentro y de vincularidad- juzgando a quienes requieren (requerimos) en determinado momento (o siempre) de instituciones para un mejor vivir, sino que, y justamente vuelve sobre el lugar (nunca único ni exclusivo), de responsabilidad y expectativas que ocupamos en términos de confianza mutua entre el Estado, sus instituciones y el pueblo.

A continuación, presentamos un conjunto de dimensiones que entendemos podrían generar condiciones -siempre tentativas- para reponer confianza en las instituciones y, de ese modo, nutrir sus capacidades: a) la relación con el tiempo; b) la autoridad justa; c) la palabra como herramienta; y d) los gestos de apertura. Esta analítica no tiene por fin (de)enunciar aquello que las instituciones *deben hacer*, tampoco la de hacer un “buen” diagnóstico que delimite causas y buenas y prontas soluciones, por el contrario, busca officiar de apertura para la reflexión y el debate sobre los desafíos y apuestas en la construcción de confianzas y las implicancias que tiene esto para intervenir en lo social. Por otro parte, el orden que se ha hecho de las dimensiones no refiere necesariamente a una jerarquía entre ellas sino por el contrario, a una sinergia necesaria.

a) *La relación con el tiempo:*

El tiempo es una dimensión inherente e inseparable de la condición humana y ha sido objeto de estudio de gran

proyección, especialmente en el campo de la filosofía (Deleuze, 1978; Elias, 1997; Byung-Chul Han, 2009). La acumulación del tiempo, sus usos y las formas de gestionarlo representan valores diferenciales entre personas e instituciones. Las problemáticas sociales complejas en las que pensamos que el acompañamiento es un eslabón central, requieren en general de tiempo para su resolución⁶. Pero, ¿Qué tipo de tiempo es el esperable, el disponible, el posible? ¿Cómo se significa la noción temporal entre lo específico de lo institucional, lo propio del quehacer profesional y el tiempo subjetivo de la persona acompañada? ¿Es posible conjugar estos planos de forma sincrónica?

Miguel Benasayag y Diego Sztlwark (2000) realizaron una crítica a la noción del tiempo de la modernidad como aquel que se presenta en línea con el progreso, una variable de medición, una unidad de disciplinamiento, una representación unidimensional como única medida. Por el contrario, y frente a la multidimensionalidad de la vida concreta, optan por pensar la idea de un tiempo estallado (Benjamín, 1989) un tiempo complejo e igual de multidimensional de la vida concreta, que requiere pensamiento situado y no modelos abstractos a imagen del “deber ser” de los acontecimientos. Asimismo, los autores proponen hablar de “tiempos” y de un “presente infinito” porque es un momento actual que sólo existe como un innumerable de situaciones. El presente para ellos “significa el poder habitar lo único -lo uno que es múltiple- del aquí y ahora” (Benasayag y Sztlwark, 2000, p. 119)

Además, la temporalidad supone el modo que el tiempo es vivido o experimentado (Filardo y Merklen, 2021). Así el tiempo puede significarse como lento, largo, difícil. Puede resultar una experiencia de angustia, de opresión o por el contrario de oportunidad. El tiempo que pasa por la experiencia social deviene temporalidad de modo diferente entre quien acompaña y quien es acompañada/o. Con frecuencia, en las intervenciones de las/os trabajadoras/es sociales, los tiempos institucionales en materia de respuesta a las demandas no necesariamente coinciden con el tiempo subjetivo de las/os usuarias/os, ocasionando un dislocamiento temporal entre lo que la institución refiere tener que hacer, cuándo hacerlo y cómo hacerlo y las significaciones que los sujetos le otorgan a dichas políticas institucionales. Por ejemplo, el acompañamiento en problemáticas comple-

6. Luhmann (1996) indica que el tiempo es el ámbito propio de la confianza, pues lo que la confianza permite a las personas es anticipar un cierto futuro de los muchos futuros posibles en cada presente y, por tanto, la confianza acontece ahí donde hay expectativas de continuidad.

jas requiere en general de tiempo para su resolución, un tiempo vinculado a sostener procesos. En cambio, la asistencia a problemáticas vinculadas a los acontecimientos donde prima la urgencia, el riesgo subjetivo, el hecho traumático, los accidentes, entre otros factores, la cuestión de la inmediatez y la velocidad de la intervención cobran mucha relevancia.

Crear que tal desacople podrá ser atendido y/o resuelto únicamente por la intervención de un profesional es sin dudas, falaz o humanamente difícil. Sin embargo, también puede ser costoso desconsiderar que las formas de organización institucional que se ajustan a múltiples temporales desde el plano simbólico (incluso virtual)⁷, permiten tensar los márgenes políticos institucionales para reparar en la importancia de los plazos y los procesos. Este modo de acompasar que contemple lo temporal es una operación en situación que cooperará en un renombramiento institucional que fortalezca la confianza en las instituciones para encontrar en ellas mayores niveles de entendimiento y hospitalidad⁸.

b) *La autoridad justa:*

En vínculo con la cuestión de temporalidad, otra noción que aparece e interpela el registro de las confianzas en las instituciones es el de la autoridad. Ésta parecería que se encuentra actualmente en debate, también en tensión. Se evoca con frecuencia en las intervenciones educativas, sanitarias, especialmente cuando se piensa en los modos de construir vínculos entre las instituciones (y sus agentes) y los sujetos que acuden a ellas, principalmente cuando se siente que no se la tiene. El desplazamiento de la autoridad tradicional y sagrada a una autoridad justa en el sentido de aquella que debe permanentemente explicar y justificar, interpela al propio oficio y a la construcción de la legitimidad (Dubet, 2006). Una colega entrevistada nos ofrece un ejemplo que puede ilustrarlo, decía: "bueno, hay familias que vos le haces llegar una citación legal para que se presente al Servicio Local de Protección del niño, niña y adolescente porque hay una situación de extrema vulnerabilidad

de algún niño y por algún motivo no se acercan" (Entrevista a TS, 2020)⁹. Se presupone aquí la caída de la autoridad de una institución, que debería acompañar y que, per se, la familia debería acercarse y no lo hace. Esta situación, comentaba, trae preguntas hacia el interior del equipo, acerca de las razones de tal incumplimiento. Y, en simultáneo, esa familia, cuando se acerca, le consulta a esa misma institución sobre los modos de acompañar la crianza a un hijo, porque se porta mal en la escuela. La colega narraba con cierta nostalgia la pérdida de una autoridad que opera en la adherencia a la norma institucional, pero en simultáneo las enormes posibilidades que suscita esa pregunta en clave de demanda, de apertura al vínculo. En el ejemplo una posibilidad otra que abre el juego para que algo distinto ocurra, sobre la base de nuevas formas de legitimidad porque no hay un solo modo de "ingresar a una institución" y porque ya es claro que el poder sin legitimidad tensa las relaciones y va en desmedro de formas que construyan institución sobre bases confiables.

c) *La palabra como herramienta:*

Las palabras son herramientas "cosas con las que se pueden hacer cosas" (Ahmed, 2017 p. 183). En las prácticas del trabajo social, la palabra como forma de intervención (interpelar, argumentar, incidir, persuadir, etc.) es una herramienta de gran potencia por lo que es capaz de traccionar, así también cuando se reconoce su límite y, fundamentalmente, su no neutralidad, es decir, cuando el/la interventor/a admite que opera en una trama de relaciones de poder. No es posible *decir* (o *no decir*) desde ningún lugar. Por esto coincidimos con Arias (2020) que "no estamos pensando en poderes centrados en personas sino en estructuras institucionales" (p.5). Las instituciones son espacios habilitantes de palabras, lugares, relaciones, disputas y tiempos donde los sujetos pueden, a través de la enunciación, tramitar aquello que se necesita, se desea o se aspira para que una vida pueda ser vivida dignamente (Butler, 2020). Acudir a una institución en búsqueda de sostenes para pensarnos es una buena noticia. También cuando oficia de límite continuamente ofreciendo soportes de escucha donde, por ejem-

7. Por ejemplo, la ventanilla, como un lugar físico, tiende a convivir con la atención virtual. Puede ser de aporte analizar cómo temporaliza el Estado, a través de sus instituciones, este tipo de vínculo virtual por sobre el presencial, o cómo es significado por el sujeto de la relación y la construcción de confianzas. La pandemia por Covid-19 nos ha dejado mucho de experiencia al respecto. Véase, Arcidiácono P. y Parelmiter L. (2020)

8. Para Anne Dufourmantelle (2009) "la hospitalidad antes de ser un pensamiento es un acto. Un puro evento (...) describe más que una figura, un espacio donde ese acto de invitación puede tener lugar. Este espacio creo, es el lugar del pensamiento (p.170)

9. En este artículo seguimos los resguardos éticos pertinentes, por lo cual preservamos mediante el anonimato la identidad de las personas que han participado en el desarrollo.

plo, se mejoran nuestros vínculos, se revisa por qué tal o cual sustancia ocupa tanto lugar en nuestra existencia, se toman decisiones significativas, se tramita un duelo u otros ritos o vicisitudes del vivir.

d) *Gestos de apertura:*

Ana María Fernández denunciaba allá por los 90, en su clásico libro “Instituciones estalladas” el enorme costo que tenía para el funcionamiento de las instituciones la negación de la historia y el desconocimiento y descalificación de las diferencias en tanto juego reglado (1999, p.15). Más cerca en el tiempo, pero volviendo sobre el problema que implica tal desconocimiento, Ana Arias (2021) alerta sobre esto cuando se piensa por fuera de la historia institucional “no sólo se construye un acto “soberbio” sino que se pierden los acumulados, los aprendizajes de lo ya probado” (p, 5). Nos preguntamos si el ejercicio de volver sobre los pasos de la experiencia organizativa es un piso robusto desde donde construir, con las seguridades que da lo ya probado y el reconocimiento de los (im)posibles, gestos *de reconocimiento y apertura* para las poblaciones silenciadas, subalternizadas por cuestiones de género, raza, orientación sexual etc. Es interesante observar la particularidad de estrategias institucionales que, al atender esto, por un lado, ofrecen recursos, tiempos y lugares nuevos, y a su vez generan readecuaciones en los instituidos, sean éstos prácticas, circuitos, registros o incluso un cambio en la mirada sobre las/os usuarias/os redefiniendo la misión y la visión de ellas. Por ejemplo, el estudio de Anahí Neer (2009) aborda las iniciativas de activistas y usuarios/as trans del sistema de salud argentino para garantizar una atención no discriminatoria y el cumplimiento de la Ley 26.743 de Identidad de Género en el ámbito sanitario. La autora busca dar cuenta de una experiencia institucional la cual contempla expectativas, deseos y necesidades de poblaciones que reclaman por nuevas o mejores formas de atención y de trato institucional.

Muchas de estas experiencias tienen su origen en la demanda que activismos, organizaciones sociales territoriales, especialmente los movimientos feministas populares y usuarias/os de redes sociales proyectan sobre las instituciones y las prácticas de agentes a la luz de las disputas y/o avances en materia legislativa. Nacidos en las calles, en las plazas o sitios virtuales, estos movimientos vienen teniendo una presencia significativa en la región. Son expresiones que se organizan buscando, entre varias cuestiones y partiendo de sus especificidades, ser reconocidos en sus singularidades tensionando

y visibilizando estructuras instituciones tradicionales. En este sentido y recuperando los aportes de Nancy Freser (2000) el principio de justicia distributiva no puede realizarse en desvinculación con el de justicia cultural y viceversa:

pueden ser víctimas tanto de una dimensión distribución socioeconómica desventajosa como de un reconocimiento cultural inadecuado, de forma que ninguna de estas injusticias es una consecuencia directa de la otra, sino que ambas son fundamentales y equivalentes en cuanto a sus causas. En este caso, ni las soluciones redistributivas por sí mismas, ni las soluciones de reconocimientos por separados serán suficientes: Las comunidades bivalentes precisan de ambas (p. 12-13)

En este sentido, aunque no suficiente ni únicamente, en la permeabilidad de estas demandas se encuentra la capacidad instituyente de las instituciones al distinguir la importancia que tienen sus aportes en la construcción de confianza al estructurar -no sin tensiones- espacios de referencia simbólicos para quienes asisten a ellas en búsqueda de reconocimientos particulares sin descuidar sus principios distributivos. En términos de Dubet (2017) arreglos institucionales que representan, “parcial y laboriosamente, intereses “particulares” articulados con la búsqueda del interés general” (p.102), buscando, de algún modo, *lo que nos une*. Forjar aperturas institucionales necesita de un lazo de confianza anterior, que, de algún modo, lo posibilite. Suele suceder que tenemos más claro que las instituciones construyen (y disciplinan) sujetos, pero menos claro cuánto y cómo éstos forjan a su vez (nueva) institución.

Notas de cierre

La construcción de la(s) confianza(s) a la que nos referimos no puede ni debe quedar sostenida únicamente en el plano amistoso o amoroso vehiculizada por la palabra del (buen) vínculo entre el profesional y el sujeto. Eso sería un riesgo y un costo mayúsculo para el fortalecimiento de las capacidades de las instituciones ya que podría derivar en experiencias autonomistas para unas/os pocas/os o el debilitamiento de la dimensión colectiva como soporte, entendida como la dimensión subjetivante propia de las instituciones de otra época. El problema es aún más complejo: las profesiones de proximidad corren permanentes riesgos de envanecerse ante los

reiterados contratos precarios, inciertos y cortoplacista que impiden proyectar una tarea comprometida a partir del encuentro y la relación cara a cara en los que, por lo general, la estabilidad de las prestaciones es un requisito valioso. Si bien en este artículo se buscó recuperar una mirada que sume al análisis de la categoría de acompañamiento, no se puede dejar de lado que la *confianza en las instituciones* está atada a la dimensión económica que atraviese el país y singularmente a la de las/os usuarias/os que se convocan en ellas. Para la construcción de instituciones fiables, aquellas tareas que implican formas de relación intersubjetiva, requieren jerarquizarse y profesionalizarse cada vez más y actuar sobre la base de consensos políticos y colectivos acerca de la importancia de las inversiones presupuestarias en las instituciones público – estatales dedicadas a estos asuntos.

En este artículo se buscó ensayar dimensiones de análisis que permitan reponer algunas reflexiones acerca

de los desafíos en la construcción de confianza en las instituciones vinculadas al trabajo social. En definitiva, como argumenta Cristian Varela (2004) “aunque con arreglo siempre en lo material, las instituciones son una ficción, una invención social sustentada en una idea, una construcción histórica cuya piedra basal es una analogía que se establece como un *a priori* con la realidad ya dada” (p.226). Si la institución es “una idea” exige -nos exige- un conjunto de consensos políticos, epistemológicos y afectivos que resitúen la función por el sentido en ellas. Habitar la pregunta por el modo de construir instituciones confiables ofrece un lugar donde es posible hacer efectivos los derechos al ponderar la importancia del tiempo institucional, la autoridad, la palabra y la apertura institucional situada. Una vida digna de ser vivida no es escindible de instituciones que asuman un papel central sobre el tema, en su carácter imprescindibles de espacios simbólicos de lazo, protección e interrelación.

Bibliografía

- Arias, A. (2012). *Pobreza y Modelos de Intervención*. Aportes para la superación del modelo de asistencia y promoción. Espacio.
- Arias, A. (2021). *Una apuesta a la densidad institucional. Propuesta de un concepto para pensar la relación de instituciones sociales públicas y políticas sociales*. En Revista "Debate Público. Reflexión de Trabajo Social". Año 11. [en línea. Disponible: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2021/08/08_Arias.pdf] Consulta 15 de marzo de 2023.
- Arciacono, P. y Parelmiter, L. (2020). *Cien días que sacudieron al Estado*. Revista Anfibia. [en línea. Disponible: <https://www.revistaanfibia.com/cien-dias-que-sacudieron-al-estado/>] Consulta 1 de febrero de 2023.
- Aquín, N. (2014). *Asignación Universal por Hijo ¿Titulares o tutelados?* Espacio.
- Banco Mundial (2015). Informe sobre el desarrollo mundial: Mente, sociedad y conducta, cuadernillo del "Panorama general". Washington DC: Banco Mundial.
- Benasayag, M. y Sztlwark, D. (2000). *Política y situación. De la potencia al contrapoder*. Ediciones de mano en mano.
- Benjamin, W. (1989). *Tesis de filosofía de la historia*. En Discursos Interrumpidos I. Taurus.
- Butler, J. (2020). *La fuerza de la no violencia*. Paidós.
- Byung-Chul, Han (2009). El aroma del tiempo. Un ensayo filosófico sobre el arte de demorarse. Herder
- Carballeda, A. (2012). La accesibilidad y las políticas de salud. En Revista Sociedad. Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Castel, R. (1995). *La metamorfosis de la cuestión social*. Gallimard.
- Clemente, A. (2012). "La accesibilidad y las políticas de salud" En revista Sociedad. Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Clemente, A. (2018) (Dir.), Bienestar y accesibilidad. Historia reciente de una desvinculación anunciada. En: *La accesibilidad como problema de las políticas sociales. Un universo de encuentros y desvinculaciones*. Espacio Editorial.
- Comes, Y. y Stolkner, A. (2005). Si pudiera pagaría: Estudios sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. Anuario de Investigaciones, XII. Buenos Aires: Facultad de Psicología-UBA/Secretaría de Investigaciones
- Comes, Y. y Stolkner, A. Et al. (2006). "El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios". En: Anuario de Investigación UBA, Facultad de Psicología, Vol. XIV.
- Cornu, L. (2017). "Acompañar: el oficio de hacer humanidad". En *Trabajar en Instituciones: Los oficios del lazo*. Frigerio, Korinfe y Rodríguez.
- Danel, P. (2020). Habitar la incomodidad desde las intervenciones del Trabajo Social. Revista Escenarios 31. [en línea. Disponible <https://revistas.unlp.edu.ar/escenarios/article/view/10042/8790>] Consulta 16 de febrero de 2023.
- Deleuze, G. (1978). *Kant y el tiempo*. Cactus Serie Clases.
- Del Mónaco, R. (2020). Empresarios de sí mismos: subjetividades en las terapias cognitivo conductuales en Buenos Aires, Argentina en: "Políticas terapéuticas y economías de sufrimiento: perspectivas y debates contemporáneos sobre las tecnologías psi" (Epele, María comp.). Pp-175-196. IIGG-CLACSO Colección, Argentina. [en línea. Disponible <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20200728013355/Políticas-terapeuticas.pdf>] Consulta, 14 de febrero de 2023
- Dubet, F. (2006). *El declive de la institución. Profesiones, sujetos e individuos en la modernidad*. Gedisa.
- Dubet, F. (2017). *Lo que nos une. Cómo vivir juntos a partir de un reconocimiento positivo de la diferencia*. Siglo XII.
- Dufoumantelle, A. (2009). *En caso de amor. Psicopatología de la vida amorosa*. Nocturna.
- Eliás, N. (1997). *Sobre el tiempo*. FCE.
- Epele, M. (2013). El tratamiento como palimpsesto. Cuando la medicalización se convierte en crítica políticamente correcta. Cuadernos de Antropología Social. [en líneas. Disponible <http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/CAS/article/view/1326>] Consulta 14 de febrero 2023
- Fabero Avico, A. (2021). "Saber acompañar": el problema político de la distancia en los programas de inclusión social con jóvenes desde el trabajo social. Congreso Argentino de Antropología social. Universidad Nacional de La Plata. [en líneas. Disponible <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/132309>] consulta 29 de marzo de 2023] Consulta 5 de marzo de 2023
- Farji Neer, A. (2019). Biocidadanías trans. Demandas e iniciativas frente al sistema de salud argentino. Athenea digital. 19 (1) [en línea Disponible en: <https://atheneadigital.net/article/view/v19-1-farji>] consulta 28 de marzo de 2023.

- Ferrara, F. (1985). *Teoría Social y Salud*. Editorial Catálogos.
- Fernández, A. M. (1999). *Instituciones estalladas*. Eudeba.
- Filardo, V. y Merklen, D. (2021). *Detrás de la línea de pobreza. La vida en los barrios populares de Montevideo*. Gorla.
- Freser, N. (2000). *¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas de la justicia en la era postsocialista*. *New Left Review*,1.
- Frigerio G., Korinfeld, D. y Rodríguez, C. (Coords.) (2017). *Trabajar en Instituciones: los oficios del lazo*. Noveduc.
- Funes, J. y Raya, E. (2001). *El acompañamiento y los procesos de incorporación social*. Guía para su práctica. Dirección de Bienestar Social. Gobierno Vasco.
- Guimenez, S. (2018). Repensando las capacidades estatales en el período 2003-2015. Un camino intermedio entre la autoconvicción y la inercia burocrática. Ponencia presentada en el I Jornadas Democracia y Desigualdades. Universidad Nacional de José C Paz.
- Hornes, M. (2017). *Políticas sociales y significados plurales del dinero: la producción social de las transferencias monetarias*. (Tesis doctoral). Instituto de Altos Estudios Sociales Universidad Nacional de San Martín. Buenos Aires.
- Latour, B. (2013). *Investigaciones sobre modos los modos de existencia. Una antropología de los modernos*. Paidós.
- Luhmann, N. (1996). *Confianza*, Anthropos.
- Maglioni, C. (2018). La accesibilidad desde la perspectiva de los sujetos. En A. Clemente (Dir.), *La accesibilidad como problema de las políticas sociales. Un universo de encuentros y desvinculaciones*. Espacio Editorial.
- Martuccelli, D. (2017b). "Cambio de rumbo" *La sociedad a escala del individuo*.
- Perelmiter, L. (2016). *Burocracia plebeya. La trastienda de la asistencia social en el Estado Argentino*. Buenos Aires: UNSAM EDITA.
- Ricoeur, P. (1996). *Sí mismo como otro*, Siglo XXI.
- Rizzo, N. (2021). *Tener la asignación. Las tramas de apropiación colectiva de una política social*. Teseo. [en línea. Disponible en <https://www.te-seopress.com/tenerlaasignacion>] Consulta, 10 de enero de 2023
- Sierra, N. (2022). *Las prácticas de acompañamiento en las instituciones frente a problemáticas sociales complejas. Vinculaciones entre las/os trabajadoras/es sociales, usuarias/os y derechos* (Tesis de maestría), Facultad de Ciencias Sociales – UBA. Buenos Aires.
- Sierra N. (2021). "El acompañamiento como categoría y las instituciones contemporáneas" En *Revista Debate Público Año 11 - N° 21*. [en línea. Disponible en http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2021/08/20_Sierra.pdf] Consulta 14 de febrero de 2023.
- Soldano, D. (2018). *Experiencias del bienestar. Para una comprensión de la política social desde el sentido común*. Ciudadanías. Revista de Política sociales Urbanas.
- Varela, C. (2004). *La entrada al terreno institucional*. Tramas 21. UAMX México.
- Wagner, A. (2013). Volviendo sobre el concepto de accesibilidad en diálogo con el territorio. Apuntes de experiencias extensionistas, en clave de investigación. En: Testa, M.C (Org) *Trabajo Social y territorio. Reflexiones sobre lo público y las instituciones*. Espacio.

Artículos centrales

Una perspectiva de las corporalidades en Trabajo Social.

Guillermina González^a

Fecha de recepción:	3 de junio de 2023
Fecha de aceptación:	5 de junio de 2023
Correspondencia a:	Guillermina González
Correo electrónico:	Guigon75@yahoo.com.ar

- a. Lic. Trabajo Social - Docente Carrera de Trabajo Social UBA – Integrante del Equipo de Antropología del Cuerpo y la performance. Universidad de Buenos Aires.

Resumen:

El presente artículo trabaja en la intersección sobre la conceptualización de las corporalidades, sus implicancias metodológicas y las prácticas de Trabajo Social. Comienza describiendo que una perspectiva de las corporalidades no es solamente tener presentes las explicaciones teóricas, sino que implica la dimensión perceptiva y sensible de la corporalidad. Posterior a ello se destina un apartado a una selección de autores que generan preguntas sobre la relación cuerpo y mundo o el vínculo entre subjetividad y sociedad. Se toman los planteos de Merleau-Ponty, Bourdieu y Foucault conjugados con elaboraciones de autoras y autores nacionales y de la región, para generar preguntas vinculadas a las distintas esferas de Trabajo Social. Por último, se recapitula lo trabajado para enfatizar la importancia de transversalización de esta perspectiva para las instancias de investigación, difusión, procesos de enseñanza-aprendizaje, etapas diagnósticas y de planificación, implementación de estrategias de abordaje y espacio de cuidados para quienes ejercemos la profesión y para estudiantes.

Palabras clave: Perspectiva - Corporalidades – Trabajo Social.

Summary

This article works at the intersection of the conceptualization of corporalities, its methodological implications and Social Work practices. It begins by describing that a perspective of corporalities is not only keeping theoretical explanations, but also implies the perceptive and sensitive dimension of corporality. After that, a section is devoted to a selection of authors who raise questions about the relationship between the body and the world or the link between subjectivity and society. The proposals of Merleau-Ponty, Bourdieu, Foucault and Eliás are taken together with the elaborations of national and regional authors to generate questions related to the different spheres of Social Work.

Finally, what has been worked on is recapitulated to emphasize the importance of mainstreaming this perspective for instances of research, dissemination, teaching-learning processes, diagnostic and planning stages, implementation of approach strategies and care space for those of us who practice the profession and for students.

Key words: Perspective; Corporalities; Social Work.

Perspectiva desde una disponibilidad perceptiva

Hay varios campos de conocimiento que utilizan el término de perspectiva para hacer referencia al ángulo o punto de vista de comprensión o posicionamiento. En este apartado se proponen dos aspectos que generan preguntas sobre qué podría configurarse como una perspectiva de las corporalidades en el campo del Trabajo Social.

En primera instancia es importante focalizar en cómo se piensa la vinculación de esta perspectiva con características del campo profesional. Las conceptualizaciones vinculadas al cuerpo que ya se vienen realizando y las apuestas metodológicas que de allí van surgiendo desde nuestra profesión, intentan complejizar las propuestas actuales, es decir revisar y sumar una capa de análisis a nuestra manera de comprender tanto a las personas con las que trabajamos como también a quienes estudiamos/ejercemos. Este nivel de análisis ni las metodologías que de allí derivan, de ninguna manera se constituye como algo distinto o alternativo a las prácticas habituales inherentes a la restitución y garantía de los derechos, la invitación es a reflexionar sobre nuestra manera de pensar y posicionarnos en el trabajo junto a la gente, que tal vez devenga en problematizar algunas de las prácticas actuales de la profesión.

Una perspectiva relacionada al tema de los cuerpos pareciera no estar directamente vinculada a marcos teóricos que explican los aspectos macro de la sociedad, ni tampoco asociada con la incumbencia de las políticas públicas; así tampoco a procesos de fragmentación social que implican estrategias de intervención. Como la noción de corporalidad estaría más íntimamente vinculada a la subjetividad, entonces se comienza a asociar su conceptualización y abordaje con la singularidad y metodologías de trabajo con poblaciones específicas y casi en un trabajo particularizado con cada persona. Este debate excede estas pocas páginas, pero invita a reflexionar que tener una posición conceptual sobre las corporalidades integra a las distintas esferas que comprometen y competen a nuestra profesión, inclusive el nivel macro.

En las intersecciones sobre la integración de una perspectiva de la corporalidad no se está discutiendo, sino que se está dialogando con las condiciones materiales de existencia, y también con los sentidos que se les otorgan a las experiencias vividas. Buscar incluir a la corporalidad y su dimensión sensible en clave social tanto en lo teórico como en lo metodológico, es continuar indagando en los pliegues de las explicaciones sobre lo humano, donde generar más preguntas en aquellas tensiones donde el mundo de las ideas y la razón no llegan a dar

cuenta, donde cambiar nuestras maneras de construir lo discursivo no lograría tocar el nudo de aquello que experimentamos y que no se puede articular en palabras, y ahí donde pareciera que las explicaciones desde los condicionamientos materiales no alcanzan a explicar nuestras limitaciones para generar prácticas con otras posibilidades.

Un desafío más accesible en el corto plazo, sería capturar definiciones desde un enfoque social del campo de lo sensible, en tanto que al hablar sobre lo que sentimos no quede en un análisis de lo individual, sino que devenga en una lectura más compleja que nos acerque a conceptualizaciones en las que esas sensaciones se comprendan como parte de procesos sociales desde donde puedan surgir prácticas que nos impliquen de manera colectiva.

En segunda instancia se propone invitar a jugar con el término específico de perspectiva y generar algunas tensiones. La perspectiva se vincula a una mirada que no describe desde lo plano, sino que a partir de una observación desde un punto comprende a los objetos presentes en relación, incluye el volumen, la distancia, y la profundidad. La intención es preguntarnos sobre ese punto de vista que deriva de una construcción social e histórica, un punto de vista teñido por un lugar y un tiempo.

Merleau-Ponty en su análisis de la percepción explica que puedo ver solamente porque soy un sujeto encarnado y, por ende, situacional. Es decir que ver es ver siempre desde alguna parte, lo cual no hace referencia sino al aspecto necesariamente perspectivista de la percepción. La percepción siempre se efectúa desde un aquí espacial, habitamos un lugar del espacio, y de un ahora temporal, miramos desde un lugar puntal de nuestra historia (Aschieri, Puglisi, 2011, p. 133).

Esto implica una invitación a un proceso permanente de elucidación, una actitud de interpelación, un esfuerzo de reflexión crítica que también implica hacerse responsable de los actos en tanto analizar aquello que hacemos (Heler, 2002). En muchas oportunidades nuestra expresión verbal sobre lo que intentamos explicar y sobre lo cual buscamos trabajar, no siempre da cuenta del sincero punto de vista que encarnamos, por eso se convoca a que esta perspectiva no se traduzca en un campo de ideas estanco que se pueda trasponer a cualquier situación o población. Es una intersección viva entre ideas

y percepciones, que incluyen las tensiones y contradicciones, comprendiendo en movimiento tanto a quienes estamos intentando interpretar como a aquellos que estamos intentando analizar o abordar.

Por último, la intención es desnaturalizar la primacía cultural otorgada a los sentidos de la vista y de la escucha, es decir corrernos del privilegio asignado a dichos sentidos por la sociedad occidental moderna, y recuperar al resto de los sentidos al momento de entender y explicar al mundo; para esta perspectiva de la corporalidad se propone recuperar la experiencia multisensorial, la disponibilidad perceptiva y el compromiso corporal en los procesos de conocimiento.

Como ya se detalló en otro artículo González (2022), y en base a lo trabajado por Citro y Rodríguez (2020), la creación de conocimiento en ciencias sociales y humanas también implica una corporalidad sensible perceptiva y afectada que se encuentra en movimiento y en relaciones intersubjetivas. Dicha reflexión que se pensó en principio para el ámbito universitario tanto para la investigación como para la difusión y los procesos de enseñanza-aprendizaje, se puede tomar para otros procesos más específicos de Trabajo Social, como son las etapas diagnósticas, de planificación e implementación de estrategias de trabajo, y así también en los espacios de cuidado tanto para estudiantes como para quienes ejercemos la profesión. Se apela entonces a una perspectiva que no sólo explica desde el mundo de las ideas, sino también se acerca desde un compromiso perceptivo que trasciende la hegemonía de sentidos ponderados por la academia y la matriz moderna occidental.

Esta perspectiva con posibilidad de transversalizar los diversos espacios profesionales implicaría nutrir el campo de las ideas recuperando escritos de filosofía, sociología, antropología y elaboraciones contemporáneas en Trabajo Social (Gattino et al. 2011; Peralta, 2018; Aparicio, 2020; Sosa, 2020), pero también abonar a metodologías para conocer y trabajar, que integren al cuerpo con su capacidad para conocer el mundo y su potencialidad propositiva de nuevas acciones. Deriva por ende en un compromiso corporal de quien se especialice en esta constelación temática y busque conceptualizar en el cruce entre cuerpos y Trabajo Social, ya que como se explicó anteriormente para el proceso de conocimiento está implicada la corporalidad sensible y perceptiva que entra en diálogo con el terreno de las ideas y los marcos teóricos.

Corporalidades. Sobre la relación cuerpo y mundo o entre sujeto y sociedad

A partir del llamado a abrir el juego de la corporalidad perceptiva en relación a marcos conceptuales, se precisa una definición desde la cual trazar puentes con Trabajo Social. Desde esta perspectiva se entiende a la corporalidad en su constitución socio-histórica, se la comprende como: "nuestra condición existencial de ser cuerpos o corporeidades en relación con el mundo" (Csordas, 2015, p. 17), somos corporalidades diversas en relación a nuestros contextos.

Aunque esta exposición pueda resultar conocida para quienes leen, es importante continuar debatiendo y deconstruyendo representaciones sociales que perpetúan que hay un modo único y universal de comprender al cuerpo. Esto discute por un lado, con la comprensión hegemónica occidental que divide cuerpo y mente vinculada a la construcción epistemológica sostenida en el ámbito académico y que nos exige un estado de objetividad, opacando nuestra sensibilidad en la construcción de conocimiento, y por otro lado, con las configuraciones institucionales en las cuales trabajamos divididas según esa misma matriz moderna y occidental que clasifica los temas de abordaje y a las poblaciones construyendo otredades sin tomar en cuenta la complejidad de las historias de vida ni analizar la experiencia sensible vivida en clave social.

Comprendiendo que el cuerpo se vincula a la construcción histórica y social, es importante acceder a bibliografía que realiza un análisis genealógico del tema no sólo pensando en la sociedad occidental, sino también integrando una mirada antropológica (Citro, 2011; Le Bretón, 1995), para replantearnos los orígenes de nuestras explicaciones teóricas sobre los cuerpos, nuestras implementaciones metodológicas y los principios epistemológicos sobre los cuales nos basamos.

Situándonos en la relevancia de incluir la noción de cuerpo en el campo de Trabajo Social, y habiendo sido argumentado en varios escritos el cuestionamiento a la primacía impuesta de la mente sobre el cuerpo según los postulados occidentales modernos (Citro, 2011; Peralta, 2018; Balero, 2020), comenzaremos a adentrarnos en algunos marcos conceptuales. Se debe aclarar que hay una amplia variedad de autoras y autores que trabajan

en el tema con diversas interpretaciones de esta categoría, por lo que en estas páginas se hace una selección quedando por fuera análisis enriquecedores vinculados a las obras de Marx, Elías Kusch y Butler, entre otros. A su vez es pertinente precisar para quienes hacen su primer acercamiento a la temática, la necesidad de analizar cada corriente de pensamiento, ya que las mismas pueden proceder de supuestos teóricos o filosóficos complementarios o contrapuestos. Ante lo vasto del tema se sugiere la lectura de la bibliografía citada y de las producciones de investigadoras e investigadores del Equipo de Antropología del Cuerpo y la Performance de la Universidad de Buenos Aires.¹

En este apartado se intenta generar una primera aproximación a posibles preguntas que pongan en relación cada elaboración teórica con distintas esferas en Trabajo Social, tratando de deconstruir representaciones sociales o expresiones hegemónicas sobre el cuerpo y buscando siempre el retorno a reflexiones en el orden de lo social de la corporalidad, para continuar investigando y construyendo categorías específicas del colectivo profesional.

Posterior a estas aclaraciones se presentarán algunos autores ubicando sus planteos según cómo comprenden la incidencia del mundo en los cuerpos y cómo relacionan ambos términos. La invitación es analizar las distintas posturas teóricas según la explicación de una imposición de la sociedad sobre los cuerpos con una inscripción determinista, si hay condicionamientos permeables a las prácticas sociales, o una experiencia corporizada intencionada hacia el mundo; y en base a ello dilucidar cuál es nuestra manera de entender estas relaciones para después ponerlas en diálogo con nuestras investigaciones, diagnósticos y propuestas de abordaje.

Para ordenar esta exposición se recupera parte del planteo del antropólogo Csordas quien analiza el vector cuerpo y mundo y sus relaciones, que las divide sólo a fines analíticos ya que están intrínsecamente relacionadas. El autor afirma "si suena extraño atribuir agencia al mundo en lugar de a los actores individuales, hacemos notar ahora que nuestro mundo es un mundo humano, lleno de otros y de fenómenos que nosotros mismos producimos". (Csordas, 2015, p.18). A continuación, se presentarán elaboraciones teóricas que relacionan a las personas y a la sociedad con el objetivo de generar preguntas y puentes con el campo del Trabajo Social.

1. Disponible en <https://www.antropologiadelcuerpo.com/>

Comenzaremos tomando la larga e inacabada obra del filósofo Merleau-Ponty; dadas las características de sus escritos se sugiere profundizar en el tema revisando las reelaboraciones de Martín Alcoff (1999), Citro (2006) y Rodríguez (2009). Como su producción filosófica es extensa e implica complejidades que no se pueden desarrollar en este artículo, sólo se resaltarán algunos puntos para relacionar con la profesión. Dentro del abanico de exposiciones teóricas que se van a ir mencionando, este autor se caracteriza por describir un cuerpo intencionado hacia el mundo. Es decir, se comprende la constitución de un ser-en-el-mundo, pero no desde una relación de control o coacción. “Nuestros cuerpos-en-el-mundo no son pasivos ni inertes, no están ‘simplemente ahí’. Es más preciso decir que somos cuerpos hacia el mundo, atados a él por la telaraña de hilos intencionales emitidos por nosotros” (Csordas, 2015, p.21). Somos y estamos en una trama donde nos constituimos, constituyéndose el mundo, y con un sentido intersubjetivo del mismo. Dentro de esta telaraña, “nosotros habitamos el mundo, en el sentido de que activamente levantamos residencia y la hacemos nuestra. Al respecto existe inevitablemente algún grado de elección y de libertad en la existencia” (Csordas, 2015, p. 21). Esta exposición en términos de la agencia del cuerpo sobre el mundo permitiría regalarnos una pregunta a nuestros quehaceres profesionales, ¿podemos comprendernos constitutivamente junto al mundo sin por ello asociarnos a una determinación o coacción por parte del mundo hacia nuestros cuerpos?, ¿podemos entendernos activamente levantando residencia en este mundo?, ¿podemos comprendernos y comprender las poblaciones con las que trabajamos que estamos levantando residencia en el mundo?, ¿en qué esferas de Trabajo Social estamos levantando residencia en el mundo?

Otro punto a destacar es la explicación del autor sobre la manera en que nos acercamos al mundo, “el mundo está ahí previamente a cualquier análisis que yo pueda hacer del mismo” (Merleau-Ponty, 1993, p. 10). Esta relación sería previa a poder objetivar y explicar racionalmente, es decir una experiencia anterior a pensar y poner en palabras, “la noción de ser-en-el-mundo implica justamente el reconocimiento de una dimensión preobjetiva del ser de la que el cuerpo es el vehículo” (Citro, 2006, p. 55). Esta definición se diferencia a la afirmación de “yo pienso”, proveniente de la filosofía racionalista que se centra en el individuo y la razón.

Esto nos convoca a reflexionar sobre nuestros modos de conocer y cómo juega la objetividad como postula-

do. Cuando estamos en una situación de trabajo o relevando datos, ¿cuáles son los modos en los que conocemos?, ¿nuestras maneras de conocer son únicamente a través de lo racional o hay un compromiso corporal perceptivo situado en lo que está aconteciendo?, ¿qué otros elementos integramos al momento de conocer además de “yo pienso”? En una experiencia de abordaje, ¿está operando solamente el campo de las ideas o también nuestras maneras intersubjetivas y corporales de dar sentido al mundo, a la situación?

Habiendo enfocado en la obra de Merleau-Ponty en la inscripción corporal en el mundo, pero desde una inscripción no necesariamente determinante, y en el acercamiento corporal al mundo de un modo preobjetivo, continuaremos con la línea teórica del sociólogo Pierre Bourdieu. Los postulados de este autor podrían ubicarse en una explicación de relación mutua entre el cuerpo y el mundo, es decir hay condicionamiento por parte del mundo, pero donde las prácticas no son una mera reproducción mecánica de dichos condicionamientos.

Que el vector de la agencia sea recíproco no debe ser tomado en ningún sentido temporal, como si hubiera un diálogo o un llamado y una respuesta entre el cuerpo y el mundo. Es estructuralmente recíproco en el sentido de que, si puedo decirlo así, los hilos intencionales son tirados en ambas direcciones. (Csordas, 2015, p. 21)

Específicamente sobre las propiedades corporales Bourdieu explica que se aprehenden a través de categorías de percepción y según sistemas sociales de clasificación que constituyen un cuerpo legítimo a ser alcanzado. Esos esquemas de percepción se interponen entre el agente y su cuerpo, es una experiencia práctica, es un cuerpo percibido y vivido en tensión entre el cuerpo real y el esperado socialmente. Esta experiencia práctica del propio cuerpo no está relacionada con una representación en términos de idea, sino como experiencia vivida. Hay una construcción social con una distribución desigual de las propiedades corporales según qué lugar ocupamos en la sociedad, y esa constitución de cuerpo se va configurando como una forma perceptible que produce impresiones en mí y en las otras personas. Se va conformando una manifestación de la persona según la percepción social de los cuerpos, es decir en base a esos sistemas sociales de clasificación. Valdría en este caso la pregunta de cómo percibimos a las personas con las que trabajamos, si siempre podemos tener presente que percibimos según ciertas categorías y clasificacio-

nes, si estamos pudiendo dar lugar a cómo nos perciben las poblaciones con las que trabajamos; y, por último, pensar cuáles son nuestras inversiones para modificar algunas de nuestras características según el ámbito en el cual participamos.

Recuperando el planteo que nuestras percepciones y acciones se establecen según las condiciones de producción situadas socio-históricamente, pero que no devienen en una reproducción directa de dichos condicionamientos en nuestras prácticas, y tomando la relación de reciprocidad que plantea Bourdieu entre el cuerpo y el mundo, ¿dónde reside la posibilidad de interpelar esos condicionamientos?, ¿el transcurrir otras prácticas puede reformular la relación entre lo legítimo y lo real, entre lo que se nos presenta como dado y aquello que podemos elegir?. Si los condicionamientos acontecen en las experiencias vividas en relación a lo perceptible y no necesariamente en el mundo de las ideas, ¿hay posibilidad de cuestionarlos generando nuevas prácticas corporales?, ¿cuáles podrían ser las mediaciones metodológicas en Trabajo Social?, ¿cuáles pueden ser propuestas de abordaje que aporten a las experiencias prácticas corporales?

Luego de trabajar sobre algunos pilares relacionados al cuerpo en los textos de Bourdieu destacando la vinculación recíproca del sujeto y la sociedad, se intentarán situar las distintas reflexiones de Foucault ya que su obra delinea una curva de distintos momentos. Sus escritos comienzan describiendo una sociedad que se imprime en los cuerpos, luego reformula su manera de comprender las relaciones de poder hasta resaltar en sus últimas exposiciones las posibilidades de acción por parte de los sujetos. La obra de este autor puede devenir en múltiples intersecciones con nuestra disciplina, en este texto se destacarán sólo algunos puntos tratando de centrarnos en el tema de la corporalidad.

Primero distinguir que, a diferencia de los autores mencionados anteriormente, Foucault no hace una referencia explícita sobre el concepto de mundo, pero si dedica gran parte de su trabajo en relacionar la subjetividad con la sociedad. Analiza las condiciones discursivas que derivan en la emergencia de órdenes institucionales, pero estudiando espacios y períodos específicos. Precisa que el poder aparece de manera difusa operando a través del discurso sobre sujetos individuales y también sobre poblaciones, expresando de alguna manera que el poder no está en ningún lugar en particular, sino que estaría en todas partes.

El sentido del poder que nos dejó Foucault es que se trata de una energía coercitiva que nos rodea y en la cual estamos inmersos, que ocupa los intersticios de la realidad social y penetra en los ligamentos del ser corporal del mismo modo como la 'energía oscura' impregna todo el espacio según los astrofísicos (Csordas, 2015, p. 26).

Tomando este recorte analítico de la obra de Foucault, se podrían abrir preguntas vinculadas al campo profesional. Pensar a partir de las instituciones y los discursos que circulan. ¿Qué subjetividades y corporalidades se producen en esos espacios que habitamos?, ¿cómo penetra esa energía coercitiva en nuestro ser corporal?, no solamente pensando en las poblaciones con las que trabajamos, sino poniendo el acento en nuestros cuerpos impregnados.

Hasta acá nos estaríamos centrando en una línea que se proyecta desde la sociedad hacia los cuerpos; pero siguiendo trabajos posteriores del autor, se abren nuevas preguntas sobre el poder y las relaciones.

Decir que no puede haber sociedad sin relaciones de poder no quiere decir ni que las que están dadas sean necesarias, ni que de todos modos el 'Poder' constituye una fatalidad que no puede ser socavada en el corazón de las sociedades; sino que el análisis, la elaboración, el cuestionamiento de las relaciones de poder, y del 'agonismo' entre las relaciones de poder y la intransitividad de la libertad, es una tarea política incesante; y que ésta es la tarea política inherente a toda existencia social (Foucault, 1988, p. 17).

Para ello propone distintos aspectos para tener presentes; analizar el sistema de diferenciación que permite que unas personas puedan accionar sobre las acciones de otras, el tipo de objetivos que persiguen unas personas sobre las acciones de las otras, las modalidades instrumentales (abarca los efectos de la palabra, las reglas explícitas o implícitas, si hay dispositivos materiales, etc.), las formas de institucionalización y los grados de racionalización. "El ejercicio del poder no es un hecho bruto, un dato institucional, ni es una estructura que se mantiene o se rompe: se elabora, se transforma, se organiza, se provee de procedimientos que se ajustan más o menos a la situación" (Foucault, 1988, p. 18).

Lo primero sería preguntarnos sobre las relaciones de poder en las cuales estamos insertos, luego ¿qué lugar

ocupan nuestras prácticas en las relaciones de poder?, ¿cómo accionamos sobre las acciones de las otras personas?, ¿cuáles son nuestros objetivos?, ¿cuáles son las modalidades instrumentales o mediaciones metodológicas en esas acciones?, ¿podemos aportar desde esas relaciones de poder?

El autor introduce que donde hay relaciones de poder hay resistencia, refiriéndose a las posibilidades de los sujetos en las mismas. “Consiste en utilizar esta resistencia como un catalizador químico que permita poner en evidencia las relaciones de poder, ver dónde se inscriben, descubrir sus puntos de aplicación y los métodos que utilizan”. (Foucault, 1988, p. 5).

A propósito de dichas reflexiones, se pueden leer en las últimas elaboraciones de Foucault su búsqueda por estudiar el modo en que las personas se convierten a sí mismas en sujetos, y lo hace trabajando sobre la noción de cuidado de sí. Esta explicación no está desvinculada del entorno ni de las otras personas, pero prestará principal atención en el propio conocimiento y por ende en la posibilidad de acciones que el sujeto ejerce sobre sí mismo.

Para comprender con mayor profundidad esta etapa del autor, se recomienda lo trabajado en la tesis de Vanesa Aparicio (2020). La autora explica:

El principio fundamental del cuidado de sí implica comprender que uno no puede cuidar de sí sin conocerse, a la vez que para conocerse es necesario saber cuidar de sí. Y solo quien cuida de sí, quien se conoce, puede adentrarse en el cuidado, en el conocimiento de los otros. El cuidado de sí, en tanto conocimiento de sí, deviene en el sujeto como potencia de transformación (p. 58).

En base a lo que propone Foucault y que elabora la colega, sumado a la experiencia en la temática de cuidados de equipos profesionales situados en distintos puntos del país (Gattino et al. 2011; Aparicio, 2020; Sosa, 2020), se generan preguntas para quienes estamos en vinculación a los cuidados, ¿cuál es el lugar que ocupamos como profesión en el tema de cuidados?, ¿tomamos presente la importancia de conocernos/cuidarnos primero, para luego cuidar a otras personas?, ¿qué implica cuidar?, ¿estamos pudiendo construir y sostener espacios de cuidado de quienes ejercemos?, ¿podemos construir y sostener espacios de cuidado de estudiantes?, ¿cómo son las prácticas de cuidado de las personas con las que trabajamos?

Comentarios finales

A lo largo de este escrito se intentó generar una propuesta de transversalización de la perspectiva de las corporalidades en relación a diferentes instancias que implican al Trabajo Social, promoviendo preguntas que abarquen desde lo macro hasta lo singular, pasando por el atravesamiento de las instituciones y las relaciones intersubjetivas. Recapitulando sobre lo trabajado, se abordaron planteos de autores tomando reelaboraciones de investigadoras e investigadores nacionales y de la región para situarlo en contextos cercanos a las prácticas pre-profesionales y profesionales que llevamos adelante. Como ya se mencionó, la intención fue generar un acercamiento a producciones teóricas que promueven la reflexión sobre las inscripciones sociales en los cuerpos en articulación con la disciplina. Se generó una curva de presentación desde una propuesta de existencia corporal emplazada en el mundo sin por ello marcar una preponderancia determinista por parte del mundo, para luego pensar en una reciprocidad entre mundo y el cuerpo, y por último abordar el recorrido de Foucault sobre el poder y la potencialidad del cuidado del sí.

La propuesta fue organizar la presentación en base a revisar las relaciones entre cuerpos y sociedad, ya que esclarecer nuestra manera de entenderlo y explicarlo derivará en nuestras maneras de abordarlo; y así también reconocer cómo nos percibimos en esa relación y cuestionarlo desde nuestra propia experiencia práctica, nos interpelará en nuestra manera de habitar los diferentes espacios.

Registrar que estamos ahí más allá de la expresión de “yo pienso” vinculado a la filosofía racionalista, preguntarnos nuevamente sobre las maneras en que conocemos, recuperar que son experiencias prácticas y que no pertenecen únicamente al terreno de las ideas, reconocer que nos movemos en relaciones de poder que constituyen y nos constituyen, son algunos de los motivos por los cuales es pertinente continuar investigando y analizando en nuestra profesión.

Una pregunta que aún nos compete registrar se vincula con la manera en que nuestras corporalidades fueron y son convocadas al momento de trabajar, expuesto a través de frases tales como: trabajar cuerpo a cuerpo, hay que poner el cuerpo, etc., expresiones cuyos análisis no son difundidos colectivamente ni son parte del *corpus* teórico legitimado al momento de hacer propuestas en nuestros espacios de trabajo. Sí se puede dar cuenta que

hay un impacto en los cuerpos de quienes ejercemos (Peralta, 2018; Balero, 2020), que requieren prácticas de cuidado, sobre las cuales ya se hizo referencia (Gattino et al. 2011; Aparicio, 2020; Sosa, 2020). Sin embargo, se reitera la importancia de relacionar estas situaciones con el colectivo profesional, y que no se restrinja a impactos en la subjetividad de corte individualista por fuera de espacios de cuidado colectivo con una lectura social.

Por último, y como ya se ha mencionado en otro artículo, desde una comprensión no unívoca del término cuerpo y a partir de entenderlo en su constitución vin-

culada a distintos contextos sociales y culturales según cada momento histórico, se propone una perspectiva de las corporalidades que permita conceptualizar en clave social la dimensión sensible de lo humano, complejizar nuestra comprensión de las poblaciones con las que trabajamos, dar lugar a nuestras propias experiencias en los procesos de ejercicio profesional y durante la formación académica, y replantearnos nuestras maneras de investigar y difundir, como así también las metodologías de abordaje, ya que se encuentra presente la inscripción en las corporalidades de todas las personas que participamos en los procesos mencionados (González, 2022).

Bibliografía

- Aparicio, V. (2020). *Las tramas de los cuidados. Un estudio en torno a los conceptos y prácticas del cuidado de sí que portan los profesionales del Consejo Provincial del niño, el adolescente y la familia de la ciudad de Paraná.* (Tesis de Maestría en Salud Mental) Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos.
- Aschieri, P., Puglisi, R. (2011) *Cuerpo y producción de conocimiento en el trabajo de campo. Una aproximación desde la fenomenología, las ciencias cognitivas y las prácticas corporales orientales.* En *Cuerpos Plurales. Antropología de y desde los cuerpos.* (pp. 127-148) Biblos.
- Balero, D. (2020). *Resignificaciones de la corporalidad de las trabajadoras sociales: análisis de su intervención con problemáticas de géneros entre 2009-2019* (Trabajo de Investigación Final de Grado de la Licenciatura en Trabajo Social) Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Buenos Aires.
- Bourdieu, P. (1986). *Notas provisionales para la percepción social del cuerpo.* En AA.VV. *Materiales de sociología crítica.* (pp. 183-194). La Piqueta.
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico.* Taurus.
- Butler, J. (1990). *Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista.* En Sue-Ellen Case (ed.), *Performing Feminisms: Feminist Critical Theory and Theatre.* (pp. 270-282) Johns Hopkins University Press.
- Citro, S. (2006). *Variaciones sobre el cuerpo. Nietzsche, Merleau Ponty y los cuerpos de la etnografía.* En *In-certidumbres del cuerpo. Corporeidad, arte y sociedad.* (pp.45-106). LetraViva.
- Citro, S. (2011). *La antropología del cuerpo y los cuerpos en-el-mundo. Indicadores para una genealogía (in)disciplinar.* En *Cuerpos Plurales. Antropología de y desde los cuerpos.* Biblos. (pp. 17-58).
- Citro, S. y Rodríguez, M. (2020) *Materialidades afectantes, memorias reflexivas y ensayos performativos. Movilización de saberes encarnados en la universidad.* *Ciencias Sociales y Educación*, 9 (17). (pp. 23-56).
- Csordas, T. (2015) *Embodiment: agencia, diferencia sexual y padecimiento.* En *Cuerpos y corporalidades en las culturas de las Américas.* (pp. 17-42) Biblos.
- Elias, N. (1993). *El proceso civilizatorio.* Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1987). *Los cuerpos dóciles.* En *Vigilar y castigar.* (pp. 139 a 174) Siglo XXI
- Foucault, M. (1988). *El sujeto y el poder.* (pp. 3-20) *Revista mexicana de sociología.* V50. n3.
- Gattino, S. , Guevara, L. , Isoglio, R. , Lanza Castelli, G., Lungo, T., Peticarari, M. (2011). *¿Qué significa cuidar? Actores, discursos, sentidos y voces en torno a los adolescentes.* *Cuadernos de Trabajo Social. Serie de Investigación N°2.* Escuela de Trabajo Social. Universidad Nacional de Córdoba.
- González, G. (2022). *Reflexiones sobre la corporalidad en Trabajo Social. Aportes teórico-metodológicos en una experiencia de enseñanza-aprendizaje.* (pp. 121-135). En *Ts. Territorios Revista de Trabajo Social.* Año VI. N°6.
- Heler, M. (2002). *Trabajo social y filosofía social.* En *Filosofía social & Trabajo Social, Elucidación de una profesión.* (pp. 4-7) Biblos.
- Martin Alcoff, L. (1999). *Merleau-Ponty y la teoría feminista sobre la experiencia.* En: *Revista Mora*, n°5. (pp. 122-138).
- Merleau-Ponty, M. (1993). *Fenomenología de la percepción.* Planeta Agostini.
- Rodríguez, M. (2009). *Entre ritual y espectáculo, reflexividad corporizada en el candombe.* En *Revista Avá* n°14 (pp. 145-161).
- Peralta, M. (2018). *Cuerpo (s), micropolítica y género en Trabajo Social. Reflexiones corporizadas de experiencias profesionales.* La Hendija.
- Scribano, A., Vergara Mattar, G. (2009). *Feos, sucios y malos: la regulación de los cuerpos y las emociones en Norbert Elias.* *Cuaderno CRH.* v22 - n56 (pp. 411-422).
- Sosa, R. (2020). *Cartografías desde el saber del cuerpo. Pedagogías del enseñar, aprender e investigar para los procesos de cuidado colectivo en Argentina.* En *Género y prevención de la violencia en la familia y la comunidad.* (pp. 169-175). Editorial Universidad Autónoma de Querétaro.

Artículos centrales

Las trabajadoras sociales en las escuelas del Distrito Federal/ Brasil en cuestión.¹

Milena Lins Fernandes Soares^a y Silvia Cristina Yannoulas^b

Fecha de recepción: 22 de noviembre de 2022
Fecha de aceptación: 30 de enero de 2023
Correspondencia a: Milena Lins Fernandes Soares
Correo electrónico: milenalins@yahoo.com

- a. Psicóloga y Trabajadora Social, Maestra en Educación; Servidora pública del Ministerio de Educación e investigadora del Grupo TEDis, Departamento Servicio Social, Universidad de Brasilia.
- b. Lic. en Ciencias de la Educación y Doctora en Sociología; profesora de SER/UnB y coordinadora del Grupo TEDis, Departamento Servicio Social, Universidad de Brasilia.

Resumen:

Este artículo tiene por finalidad reflexionar sobre la deserción escolar en la Educación Básica y su relación con la presencia y actuación de las trabajadoras sociales como parte de los equipos educativos, considerando especialmente los desafíos en el Distrito Federal (DF) de Brasil en términos de pobreza y desigualdad social. Tiene asimismo como propósito la expectativa de contribuir a la formulación legislación sobre la actuación de las trabajadoras sociales y a la renovación de la política educacional en el DF. Observamos los datos educacionales del DF extraídos del Censo

1. Reflexiones del trabajo de fin de Curso en Trabajo Social de Milena Soares (2022). Se integra al proyecto de investigación desarrollado por el Grupo de Investigación TEDis, coordinado por Silvia Yannoulas: *Pauperización en la / de la escuela pública y Segregación Socioeducativa: Cuestiones teórico-metodológicas para el estudio y la intervención en la relación entre educación, pobreza y desigualdad social* (2021). Trabajo presentado en el Congreso Argentino de Políticas Sociales. UNTREF en conjunto con la Red Interuniversitaria de Posgrados en Políticas Sociales, Buenos Aires. Argentina (22 e 23 septiembre de 2022).

Escolar (Inep /MEC), analizando los índices de progresión, abandono y desfasaje/año durante el período 2014 a 2021. Aún, cuando el Censo Escolar señala la existencia de profesionales de trabajo social en más de 100 escuelas del DF, fue constatado que esa información no es confiable, y que tales profesionales ni siquiera constan en el Estatuto de la Secretaría Distrital de Educación. Finalmente, se concluye que la actuación de tales profesionales podría ser de importancia fundamental para reducir los índices de abandono y desfasaje, pero que es necesario reglamentar su actuación en el ambiente escolar y realizar posteriormente investigaciones que comprueben la relación entre su presencia en las unidades escolares y la mejoría de los indicadores educacionales.

Palabras clave: Trabajo social - Educación Básica - Equipos Educativos.

Summary

The purpose of this article is to reflect on school dropout in basic education and its relationship with the presence and performance of social workers as part of educational teams, especially considering the challenges in the Federal District (DF) of Brazil in terms of poverty and social inequality. Its purpose is also the expectation of contributing to the formulation of legislation on the performance of social workers and the renewal of educational policy in the DF. We observed the educational data of the DF extracted from the School Census (Inep /MEC), analyzing the rates of progression, abandonment and lag/year during the period 2014 to 2021. Even though the School Census indicates the existence of social work professionals in more than 100 schools in the DF, it was verified that this information is not reliable, and that such professionals do not even appear in the Statute of the District Department of Education. Finally, it is concluded that the performance of such professionals could be of fundamental importance to reduce dropout and lag rates, but that it is necessary to regulate their performance in the school environment and subsequently carry out investigations that verify the relationship between their presence in school units and the improvement of educational indicators.

Key words: Social worker; Basic Education; School Multiprofessional Team.

Introducción

En 2009 fue establecido (Emenda Constitucional N. 59) que niños y adolescentes de 4 a 17 años deban frecuentar la escuela obligatoriamente. Sabemos que la escolarización obligatoria trae desafíos específicos para las escuelas y sus familias, especialmente en la educación secundaria, por involucrar una rutina pedagógica más compleja con multiplicidad de profesores de diferentes áreas, la ampliación de los costos de estudio en cuanto al material didáctico necesario, el ejercicio de la maternidad/paternidad precoz, la iniciación en actividades

laborales entre las muchas dificultades que motivan el abandono y la deserción escolar². Se considera abandono cuando el estudiante deja de frecuentar la escuela a lo largo de un año lectivo, pero retorna al siguiente; la deserción sucede cuando el estudiante no registra matrícula al año siguiente. Por eso, inferimos que la presencia de equipos multiprofesionales con trabajadoras sociales, junto con políticas socio asistenciales de complementación de ingresos, como por ejemplo lo fue el Programa Bolsa Familia (extinto recientemente), contribuirían para amenizar esos desafíos y reducir el abandono y la deserción escolar.

2. Se deduce por tanto que el abandono resulta en desfasaje edad-año escolar, y que puede llevar a la deserción. Las mayores tasas de distorsión edad/año se registran en la enseñanza media, que en el Brasil es de 3 años (correspondiente a los 15 a 17 años). Los mayores índices de deserción ocurren en el pasaje entre el nivel primario y el secundario.

Si bien Brasilia es la capital del país y cuenta con un índice de desarrollo humano expresivo, existen serios problemas internos de desigualdad. Cabral y Yannoulas (2021) demostraron que la inscripción de la problemática relación entre educación, pobreza y desigualdad en el DF se destaca por:

- a) La distribución desigual de beneficiarios/as de los programas sociales en las regiones administrativas del DF;
- b) La distribución desigual en la oferta de servicios y equipamientos de asistencia social en las diferentes regiones administrativas; y
- c) La disponibilidad desigual de infraestructura escolar en las diferentes regiones administrativas.

Brasil, con una muy extensa área territorial, presenta números significativos en materia educacional. Datos del Censo Escolar de 2021 revelan un Brasil con 137,8 mil escuelas públicas de Educación Básica, que atienden más de 38,5 millones de alumnos. El área del Distrito Federal (DF) de Brasil corresponde a 0,068% del territorio total del país³, e incluye casi 700 escuelas públicas de educación básica, con más de 456 mil estudiantes matriculados en 2021.

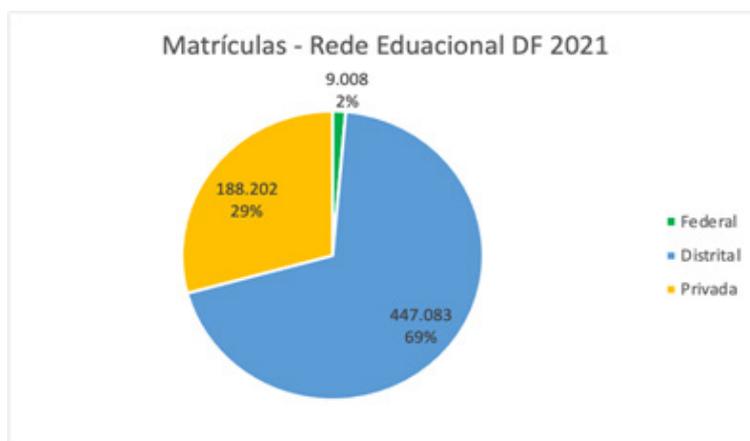
Las 686 escuelas públicas actuantes en el DF (excluyendo las escuelas del nivel federal, que son instituciones de educación tecnológica y profesional, son gestionadas directamente por 14 Coordinaciones Regionales de Enseñanza, localizadas en las diferentes regiones administrativas. Sin embargo, la distribución de la población escolar o de las unidades escolares no es equitativa entre

Tabla 1: Red escolar del DF, datos del Censo Escolar de 2021

Red escolar del Distrito Federal	Total de entidades	Urbanas	Rurales
Federales	11	9	2
Estaduais	686	608	78
Privadas	593	---	---
Privada particular	---	437	2
Privada comunitaria	---	1	1
Privada confesional	---	4	0
Privada filantrópica	---	148	0
TOTALES	1.290	1.207	83

Fuente: elaboración propia a partir de microdatos del Censo Escolar 2021 (Inep/MEC)

Gráfico 1: Matrículas de la red educacional del DF – 2021



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Sinopse Estatística da Educação Básica (Inep/MEC) – 2021

3. Consultado em Lista de unidades federativas do Brasil por área – Wikipédia, a enciclopédia livre (wikipedia.org)

esas regiones, especialmente al considerar la demanda de los territorios más empobrecidos.

El abandono y la deserción escolar deben ser enfrentados como problemas educacionales y sociales a la vez, porque resultan de causas sociales y generan dificultades para la escuela, para la sociedad y para el o la estudiante. A pesar de parecer semejantes, abandono y deserción reflejan situaciones diferentes: se registra abandono cuando un o una alumna deja el ambiente escolar a lo largo del año lectivo, pero retorna al año siguiente. En el caso de la deserción, el retorno no sucede.

A partir de los datos extraídos del Censo Escolar para el período 2014 a 2021, pudimos observar el abandono escolar en las tres etapas de la educación: años iniciales y finales de la escuela fundamental, y educación secundaria. Los resultados muestran una mayor incidencia del abandono entre la escuela fundamental y la educación secundaria. Pero es importante resaltar que prácticamente no hay registro de abandono en 2020, porque las escuelas estuvieron cerradas la mayor parte del año debido a la pandemia de Covid-19.

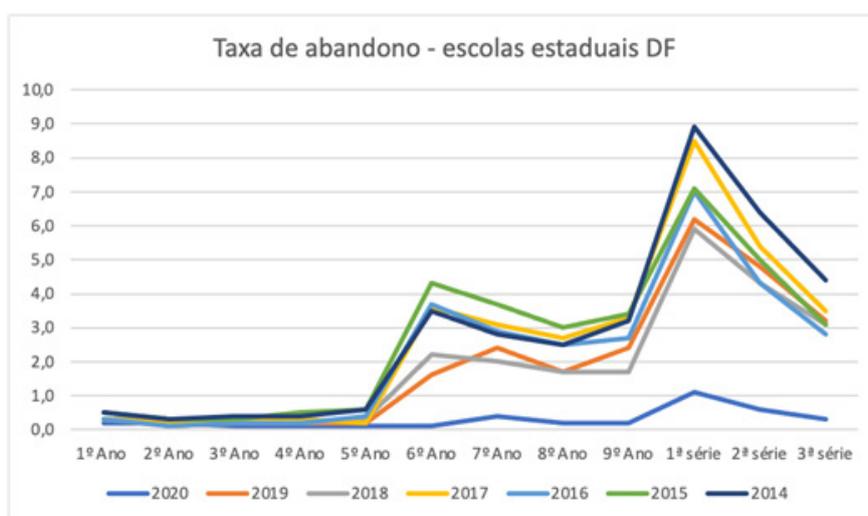
A estas cuestiones, nos gustaría agregar la falta de recursos humanos pertinentes para lidiar cotidianamente

con las expresiones de la cuestión social en el ambiente escolar. En diciembre de 2019, al final de una ardua lucha de casi dos décadas, fue aprobada por el Congreso Nacional la Ley N.º 13.935, que dispone sobre servicios de psicología y asistencia social en las redes públicas de educación básica brasileñas. Cada unidad de la Federación debe regular la implementación de esos servicios. La Ley no estipula la cantidad de profesionales necesaria, o si sería implementado por escuelas o por regiones, ni siquiera la fuente de los recursos para su contratación. En el DF todavía no fue aprobada legislación específica.⁴

Enfoque, método y fuentes de información

Teóricamente, el trabajo se fundamentó en las producciones del Grupo de Investigación Trabajo, Educación y Discriminación (TEDis) sobre educación y pobreza (especialmente las organizadas por Yannoulas en 2013 y 2021), y sobre equipos multiprofesionales en la educación (2017). Las publicaciones sobre este último tema son incipientes, ya que la actuación de las trabajadoras sociales en las escuelas de educación básica brasileñas fue interrumpida en la segunda mitad del siglo XX, y

Gráfico 2: Tasa de abandono escolar de estudiantes de las escuelas públicas de la red distrital



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Censo Escolar – Tablas de Rendimiento Escolar Inep/MEC, 2014 a 2020.

4. Fue realizada la consulta por proyectos que tramitan en la Cámara Legislativa del DF (CLDF), pero los resultados fueron pobres y no resultaron en hallazgos de investigación relevantes, lo que resulta un dato alarmante.

en la actualidad, a pesar de la sanción de la ley federal, constituye una realidad muy desigual entre estados y municipios, red pública y red privada. De esa manera, las publicaciones existentes señalan más posibilidades que análisis de situaciones concretas de actuación profesional.

Nuestro análisis se concentra en la red de educación pública del DF y en la actuación de las trabajadoras sociales en la educación básica.⁵ La investigación incluyó el uso de técnicas de análisis documental de la legislación y datos estadísticos educativos de carácter público. Partimos de los datos del Censo Escolar realizado por el *Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira* (Inep), y verificamos la red educacional existente para la educación básica y la presencia de trabajadores sociales entre los trabajadores de la escuela, los índices de abandono y deserción escolar para el período 2014-2021⁶. Considerando el Plan Nacional de Educación (PNE) aprobado en 2014 y con vigencia decenal, elaboramos una serie histórica de siete años

para el período 2014-2021. También consideramos el Plan Distrital de Educación (PDE), aprobado en 2015 en consonancia con el PNE, y el Reglamento de la Secretaría de Estado de Educación - SEEDF (Distrito Federal, 2019).

La población brasileña presenta indicadores educacionales dignos de países muy pobres: recientemente apenas universalizado el nivel fundamental, pero aún sin erradicar el analfabetismo; además, la permanencia y conclusión de los estudios presentan datos alarmantes a medida que se consideran las etapas más avanzadas de la educación básica (especialmente en la educación secundaria). Según datos de la Encuesta Nacional de Hogares de 2020, la tasa de escolarización de 6 a 14 años era de 98%, pero cae casi 4 puntos porcentuales (94,8%) entre las/los adolescentes de 15 a 17 años. Considerando el desfase por edad para ese mismo grupo, el porcentaje cae todavía más, ya que solamente 77,2% de las/los adolescentes concluyeron o están matriculados en esa etapa de la educación básica obligatoria.

Gráfico 3: Número y porcentaje de personas de 6 a 14 años ya habían concluido la educación fundamental de nueve años entre 2013 y 2019 - Brasil

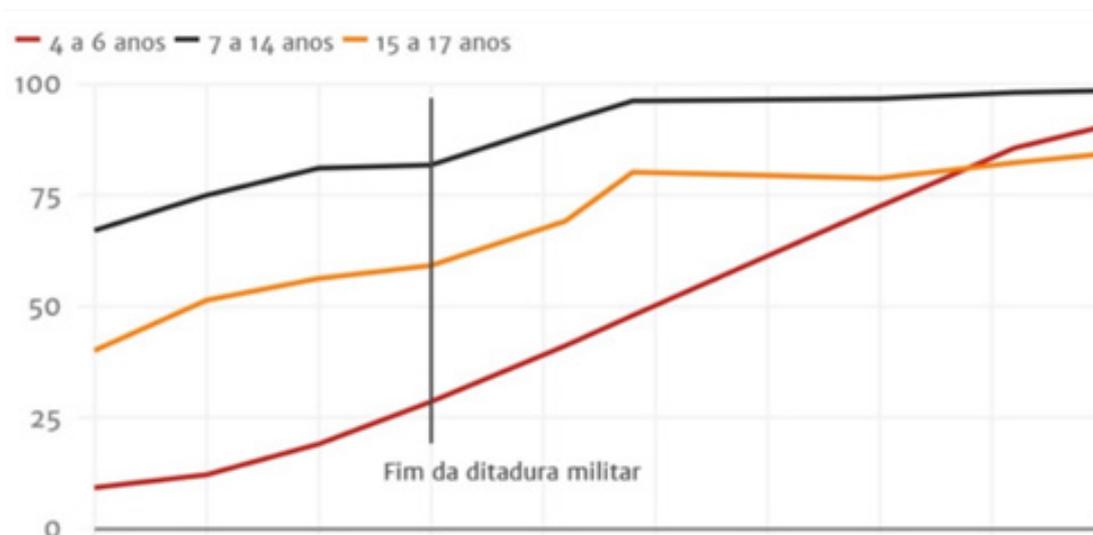


Fuente: Pnad-C y Censo Escolar. Elaboración Inep/MEC, recuperado de https://download.inep.gov.br/publicacoes/institucionais/plano_nacional_de_educacao/relatorio_do_terceiro_ciclo_de_monitoramento_das_metas_do_plano_nacional_de_educacao.pdf, p.62

5. Utilizamos el género gramatical femenino para aludir a las profesionales del trabajo social por la composición mayoritaria en la formación y ejercicio de esta profesión.

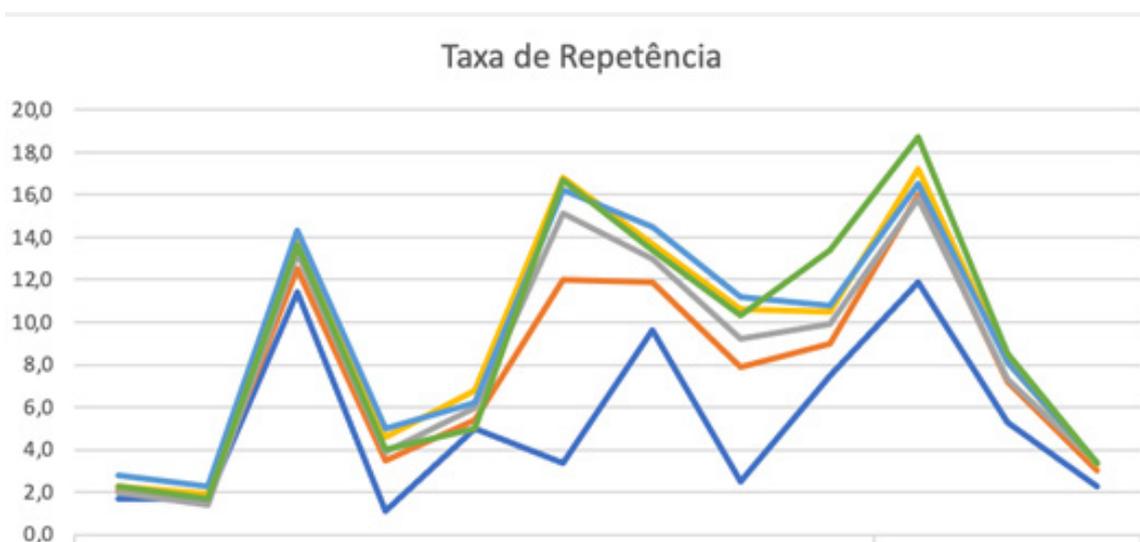
6. El período incluye años atípicos por la pandemia de Covid-19, y consideramos la interferencia derivada de la emergencia de salud pública al analizar los datos, con las escuelas cerradas en 2020 y 2021. En ese período fueron realizadas progresiones automáticas de acuerdo con la recomendación del Consejo Nacional de Educación (CNE).

Gráfico 4: Tasa de acceso a la educación básica, por edad, entre 1970 y 2015 - Brasil



Fuente: IBGE. Recuperado de: <https://novaescola.org.br/conteudo/12558/a-educacao-era-melhor-na-epoca-da-ditadura>

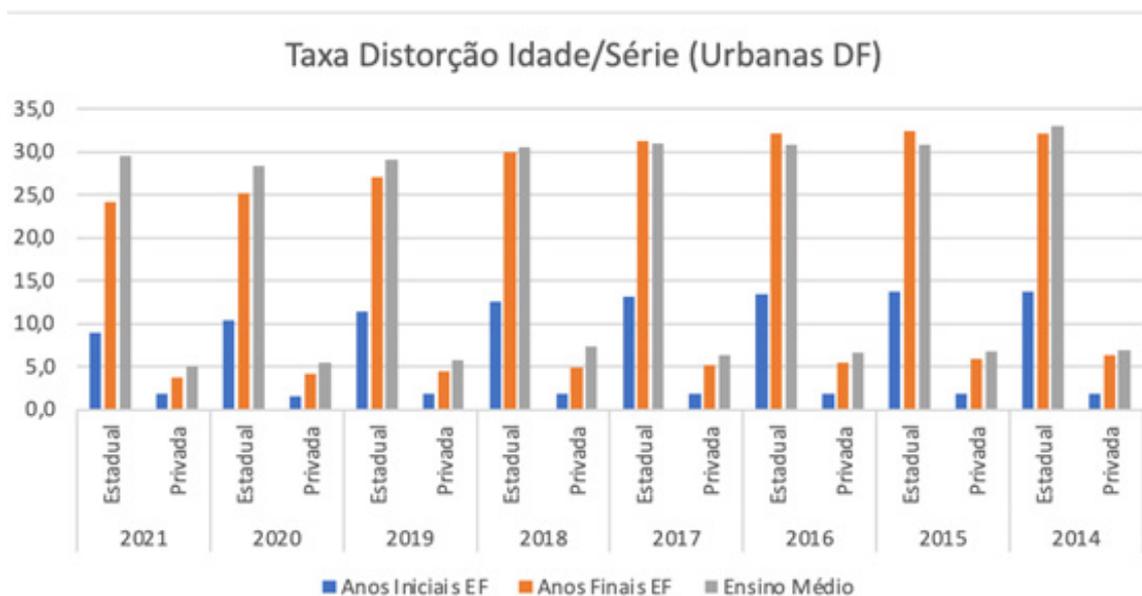
Gráfico 5: Tasa de repetición escolar en DF/Brasil



Fuente: elaboración propia a partir de Tabelas Estatísticas Taxa de Transição, elaboradas por Inep/MEC para los bienios 2013/2014 a 2018/2019.

Los datos del Censo Escolar de 2021 también capturan indicios sobre abandono y distorsión edad/grado en la Educación Básica. En el DF se identifica la misma tendencia que ocurre en el resto del país: las tasas de abandono y repetición son mayores en la transición de la primaria a la secundaria. La repetición también se presenta muy alta al final del ciclo de alfabetización, entre el segundo y el tercer grado.

Cuando el o la alumna abandona la escuela y vuelve al siguiente ciclo lectivo le matriculan en el mismo grado que no concluyó, por lo tanto, queda fuera de la edad ideal para frecuentar ese grado. Las distorsiones edad/grado pueden ser analizadas en el gráfico N. 6, y se concentran en las redes públicas de educación.

Gráfico 6: Desfasaje de Edad en las Escuelas del DF (área urbana)

Fuente: elaboración propia a partir del Censo Escolar – Tabelas de Distorção Idade/Série del Inep/MEC, años 2014 a 2020.

La decisión del estudiante (o de su familia) de abandonar la escuela a lo largo de un año o de manera prolongada, sin volver al siguiente ciclo lectivo, debe ser entendida como expresión de la cuestión social y no como cuestión de preferencia u opción individual y privada. La situación de pobreza afecta y compromete la trayectoria escolar y el acceso a los derechos podría amenazar dificultades y garantizar un mínimo de éxito en los estudios. Por eso la importancia fundamental de la presencia de trabajadora social en la escuela, para identificar esas situaciones que podrían perjudicar la continuidad de los estudios o su éxito. Es necesario que los derechos de la infancia sean protegidos integralmente, incluyendo no solamente educación, sino también deporte, cultura, alimentación, recursos materiales pedagógicos y tecnológicos, entre otros derechos.

Aportes y contribuciones

La búsqueda de legislación específica del DF sobre la actuación de las trabajadoras sociales no arrojó datos alentadores como puede ser observado en la Figura 1. Fue realizado contacto telefónico en abril de 2022 con una asesora de la Comisión de Educación de la Cámara Legislativa para indagar sobre proyectos en tramitación para la implementación distrital de la Ley Federal N.º

13.935/2019. La asesora informó que una ley distrital ya había sido aprobada⁷, pero no sancionada por inconstitucionalidad (el proyecto debería ser presentado por el poder ejecutivo del DF, y no por un legislador). Ese proyecto indicaba la necesidad de contar con una/un trabajador/a social en cada escuela con matrícula superior a las/los 200 alumnas/os.

El Reglamento de la SEEDF, que fundamenta junto con el PDE la institucionalidad de las unidades escolares, en la sección sobre organización pedagógica y equipos de apoyo establece la necesidad de contar con un “Equipo especializado de apoyo al aprendizaje”, la “Orientación educacional” y la “Atención educacional especializado/sala de recursos”. Pero no hay mención explícita a las profesionales de trabajo social, a pesar de que los equipos de apoyo realizan varias actividades que constituyen atribución privativas, tales como: realización de estudios de casos, relatorías de intervención educacional, acciones junto a las familias y cuerpo docente, conocimiento de las demandas de la comunidad escolar, procedimientos para encaminar casos a los consejos y otras instancias específicas de política pública (como los consejos tutelares establecidos en el Estatuto de la Niñez y la Adolescencia, de 1990).

Sobre la existencia empírica de esas profesionales en las escuelas del DF, consultamos el sitio de la SEEDF, pero

7. Ley Distrital N. 6.992/2021, ver <https://legislacao.cl.df.gov.br/Legislacao/buscarLeiPeloLegis-33869!buscarNormaJuridicaPeloLegis.action>

no hay mención a trabajadoras sociales o servicios de naturaleza asistencial para impedir el abandono y la deserción escolar⁸. En el formulario del Censo Escolar elaborado por el Inep/MEC, existe un apartado específico para identificar a los profesionales que trabajan en la escuela, y para cada profesión existe un campo específico en el que se informa el número de profesionales por unidad escolar. Desde 2020, este formulario supuestamente recoge información sobre la presencia de trabajadores sociales en las escuelas, pero en un campo que la aglutina o agrega con otro trabajador de nivel técnico: "orientador/a comunitario/a o trabajador/a social", que en este estudio abreviaremos para "OC/TS": De las 686 escuelas estatales activas, solamente 204 en 2020 y 180 en 2021 declararon la existencia de profesionales específicos actuando en las funciones de OC/TS, conforme muestra la Tabla 2. En 2020 el total de escuelas acti-

vas era 1.256, todas en la esfera privada, alcanzando 1.290 unidades escolares en 2021. A pesar del aumento, el registro de unidades con trabajadora social fue inferior.

Para efectos comparativos, en la Tabla 3 indicamos la presencia de estas profesionales en las escuelas brasileñas de las diversas unidades de la Federación. La mayoría de las unidades escolares federales (que son muy pocas) cuentan con la presencia de OC/TS. En el caso de las redes municipales y estatales, el número de escuelas que cuenta con esta profesional es muy pequeño, con porcentajes mayores en las unidades escolares particulares/privadas⁹. En ese sentido, el DF se diferenciaría entre sus semejantes de las redes estatales contrariando la tendencia nacional, ya que posee 14,9% de escuelas públicas con OC/TS, porcentaje superior al registrado en las escuelas privadas.

Tabla 2: Número de instituciones educacionales que declararon poseer personal con la función de "orientador comunitario o trabajador social en la unidad escolar – DF, 2020 y 2021

Rede escolar do Distrito Federal com OC/TS	2020			2021		
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural
Federal	10	9	1	10	8	2
Estadual	114	105	9	102	97	5
Privada	80	80	---	68	68	---
TOTAIS	204	194	10	180	173	7

Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos del Censo Escolar para 2020 y 2021.

8. Por la Ley N.º 13.460 de 2017, todos los órganos de la administración pública brasileña deben publicar la Carta de Servicios al Usuario, informando los servicios prestados y las formas de atención al ciudadano/a. La Carta de Servicios de la SEEDF puede ser consultada en: https://www.educacao.df.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/carta_servicos_11nov2021.pdf.

9. Esto se debe a la legislación que libera a las unidades escolares consideradas filantrópicas del pago de impuestos, pero que al mismo tiempo exige contratación de personal especializado y otorgar becas para estudiantes en situación de vulnerabilidad social.

Tabla 3: Número total y porcentaje de escuelas que declararon poseer personal con función de OC/TS actuando, por Unidad de la Federación, BRASIL, 2021

UF	Escuelas Federais			Escuelas Estaduais			Escuelas Municipais			Escuelas privadas		
	Total	Com OC/TS		Total	Com OC/TS		Total	Com OC/TS		Total	Com OC/TS	
		Qtd.	%		Qtd.	%		Qtd.	%		Qtd.	%
AC	7	4	57,14%	613	3	0,49%	889	7	0,79%	43	4	9,30%
AL	17	10	58,82%	311	4	1,29%	2.032	79	3,89%	559	37	6,62%
AM	18	12	66,67%	754	18	2,39%	4.278	103	2,41%	329	57	17,33%
AP	5	1	20,00%	382	8	2,09%	388	1	0,26%	84	3	3,57%
BA	32	25	78,13%	1.101	5	0,45%	12.416	386	3,11%	2.861	247	8,63%
CE	34	27	79,41%	732	2	0,27%	5.121	34	0,66%	1.550	90	5,81%
DF	11	10	90,91%	686	102	14,87%	--	--	--	593	68	11,47%
ES	23	17	73,91%	435	1	0,23%	2.229	2	0,09%	406	66	16,26%
GO	27	15	55,56%	960	2	0,21%	2.513	55	2,19%	1.138	56	4,92%
MA	31	18	58,06%	1.058	6	0,57%	9.408	230	2,44%	1.085	125	11,52%
MG	81	50	61,73%	3.555	7	0,20%	8.401	227	2,70%	3.591	405	11,28%
MS	11	11	100,00%	354	1	0,28%	972	16	1,65%	443	84	18,96%
MT	19	13	68,42%	735	96	13,06%	1.507	15	1,00%	450	57	12,67%
PA	23	13	56,52%	894	1	0,11%	8.786	59	0,67%	970	125	12,89%
PB	26	18	69,23%	647	3	0,46%	3.192	307	9,62%	891	53	5,95%
PE	26	16	61,54%	1.055	9	0,85%	4.931	80	1,62%	2.166	106	4,89%
PI	23	18	78,26%	659	6	0,91%	3.184	74	2,32%	477	39	8,18%
PR	29	19	65,52%	2.117		0,00%	5.221	170	3,26%	2.114	469	22,19%
RJ	60	41	68,33%	1.282	11	0,86%	5.356	157	2,93%	4.746	420	8,85%
RN	26	21	80,77%	587		0,00%	2.181	67	3,07%	677	36	5,32%
RO	10	6	60,00%	405	58	14,32%	657	45	6,85%	180	36	20,00%
RR	7	3	42,86%	352	29	8,24%	445	7	1,57%	43	3	6,98%
RS	50	32	64,00%	2.386	19	0,80%	4.838	263	5,44%	2.614	362	13,85%
SC	39	32	82,06%	1.273	231	18,15%	3.886	86	2,21%	1.347	209	15,52%
SE	10	9	90,00%	322		0,00%	1.302	25	1,92%	436	23	5,28%
SP	40	27	67,50%	5.816	228	3,92%	13.083	442	3,38%	11.299	721	6,38%
TO	11	6	54,55%	496	36	7,26%	924	74	8,01%	162	9	5,56%
Total Geral	696	474	68,10%	29.967	886	2,96%	108.140	3.011	2,78%	41.254	3.910	9,48%

Fuente: elaboración propia a partir de Microdatos del Censo Escolar (Inep/MEC), 2021.

El financiamiento de la educación básica en Brasil se operacionaliza a través del Fondo de Manutención y Desarrollo de la Educación Básica y Valorización de las/los Profesionales de la Educación (Fundeb), y se compone por un conjunto de impuestos y contribuciones recaudados por el Estado y distribuido entre las unidades de la federación. La existencia de trabajadora social en las escuelas está legislada (Ley 13.935/2019), y representa una conquista de la clase trabajadora, que podrá contar con profesional actuante en la interacción intra y extraescolar y en la conducción de procesos co-

munitarios y pedagógicos para garantizar de manera amplia el derecho a la educación de calidad socialmente referenciada, no solamente el aprendizaje escolar.

Finalmente, en el Cuadro 1, incluimos la lista completa de equipamientos y servicios sociales, que ratifica una vez más la gran desigualdad en la distribución entre las regiones administrativas del DF, las cuales no se explican totalmente ni con base en los índices de vulnerabilidad territorial, ni en la división de las regiones que fue cambiando a través de la historia del DF (Cabal, Yannoulas, 2021).

Cuadro 1: Lista de los equipamientos sociales bajo la responsabilidad de la SEDES/DF, DF, 2022

Quantidade	Equipamento social
29	CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
16	CCFV – Centros de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
12	CREAS – Centro de Referência Especializada de Assistência Social
1	GESEAS – Gerência do Serviço Especializado em Abordagem Social
2	Centros POP – Centro de Referência Especializada para População em Situação de Rua
1	SAIF – Serviço de Acolhimento Institucional para Adultos e Famílias
1	SAIM – Serviço de Acolhimento Instrucional para Mulheres
1	SAIPI – Serviço de Acolhimento Institucional para Pessoas Idosas
2	SAICA – Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes
1	REPJOV – Serviço de Acolhimento em República para Jovens
1	CREAS da Diversidade
1	Central de Vagas e Acolhimento Emergencial
3	Unidade de Acolhimento para Adultos e Famílias, Mulheres e Idosos
3	Unidade de Acolhimento para Crianças e Adolescentes, pelo Programa Bolsa Família
1	UPS – Unidade de Proteção Social – 24 horas
1	NUSEFI – Núcleo de Serviços Funerários

Fuente: elaboración propia en abril de 2022, a partir de informaciones disponibles en el sitio de la SEDES/DF: <https://www.sedes.df.gov.br/a-sedes/>

Conclusiones

Las evidencias encontradas y el conocimiento acumulado sobre la realidad educacional en el DF nos llevaron a desconfiar de los registros efectuados por las unidades escolares del DF para el Censo Escolar sistematizado por el Inep. Realizamos entonces contacto telefónico con 20 escuelas del DF, con la intención de confirmar la efectiva presencia y actuación de OC/TS, especialmente de trabajadoras sociales. De las 20 escuelas contactadas, conseguimos información confiable de 10, y todas respondieron negativamente. Al cuestionar el porqué de los datos publicados en el Censo Escolar, las funcionarias de las escuelas no supieron explicar, pero indicaron que en lugar de trabajadoras sociales habría contratación de orientadora educacional o “educador social voluntario” (que son estudiantes universitarios becados para desempeñar algunas tareas de apoyo escolar, y no profesionales formados).

El propio Censo Escolar induce a ese error en las respuestas de las escuelas por la clasificación y opciones del formulario que las escuelas deben completar, dificultando la tarea de retratar de manera fidedigna la situación de la unidad escolar con relación al personal contratado. Probablemente ese mismo problema se reitere en las

demás redes educacionales del país. Así, justificamos la necesidad de alteración del campo específico del formulario del Censo Escolar, identificando claramente “Trabajador/a Social”, sin agregar esta categoría con otras posibilidades tan diversas en formación y habilitación profesional.

Así, y a pesar de que el Censo Escolar afirma la existencia de profesionales en 180 escuelas públicas del DF, cuestionamos la confiabilidad de esa información, y también denunciamos el hecho de que esas profesionales no constan en el Reglamento de la SEEDF. Situaciones semejantes a las que detectamos en el DF pueden ocurrir en otras unidades de la federación, con la misma incorrección o imprecisión en el llenado de los formularios del Censo Escolar, dando una idea equivocada sobre la participación real de trabajadoras sociales en las escuelas de educación básica. Es urgente la reglamentación de la inserción de trabajadoras sociales en la política educacional y en las escuelas del DF y del Brasil, con actuación debidamente reglamentada y registro específico en el Censo Escolar, para garantizar plenamente el derecho a la educación básica obligatoria, alcanzar la protección de los estudiantes y desarrollar una actuación pedagógica/educacional amplia de estas profesionales.

Bibliografia

- BRASIL, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). (2010). Notícias: *Informe estatístico do MEC revela melhoria do rendimento escolar* (22/11/2010). Recuperado de: <https://www.gov.br/inep/pt-br/assuntos/noticias/censo-escolar/informe-estatistico-do-mec-revela-melhoria-do-rendimento-escolar>. Consulta 20 mar 2022.
- BRASIL, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). (2021). *O papel do gestor municipal no acompanhamento e preenchimento do Censo Escolar*. Brasília, DF: Inep. Recuperado de: https://download.inep.gov.br/pesquisas_estatisticas_indicadores_educacionais/censo_escolar/orientacoes/matrricula_inicial/papel_do_gestor_municipal_no_acompanhamento_e_preenchimento_do_censo_escolar.pdf Consulta 30 mar 2022.
- BRASIL, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). (2021). *Resumo Técnico: Censo Escolar da Educação Básica 2021*. Brasília, DF: Inep. Recuperado de: https://download.inep.gov.br/publicacoes/institucionais/estatisticas_e_indicadores/resumo_tecnico_censo_escolar_2021.pdf Consulta 30 mar 2022.
- BRASIL, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). (2022). *Censo da Educação Básica 2021: notas estatísticas*. Brasília, DF: Inep. Recuperado de: https://download.inep.gov.br/publicacoes/institucionais/estatisticas_e_indicadores/notas_estatisticas_censo_escolar_2021.pdf Consulta 30 mar 2022.
- CABRAL, E de A, YANNOULAS, S. C (2021). A Segregação Socioeducacional no Distrito Federal do Brasil. *Revista Brasileira de Educação* [online], v.26.
- DISTRITO FEDERAL, Secretaria de Estado de Educação (SEEDF) (2019). *Regimento da Rede Pública de Ensino do Distrito Federal*. Brasília: SEEDF. Recuperado de: < <https://www.educacao.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/Regimento-SEE-DF-COMPLETO-FINAL.pdf>> Consulta en 30 mar 2022.
- DUARTE, Natalia de Souza Duarte (2012). *Política Social: um estudo sobre educação e pobreza*. Tese (Doutorado em Política Social). Brasília: Universidade de Brasília. Recuperado de: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/10909> Consulta 30 abr 2022.
- FIGUEIREDO, K. A (2016). *Comunicação pública e assistência social: um estudo sobre os processos comunicativos nos Centros de Referência de Assistência Social/Cras*. Tese (Doutorado em Comunicação). Brasília: Universidade de Brasília. Recuperado de: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/19915> Consulta 30 mai 2022.
- PILATI, A. S. et al. (2020). *Educação, pobreza e desigualdade social: a iniciativa EPDS na Universidade de Brasília (2017-2018) - Reflexões*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2020, v.1. Recuperado de: <https://livros.unb.br/index.php/portal/catalog/book/55> Consulta 30 mar 2022.
- SOARES, M. L.F. (2022) *Abandono e evasão escolar e a equipe multiprofissional nas escolas de educação básica do DF: uma análise dos dados do Censo Escolar*. Trabalho de Conclusão de Curso, Bacharelado em Serviço Social da Universidade de Brasília, maio de 2022.
- YANNOULAS, S. C. (coord.). (2013) *Política Educacional e Pobreza - Múltiplas Abordagens para uma Relação Multideterminada*. Brasília: Liber Livro. Recuperado de: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/31210> Consulta 30 mar 2022.
- YANNOULAS, S. C. (coord.) (2017). *O trabalho das equipes multiprofissionais na educação: 10 anos do grupo de pesquisa TEDis*. Curitiba: CRV.
- YANNOULAS, S. C. (2021) *Pauperização na/da escola pública: A Segregação Socioeducacional no Distrito Federal de Brasil*. Brasília, Universidade de Brasília, Relatório Final de Bolsa PQ2 do Cnpq, abril.

Anexo

Pesquisa Textual: "assistente social"

Ajuda

Consultar

Resultado da Pesquisa : 4		
1	Ficha Técnica: PL 138/2011	RECEPCIONA A LEI Nº12.317, DE 26 DE AGOSTO DE 2010, QUE ACRESCENTA DISPOSITIVO À LEI Nº8.662, DE 7 DE JUNHO DE 1993, PARA DISPOR SOBRE A DURAÇÃO DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL .
2	Ficha Técnica: PL 162/1999	TORNA OBRIGATÓRIO MANTER PLANTÃO DE PSICÓLOGO E ASSISTENTE SOCIAL NO INSTITUTO MÉDICO LEGAL DO DISTRITO FEDERAL.
3	Ficha Técnica: PL 4066/1998	AUTORIZA O PODER EXECUTIVO A RETIFICAR O ENQUADRAMENTO DOS ASSISTENTES INTERMEDIÁRIOS DE SAÚDE II, NA ESPECIALIDADE DE AGENTE DE COMUNICAÇÃO SOCIAL , DO QUADRO DA CARREIRA DE ASSISTÊNCIA PÚBLICA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Indexação : SAÚDE-II, ASSISTENTE SUPERIOR , TÉCNICO EM COMUNICAÇÃO
4	Ficha Técnica: PL 1056/1995	INSTITUI O SERVIÇO SOCIAL ESCOLAR NAS ESCOLAS DE 1º E 2º GRAUS DA REDE OFICIAL DE ENSINO DO DISTRITO FEDERAL. Indexação : PESQUISA SOCIO-ECONÔMICA E FAMILIAR, ORIENTAÇÃO SÓCIO-FAMILIAR, EVASÃO ESCOLAR, DESEMPENHO DO ALUNO, ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS E PRIVADAS, ORGANIZAÇÕES COMUNITÁRIAS LOCAIS, ASSOCIAÇÃO DE PAIS, ALUNOS E MESTRES, EVENTOS COM FINALIDADE ASSISTENCIAL, PROGRAMAS ASSISTENCIAIS, VISITAS DOMICILIARES, EQUIPE MULTIDISCIPLINAR, VIOLÊNCIA, USO DE DROGAS, ALCOOLISMO, TABAGISMO, DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS, SAÚDE PÚBLICA, ENSINO ESPECIAL, SERVIÇO SOCIAL , LEI FEDERAL Nº 8.662, SECRETARIA DE EDUCAÇÃO, ASSISTENTE SOCIAL

Fuente: print screen CLDF en 2020.

Artículos seleccionados



Artículos seleccionados

Archivo, temporalidad y enunciación en los debates del Trabajo Social

Paula Mara Danel^a y Agustina Favero Avico^b

Fecha de recepción: 23 de marzo de 2023
Fecha de aceptación: 13 de mayo de 2023
Correspondencia a: Agustina Favero Avico
Correo electrónico: agustinafavero@hotmail.com

- a. Doctora en Trabajo Social Instituto de Estudios en Trabajo Social y Sociedad (IETSyS). Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).
- b. Magister en Derechos Humanos Instituto de Estudios en Trabajo Social y Sociedad (IETSyS). Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata.

Resumen:

El objetivo del presente ensayo es situar reflexiones sobre las intervenciones del Trabajo Social y des- tejer aspectos acerca de cómo se imbrica la matriz cuatriada desde una mirada interseccional, que permita bucear y encontrar algunos elementos que habiliten estos diálogos abigarrados en las ur- dimbres del trabajo social contemporáneo (Ageitos, et.al, 2021). Profundizaremos sobre los espacios de encuentro de Trabajadoras/es Sociales con sujetos de intervención para repensar y reinventar al- ternativas que traigan ese movimiento hacia una enunciación desde la herida colonial patriarcal para repensar las intervenciones sociales. En este escrito nuestro interés nace de reconocer la politicidad del registro del otro en los procesos interventivos del Trabajo Social, e interrogamos sobre la dimensión de lo registrable, y los modos en que se narran las herramientas del Trabajo social, en el marco de las acciones de estatalidad. Incluimos debates en relación a las voces que aparecen en los registros de la intervención y los interrogantes que emergen en la producción social de la profesión.

Palabras clave: Trabajo Social - Archivo - Enunciación.

Summary

The objective of this essay is to situate reflections on the interventions of Social Work and unravel aspects about how the quadratic matrix is interwoven from an intersectional perspective, which allows diving and finding some elements that enable these variegated dialogues in the warps of contemporary social work (Ageitos, et al, 2021). We will delve into the meeting spaces of Social Workers with subjects of intervention to rethink and reinvent alternatives that bring this movement towards an enunciation from the patriarchal colonial wound to rethink social interventions. In this paper, our interest arises from recognizing the politicized registration of the other in the intervention processes of Social Work, and we question the dimension of what can be registered, and the ways in which the tools of Social Work are narrated, within the framework of actions of statehood. We include debates in relation to the voices that appear in the records of the intervention and the questions that emerge in the social production of the profession.

Key words: Social Work, Archive, Enunciation.

Introducción¹

Los tiempos y escenarios interventivos actuales nos enfrentan a tramas complejas, situadas y tensionadas en relación a las maneras en que se producen y reproducen comprensiones sobre los lazos sociales, la producción de lo común y la configuración de sujetos. Los aportes de los feminismos críticos así como de las teorías de(s) coloniales y de la crítica poscolonial en América Latina, nos permiten establecer miradas geográficamente situadas, intentando identificar continuidades y rupturas. Consideramos que dicha trama se teje de manera particular en nuestros territorios, desde una matriz que denominamos "cuatría" (Danel y Favero Avico, 2021) atravesada por cuatro modos contemporáneos de dominación: el capitalismo, el patriarcado, el colonialismo y el capacitismo. Consideramos que estos modos de dominación en tanto condiciones estructurantes contemporáneas, se reproducen en la formación y ejercicio profesional, que complejizan los fenómenos de la vida social en tanto complejo sistema de estructuras opresivas, múltiples y simultáneas (Crenshaw, 1991). Nos preguntamos entonces ¿Cómo comprendemos el proyecto moderno que está detrás de estos textos del colonia-

lismo neoliberal? ¿Cómo construimos esta subjetividad moderna en nuestras intervenciones?

En este ensayo nuestro interés nace de reconocer la politicidad del registro del otro en los procesos interventivos del Trabajo Social, e interrogamos sobre la dimensión de lo registrable, y los modos en que se narran las herramientas del Trabajo social en el marco de las acciones de estatalidad, que no se subsume sólo al acto registrable.

En tal sentido, en el primer apartado destacamos que desde el Trabajo Social se vienen generando aportes teóricos reconociendo la necesidad de un pensar situado (Carballeda, 2013), y de tomar los aportes de las epistemologías poscoloniales (Muñoz, 2015) y de los feminismos en la búsqueda de descolonizar y despatriarcalizar nuestras formas de ver y hacer Trabajo Social (Meschini y Hermida, 2018; Hermida 2020). En los siguientes apartados, desde los trabajos de Mario Rufer (2010, 2016) en relación a la noción de temporalidad como política, los archivos, las escuchas y las enunciaciones, destacaremos algunas ideas que nos permitirán tensar aquellas preguntas en el marco de nuestras intervenciones. Anhelamos compartir, por último, algunas reflexiones y desafíos que aporten a los debates contemporáneos del Trabajo Social.

1. El artículo retoma algunas de las ideas presentadas en el VI Congreso de Estudios Poscoloniales. VIII Jornadas de Feminismo Poscolonial: "Viajar-Mundes poscoloniales desde el Sur. Estéticas y Performances de la tierra en las protestas contemporáneas", pronunciada en la Mesa Colonialidad / Modernidad / Imperialismo; en la UNSAM, Buenos Aires, Argentina, el 7 de diciembre de 2022.

Lo situado de la intervención en el marco de la matriz cuatríada

Los escenarios de intervención atravesados por procesos sociales, económicos, políticos, y simbólicos están profundamente delineados por cuatro modos de dominación: capitalismo en su fase neoliberal, colonialismo, capacitismo y patriarcado, modos que denominamos en otro trabajo como “matriz cuatríada”:

La idea de matriz está asociada a fecundos espacios de producción de sujetos cuerpos y realidades. Las matrices, las pensamos en su carácter social e histórico; organizadoras y articuladoras del desarrollo de prácticas, políticas y sentidos. Por su parte, la metáfora cuatríada se relaciona con la música, refiere a la producción de armonía desde cuatro notas. Nos posibilita expresar la producción de algo fecundo a partir de cuatro elementos. La idea de matriz, la creemos fructífera para pensar las particularidades del contexto actual en el que se desarrolla, crece y recrea el Trabajo Social en nuestros territorios. (Danel y Favero Avico, 2021:24)

Desde los aportes de las teorías poscoloniales, del giro decolonial desde el proyecto modernidad/colonialidad así como otras matrices críticas a lo colonial, nos permiten establecer un pensar situado, que recupere lo histórico, las identidades, las diversidades, los conflictos y las resistencias. Retomamos los aportes de Donna Haraway (1995) en torno a cómo la experiencia vital de las mujeres resulta relevante a la hora de construir conocimiento situado en las sociedades capitalistas. La autora menciona la idea de privilegio epistémico, pues nuestros cuerpos están atravesados por el capitalismo y el patriarcado. Interesa en este aspecto, identificar la vigencia de los debates en torno a la cuestión social, en tanto reconocimiento de la multidimensionalidad de las desigualdades, la singularidad en Nuestramérica y articulado a ellos, las formas en que opera la “matriz cuatríada” en la generación de expresiones de desigualdad y las experiencias de intervención.

Desde una postura crítica, Rozas Pagaza (2001) vincula a la cuestión social con las contradicciones del Estado Capitalista Moderno, especialmente, a partir de la tensión entre la igualdad formal que inauguró la Modernidad y la desigualdad material del régimen naciente. En el momento en que esta autora construye esta perspectiva, lxs colegas brasilers (Netto, 2003, Yamamoto, 1995)

también enunciaban el lugar central que la cuestión social tenía. Todxs lxs autorxs mencionados, ubicaban la necesidad de colocar la categoría de desigualdad y cuestión de clase en la configuración del Trabajo Social. Es decir, que no tenía que ver con problemas vinculados a personas que se marginalizaban y que había que rescatar, sino con una cuestión estructural del sistema. Ese reconocimiento fue propicio y generó un salto cualitativo. No obstante, en este momento histórico, necesitamos traer otras dimensiones que también resultan estructurales y profundas que hacen a la singularidad del trabajo social en nuestra américa.

Alfredo Carballeda (2008) en su análisis de la cuestión social como “cuestión nacional”, nos invita a recuperar la singularidad de nuestros territorios: tanto los procesos de liberación de nuestra latinoamérica, como los que en los últimos años se vienen dando en materia de ampliación de derechos. El autor sostiene que el neoliberalismo generó nuevas formas de exclusión, nuevos modos de constituir el lazo social y un complejo escenario, que demanda formas de intervención en las que la complejidad de los problemas sociales marca las dificultades de los abordajes preestablecidos. Se producen expresiones transversales de la cuestión social, que superan los mandatos de las profesiones y las instituciones.

La intervención situada en este sentido, debe hacer lugar a la singularidad y subjetividad de sujetos diversos. Toman centralidad allí las trayectorias, los sentidos sobre los padecimientos, las formas de encuentro y de resistencia para la construcción de alternativas en escenarios complejos:

creemos que el nombrar, el poder y los procesos de subjetivación estructuran nuestra trama en el Trabajo Social contemporáneo. Al mismo tiempo, creemos sustantivo dar lugar a las experiencias de intervención, toda vez que nos permiten producir la malla, alojarnos en ella y permitir la entrada de otros hilos, de otras luces, de otras voces situadamente enunciadas.

(Ageitos, et al, 2021)

Reconocemos entonces, otras coordenadas que traman nuestras intervenciones, generando discusiones de la disciplina, en relación a la matriz capitalista-neoliberal, patriarcal, colonial y capacitista -“matriz cuatríada”-. La idea de tercera interrupción que nos propone María Eugenia Hermida (2020a) en las discusiones disciplinares de la mano de las teorías descoloniales y los feminismos

en Trabajo Social (Hermida, 2020b), constituye un potente aporte en la perspectiva que venimos trabajando.

Según Spivak (2003) no hay ninguna exterioridad entre la construcción del derecho moderno y la producción de poderes. Cuando nos referimos a poderes, incluimos la conceptualización que reconoce la trama colonizante del ser, poder y saber que nos invitan Quijano (2011) y Mignolo (2000). Y en esa misma línea, destacamos que el pensar situado supone identificar al estado, la justicia y la libertad en su gravitación para el habitar.

La estatalidad, es habitada incómodamente por el Trabajo Social, especialmente porque es el Estado quien produce deseos. Siguiendo los aportes de Raffin (2021) destacamos que el estado produce poder - fundamentalmente - en el espacio de los gobernados. Y en la medida que el poder es una ficción, se produce en opacidad y ambigüedades. Es decir, hay un reconocimiento del sujeto en el plano legal pero al mismo tiempo al deslizarse en sujeto occidental resultan una amenaza para el orden, que tanta sangre nos ha costado. Sujetos que están fijados en el orden de la cultura, son sujetos posibles; pero fijados en el orden de la historia son sujetos a ser gobernados.

La propuesta analítica, se desliga de producciones discursivas en torno al estado como fetiche. Proponemos junto con Rufer (2022) la idea de acciones de estatalidad, acciones que organizan el poder - saber como parte de un andamiaje estatal.

Por ello, nos interrogamos sobre cuestiones territorialmente situadas, intentando establecer continuidades y rupturas, considerando principalmente que nuestros territorios están atravesados de manera particular por esta matriz que trama los modos de habitar el mundo, las políticas sociales y las instituciones. La cuestión social ligada al reconocimiento del carácter desigual del capitalismo va de la mano del reconocimiento del patriarcado como forma de producción, de la colonialidad y el capacitismo presente en la valoración de nuestros cuerpos.

Entonces ¿Cómo comprendemos el proyecto moderno que está detrás de este momento? ¿Cómo construimos esta subjetividad moderna en nuestras intervenciones? ¿Es hacia ese proyecto de modernidad hacia dónde queremos ir? A su vez, asumiendo estos desafíos tensionando desde lo pluriverso y desde la transmodernidad (Dussel, 2004) planteamos ¿Cómo construir proyectos de vidas otras? ¿Qué pasa cuando aparecen propuestas disruptivas?

Registros, archivos y temporalidades en Trabajo Social

Nuestro interés nace de reconocer la politicidad del registro del otro en los procesos interventivos del Trabajo Social. Y desde allí nos interrogamos ¿cuánto es registrable?. ¿Todo lo que acontece en las visitas domiciliarias o en las entrevistas se registra, se narra? Y allí identificamos que si no se registra, no hay inscripción del sujeto en el espacio público. Y al mismo tiempo, identificamos que la acción de estatalidad no se subsume sólo al acto registrable.

Estas preocupaciones nos acercan a las nociones que identifican que la paradoja del archivo es el poder, en tanto que puede atentar contra él. Esto es sabido por el propio Estado. En el mismo momento que estamos escribiendo, constituye un gesto soberano que hace posible que las cosas se muevan, se deslicen, se trastoquen.

¿Cómo se archiva en el trabajo social? ¿Quiénes son los sujetos mercedores de registro?

La dimensión de "institucionalización" del archivo es clave. La relación actual entre archivo y estado es esquiva y difícil...porque en gran parte de los casos son lógicas, imaginarios y discursos de estatalidad los que se imponen en los mecanismos de archivación (Rufer, 2016:166)

En ese sentido, sospechamos de las ideas que señalan que el Trabajo Social que nos antecedió fue conservador y que nuestra generación protagoniza "un trabajo social otro" superador.. Ello nos priva de fortalecernos en aquellos consensos que se pudieron construir. La importancia del archivo para pensar nuestra propia historicidad. En ese punto dialogamos con los aportes de Gavrila (2021) en torno a los archivos sensibles y las disputas que supone la producción de los sujetos de intervención (Gavrila, 2022; Carballeda, 2006).

Desde un análisis foucaultiano, el archivo produce los límites de los enunciados en la sociedad. En América Latina el archivo está relacionado con las ausencias y el olvido, opera silenciosamente habilitando interrogantes, lo que emerge desde los márgenes: ¿Cómo se relacionan nuestros temas de investigación con lo que falta o lo que no se nombra?. El corpus es lo accesible, lo posible de ser dicho para investigar. En cambio el archivo, el silencio, el silenciamiento y el borramiento de aque-

lo que se ha hecho fracasar en el habla, es un ejercicio político. ¿Cuáles son los ejercicios que en toda comunidad política hacen fracasar a algunas voces? ¿Qué es aquello que está permitido ser registrado? Sobre aquello que producimos desde la disciplina, situándonos en las escenas interventivas, nos preguntamos cuánto de aquellos registros acerca de las acciones de estatalidad que habitamos con cuerpos feminizados, precarizados, racializados, infantilizados; no terminan siendo parte de aquellos límites -¿cómo nombramos, fragmentamos, ocultamos?-. Según Derrida (1998) lo que nos permite el archivo es una autoridad por encima de nosotros ¿dónde permanece eso que nos permite hablar?

A su vez nos interrogamos por los modos posibles de alterar y desacatar las performatividades que las políticas sociales se imponen, desde enunciaciones y registros de las conflictividades emergentes, de las diversidades y subversiones; como amenazas frente a la nominación hegemónica confluye en una amalgama entre poder, discurso, dominación y práctica social (Rufer, 2016). ¿Qué es eso que persevera y aquello que se resiste a la destrucción? ¿Cómo imaginamos los bordes de la intervención?

La potencia del archivo en Trabajo Social, radica en la posibilidad de habilitar la pausa, de detenernos en los sentidos eclipsados por los dispositivos de poder y que actúan en los intersticios de nuestros discursos, prácticas, territorios y temporalidades; entre los mandatos institucionales y las resistencias pujantes frente a aquella matriz cuadrada que nos habita.

Sobre la significación del tiempo y la temporalidad, compartiendo los desarrollos de Mario Rufer (2010, 2016, 2020) pensamos en la noción de temporalidad como política, como formación y orden discursivo cuya lógica permanece oculta en las estrategias de exposición disciplinaria. Según este autor, en el siglo XVIII gana fuerza la concepción del “retraso” que acosará América Latina y siguiendo a Fanon, reflexiona en torno a que desde esta concepción, siempre van a haber humanos con retraso, que llegan “tarde” a su propia humanidad, tutelados por otros.

Traemos la idea de domesticación de la voz, domesticación de los neologismos sin diploma para César González (2017). ¿Las experiencias vitales de las personas con quienes trabajamos tienen cabida en el lenguaje? ¿Qué enunciamos cuando hablamos por ellos? ¿Qué operaciones sociopolíticas operan en nuestros regis-

tros? ¿Borramos el conflicto para incluir? O tal vez, esas experiencias quedan fuera y son reenviadas a seguir el proyecto moderno, ejerciendo una performativa capacidad de registro y autoridad: “una historia en la que su propia narración debe ser tutelada por un lenguaje que procede de otro lado” (Rufer: 2013, pp. 87). Esos que llegan tarde a la historia, que están en vías de, que son “fallidos”, siempre deberán existir (Rufer, 2020). Si para la modernidad “el pasado no existe” ¿Qué tipo de huella restan de la experiencia del tiempo y cuáles son las huellas legítimas por la gubernamentalidad?

Los fracasos en el lenguaje siguen siendo centrales hoy en la producción de conocimientos. Hay espectros que acechan el discurso hegemónico, sujetos que no hacen nunca historia, que estuvieron siempre como un paisaje. El problema no es identificado como aquello que falta del archivo sino como todos los discursos que tenemos a mano que forjan nuestras identidades están acechadas por los fantasmas. ¿De qué maneras estas vidas precarias, espectrales, estos restos que no importan, perturban a la política? Lo que no encaja es lo que sale de lo corporal, del sentido y del tiempo.

Sobre aquello que no encaja, reconocemos al interior de las instituciones y de las políticas públicas en general, procesos de normalización de las vidas, en donde circulan expectativas sociales para cada curso vital, en secuencias homogéneas y lineales, ocultando las disputas sobre la producción socio estatal de las infancias, juventudes y vejez. Esta nominación pluralizada la entendemos en términos agénticos:

Esta acción performativa del nombrar posibilita la puesta en escena de las heterogeneidades y en cierta manera la posibilidad de aminorar la tensión entre singularidad y masificación... Tanto los sujetos, como las relaciones sociales y de producción de dinámicas de igualdad/desigualdad se enmarcan en espacios sociales singulares con temporalidades múltiples y complejas en disputa. Habitar los procesos de implementación de las políticas supone -entre otras cuestiones- tensionar esas temporalidades. (Danel, 2022:153)

¿Qué tipo de archivos constituyen las narrativas que producimos desde el Trabajo Social? Nos preguntamos de qué modos reconocemos y narramos nuestros propios procesos de producción de narrativas: ¿Cómo reconocer los tránsitos hacia ese proyecto moderno, colonial, patriarcal impuesto como presente? ¿Qué cuerpos

están legitimados para ser incluidos en este proyecto? ¿Qué formas de subjetivación proponemos en los espacios que transitamos? , ¿Qué huellas producen?

Para Paula Ripamonti (2017) la narración es una práctica artesanal, una geografía y particular cronología de una experiencia, una forma de justicia que anhela vehiculizar sentidos, cuyos gestos “repiten lo irrepetible en la insustituible singularidad de las voces del relato, y al hacerlo proponen el intercambio de experiencias” (2017:100). Desde allí, consideramos que la intervención social conlleva una potencia transformativa que permite habilitar archivos haciendo lugar al acontecimiento junto con los sujetos de la intervención (Carballeda, op.cit) donde podamos reconocer narrativas situadas. Reponer reflexiones sobre los modos en que se narra, sobre cómo se produce el archivo en tanto inscripción en lo público y los desafíos que supone para el Trabajo Social, entendemos que resulta necesario en tanto nos ayudemos de manera historizante a los desafíos situados de la intervención y sus temporalidades (Danel, 2018).

De corporalidades, enunciaciones y escuchas

Siguiendo a Rufer (2016) nos preguntamos por aquello que puede identificarse en los escenarios interventivos que exceda el proyecto moderno y sus dispositivos de poder/saber. En este punto nos interesa adentrarnos en debates acerca del deseo, su arraigo social, las enunciaciones como performance y la corporalidad. Reconocemos nuestra condición de sujetos corporizados, producidos desde experiencias diversas, habitando espacios y tiempos heterogéneos. El cuerpo como existencia de lo humano (Le Breton, 2009, Merleau Ponty, 1945).

Mi cuerpo es a la vez mío, en tanto carga con las huellas de una historia que me es personal y una sensibilidad que me es propia, pero contiene también una dimensión que se me escapa en parte y remite a los simbolismos que dan carne al vínculo social, pero sin la cual yo no sería (Le Breton, 2009:36).

Reconociendo la corporalidad, y en línea con la propuesta analítica de Le Breton quien señala “Dirigir los ojos hacia el otro es tocarlo simbólicamente” (Le Breton, 2009:12). ¿Cómo operan en los procesos interventivos las corporalidades? ¿Qué huellas de la historia se hacen presentes en las interacciones de trabajadorxs sociales?

Nuestras miradas se inscriben en las subjetividades de aquellxs con quienes intervenimos, y las mismas tensionan entre la marca lacerante del mirar (Fanon, 1973) y el miramiento con ternura (Ulloa, 1995). El tocar simbólicamente, puede subalternizar, marcar y expulsar y en el mismo movimiento subjetivar, nombrar y reconocer. ¿Qué pasa cuando rozamos otras trayectorias y qué nos sucede con eso? O con aquello que está suspendido, con los silencios y las interrupciones que también forman parte de la trama ¿Cómo nos afecta y cómo pensamos esos sentires?

Habitar el territorio desde las dimensiones de la intervención como la mirada, la palabra y la escucha (Carballeda, 2013) al tiempo que operan como parte de la caja de herramientas. La palabra enunciada y escuchada supone el reconocimiento del otro en su existencia, modela sus espacios habitados. El nombrar coloca a lxs usuarixs de los servicios sociales en relaciones de derecho, de ciudadanía y posibilita amplificar las formas de protección social y autonomía: “frente a la fragilidad de la acción humana, pensar los cuerpos racializados y generizados como archivos vivos de la memoria implica tratarlos como irrupción y acto performativo” (Bidaseca y Lustman, 2023:218).

Preguntar desde el trabajo social de este giro poscolonial el lugar de los sujetos no sólo en sus proyectos vitales sino también en sus enunciaciones, es una apuesta frente a aquellos determinados comportamientos que se esperan en el tránsito por las instituciones, comportamientos docilizados. Asimismo qué pasa con otro tipo de producciones o subversiones, frente a la negación de toda posibilidad de agencia de esos cuerpos ¿será que esos cuerpos no pueden nada o en su propia situacionalidad generan otras cosas?

Nuestras intervenciones corporizadas se mueven por el deseo y generan construcción del mismo en la otredad que nos rodea (Deleuze, 2007). El deseo direcciona, moviliza, genera interacciones. Deleuze y Guattari (1978) nos invitan a pensar que “No hay un deseo de poder, el poder es deseo” (1978:84). En ese sentido, el autor menciona que el deseo es una composición, un proceso, es afecto, es acontecimiento (Deleuze, 2007) por lo que reconocer la dimensión del deseo en la intervención posibilita ampliar las tramas de la intervención. Y como señala Carballeda (2008) se es sujeto de derecho y deseante, por lo que en diálogo con estas ideas apostamos a generar estrategias de construcción de deseos colectivos para generar derivas, que inter-

pelen nuestras corporalidades fragmentadas y diversas, que breguen por la construcción de dispositivos - otros y nuevos acontecimientos que amplifiquen los modos en que se produce el lazo social.

En este sentido, desde la horizontalidad como estrategia metodológica (Cornejo y Rufer, 2020) son necesarias reflexiones más situadas que no borren el cuerpo, que no borren el deseo, que no borren la situación. Ninguna situación de encuentro con quienes tramamos los procesos interventivos es horizontal, ninguna situación de encuentro es igualitaria (en tanto es producida) ni neutral. No está exenta de un modo de producción de otredad. No pueden considerarse por fuera del aparato de la escritura que hace posible diferenciar y los mecanismos de poder, el aparato que posibilita esa escritura (Foucault, 1981).

Siguiendo a Spivak (2003) quien se interroga acerca del derecho a la enunciación, consideramos que trabajar desde horizontalidad supone colocar a los sujetos en un lugar de enunciación de sí mismos oponiendo contraluz a aquello que el Estado y las instituciones han dicho de éstos. Para Spivak, los subalternos no hablan controlando el aparato de la representación, sino que siempre son hablados por otros. El deseo político del interlocutor es el que guía la intervención-investigación ¿Cómo trabajar en nuestra propia frontera de nuestro lugar de enunciación? Suele haber resistencia, incomodidad ¿Qué hacer con eso?

Son numerosas investigaciones orientadas hacia la institucionalización de la carrera de Trabajo Social (Gavrila, 2021), cuyos aportes se vinculan a los modos en que la profesión fue feminizada y asociada a la posición de subalternidad respecto de otras profesiones -en particular de otras ciencias sociales-. En este sentido, aun hoy día, la palabra de lxs trabajadorxs sociales en distintos campos de intervención, no es la palabra más autorizada en las discusiones políticas, en términos de tomas de decisiones.

Sin embargo, nuestras enunciaciones aparecen en algún momento para tramar situaciones problemáticas complejas haciendo traducciones, coordinando redes y estableciendo acciones orientadas al reconocimiento y ampliación de derechos; un ejercicio de traducción al lenguaje público, técnico, político de jueces, mediques, funcionaries. En este sentido entendemos que el discurso más *subversivo* es hablar en el lenguaje del Estado confrontado enunciados y alojando a aquellxs sujetos

que esperan en este proyecto propio de la “matriz cuatríada”.

Las enunciaciones del Trabajo social, constituyen una estrategia política, en diálogo con los aportes de Bidaseca (2013) señalamos que nos interesa identificar las voces altas y bajas en los registros de la profesión. Algo del orden de las palabras, miradas y escuchas se traman singularizadamente en el Trabajo Social.

Bidaseca nos invita a pensar cómo se producen los contratextos que capturan. “Las cartas del lenguaje están marcadas de antemano” en referencia a lo que resuena en nuestro aporte como matriz cuatríada. Por ello, señala que la palabra de quienes tienen las cartas marcadas no es escuchada, suenan bajas. En esa línea, venimos proponiendo debatir sobre la escucha y agregamos la escritura como parte de las posibilidades de construir justicia.

Esta metodología es una invención que se propone ante el desafío metodológico que implica la ruptura epistemológica de los estudios postcoloniales (Bidaseca, 2010). En el ensayo de intentar plasmar un diálogo intercultural con las diferentes voces, busco quebrar la monoglosia colonizadora y cuestionar al narrador omnisciente. Inspirada por los aportes de Ranajit Guha, llamo voces altas y bajas para diferenciar las intensidades de las voces bajas contrahegemónicas (y hegemónicas), de las altas y de nuestras propias voces. Propongo discernir las voces de los actores: cuándo es la suya propia, cuándo es una voz sofocada, fagocitada, mimetizada o silenciada (Bidaseca 2011, 64).

Corona Berkin (2020) afirma que si hay posibilidad de horizontalidad es la de reconocimiento de la diferencia, de un conflicto en la posición clara de esa diferencia y que produjo un diálogo en esa modulación difícil, en esa escucha conflictiva, dislocada. Preguntar por la escucha no es cuánto comprendemos sino cuánto nos dejamos interpelar y que permite existir en su diferencia Es la forma más compleja de poder, una paradoja entre reconocimiento y diferencia para la construcción de lo común.

¿Cómo cada una habita esta paradoja y qué hace con ella? ¿De qué forma actuamos ética y políticamente? ¿Cuál es el gesto que queremos producir? Construir un pacto de lo posible, es nuestro lugar transitar estas incomodidades, las prácticas del riesgo de las corporalidades, enunciaciones y escuchas en las intervenciones sociales.

Aportes y desafíos

Las reflexiones compartidas en torno a los archivos, las temporalidades y las enunciaciones desde intervenciones sociales, vinculadas a la cuestión social en tanto soporte de la trama del Trabajo Social; nos posibilitan provocar desplazamientos y continuar colocando las tensiones estructurales en la trama contemporánea. Las acciones de estatalidad son acciones que definen, se manejan en la ambigüedad, que no dejan ser capturadas. Reconocer la relevancia histórica de la producción de los sujetos en trabajo social en temporalidades diversas, la construcción de narrativas no hegemónicas, nos interpela a habitar incómodamente nuestras intervenciones.

También, incluimos debates en relación a los cuerpos, las palabras y los deseos como dimensión sustantiva de

la búsqueda disciplinar. Reconocemos agrupamientos que sostienen, fortalecen la trama, la modifican y producen derivas. Es allí donde aparece lo colectivo y también algo del deseo deleuzeano que direcciona y genera agenciamiento.

Nos queda pendiente analizar las tramas de la intervención entre amparo, interdependencias y sujetos, lo que nos permitirá adentrarnos en los debates sobre subjetividades, cuidados, amparos y (des) protecciones. También, analizar la trama de la intervención entre reproducciones y transformaciones identificando debates en relación a cómo se produce la institucionalidad, las tensiones instituido - instituyente y las aperturas a los agenciamientos situados. La búsqueda está desatada, los diálogos iniciados, las temporalidades intersectadas operarán para que sea posible seguir habitando el debate disciplinar.

Bibliografía

- Ageitos P., Calvo M., Danel P., Favero Avico A., López S., Santana Quintero A. y Velurtas, M. (2021). *De urdimbres y tramas en las reflexiones, debates y apuestas del Trabajo Social contemporáneo*. En: Danel P. y Velurtas M. - coord- (2021). *Entre precariedades y derechos: anudando debates del Trabajo Social, las políticas sociales y la intervención*. EDULP, La Plata.
- Bidaseca K y Lustman M (2023). *Poética de la Relación*. En Rufer M "La colonialidad y sus nombres: conceptos clave". Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; México: Siglo XXI.
- Bidaseca, K. (2011). *Mujeres blancas buscando salvar a mujeres color café: desigualdad, colonialismo jurídico y feminismo postcolonial*. *Andamios*, 8(17), 61-89. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632011000300004&lng=es&tln-g=es.
- Carballeda, A. (2006). *El trabajo social desde una mirada histórica centrada en la intervención*. Espacio Editorial.
- Carballeda, A. (2008a). *La cuestión social como cuestión nacional, una mirada genealógica*. Palabra. No. 11. Septiembre de 2009 - Agosto de 2010 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3804367>
- Carballeda, A. (2008b). *Escuchar las prácticas. La supervisión como proceso de análisis de la intervención en lo social*. Editorial Espacio.
- Carballeda, A. (2013). *Intervención en lo Social desde una perspectiva americana*. Margen. vol.0 n°70. p1 - 6.
- Cornejo, I y Rufer M, (2020). *Horizontalidad Hacia una crítica de la metodología*. CLACSO - Centro de Estudios Latinoamericanos Avanzados –CALAS.
- Corona Berkin, S (2020). *Investigar en el lado oscuro de la horizontalidad*. En: Cornejo I y Rufer M.: *Horizontalidad Hacia una crítica de la metodología*. CLACSO - Centro de Estudios Latinoamericanos Avanzados –CALAS.
- Crenshaw, K (1991). *Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color*. *Stanford Law Review*, 43 (6), pp. 1.241-1.299.
- Danel, P. (2022) *De usuarios y accesos en la gestión de la información*. En: Bonicatto, M. y Solis, M. (comp) *Políticas Sociales en tiempo real: reflexiones desde la gestión*. FTS. UNLP. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/144151>
- Danel, P. y Favero Avico A. (2021). *Intervenciones, cuerpos y escuchas en el Trabajo Social contemporáneo*. En: Sande, S y Capurro Y. (comp) *Trabajo Social contemporáneo en contextos de Pandemias: Nuevos desafíos a la intervención gerontológica*. Ed. Tradinco.
- Danel P (2018). *Trabajo Social y Discapacidad. Intervenciones, trayectorias y temporalidades*. La Hendija, Paraná.
- Deleuze, G. (2007). *Dos regímenes de locos. Textos y entrevistas (1975-1995)*. Pre-textos.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (1998). *El Anti Edipo. Capitalismo y esquizofrenia*. Paidós.
- Derrida, Jacques (1998). *Mal de archivo. Una impresión freudiana*. Traducción de Paco Vidarte. Edición digital del sitio web Derrida en Castellano, <http://www.jacquesderrida.com.ar/textos/mal+de+archivo.htm>
- Dussel, E. (2004). *Transmodernidad e Interculturalidad*. <http://enrique-dussel.com/>
- Fanon, F. (1973). *Piel negra, máscaras blancas*. Abraxas.
- Foucault, M, Donzelot, J y Otros (1981) *Espacios de poder*. Ediciones La Piqueta.
- Gravila, C. (2022). *Visitadoras de higiene en la atención materno infantil. Ciudad de La Plata, 1930-1940*. *Descentrada*. 6. (2). <https://doi.org/10.24215/25457284e1>
- Gavrila, C (2021). *Archivos sensibles e historias de vida. Reflexiones sobre la emergencia de las narrativas en primera persona de las mujeres mayores*; *Fronteras – UDELAR*; 17; 12-2021; 126-136.
- González, C. (2017) *Neologismos sin diploma*. Sudestada. Año 17. n° 150. Noviembre – Diciembre 2017, Buenos Aires.
- Haraway, D. J. (1995): *Ciencia, cyborgs y mujeres*. La invención de la naturaleza, Cátedra.
- Hermida M. E. (2020a). *La tercera interrupción en Trabajo Social: descolonizar y despatriarcalizar*. *Libertad*, v.20, n.1, p. 94-119, jan. / jun. 2020 <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertad/article/view/30534/20702>
- Hermida, M. E (2020b) *La liberación en clave feminista, nacional y descolonial: de(s)limitar el corpus, cartografiar las derivas* En: Paolicchi L y Meschini P (2020). *Discursos y políticas de la descolonialidad*. EUDEM.
- Iamamoto M (1995). *Servicio Social y división del trabajo*. Cortez editora.

- Le Breton, D (2009). *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*. Nueva visión.
- Merleau-Ponty, M. (1945): *Phénoménologie de la perception*. Gallimard.
- Meschini, P y Hermida, M. E. (2018). *Trabajo social y descolonialidad. Epistemologías en lo insurgente para la intervención en lo social*. EUD-DEM.
- Mignolo, W (2000) *La colonialidad a lo largo y a lo ancho: el hemisferio occidental en el horizonte colonial de la modernidad*. CLACSO.
- Muñoz Arce, G (2015) Imperialismo profesional y trabajo social en América Latina. *Polis* 40 | 2015, Publicado el 17 mayo 2015. <http://journals.openedition.org/polis/10812>
- Netto J. P. (2003). El Servicio Social y la tradición marxista. In: Borigiani E, Guerra y Montaña C (Org.). *Servicio Social crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional*. p.153-170. Traducción de José Pablo Bentura. Cortez.
- Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En Lander E. (comp) *La colonialidad del poder. Eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas* CLACSO.
- Raffin, M. (2021) Lecturas foucaultianas del liberalismo y el neoliberalismo: entre una arqueo-genealogía de las formas del gobierno contemporáneo y la historia de la gubernamentalidad. *Valenciana* núm. 27, enero-junio de 2021, pp. 305-338.
- Ripamonti, P. (2017) En: De Oto, et.al (2017) *Metodologías en contexto: intervenciones en perspectiva feminista, poscolonial, latinoamericana*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. CLACSO.
- Rozas Pagaza, M (2001) *La intervención profesional en relación con la cuestión social. El caso del Trabajo Social*. Espacio Editorial.
- Rufer, M. (2010): La temporalidad como política: nación, formas de pasado y perspectivas poscoloniales, *Memoria y Sociedad* 14, núm. 28, pp. 11-31.
- Rufer, M. (2013): Experiencia sin lugar en el lenguaje: enunciación, autoridad y la historia de los otros. *Relaciones* 133, invierno 2013, pp. 79-115.
- Rufer, M. (2016): El archivo: de la metáfora extractiva a la ruptura poscolonial. En Gorbach F. y Rufier M (coord.): *(In) disciplinar la investigación: Archivo, trabajo de campo y escritura*. Siglo XXI Editores.
- Rufer, M. (2020): Lenguajes del archivo: extracción, silencio, secrecía. *Heterotopías* del Área de Estudios Críticos del Discurso de FFyH. Volumen 3, N° 6.
- Rufer, M (2022) Seminario interno de capacitación. Relatoría de trabajo. IETSYS. FTS. UNLP.
- Spivak, G (2003). ¿Puede el subalterno hablar? *Revista Colombiana de Antropología*, 39, 1.
- Ulloa, F (1995) *Novela clínica psicoanalítica*. Paidós.

Artículos seleccionados

Violencia de género y revictimización. El foco en los cuidados en las intervenciones judiciales.

Ángeles Commisso^a

Fecha de recepción: 15 de marzo de 2023
Fecha de aceptación: 5 de mayo de 2023
Correspondencia a: Ángeles Commisso
Correo electrónico: angelescommisso@yahoo.com.ar

- a. Doctoranda de la Universidad de Buenos Aires en Ciencias Sociales, Magister en Salud Mental Universidad Nacional de Entre Ríos, Licenciada en Trabajo Social Universidad de Buenos Aires, Docente Adjunta e investigadora. en la Universidad Nacional de José C. Paz. Perito trabajadora social en el Juzgado de Familia de Pilar.

Resumen:

El presente artículo se propone conocer las respuestas institucionales ante la crisis de los cuidados, y analizar la tensión acompañamiento/control desde los organismos judiciales durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio ante la pandemia de COVID-19. Se desarrolla un estudio exploratorio, utilizando como metodología el análisis de fuentes secundarias -registros de entrevistas-, tomando tres casos de estudio cuya accesibilidad se garantiza por el propio desempeño en un Juzgado de Familia del Conurbano Bonaerense. En cada una de las historias reseñadas observamos la confluencia de dos aspectos centrales: la violencia de género como motivo de denuncia y principal demanda ante el Estado para su superación, y la organización del cuidado atravesando la vida de cada una de esas mujeres; añadiéndose también la mirada de las/os operadoras/es judiciales en sus intervenciones. Se observa la reproducción desde las prácticas profesionales de un 'modelo' de familia patriarcal y monogámica. El trabajo remoto no reemplaza el vínculo que se establece entre mujer y profesional,

el encuentro dialógico, la observación, la profundidad de la reconstrucción analítica y de la acción socioeducativa. En cada una de las situaciones descritas, las pequeñas modificaciones logradas se produjeron luego de propiciar un encuentro cara a cara, que garantice la confidencialidad, privacidad y profundidad del encuentro.

Palabras clave: Violencia de género - Cuidados - Revictimización.

Summary

This article proposes to know the institutional responses to the crisis of care, and to analyze the tension of accompaniment / control from judicial organisms, during the social, preventive and compulsory isolation in the face of the COVID 19 pandemic. An exploratory study is developed, using as a methodology the analysis of secondary sources -interview records-, taking three case studies whose accessibility is guaranteed by the performance itself in a Family Court of the Greater Buenos Aires. In each of the stories reviewed, we observe the confluence of two central aspects: gender violence as a reason for complaint and the main demand before the State for its overcoming, and the organization of care going through the life of each of these women; also adding the gaze of the judicial operators in their interventions. The reproduction from professional practices of a 'model' of patriarchal and monogamous family is observed. Remote work does not replace the link established between the woman and the professional, the dialogical encounter, observation, the depth of analytical reconstruction and socio-educational action. In each of the situations described, the small modifications achieved occurred after fostering a face to face meeting, which guarantees the confidentiality, privacy and depth of the meeting.

Key words: Gender violence, care, revictimization.

Introducción

El presente artículo se propone conocer las respuestas institucionales ante la crisis de los cuidados, y analizar la tensión acompañamiento/control desde los organismos judiciales. Para ello, luego de presentar los materiales y método utilizados, se realiza un recorrido histórico sobre la concepción y legislación respecto de la violencia de género, caracterizando algunas particularidades en el contexto de pandemia por COVID-19.

A partir de allí, se describen los casos seleccionados, identificando el trayecto de víctima -denunciante- denunciada de algunas mujeres, en quienes este último tramo del recorrido (denunciada), se vincula a una supuesta 'falla' en su rol de cuidadora de otras personas del grupo familiar. Posteriormente, se proponen ejes de análisis que tensionan la familiarización y maternalización como perspectivas predominantes que atraviesan la política pública y los procesos de intervención del Trabajo Social. Finalmente, se enuncian algunos inte-

rrogantes y desafíos que puedan aportar a una mirada crítica y a repensar las prácticas profesionales desarrolladas.

Material y métodos

Se desarrolla una metodología cualitativa, en un tiempo y espacio delimitados: durante la vigencia de las medidas de aislamiento social, preventivo y obligatorio ante la pandemia de COVID 19, en un organismo de administración de justicia de familia del conurbano bonaerense. El abordaje cualitativo busca comprender trayectorias, significados y sentidos que las personas estudiadas imprimen a sus acciones. Respecto a la muestra, es no probabilística, realizándose una selección personal e intencional, a partir de identificar en los propios procesos de intervención situaciones reiteradas que presentan el circuito víctima de violencia -denunciante- denunciada. Como técnica de recolección de información se utiliza el análisis documental de fuentes secundarias, a partir

de los registros e informes de entrevistas profesionales realizadas con anterioridad. Como resguardo ético, se omiten los datos personales que pudieran identificar a la población estudiada, garantizando la confidencialidad y el secreto profesional.

Antecedentes sobre violencia de género. Continuidades y rupturas a partir del ASPO

La violencia de género¹ se instala en la agenda pública de nuestro país luego de décadas de luchas de movimientos feministas que tienen como corolario la aprobación de distintos documentos, resoluciones y recomendaciones internacionales que se pronuncian al respecto. En 1994 se sanciona la ley nacional 24417, de protección contra la violencia familiar; y, en la Provincia de Buenos Aires, en el año 2000 la sanción de la ley 12569 define como violencia familiar la acción, omisión, abuso que afecte la integridad de una persona en el ámbito familiar, incluyendo la integridad física, psíquica, sexual.

Ya en el año 2009, la ley 26485 de “Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales” alude directamente a las situaciones de violencia por razones de género, diferenciadas de la violencia familiar.

En este marco, nos interesa hacer referencia a los debates en torno a la nominación de las situaciones de violencia: como violencia familiar en unos casos o como violencia de género en otros. Gherardi (2010) plantea como diferencia sustancial que en el primer caso la persona agredida puede ser cualquier integrante del grupo familiar y el agresor un hombre considerado ‘enfermo’, y en la segunda conceptualización la causa de la violencia es la situación de desigualdad y subordinación entre géneros. La violencia ejercida por estos hombres ya no se asocia a patología y, por ende, a inevitabilidad y eximición de responsabilidad; sino a la consecuencia de la sociedad patriarcal capitalista que socializa de modo diferencial a los géneros.

Los aportes del feminismo han demostrado que no hay nada natural ni patológico en la violencia contra las

mujeres, y que una sociedad igualitaria no produciría la marca de género, por lo que el mismo concepto de género remite al de patriarcado, a que las relaciones que se establecen entre los géneros son relaciones de poder. Resignificar la violencia contra las mujeres con la denominación violencia de género intenta explicitar que dicha violencia encuentra su motivación en el sostenimiento estructural y relacional de roles que no son naturales sino contruidos, aprendidos culturalmente, desiguales e injustos; y que encuentran sustento en la dominación ejercida por el hombre sobre la mujer, dentro del patriarcado. Por tanto, esta denominación -violencia de género- remarca el origen construido social, política, económica y culturalmente de la violencia contra las mujeres.

Pese a estas diferencias en la conceptualización, las denuncias por violencia que ingresan a los juzgados de familia de la Provincia de Buenos Aires se enmarcan en la ley 12569 y, por ende, pueden ser efectuadas por cualquier integrante de un grupo familiar hacia otra persona con quien mantenga o haya mantenido un vínculo de parentesco.

Entre las medidas contempladas para evitar la repetición de hechos de violencia, se encuentran en el cuerpo de la ley la exclusión del hogar del agresor, la restricción perimetral hacia la persona denunciante y/o su domicilio, el reintegro de pertenencias de alguna de las partes, la derivación a establecimientos que brinden asistencia legal, médica y/o psicológica, la guarda provisoria de niñas/os para su protección, fijar cuota alimentaria y cuidado personal provisoriamente, y otras medidas urgentes que se consideren para la protección de quien denuncia (botón antipánico, rondín policial, dispositivo electrónico o ‘tobillera’).

Algunos elementos importantes son el establecimiento de un plazo desde el conocimiento de la situación hasta la aplicación de la medida -que no puede superar las 48 hs.-, que las medidas tienen un plazo de duración, y que se citará a las partes por separado.

Este modo de funcionamiento vinculado a la recepción y atención de las denuncias por violencia sufre un quiebre en marzo de 2020. La irrupción de la pandemia por covid-19, y las medidas gubernamentales que dis-

1. Si bien la conceptualización de violencia por razones de género incluye tanto a mujeres como a las personas lgbtqi+, en este caso analizamos la situación de mujeres heterosexuales, por ser la población que mayoritariamente presenta denuncias que llegan a la administración de justicia de familia.

pusieron el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO), afectaron profundamente la vida cotidiana de las personas.

Las restricciones a la circulación de la población y la indicación de permanecer en el hogar, agudizaron situaciones de violencia, al permanecer las mujeres con el agresor durante más tiempo, y verse impedidas de buscar ayuda o comunicarse con otras personas ajenas al grupo conviviente.

En ese marco, se tomaron algunas medidas, tales como la ampliación de las líneas telefónicas y de whatsapp para solicitar ayuda, habilitación de páginas web para efectuar denuncias, y otros mecanismos de atención remota. También se ensayaron otros abordajes, como la propuesta de "barbijo rojo", que intentó promover que las mujeres en situación de violencia dijeran esa frase en farmacias, a modo de código para que el personal del lugar solicite la ayuda correspondiente sin exponer a la mujer a otros peligros.

No obstante, tanto organismos nacionales como internacionales reconocieron que las medidas de restricción de la circulación intensificaron el riesgo de violencia doméstica y la carga de trabajo al interior del hogar, concluyendo que el covid golpea tres veces a las mujeres: por la salud, la violencia de género y el cuidado de otras/os (Naciones Unidas, 2020). Durante el ASPO se complejizaron los trabajos remunerados, se incrementaron los trabajos no remunerados ante la necesidad de cuidados permanentes de miembros de las familias, y se sumaron las tareas de asistencia ante la virtualización de la educación, recayendo principalmente sobre las mujeres esta triple jornada de trabajo.

Un estudio realizado por el Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires (Barco, Burgardt, Cano, Cimarosti, Comisso, Crespi, López, Macías, 2020), identifica entre colegas encuestadas las siguientes características en los procesos de intervención durante el ASPO: la agenda covid se vuelve prioritaria; se modifican las tareas habituales; se presentan nuevos obstáculos en los equipos, y en muchas ocasiones el trabajo se realiza en soledad; aumenta la falta de recursos materiales y humanos; surgen dificultades de articulación con otros organismos; hay mayor precarización y flexibilización laboral expresada en doble jornada potenciada, problemas de seguridad sanitaria, complejidades del trabajo remoto; políticas públicas ineficaces e insuficientes. En este contexto, si bien adquiere centralidad la asisten-

cia directa a la población, fundamentalmente la asistencia alimentaria, en forma rápida se evidencia el impacto del aislamiento en las situaciones de violencia, garantizando la continuidad de su atención. No obstante, ésta se restringe a la atención remota, con las complejidades que implica.

Las implicancias del Covid-19 como enfermedad supone la posibilidad de contagio en el lugar de trabajo y, a su vez, impactos directos en el cotidiano de la población usuaria de los servicios (Bugardt, Macías, Cimarosti, Mallardi, 2020).

Las/os autoras/es señalan que el ASPO restringe las posibilidades de continuidad de algunas políticas públicas y/o institucionales que demandan la intervención profesional, recomendándose como forma de autocuidado y cuidado a las/os otras/os, el teletrabajo, trabajo remoto y distanciamiento físico. Analizan que estas recomendaciones inciden directamente en los procesos de intervención profesional, al dificultarse la obtención de información que permitan elaborar informes sociales, como así también determinar en qué casos es válido establecer una comunicación telefónica y/o sugerir una entrevista presencial en la institución o la vivienda de la familia.

En este marco, y pese a la importancia de las luchas de los movimientos feministas y los avances legislativos conquistados, estos no garantizan por sí solos el acceso a mujeres y diversidades a una vida libre de violencias y a la restitución de sus derechos; situación que se ve agudizada en contexto de ASPO. Esta situación pone en tensión el derecho de acceso a la justicia. Pese a la incorporación de una perspectiva de acceso a la justicia centrada en los conflictos y sus actores:

Es necesario redefinir el vínculo que existe entre el Poder Judicial y los sectores populares, para quienes las políticas públicas que brindan asistencia jurídica son insuficientes. Si no se tienen en cuenta las condiciones en las que se encuentran las personas que se presentan ante el Poder Judicial, los procedimientos judiciales pueden cristalizar desigualdades y dificultar o impedir planteos. A la tradicional definición de acceso a la justicia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) según la cual el 'Estado tiene que organizar todo su aparato estatal para asegurar las garantías de debido proceso y el acceso a un recurso judicial efectivo', debe agregarse una

dimensión estructural referida a las condiciones sociales, para que el proceso reconozca y resuelva factores de desigualdad real [ya que si no] difícilmente se podría decir que quienes se encuentran en condiciones de desventaja disfrutan de un verdadero acceso a la justicia y se benefician de un debido proceso legal (López Cabello, Trovato, Griffa, Morales, 2016, p. 278).

Siguiendo a las/os autoras/es, la administración de justicia debe actuar como un instrumento para la defensa efectiva de los derechos de las personas en condición de vulnerabilidad. Ello supone arbitrar medios que favorezcan y garanticen el acceso a la justicia, ya que de lo contrario la efectivización de los derechos no tendría correlato en la práctica. Reconocer el acceso a la justicia como derecho exige como obligación al Estado remover los obstáculos que impiden su cumplimiento, afirmando que en los sectores populares se dirime si se promueve el reconocimiento de derechos o se profundizan las diferencias económicas y sociales al interior del sistema de justicia, transformando o consolidando prácticas judiciales discriminatorias y desiguales.

El ASPO puso en evidencia situaciones de desigualdad preexistentes en la población, como así también condiciones laborales precarias que impiden la continuidad de la atención durante la pandemia en un ámbito seguro para todas las personas participantes.

Procesos de denuncia en tiempos de covid. Presentación de casos

A partir de la medida de aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) tomada por el gobierno en marzo de 2020 en el marco de la pandemia de covid-19, se redefinieron los procesos de recepción y atención de las denuncias por violencia familiar.

Desde entonces, se restringió la atención presencial, debiendo las mujeres acercarse a la comisaría correspondiente a su domicilio para efectuar la denuncia, o realizarla por medios virtuales, esperando posteriormente

el llamado telefónico desde el juzgado de familia de su jurisdicción.

A su vez, se tomó como medida desde la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, la renovación automática de las medidas ordenadas con anterioridad a esa fecha, como así también las nuevas medidas otorgadas. Esta decisión se fue prorrogando con el correr del tiempo, con mayor apertura hacia mayo de 2021.²

Las situaciones que se analizan corresponden a un juzgado de familia del Departamento Judicial de San Isidro, cuyos distritos presentan procesos de segregación residencial y apropiación del espacio iniciados en la década del '90, que se fueron afianzando con el tiempo y continúan vigentes, configurándose a partir de ellos características particulares de la población y de las relaciones que se establecen. Así, las desigualdades socio económicas constituyen un elemento presente históricamente en algunos partidos (San Isidro), que se multiplican posteriormente con gran vigor en las zonas restantes (Pilar, Tigre).

A medida que se avanza del primer al segundo cordón del conurbano bonaerense, y de allí al tercero, aumentan los indicadores de desigualdades tales como necesidades básicas insatisfechas, población sin lecto escritura, precariedad habitacional. Al interior del corredor norte hay importantes diferencias, con distritos que mantienen continuidad con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y, a medida que se avanza en la trama urbana, se acrecientan los indicadores desfavorables y se amplían las desigualdades al interior de la población residente. Estas características agudizan contextos de desigualdad social, dando lugar a formas de distribución desigual de grupos de población en un mismo territorio, configurando procesos contradictorios y simultáneos de inclusión y exclusión que modifican la estructura urbana.

En ese marco se presentan, para su posterior análisis, tres viñetas que permiten evidenciar las complejidades que asume la atención judicial de la violencia de

2. Por la Resolución 386/20 de la Suprema Corte de Justicia de la Pcia. de Bs As se estableció suspensión de términos desde el 16 al 31 de marzo, y sus prórrogas por las cuales permanecieron habilitados los Juzgados de Familia de turno funcionando con guardias mínimas que se limitaban a la atención de asuntos de urgente despacho o que por su naturaleza no admitieran postergación. Conforme la Resolución 1651/21 (3/10/2021) la S.C.J dispuso restablecer la presencialidad del personal de la Administración de Justicia con el alcance que resulta de la referida decisión, vigente hasta el 31 de diciembre de 2021.

género en tiempos de pandemia, y sus consecuencias en la cotidianidad de las familias, y las mujeres en particular.

Viñeta 1: Esteban B c/ Rosario N. s/ violencia familiar.³

Al poco tiempo de haberse iniciado el ASPO, el sr. EB presenta una denuncia policial en la que expresa que su ex pareja, la sra. RN, ejercía violencia hacia los hijos en común de 7 y 10 años, por lo cual solicitaba una medida de protección y el cuidado personal de sus hijos. Por las restricciones impuestas para la atención presencial, una profesional del juzgado de familia local establece comunicación telefónica con el mismo, quien relata que se encuentra separado desde dos años atrás, y que durante los días que le correspondía estar con sus hijos ellos le habían manifestado que su madre "los había tironeado de un brazo, bajándolos por la escalera".

Agrega a lo anterior, que ya durante la convivencia conyugal había observado hechos de maltrato hacia los niños y, pese a haberlo manifestado cuando tramitaron la modalidad de comunicación, no se había tomado ninguna decisión judicial al respecto. Refirió temor de sus hijos hacia la madre, y tristeza en ellos ante la proximidad del regreso a la vivienda de su progenitora.

La profesional establece comunicación con los niños, quienes confirman los dichos de su padre, solicitan permanecer junto a él, y dudan al responder si desean ver a la madre, aunque contestan de manera afirmativa. A partir de ello, se otorga una medida de restricción perimetral por treinta días entre la Sra. y sus hijos, como así también respecto a los domicilios.

Dado que, con motivo de la situación sanitaria mundial y declaración de la OMS de PANDEMIA por el virus COVID-19, recomendaciones de los Ministerios de Salud Nacional y Provincial, los Decretos del Poder Ejecutivo Nacional N° 260/20 que establece la Emergencia sanitaria, 297/20 que establece el "aislamiento social, preventivo y obligatorio" desde el 20 de marzo y sus prórrogas (conf. DNU 754/20), todas las resoluciones se prorrogan de manera automática hasta la finalización del período de emergencia sanitaria, transcurren meses durante los cuales no se producen contactos materno filiales.

En ese marco, se solicita al equipo técnico que se comunique con el denunciante a fin de que se arbitren los medios necesarios para evaluar la situación actual de los niños, para saber cómo se encuentran, si se les permite o no tener contacto con su progenitora y su red familiar, como así también informe a qué colegio concurren los niños, sin recibir respuesta del sr. EB.

En el mes de octubre del mismo año, se recibe llamado de una profesional del equipo técnico de un juzgado de familia de otra jurisdicción, en relación a esta situación familiar. La profesional refiere atender a la sra. RN, quien se encuentra en situación de violencia de género ejercida por el denunciante y recibe atención en área de género del distrito en que ella reside. Ambas instituciones (juzgado y género) coinciden en el ejercicio de violencia de larga data del sr., incluyendo agresiones físicas y psicológicas tanto a la sra. como a los hijos en común. Agregan que la denuncia realizada por él en 2020 se enmarcaría en un patrón de violencia que sostiene a lo largo del tiempo, mediante retención de hijos, obstaculización de contacto materno filial, manipulación, aprovechando la renovación automática de medidas para sostener el impedimento de contacto materno filial. La sra. había solicitado ayuda en su jurisdicción, y se habría presentado en el último juzgado interviniente, sin poder mantener contacto presencial con ningún funcionario por las restricciones vigentes. Por ello, pide ser contactada para contar los hechos, y así reanudar el contacto con sus hijos y protegerlos. La profesional manifiesta que los niños no van a poder hablar en presencia del padre, por la agresión que ejerce y la constante devaluación de la figura materna que realiza. Solicita que sea escuchada para evaluar la posibilidad de reintegrar los hijos a la sra., quien sostiene los espacios propuestos, pero se ve avasallada y sometida a las manipulaciones del denunciante.

Al establecer comunicación telefónica con la mujer, ésta relata hechos de violencia de género durante los quince años de convivencia, agregando que durante la cuarentena los niños permanecían una semana con cada uno de ellos, hasta que él se negó a reintegrarlos a la casa materna. Menciona reiteradas denuncias realizadas, con medidas de protección, hasta la decisión de separarse. La sra. solicita el reintegro de sus hijos y se inicia un proceso de revinculación, a fin de reanudar el contacto.

3. En todos los casos, los nombres y otros datos de la historia familiar se modifican para preservar la confidencialidad de la información.

Viñeta 2

AG presentó reiteradas denuncias contra su pareja durante años, por hechos de violencia física, verbal y psicológica hacia ella. Los mismos incluían a los hijos en común, quienes en varias ocasiones no eran reintegrados por su padre como modo de ejercer manipulación. El aumento en agresiones y en intensidad desencadenaron que a las medidas de protección otorgadas (restricción perimetral hacia ella, hacia su domicilio, hacia sus hijos), se agregara un dispositivo electrónico para evitar nuevos episodios violentos.

En varias ocasiones se recibieron informes notificando que la ‘tobillera’ sonaba por encontrarse en las cercanías del domicilio de la mujer, siendo luego desestimado por ella y justificado por él, que se habría encontrado ‘casualmente’ en la zona o por motivos laborales. No obstante, estas alarmas no cesaron.

Luego de separación y la conformación de una nueva pareja de la mujer, continuaron los hostigamientos y amenazas, con escaso contacto paterno filial por desinterés del sr. Paralelamente la sra. comenzó a participar de dispositivos de abordaje grupal para su atención y acompañamiento profesional. Con la implementación del ASPO estos encuentros se interrumpieron, continuando los seguimientos telefónicos desde los organismos intervinientes.

Luego de algunos meses, sintiéndose sola y cursando un problema de salud, la mujer recurre al padre de sus hijos para solicitar el cuidado temporario de los mismos, hasta completar algunos estudios médicos. Esta circunstancia es aprovechada por el Sr. para denunciarla, esgrimiendo que “había abandonado a los niños” y que quería asumir la responsabilidad de su cuidado a partir de entonces.

A su vez, la induce a solicitar que le quiten el dispositivo electrónico a modo de ‘trueque’ para poder ver a los niños. La sra. accede y lo solicita al juzgado de manera telefónica. Al conocer los antecedentes, la profesional interviniente convoca a la sra. junto a profesionales del organismo de género local, a una entrevista presencial. En esa ocasión, la sra. puede explayarse respecto a lo ocurrido, constatándose que no había decidido libremente que sus hijos residan junto al progenitor, que seguía sintiendo temor hacia él y la tranquilizaba que tuviera el dispositivo electrónico. A partir de las manipulaciones del sr., había perdido la casa que le había ce-

didado su actual pareja, encontrándose sin residencia fija, alternando entre las viviendas de amigos y familiares, sin posibilidades de llevar a los hijos con ella. A partir de allí, se articula también con el Servicio Local, para evaluar la situación de los niños, y la eventual vulneración de algún derecho. Se intenta retomar su participación grupal en los dispositivos existentes, con las limitaciones impuestas por la coyuntura.

Se impone al sr. mantener y garantizar el contacto materno filial, efectuándose con discontinuidades y/o imposiciones de acciones a cambio de permitirlo, como así también con exigencias y decisiones unilaterales respecto a lugares y horarios de encuentro.

Reiteradamente, se trabaja con ella la posibilidad de un lugar alternativo para el cuidado de los niños, con una respuesta ambigua de su parte.

Viñeta 3

La sra. SL realiza varias denuncias a su marido, adulto mayor, y al hijo mayor de éste, de una unión anterior. En un inicio, solicita la exclusión del hijo y el cese de hostigamiento de su marido, ya que creía, y le habían informado en distintas instituciones, que no podía excluirlo y debía cuidarlo por su edad y estado de salud.

La sra. relata episodios de ingesta de alcohol de ambos, agresiones verbales y psicológicas, rotura de objetos, por lo cual ella permanecía encerrada en su habitación para evitar el contacto. Agrega que, durante la relación de pareja, la convivencia fue buena, y que el sr. solía ingerir alcohol en las comidas, sin llegar a embriagarse ni a cambiar su conducta por ello. Hace alrededor de un año y medio, el denunciado permitió el ingreso a la vivienda de sus hijos mayores, quienes suelen alcoholizarse y consumir drogas. Desde entonces, la convivencia se hizo insostenible, ya que el sr. consume con ellos, ninguno de los tres trabaja, permaneciendo durante el día consumiendo sustancias, sin cuidar la vivienda. A raíz de lo anterior, la sra. solicitó que los hijos de su marido se retiren, y sólo uno de ellos lo hizo, provocándose la separación conyugal. Pese a ello, continuaron en la misma casa en cuartos separados, ya que el sr. no quería retirarse a otra vivienda que tiene. Luego de ello la relación empeoró, y en el día previo a la denuncia, la amenazó con prender fuego la casa “si sigue molestandolo”. Se otorgan las medidas solicitadas y, luego de un tiempo, realiza una nueva denuncia en la que pide que su ex

marido también sea excluido. Agrega que el sr. "se puso muy eufórico ante la exclusión de su hijo", y que se pone agresivo con el hijo en común. No se otorga la medida y se indica nuevamente el cese de hostigamiento.

Con posterioridad, se la contacta telefónicamente y refiere que, si bien han cesado los hostigamientos y agresiones verbales, tanto ella como su hijo observan conductas extrañas en el sr., tales como dejar abierta la hornalla de la cocina sin fuego, detectando este hecho por el olor a gas y el malestar que sentían. Dado que no saben si esto se produce por "alguna alteración mental del sr. a raíz de su edad", solicitan la evaluación médica del mismo.

Ya durante el ASPO, se la contacta, y refiere encontrarse, al momento de la llamada, en camino al Hospital, ya que desde que se le diera orden de evaluación médica de su ex pareja, no obtuvo respuesta, siendo derivada a diferentes oficinas municipales. Agrega que, luego de la exclusión del hijo, la situación se mantuvo calma, aunque continuaron los episodios de confusión y exposición a riesgos del sr., quien según refiere la sra. no se higieniza, deja puertas y ventanas abiertas, deja prendidas las hornallas. La sra. tomó la decisión de finalizar la relación de pareja, y los hijos en común no mantienen diálogo con su padre, pero ella no solicita la exclusión de él porque le habrían dicho que "no puede dejar en la calle a una persona adulta mayor, enferma". A su vez, recientemente, desde la vuelta del hijo del sr. a la vivienda familiar, se reanudaron los episodios de consumo de ambos (alcohol y marihuana según manifiesta), agrediendo de manera permanente y haciendo de la casa un lugar inhabitable. La sra. ratifica su decisión de solicitar la exclusión del hogar del denunciado, y de que su ex pareja reciba la atención médica oportunamente ordenada oportunamente.

Dado que al momento de la comunicación la sra. estaba intentando gestionar la atención por salud mental de su ex pareja, luego de meses de intentarlo, se ofrece la posibilidad de mantener entrevista en sede judicial, y concurre con una de las hijas en común. La sra. refiere que no obtuvo respuesta en el Hospital, solicitando la extensión de un nuevo oficio. Tanto ella como su hija se muestran angustiadas, lloran y refieren que la convivencia con el sr. es insostenible y riesgosa pero no quieren excluirlo por su edad y estado de salud. "Necesita ayuda". La hija refiere que ella no visita a su madre para no ver al padre, por temor a lo que pueda pasar. Lo mismo ocurre con sus hermanos de 29 y 32 años de edad.

La familiarización y maternalización de los cuidados. Ejes de análisis y desafíos para el Trabajo Social

En cada una de las historias reseñadas observamos la confluencia de dos aspectos centrales: la violencia de género como motivo de denuncia y principal demanda ante el Estado para su superación, y la organización del cuidado atravesando la vida de cada una de esas mujeres; añadiéndose también la mirada de las/os operadoras/es judiciales en sus intervenciones. Rodríguez Enríquez (2019), desde la economía feminista, plantea como eje de análisis la cuestión de la desigualdad, considerando la desigualdad de género desde sus raíces económicas. En este sentido, hace hincapié en la reproducción de la vida, en la articulación entre producción y reproducción, centrándose en la cuestión distributiva.

Siguiendo a la autora, la categoría teórica 'economía del cuidado', hace referencia

"a todas las actividades y prácticas necesarias para la supervivencia cotidiana de las personas en la sociedad en la que viven. Incluye el autocuidado, el cuidado directo de otras personas (la actividad interpersonal de cuidado), la provisión de las precondiciones en que se realiza el cuidado (la limpieza de la casa, la compra y preparación de alimentos) y la gestión del cuidado (coordinar horarios, realizar traslados a centros educativos y a otras instituciones, supervisar el trabajo de la cuidadora remunerada, entre otros)" (Rodríguez Enríquez, 2019, p.26).

A través de la categoría 'organización social del cuidado' aludimos a la manera en que familias, Estado, mercado y organizaciones comunitarias, en forma interrelacionada, producen y distribuyen cuidado (Rodríguez Enríquez, 2019). La autora señala que estas tareas de cuidado se asumen en los hogares y, en su interior, por las mujeres. Este proceso es coincidente con las características de las políticas públicas, en las que se observa la coexistencia de tres mecanismos: la corresponsabilidad, la familiarización, y la maternalización. (Mallardi, Musso, González, 2014). Desde allí, se analizan problemas sociales asignando responsabilidad individual a quienes los sufren, exigiendo contraprestaciones a la familia en general, y a las mujeres en particular, que se traducen en cambios comportamentales, incorporación de hábitos impuestos, en un proceso disciplinante y moralizador. Esta forma de organizar el cuidado se origina con la

división sexual del trabajo, asignando tareas específicas a hombres y a mujeres, extendiendo como creencia generalizada la mayor capacidad de las mujeres para desarrollar el cuidado de otras/os integrantes de la familia, acentuando procesos de domesticidad y domesticación, en el sentido de replegarlas al interior del hogar y disciplinarlas. Se suma el consenso respecto a que las/os niñas/os deben ser cuidados por sus familias, eludiendo las responsabilidades estatales en la provisión de servicios de cuidado, y perpetuando el circuito de familiarización que, pese a la inserción de las mujeres al mercado de empleo y la asunción de algunas tareas del hogar por parte de los hombres, no se ha modificado.

Esquivel (2013) identifica como alguno de los costos de este proceso, el hecho de que las mujeres se priven de oportunidades de educación, empleo, ingresos, tiempo libre, participación pública, autocuidado. En este sentido, adquiere carácter central en la vida de las mujeres estar al servicio de otras/os, ser cuidadora, ser para y de otras/os.

En este marco confluyen una serie de injusticias que intersectan principalmente género y clase y, a los fines analíticos, Fraser (1997) divide en socioeconómicas y culturales: en el primer grupo se ubican situaciones de explotación, como el usufructo del trabajo propio, imposibilidad de acceso a un trabajo remunerado, privación de bienes materiales indispensables para el sostenimiento de la vida; y en el segundo las calumnias, menosprecios, faltas de respeto sustentadas en patrones interpretativos y representaciones estereotipadas. La autora menciona que, si bien suele asociarse la crisis de los cuidados a aspectos tales como pobreza de tiempo disponible o dificultades para conciliar familia y trabajo, en realidad el análisis a realizar es más profundo e implica una crisis de la reproducción social inherente al sistema capitalista. En este sentido, Fraser (1997) explicita una contradicción propia del sistema, ya que por un lado la reproducción social es condición para la acumulación sostenida del capital; y simultáneamente la propia orientación del capital hacia la acumulación ilimitada, desestabiliza los procesos de reproducción social que sostienen el sistema (Fraser, 1997. p 112).

Cabe hacer referencia aquí a que los cuidados aluden a la reproducción social, a la sostenibilidad de la vida, y a que esta se desarrolla tanto en lo concerniente a sus aspectos materiales como simbólicos. A su vez, el período analizado (ASPO) implicó una agudización de esta crisis y la visibilización de aspectos que permanecían ocultos o naturalizados.

Respecto a la reproducción en su totalidad (con sus componentes materiales y simbólicos), como puede observarse en los ejemplos, ambas injusticias (socioeconómicas y culturales) se entrecruzan, observando la confluencia de una mirada reproductora y justificadora de patrones de socialización diferenciada por género (tanto en los hombres denunciados/denunciantes, en las mujeres, en los equipos de atención), y la falta de acceso a un empleo que permita mayor autonomía y a políticas públicas que garanticen la reproducción material sin depender económicamente del hombre. Se corre el riesgo de una revictimización institucional, con respuestas institucionales que actúan como instrumento de control y no de acompañamiento de las mujeres en situación de violencia, pasando de 'víctimas' a 'victimarias', al poner en foco en el no cumplimiento de su 'obligación' de cuidado.

Fraser (1997) señala como soluciones a las injusticias referidas, políticas de redistribución (del ingreso, de reorganización de la división del trabajo, de transformación de estructuras económicas básicas) y de reconocimiento (cambios culturales o simbólicos, inclusión de identidades no respetadas, valoración positiva de la diversidad, transformación total de los patrones sociales de representación, interpretación y comunicación). Desde allí, concluye que se observan cada vez más políticas de reconocimiento y una retracción de las posibilidades de distribución.

En el caso que nos ocupa, podría pensarse como consenso generalizado -al menos discursivamente- de las diferencias entre géneros, la condena a las violencias por razones de género, la inclusión de mujeres y diversidades en la agenda pública, la legislación respecto a la educación sexual integral entre otras normativas vigentes de ampliación de derechos. Paradójicamente, el camino es inverso en relación a la redistribución, con menores posibilidades de acceso al empleo, a la protección social, a un salario y condiciones laborales que permitan reproducir la vida. No obstante, nos preguntamos si realmente es tal el reconocimiento proclamado, encontrando déficits y limitaciones que se traducen en las instituciones y los abordajes profesionales.

Pombo (2012) analiza la inclusión de la perspectiva de género en los procesos de intervención, sin renunciar al contenido político transformador del feminismo. Propone superar algunos reduccionismos tales como presuponer que nuestra área de actuación es neutral al género, con el consecuente reforzamiento de inequidades; redu-

cir género a mujer, sin considerarlo como construcción relacional; la asociación entre género y problemáticas específicas como la salud reproductiva, que no permite transversalizar el género ante las diversas problemáticas en que intervenimos; la reducción de género a sexo, sin incorporar en el análisis las relaciones sociales de poder presentes en las construcciones de género; su inclusión como concepto totalizador, lo cual obstruye la intersección con la clase, la raza, la generación, entre otros vectores de desigualdad.

Coincidiendo con este planteo, creemos que la perspectiva de género no debe ser un formalismo, o una incorporación meramente instrumental a aplicar en algunas situaciones. Es usual analizar las situaciones de violencia haciendo alusión a la perspectiva de género, haciendo caso omiso de la misma ante otras temáticas: por ejemplo, el cuidado.

El género y la clase son determinantes de los procesos sociales, y si lo despolitizamos y reducimos a cuestiones instrumentales, reforzamos las concepciones vigentes y neutralizamos el carácter transformador de la categoría analítica 'género'.

La perspectiva de género no es un aspecto particular, sino transversal. Siguiendo a Polanco (2019), se impone problematizar desde dónde nos posicionamos, superar falsos dilemas, tales como pensar si incorporamos o no la perspectiva de género, como si el género pudiera estar ausente, proponiendo en cambio explicitar desde qué lente miramos. A su vez, tensionar las desigualdades de poder que sustentan las formas de violencia como inherentes al sostenimiento de las relaciones de explotación y opresión.

Se torna necesario poder desandar las relaciones instituidas que aprisionan, controlan y someten cuerpos, formas de actuar y de vincularnos, que provocan dolor, muerte y sumisión. Relaciones consolidadas a partir de un despliegue sistemático de sanciones (morales, legales, represivas, entre otras), pero no por ello perpetuas ni inmodificables (Polanco, 2019, p. 214).

En este marco, la organización del cuidado tiene un recorrido académico relativamente breve, y más corta aún es su trayectoria en la agenda pública. El Trabajo Social históricamente tiene a la familia como principal destinataria de sus procesos de intervención, y desde su acción socio educativa transmite mensajes y discursos

que sostienen la familia monogámica heterosexual, reproduciendo una idea normalizadora y disciplinadora de la forma de ser familia. Los aportes del feminismo pusieron en tensión estas concepciones, pero, conscientemente o no, seguimos reproduciendo la ligazón entre mujer y madre, mujer cuidadora, al convocarla para hablar de las/os hijas/os, al naturalizar que debe ser quien se ocupe de su escolaridad y atención médica, al interpellarla por no haberlas/os protegido ante alguna situación de vulneración de derechos.

Esquivel plantea que no hay nada inherentemente "natural" en las relaciones de cuidado. La autora propone esta posición como apertura a interrogarnos acerca de si las necesidades del cuidado se satisfacen, quién lo hace (o no lo hace) y cómo el hecho de ser capaz de satisfacer estas necesidades (o ser sancionada/o por no hacerlo) coincide con otras dimensiones de desigualdad tales como clase, sexualidad, la composición familiar o fase en el ciclo de vida (Esquivel, 2013, p.30).

La articulación mujer – cuidados, supone la explotación mediante trabajo no remunerado en nombre del amor, restringiéndola al confinamiento doméstico, reduciendo posibilidades propias de desarrollo, libertad, y autocuidado; formando parte de la violencia invisibilizada bajo roles asignados a cada género en la división sexual del trabajo.

La escasez, cuando no la ausencia, de un debate público sobre la viabilidad de transformar el trabajo doméstico en un horizonte social da fe de los poderes cegadores de la ideología burguesa. No se trata, en absoluto, de que la función doméstica de las mujeres no haya recibido ningún tipo de atención. Por el contrario, el movimiento contemporáneo de las mujeres ha representado el trabajo doméstico como un elemento esencial de su opresión. ... Sus activistas sostienen que un cheque semanal del gobierno es la clave para mejorar el status del ama de casa y la posición social de las mujeres en general... Pero, si las mujeres han de dejar la casa, ¿adónde van a ir? ¿Cómo se unirán a otras mujeres? ¿Realmente van a dejar sus hogares movidas por el único deseo de protestar por su trabajo doméstico? ¿No es mucho más realista invitar a las mujeres a «dejar la casa, para buscar un empleo o, al menos, para participar en una campaña masiva a favor de empleos dignos para las mujeres? ... el hecho sigue siendo que en el trabajo las mujeres pueden unirse con sus hermanas -y, de hecho, con

sus hermanos- ... para luchar contra el pilar y el beneficiario del sexismo, que no es otro que el sistema capitalista monopolista (Davis, 2004, pp 229, 236, 237).

Conclusiones preliminares

La familia constituye una relación social particular, con múltiples determinaciones, con historicidad, en la cual entran en tensión las tendencias sociales con los posicionamientos singulares. Los lazos que unen a sus miembros no necesariamente son lazos de sangre, articulándose condiciones materiales y simbólicas: tenemos que considerar sus condiciones materiales de vida, y los componentes ideológicos y afectivos; constituyéndose diversidad de vínculos, plenos de historicidad.

Dos ejes fundamentales para el análisis, son la clase social y el género, que muchas veces quedan invisibilizados, reproduciendo desde nuestras prácticas profesionales un 'modelo' de familia patriarcal y monogámica, que encuentra su razón de ser en el capitalismo. Otros aspectos a considerar son las relaciones entre géneros y generaciones, los afectos y los conflictos, alejándonos de miradas esencialistas y recuperando el carácter dinámico de la familia, los diferentes modos de ser familia, la diversidad, las relaciones de poder; o sea, las familias en movimiento, en toda su complejidad.

Consideramos indispensable la reflexión sobre nuestras prácticas profesionales a la luz de los aportes teóricos del feminismo y la producción intelectual sobre la organización del cuidado, ya que muchas veces incorporamos elementos teóricos críticos en el discurso, pero reproducimos en nuestras intervenciones abordajes normalizadores.

Entre los desafíos y propuestas, es imperiosa la tarea de repensar la atención remota como una excepcionalidad, y pensar la vuelta a la presencialidad. Esta situa-

ción no se limita a los equipos profesionales, sino a las instituciones y a la readecuación de las condiciones de trabajo para que se constituyan en espacios seguros para quienes trabajan y quienes concurren como usuarias/os. Desde los procesos de intervención, repensar cómo recuperar el contacto con las mujeres en situación de violencia, cómo repensar las violencias desde la teoría de la reproducción social, problematizando la articulación que hacemos de manera casi espontánea entre mujeres y cuidados, cómo incluir transversalmente la perspectiva de género y el enfoque de derechos en los abordajes.

El trabajo remoto no reemplaza el vínculo que se establece entre mujer y profesional, el encuentro cara a cara, el encuentro dialógico, la observación, la profundidad de la reconstrucción analítica y de la acción socioeducativa. Los procesos de intervención no pueden reducirse a una escucha rápida y descontextualizada, sin observación, sin entablar un vínculo, sin propiciar el acompañamiento, sin el trabajo intersectorial, no es una orientación puntual y segmentada.

En cada una de las situaciones descritas, las pequeñas modificaciones logradas se produjeron luego de propiciar un encuentro cara a cara, que garantizó la confidencialidad y privacidad del encuentro, que se prolongó durante el tiempo necesario, y donde se desplegaron otros tópicos que surgen como emergentes en el encuentro dialógico y no necesariamente tienen lugar en una llamada telefónica; donde haya lugar para las dudas, la repregunta, las orientaciones, la consideración de la mujer entrevistada como totalidad y no de manera fragmentada, trascendiendo el momento de 'mujer en situación de violencia', e incluyendo otros atravesamientos que la constituyen.

En la actualidad se sostiene la bimodalidad en la atención, por lo cual queda a criterio de cada profesional o de las autoridades correspondientes la evaluación de cada proceso de intervención para definir la modalidad más adecuada.

Bibliografía

- Barco A., Burgadt C., Cano M., Cimarosti M., Comisso A., Crespi L., López X., Macías C. (2020): *Mapeo Colectivo: Condiciones del ejercicio profesional, vida cotidiana y políticas sociales en contexto de emergencia socio-sanitaria Informe de los Primeros Datos*. CATSPBA. Serie Temas en agenda.
- Batthyáni, K. coord. (2020): *Miradas latinoamericanas a los cuidados*. Ed. Siglo XXI.
- Burgadt C., Macías C., Cimarosti M., Mallardi M. (2020): *Particularidades y tensiones en la intervención profesional en el marco de la Pandemia Covid-19*. CATSPBA. Serie Temas en agenda.
- Cutuli, R. (2020) *¿Amor o trabajo? Reflexiones sobre la 'compensación económica' a partir de un fallo reciente*. Revista Plaza Pública. 22 (12). Pp. 190-199.
- Davis, A. (2004) "Mujeres, clase y raza". Madrid: Akal.
- Esquivel, V. (2013): *El cuidado en los hogares y las comunidades. Documento Conceptual*. Informes de investigación de OXFAM.
- Fraser, N. (1997) *Institia Interrupta: Reflexiones críticas desde la posición postsocialista*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores/ Universidad de Los Andes.
- Gherardi, N. (2010): *La violencia contra las mujeres en la justicia argentina*. En Equipo latinoamericano de Justicia y Género. Informe anual del observatorio de Sentencias Judiciales 2009. Derechos de las mujeres y discurso jurídico. Buenos Aires: ELA.
- López Cabello, A., Trovato, M., Griffa, T., Morales, D. (2016): *Derechos humanos en la Argentina informe 2016. 10. El acceso a la justicia como una cuestión de derechos humanos*. (pp 51-73) CELS.
- Mallardi, M., Musso, M. P., González, M. (2014): *Cuestión social y relaciones familiares: aproximación a las tendencias en las políticas sociales en América Latina*. En Revista Palabra: palabra que obra. 14, 196-216. Cartagena.
- Naciones Unidas (2020): Noticias ONU. *El COVID-19 golpea tres veces a las mujeres: por la salud, por la violencia doméstica y por cuidar de los otros*. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/03/1471872>
- Polanco, N. (2019): *El feminismo como lente privilegiada para el análisis crítico del ejercicio profesional, de las políticas sociales y de las prácticas cotidianas*. En Riveiro, L. (Comp.): *Trabajo Social y feminismos: Perspectivas y estrategias en debate* (211-241). La Plata: CATSPBA.
- Pombo, M. (2012): *La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género*. En Revista Margen N° 66.
- Rodríguez Enríquez, C. (2019): *Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad*. En Riveiro, L. (Comp.): *Trabajo Social y feminismos: Perspectivas y estrategias en debate* (21-38). La Plata: CATSPBA.

Normativa legal consultada

- Ley nacional 24417/1994, de protección contra la violencia familiar.
- Ley provincial 12569/2009, de protección contra la violencia familiar.
- Ley nacional 26485/2009, de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

Artículos seleccionados

Desterritorialización de cuerpos en territorio. Violencia machista desde atención primaria de salud.

Paula Leyva^a

Fecha de recepción:	23 de marzo de 2023
Fecha de aceptación:	29 de abril de 2023
Correspondencia a:	Paula Leyva
Correo electrónico:	paulaleyva88@gmail.com

a. Lic. en Trabajo Social. Residente de Trabajo Social. Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni. Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

Resumen:

El objetivo del siguiente escrito es reflexionar sobre el abordaje de la violencia machista desde la estrategia del primer nivel de atención de salud. La violencia machista como problema social en aumento es transversal al sistema de salud. De allí la importancia de realizar intervenciones que la aborden. En este trabajo se analizan los dispositivos de: demanda espontánea, IVE, CePAD, talleres en sala de espera, grupos de tardes activas y acciones del equipo territorial; a través de la ley de violencia de género, otras normas pertinentes y marcos teóricos feministas. Algunos conceptos que aparecen en el texto son: el "biopoder", la "territorialización de los cuerpos", la revolución feminista a través de convertir "lo personal en político" y la "división sexual del trabajo", como parte de un sistema capitalista y patriarcal que aún sigue vigente. A partir de dicho análisis se plasma cómo se problematiza y se intenta "desterritorializar" la violencia machista en territorio desde la salud pública, particularmente desde el primer nivel de atención, de forma interdisciplinaria, pero sin perder de vista la especificidad del trabajo social con la finalidad de acompañar y empoderar a las personas para que puedan ejercer el pleno goce de sus derechos.

Palabras clave: Violencia Machista - Territorio - APS.

Summary

The objective of the following writing is to reflect on the approach to sexist violence from the strategy of the first level of health care. Sexist violence as a growing social problem is transversal to the health system. Hence the importance of carrying out interventions that address it. In this work the devices of: spontaneous demand, IVE, CePAD, workshops in the waiting room, groups of active afternoons and actions of the territorial team are analyzed; through the law on gender violence, other relevant norms and feminist theoretical frameworks. Some concepts that appear in the text are: "biopower", the "territorialization of bodies", the feminist revolution through turning "the personal into the political" and the "sexual division of labor", as part of a capitalist system. and patriarchal that is still in force. Based on this analysis, it is reflected how sexist violence is problematized and attempted to "deterritorialize" in the territory from public health, particularly from the first level of care, in an interdisciplinary way, but without losing sight of the specificity of social work with the purpose of accompanying and empowering people so that they can exercise the full enjoyment of their rights.

Key words: Sexist Violence; Territory; Primary Health Care.

Introducción

Este trabajo se enmarca dentro de la residencia de Trabajo Social, realizadas en el primer nivel de atención de salud en Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde el mes de octubre 2021 hasta septiembre de 2022. La inserción a la institución y trabajo en este efector de salud estuvo organizado en diversos programas y dispositivos. El objetivo del trabajo es reflexionar sobre el abordaje de la violencia machista desde la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS). Para ello, se hace una breve caracterización de la institución y se brinda la fundamentación que sustenta el trabajo a través de la ley de protección contra la violencia de género y las implicancias del primer nivel de atención de salud en la problemática. En los siguientes apartados se analizan, desde conceptos feministas y normativas pertinentes, prácticas atravesadas por la violencia machista. En primer lugar en demanda espontánea. En segundo lugar se cita el modo de trabajo en los programas de: Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y Centros de Prevención, Asesora-

miento y Diagnóstico (CePAD). Luego se examinan las intervenciones en un taller de sala de espera y el taller de crianza. Para culminar con relatos de intervenciones en actividades grupales: en el grupo del dispositivo de tardes activas y en territorio a través del trabajo con organizaciones barriales.

Al finalizar, se nombran algunas consideraciones obtenidas de los análisis previos de cada experiencia, que invitan a seguir trabajando acerca de las estrategias posibles para erradicar la violencia machista en territorio.

Característica de la institución

El Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) perteneciente a la zona sur de la CABA atiende una población proveniente de zonas aledañas y de la provincia de Buenos Aires. Tiene un área de responsabilidad sanitaria de aproximadamente 22.327 personas (Estimaciones poblacionales según Área Programática y efector de

APS, 2021). Entre los motivos de consulta más frecuentes por los cuáles les usuaries fueron atendidas en el centro de salud, hasta Junio del año 2020, no aparece el motivo de consulta por “violencia de género”. Lo cual puede significar que no es una demanda frecuente por parte de la población usuaria. También, se podría pensar que su ausencia se debe a la falta de conocimiento o capacitación de les profesionales acerca de la temática. Que es una cuestión de subregistro o que no existe una única categorización para registrar la violencia basada en género, lo que dificulta su estadística y visibilidad.

Fundamentación y marco normativo

En el CeSAC, puntualmente desde el servicio social, se acompaña y trabaja con la violencia ejercida hacia la mujer basada en género, como la Ley de protección integral a las mujeres, n° 26.845 (2009) lo enmarca. Esta ley describe a la violencia como “toda conducta, acción u omisión que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad” (Ley de protección integral a las mujeres, 2009, Artículo 4).

El artículo 5 de la Ley 26485 (2009) describe distintos tipos de violencia, entre ellos nombra la violencia física que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física. También existe la violencia psicológica que causa daño emocional y disminución de la autoestima. La violencia económica o patrimonial, por su parte, está dirigida a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer. Y la limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.

Otro tipo de violencia que se da es la sexual cuando no se toma en cuenta el consentimiento del otre y se utiliza la coerción en prácticas sexuales. Por último, existe la violencia simbólica que se da a través de patrones estereotipados o signos que transmiten y reproducen dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad.

En cuanto a las modalidades de violencia basada en género, podemos hallar la violencia institucional, referida a aquellas “acciones realizadas por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley” (Ley 26485, 2009, artículo 6). Además se encuentran las modalidades de la violencia obstétrica y la mediática. La violencia obstétrica es aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, de conformidad con la Ley 25.929 (2004). La violencia mediática es la que se da en los medios masivos de comunicación con mensajes que cosifican el rol de las mujeres.

En este trabajo se hablará de violencia machista para incluir a “todas aquellas acciones que contribuyen al menoscabo sistemático de la dignidad, estima y la integridad física y mental de las mujeres, niñas y personas con una identidad de género y/o sexualidad distinta a la normativa”¹. La violencia machista en nuestro país se encuentra en aumento, desde el Observatorio de las violencias de género (2022) “Ahora que si nos ven”, registraron que en Argentina entre el 3 de junio de 2015 y el 25 de mayo de 2022, ha sucedido 1 femicidio cada 31 horas².

Por su relevancia, resulta necesario que los efectores de salud aborden y den respuesta a esta temática. Particularmente desde la APS se tenga en cuenta la violencia machista en la medida que representa una gran problemática para la población en general y en particular, deja secuelas en quienes la sufren. Sobre todo teniendo en cuenta lo que describe la Conferencia Internacional de ALMA-ATA (1978) en cuanto a que la APS se dirige a los principales problemas de salud de la comunidad, y, de acuerdo con esto, provee servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Según Débora Tajer (2012) esto implica incorporar, desde una perspectiva de ciudadanía y de derechos, el modo en que las asimetrías de género junto a otras diferencias que también son fuente de inequidad en nuestras sociedades (edad, etnia y clase social), determinan diferencialmente el proceso salud-enfermedad-atención.

1. Extracto sacado de: <https://diccionario.cear-euskadi.org/violencia-machista/>

2. Informe obtenido del Observatorio de las violencias de género: <https://ahoraquesinosven.com.ar/reports/7-ni-una-menos>

ción-cuidado y establecen perfiles de morbilidad específicos y modelos de gestión de la enfermedad diferencial.

Asimismo, la Ley Micaela, n°27499 (2019), exige la capacitación obligatoria en género y violencia de género para todas las personas que se desempeñan en la función pública, en los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial de la Nación, lo que incluye a los equipos de salud pública.

Por otro lado, desde lo conceptual, es preciso incluir las corrientes feministas que desde hace años intentan contrarrestar la violencia machista. A partir de estas teorías se intentará describir el rol social que esta violencia impone a mujeres y disidencias, así como a sus cuerpos. "Cuerpos" que para Rita Segato (2018) son los territorios en disputa. La autora sigue el paradigma del biopoder desarrollado por Foucault, el poder ejercido a través de la biopolítica, con un tipo de gobierno sobre las personas como seres biológicos por medio de la gestión de sus cuerpos. Describe una modificación en las formas de gobierno ya que en la época feudal y la modernidad el dominio se basaba en el territorio y a partir del siglo XVIII el dominio fue sobre la población, específicamente sobre el control de sus cuerpos. Esa mutación significó un cambio muy profundo entre cuerpo de mujer y territorio, resultó en una transformación profunda en las concepciones de género y sexualidad (Segato, 2018, 71).

Desde el análisis de la experiencia en el CeSAC, resulta necesario poder nombrar aquellas intervenciones que problematizan, reflexionan y acompañan procesos de usuarias en lo que respecta a su salud sexual, a su integridad y a sus derechos, en particular derechos sexuales, derecho a la identidad y derechos como pacientes. Y conocer el encuadre y particularidad de la labor en la APS dentro del campo de la salud en materia de la violencia machista, la cual desde los efectores de salud se genera, favorece, problematiza o erradica.

Programas de asistencia directa

Demanda espontánea

En la demanda espontánea del servicio social en el CeSAC las usuarias asisten sin turno y demandan lo que precisen. En general, existen tres vías para intervenir con las personas que sufren violencia machista: a través

de la demanda explícita de quien la sufre, a partir de la derivación de otro servicio del centro de salud o como emergente que surge durante la entrevista.

Un ejemplo de intervención sobre la problemática se produjo por derivación del servicio de ginecología. Cuando la médica le informó a una mujer que tenía una infección de transmisión sexual (ITS), la señora se angustió a tal punto que le profesional interviniente consideró no poder continuar con su atención. En la entrevista con los trabajadores sociales se registraron duelos que la mujer había tenido en su vida, los cuáles asociaba con su proceso de salud. Pero, por sobre todo, se visibilizó la violencia machista ejercida por la actual pareja de la mujer, desde hace 20 años. En particular violencia física, psicológica y sexual, legitimada por una especie de mandato social en la cual "siempre que él quería, había que cumplirle" (sic) sexualmente. Se la contuvo y validó su angustia.

En esta oportunidad como en tantas otras, lo que resultó aliviador para la mujer es tomar conocimiento de que lo sucedido es parte de la violencia machista, que existe una ley y que es un problema social que afecta a muchas personas. Así, al problematizar socialmente, algo de la vergüenza que expresó sentir al contar su padecer, se vio disminuida, ya que se amplió a lo que significa vivir en una sociedad en donde impera el sistema patriarcal. Sucede socialmente y como dice Rita Segato (2018) a pesar de las victorias en el Estado y de la multiplicación de leyes y políticas públicas de protección para las mujeres, su vulnerabilidad frente a la violencia ha aumentado, especialmente la ocupación depredadora sobre los cuerpos femeninos o feminizados.

Luego de abordar la situación de la mujer se brindaron pautas de alarmas y posibles estrategias ante riesgo. Lo cierto es que no siempre la persona está dispuesta o puede, en el momento, realizar algo que irrumpa con su sufrimiento. A veces, las usuarias refieren que ya intentaron algo que no funcionó o se lo compartieron a personas que las motivaron a soportar ese maltrato. Aquí es donde desde el trabajo social se respeta el proceso y la subjetividad de cada persona. Por supuesto se deja en claro "que no está sola", que se la va acompañar en el proceso y que tiene derechos y derecho a transitar una vida sin violencias. Ya que, como lo nombran las autoras del libro "Un abordaje posible de la violencia basada en género en la pareja desde un centro de salud de la C.A.B.A.": "Debe considerarse que si los servicios de salud no abordan esta problemática, están cometiendo

un acto de negligencia que puede causar daño a las mujeres” (Adarve, Forastieri, Noce, Svirsky, 2016, pág. 32).

Programas de asistencia directa

CePAD e IVE

En los Programas de CePAD e IVE se trabaja de forma interdisciplinaria. Y, como parte de la intervención, se realiza la consejería de salud sexual reproductiva y no reproductiva.

En cuanto al Programa de CePAD de testeo rápido del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y sífilis, se brinda información clara y accesible sobre las ITS y se tienen en cuenta las disidencias como modo de abordar integralmente las diversas prácticas sexuales desde la prevención y promoción de la salud. Desde coordinación de salud sexual de CABA, se pide completar una ficha en relación a la percepción de género de la persona y con quienes mantiene relaciones sexuales o si cursa un embarazo. Lo interesante de este cuestionario es que rompe con el modelo heteronormativo al no dar por sentado cuál es el género de la persona y con quienes mantiene relaciones sexuales, es parte de incluir a otras las diversidades e ir en contra de la visión machista. Se trata de cumplir con la Ley 26.743 (2012) de Identidad de género la cual establece obligaciones propias del ámbito de la salud de servicios públicos, privados y de obras sociales que tienen la obligación y la responsabilidad legal de garantizar el acceso al derecho a la salud de todas las personas; y que en su artículo 12 habla del trato digno: respeto del nombre y del género autopercebido.

Algo común en el espacio de testeo es el poco o nulo uso de preservativo con quien se tenga relaciones sexuales, la mayoría de las veces que las mujeres expresan razones del no uso, están referidas a su pareja sexual hombre, que “no le gusta”(sic) utilizarlo. Lo cual visibiliza la violencia sexual ejercida hacia las mujeres y disidencias, en la medida que no les permite elegir voluntariamente sobre su vida sexual o reproductiva y su salud integral, de modo que, su uso, es la única forma de prevención de ITS.

En el programa de IVE también aparece la violencia sexual asociada a la poca o nula elección del uso del preservativo, y más aún a la posibilidad (o imposibilidad) de elegir un método anticonceptivo (MAC) o el deseo o no de maternar por parte de su pareja sexual. Se

da cuenta de que las personas gestantes sufren violencia machista cuando comentan que se acercaron a este programa a escondidas, refieren que tienen poca disponibilidad de tiempo para realizar el tratamiento, eligen hacerlo cuando todos duermen para que nadie lo sepa y no se obstaculice. Este es el punto principal del espacio de IVE, que tomen conocimiento que existe una ley que les permite decidir con sólo informar su decisión y que en general pueden decidir sobre su cuerpo y también sobre sus vínculos y la forma en que se desarrollan.

Los obstáculos nombrados no solo provienen de sus parejas, de familiares o amigos, también se presentan en las instituciones. A pesar de que a implementación de la Ley 27.610 (2020) ya superó más de 2 años, la cual implica que se garantice el derecho a acceder a la IVE ofreciendo una atención integral, hasta el día de hoy, personas gestantes han sufrido maltrato en efectores públicos o privados de salud. Lo cual se enmarca como violencia institucional.

Oportunidades en sala de espera

Talleres en sala de espera

Durante la rotación se ha planificado y llevado a cabo intervenciones en sala de espera junto a la residencia de medicina general, con diversas temáticas. La característica de la “sala de espera” como dispositivo de intervención, según la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud -RIEPS- (2013) es una oportunidad para “educar en salud” cuando los usuarios no se encuentran realizando otra actividad.

En cada “taller en sala de espera” se brindó información acerca de los derechos que corresponden a las temáticas y a la vez se produjo un intercambio con usuarios del centro de salud que se animaron a comentar cómo se habían vulnerado sus derechos del paciente.

Aquí también es fundamental que cada taller sea pensado desde una perspectiva de género. Un ejemplo de ello fue el taller basado en la Ley 26873 (2013) sobre Lactancia Materna, Promoción y Concientización Pública. En el cual, si bien se brindaron las características y beneficios de lo que llamaremos de ahora en adelante “lactancia humana” para considerar a aquellas disidencias que deciden dar de amamantar. También se consideró, que ante todo, esta acción sea una decisión de la persona que amamanta con acompañamiento de su familia y con la

información adecuada que se puede brindar desde los efectores de salud. Según Beatriz Gimeno (2018) no siempre la lactancia humana tuvo el valor que se le brinda en la actualidad, esta concepción comenzó a finales de los años 1700. Lo que llevó a la deducción de que, más allá de tener características positivas para el bebé y quien le da de amamantar, de igual forma esta fue una construcción social, cultural y política.

Esta autora, que también adscribe a la definición que Foucault hace del biopoder sobre la regulación simultánea del cuerpo y de la población, suma que hoy no ha mermado la presión hacia las personas con lactancia humana para que den de mamar, lo que reduce la autonomía sobre sus cuerpos. Eso también quiere decir que muchas mujeres o personas con capacidad de gestar que no pueden dar de mamar, por la razón que sea, se sentirán culpables y vivirán su paternidad con incomodidad o dolor. Y si reforzamos tal postura estaríamos ejerciendo un tipo de violencia simbólica en la medida que se estereotipa a las personas gestantes que amamantan como "buenas" y se discrimina como "malas" a las que no pueden o no lo eligen sea por el motivo que fuera.

Oportunidades en sala de espera

Crianza

Desde el equipo de Crianza del CeSAC conformado por una Lic. en trabajo social y una Lic. en psicología, se sostiene un consultorio para acompañar a familias en el proceso de criar a un bebé o niños hasta los dos años de edad. Se trata de un espacio de prevención y promoción de la salud que busca ofrecer información a las familias acerca de las diferentes etapas del desarrollo de sus hijos y abordar la detección precoz de problemáticas de la salud integral de los niños y generar intervenciones tempranas y oportunas³.

A parte del consultorio, en el marco del control del Programa de Niño Sano se lleva a cabo un taller en la sala de espera con aquellas familias que tienen un bebé o un niño. Su principal objetivo es favorecer el intercambio y brindar información adecuada. Se invita a compartir experiencias de crianza o presentar inquietudes y luego el equipo propone algunos temas: la elección del nombre de la niña, el sueño, la alimentación, etc. Se

establecen similitudes y diferencias entre los niños según la etapa vital y sobre todo se aborda el cansancio de la persona gestante y los sentimientos que conlleva.

Se hace hincapié en la necesidad de criar en compañía y el equipo de crianza como parte de una red de apoyo. En este último ítem algo que observamos siempre es a la mujer en su rol de cuidadora principal, o con tareas compartidas con abuelas o tías. Cuando le preguntamos sobre los padres de los niños, la mayoría refiere que trabajan largas jornadas, en otros casos se ha perdido vinculación. En dos oportunidades, participaron varones en el taller, la experiencia fue muy rica y motivó a descentrar las tareas de cuidado que siempre asociamos a lo materno. Así como invitó a repensar qué lugar se le brinda a esas paternidades en el CeSAC. Esto también es parte de llevar a cabo una crianza con perspectiva de género.

Luego, en estos talleres se consulta por el embarazo y parto: sus características, bajo qué condiciones se dio, en qué efector de salud, si estaban acompañadas o no. Consideramos que en sí el relato de esta experiencia de tanta trascendencia es terapéutico porque les permite reconstruir su vivencia que quedó supeditada al nacimiento de ese bebé/a pero que queda en la historia subjetiva de cada una. En estos relatos hemos hallado violencia obstétrica. Personas gestantes que refirieron haber quedado desnudas con frío durante horas, haber recibido comentarios humillantes o haber sufrido un dolor excesivo sin analgésico. Por esta razón también se intenta pesquisar desde las herramientas psicológicas, algunos síntomas de Tristeza Postparto, Depresión Postparto, Psicosis Puerperal y el Síndrome de estrés posttraumático (Wenzel, Haugen, Jackson y Brendie, 2005). Ya que varios de estos síndromes pueden ser asociados a las vivencias de la violencia obstétrica recibida. En general es una modalidad de violencia pocas mujeres conocen y permanece naturalizada.

Por último se conversa sobre la importancia de que los adultos referentes de cuidado de esos niños tengan su propio control de salud, acceso a MAC y cuidado personal. Y se apela al humor para promover una reflexión crítica acerca de algunos estereotipos que muestran los medios masivos de comunicación sobre lo que significa ser "buena madre", los cuales representan aportes para la modalidad de violencia mediática.

3. Extracto de Clase nº9 - Intervenciones tempranas. Curso Acompañando las Crianzas en APS CeSAC Nº5.

Dispositivos grupales

Tardes Activas

Entre las actividades que brinda el CeSAC se encuentra “Tardes Activas” un dispositivo interdisciplinario con participación comunitaria que tiene por objetivo acompañar personas mayores de 18 años de una manera integral de forma reflexiva y recreativa. Un espacio donde compartir hábitos saludables y formas de autocuidado en la grupalidad.

El grupo se encuentra conformado por 10 integrantes aproximadamente aunque varían en su asistencia. Entre las edades de los integrantes existe variedad: desde los 25 hasta los 73 años. Vale aclarar que sus integrantes son todas mujeres y un varón. En cuanto a sus quehaceres cotidianos: las integrantes mujeres del grupo se encuentran en edad jubilatoria, realizando changas semanalmente, o siendo empleadas domésticas en condiciones irregulares. Por otro lado, la mayoría de las mujeres comentan que son cuidadoras principales de nietos o encargadas de los quehaceres de su casa de forma prioritaria. Lo que para Federici (2015) corresponde a la distribución sexual del trabajo producto de la acumulación originaria, en la cual se despojaron tierras comunales y comenzó un proceso de desvalorización del trabajo artesanal de las mujeres. Sumado a ello, se profundizó el control sobre sus cuerpos obligándoles al rol de cuidadoras, como tarea subsidiaria y sin remuneración.

Durante “Tardes Activas” se realiza una caminata para seguir con una dinámica de taller corporal o un taller grupal de manualidades, cognitivo o reflexivo. Lo que aflora de estos talleres es compartir su cotidiano o sus historias de vida. Aquí también la violencia machista se hace presente, pero lo interesante resulta del intercambio grupal, que también es intergeneracional. Planteos en cuanto a la maternidad o no maternidad, la cantidad de tiempo dedicado a las tareas domésticas o de cuidado lo que no les permite por ejemplo tener tiempo destinado a ellas. O surgen relatos donde alguna de ella comenta que sufrió violencia de género en la pareja sistemáticamente hasta que su agresor falleció.

A partir de lo que comparten en las actividades de Tardes Activas se va conociendo la realidad del grupo, lo que viven en sus hogares y sus historias de vida. Desde allí es que el equipo del dispositivo puede desnaturalizar, problematizar y acompañar a cada integrante.

Aquí vale la pena mencionar lo que promulgaban las mujeres feministas de la tercera ola, llamadas “radicales” que tenían como slogan “lo personal es político” y revolucionaron la forma de problematizar las desigualdades de género ya que consideraron que su teoría debía ir más allá de la esfera pública para llegar a “los dormitorios”, a la vida íntima de cada una de las mujeres que sufrían día a día la violencia de género respecto a los varones que gozaban beneficios económicos, sexuales y psicológicos del sistema patriarcal. Con el slogan de «lo personal es político», las radicales revolucionaron la teoría política al analizar las relaciones de poder que estructuran la familia y la sexualidad (Varela, 2014)

Dispositivos grupales

Equipo territorial

Este dispositivo del CeSAC busca desarrollar actividades territoriales desde una perspectiva de salud integral con el fin de favorecer la intersectorialidad, comunicación, accesibilidad y el fortalecimiento de redes comunitarias. La principal actividad es la red de distribución de preservativos, Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE) y test de embarazos de la cuál hasta el 2022 participaban 36 bocas de distribución barriales que son comedores, organizaciones vecinales, parroquiales o políticas. A raíz de la circulación y distribución en el territorio de los recursos disponibles se estrechan vínculos con las organizaciones barriales dando pie a la demanda de talleres de salud integral y capacitaciones a promotoras de salud y referentes barriales.

En particular, durante el año 2021, el equipo territorial ha trabajado con 2 organizaciones de mujeres que han solicitado talleres de capacitación y acompañamiento. Se ha trabajado con Educación Sexual Integral (ESI), derechos sexuales, violencia basada en género, ITS, MAC, ciclo sexual y aparato genital, menopausia, diversidad, deseo, etc.

Lo que se ha observado es mucho interés por conocer y trabajar la sexualidad, la salud sexual y a partir de allí derribar los mitos que ellas tenían por desconocimiento porque representaba un tabú en su cultura o familia. Lo llamativo y enriquecedor de estos encuentros fue en parte, intercambiar creencias, por ejemplo que luego de un parto o cesárea la mujer debe permanecer un mes sin bañarse, comiendo determinada comida y demás. También, se trabajaron mitos que traían de su recuerdo

como niñas, adolescentes. Una de ellas contó que con sus amigas imaginaban que las iban a "esquilar como las ovejas en el momento en el que les crecía vello púbico" (sic). Otra comentó que cuando menstruaban no la dejaban salir de su casa para que ningún hombre la viera y la embarazara con la mirada (sic)⁴.

Estos encuentros permitieron conocer cuál era el conocimiento y a la vez trabajar en pos de sus derechos a recibir información adecuada, necesaria y clara (Ley 26529, 2009), así como reforzar su derecho a elegir como llevar a cabo su sexualidad y cuidados, desde el placer. Una de ellas refirió como no deseaba tener relaciones sexuales con su marido pero en su discurso parecía desconocer que podía elegir no mantenerlas⁵.

Lo hasta aquí desarrollado, reafirma la teoría de Rita Segato (2018) de que el cuerpo de las mujeres (y los cuerpos feminizados) continúa siendo un "territorio" apropiado, dominado. Fuente de placer para otros y negado para sí mismas.

Millett Kate (1995) autora que afirma que el sexo es una categoría social impregnada de política, añade que un examen de nuestras costumbres sexuales pone de manifiesto que constituyen y han constituido, en la historia, un claro ejemplo de relación de dominio y subordinación. [...]Aun resulte casi imperceptible, el dominio sexual es tal vez la ideología más profundamente arraigada en nuestra cultura, por cristalizar en ella el concepto más elemental de poder (Millett, 1995, 176).

En este proceso de acompañamiento a referentes barriales se confirma que desde el Equipo territorial del CeSAC se puede favorecer la labor de referentes barriales y de género con formación y formando red con ellas. A la vez, estos encuentros permiten conocer la subjetividad de las poblaciones, sus conocimientos, creencias; también sus recursos y organizaciones, su forma de autoorganizarse contra la violencia machista.

Consideraciones finales

En los apartados anteriores se muestra como en todas las intervenciones la violencia machista está presente y es transversal a los procesos de salud. Es una proble-

mática social preocupante y para atender desde la salud pública en la medida que deja huella en los cuerpos de quienes la sufren.

No obstante el motivo de consulta por "violencia de género" en el CeSAC no se encuentra entre las principales categorías de consultas. De allí deriva la importancia, primero, de la capacitación del equipo de salud en la temática y en segundo lugar, del registro de esas intervenciones para visibilizar la problemática en las estadísticas que sean insumos para contrarrestar la violencia machista desde otras políticas públicas.

Años de la teoría del biopoder y a pesar de las normativas vigentes hay mujeres y disidencias que no conocen, no eligen o no pueden decidir libremente sobre cuestiones referidas a sus cuerpos y sus vidas a través de la violencia machista. La violencia aparece así como condición para que se reproduzca el sistema en el que vivimos: capitalista y patriarcal.

Asumir la perspectiva de género es fundamental para el trabajo en salud. Así como, es preciso seguir yendo al territorio a captar esas demandas de donde se puede hallar relatos de violencia machista. Demandas que aparecen explícitas o implícitas y que merecen ser identificadas para desnaturalizar la violencia.

Desde el trabajo social en el sistema de salud se puede observar que lo que hay de fondo en estas vivencias de violencia machista es la vulneración de derechos de las personas, como el derecho a la identidad, a la salud sexual y salud integral. Entonces es necesario intervenir problematizando las múltiples violencias que viven las mujeres y disidencias en su intimidad, dentro y fuera del efector de salud, en pos de mejorar su salud integral.

Por otro lado, la territorialización y grupalidad son las que permiten ingresar en el cotidiano de esas mujeres y cuerpos feminizados, hacer "público lo personal". Conocer un poco más la realidad de los vecinos y acompañar procesos desde su lugar y a largo plazo, respetando los tiempos de las personas y las estrategias que ya existen en el territorio.

La clave será observar dónde no llegan las campañas de sensibilización en la temática o los medios ma-

4. Extracto de Registro de Equipo territorial (2021). Registro de talleres.

5. Ídem.

sivos de comunicación no informan y por el contrario, producen violencia mediática, allí es donde pueden llegar los dispositivos territoriales. Y en ello, la atención primaria de salud constituye una estrategia de abordaje fundamental. El CeSAC es

actor estratégico en la medida que conoce y puede desnaturalizar la violencia machista que tanto afecta a mujeres y disidencias. Hasta que los cuerpos vuelvan a ser parte de su ser y no un territorio de dominación y disputa.

Bibliografía

- Alma-Ata, U. R. S. S. (1978). Conferencia internacional sobre atención primaria de salud.
- Alma-Ata. URSS. Del 6 al 12 de Septiembre.
- Adarve, P., Forastieri, N., Noce, C., & Svirsky, L. (2016). Un abordaje posible de la violencia basada en género en la pareja desde un centro de salud de la CABA. Tecnooffset.
- Delpech, J., Oszust, L., Morra, A. (2022). Ahora que si nos ven. Observatorio de la violencia de género. <https://ahoraquesinosven.com.ar/reports/7-ni-una-menos>
- Federici, S. (2015). Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Tinta limón.
- Gimeno, B. (2018). La lactancia materna. Política e identidad. Feminismos. Edición Cátedra.
- Leticia Andina; Karina Doval (2008) . Atención Primaria de la Salud ¿Meta o Mito?
- Ley 26.529 (2009) Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Sancionada: Octubre 21 de 2009.
- Ley 26.743. (2012). Identidad de género. Establécese el derecho a la identidad de género de las personas. Sancionada: Mayo 9 de 2012.
- Ley 26485 (2009). Ley de protección integral a las mujeres. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Sancionada: Marzo 11 de 2009.
- Ley 27610 (2020). Acceso a la Interrupción voluntaria del embarazo. Sancionada: Diciembre 30 de 2020.
- Ley 27499 (2019). Ley Micaela. Capacitación obligatoria en género para todas las personas que integran los tres poderes del estado.
- Ley N° 25.929 (2004). Parto humanizado. Sancionada: Agosto 25 de 2004.
- Millett, K. (1995). Política sexual , trad. Ana María Bravo, Cátedra, col. Feminismos, Madrid.
- Ministerio de Salud de GCABA (2021). Estimaciones poblacionales según Área Programática y efector de APS. https://datastudio.google.com/reporting/b4ade87b-49c8-4d3f-8eff-16a66ba781f5/page/p_atcn000anc
- Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (2013). Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud. Ministerio de Salud Gob. de CABA.
- Segato, R. L. (2008). La escritura en el cuerpo de las mujeres asesinadas en Ciudad Juárez: territorio, soberanía y crímenes de segundo estado. Debate feminista, 37, 78-102.
- Segato, R. L. (2018). La guerra contra las mujeres. Prometeo Libros.
- Tajer, D. (2012). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. Políticas Públicas, Mujer y Salud, 27-39.
- Varela, N. (2014). Feminismo para principiantes. Editor digital Tivillus.
- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Brendle, J.R. (2005). Anxiety disorders at eight weeks postpartum. Journal of Anxiety Disorders, 19, 295–311.

Artículos seleccionados

Acceso a la salud sexual y (no) reproductiva: tensiones entre políticas y territorios.

Nadia Hoyos^a, Silvia Nayar^b, Juliana Robles^c y Silvia Siancha^d

Fecha de recepción: 27 de marzo de 2023
Fecha de aceptación: 29 de marzo de 2023
Correspondencia a: Silvia Nayar
Correo electrónico: silvianayar@gmail.com

- a. Maestranda en Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata- Becaria Doctoral. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas -Instituto de Estudios para el Desarrollo Social- Universidad Nacional de Santiago del Estero.
- b. Profesora en enseñanza media y superior de la Historia y estudiante avanzada de la licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires.
- c. Estudiante avanzada de la licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires.
- d. Licenciada en Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires.

Resumen:

Desde la mirada del Trabajo Social nos propusimos reflexionar en torno al acceso a la salud desde el análisis de un dispositivo de una política pública destinada a asegurar el ejercicio de los derechos sexuales y (no) reproductivos de jóvenes. Se presenta una primera aproximación al plan ENIA a partir del análisis situado de uno de sus dispositivos, las Asesorías en Salud Integral Adolescente en las escuelas secundarias en la provincia de Santiago del Estero. El abordaje se ha realizado a partir de entrevistas semiestructuradas a responsables de la coordinación de las

asesorías y a una asesora y la revisión de documentos oficiales del Plan. El enfoque territorial ha ocupado un lugar central en el presente trabajo en tanto nos ha permitido reconocer la mutua condicionalidad territorio-política de salud desde una mirada integral que no pierde de vista la complejidad de la problemática e incorpora las determinaciones sociales de la salud al análisis a partir de los aportes teóricos de la salud colectiva y la epidemiología crítica.

Palabras clave: Políticas públicas - Territorio - Salud.

Summary

From the point of view of Social Work, we proposed to reflect on the access to health from the analysis of a public policy device aimed at ensuring the exercise of sexual and (non) reproductive rights of young people. A first approach to the ENLA plan is presented from the analysis of one of its devices, the Comprehensive Adolescent Health Counseling in secondary schools in the province of Santiago del Estero. The approach was based on semi-structured interviews with those responsible for the coordination of the advisories and with an advisor and the review of official documents of the Plan. The territorial approach has occupied a central place in this work as it has allowed us to recognize the mutual conditionality territory-health policy from an integral viewpoint that does not lose sight of the complexity of the problem and incorporates the social determinants of health into the analysis based on the theoretical contributions of collective health and critical epidemiology.

Key words: Public policies - Territory - Health.

Introducción

El presente artículo parte de una premisa clara: el Trabajo Social puede y debe contribuir al ejercicio del derecho a la salud. Éste ha sido reconocido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en nuestro país tiene jerarquía constitucional. Si a ello sumamos que la Ley Federal del Trabajo Social N°27.072 (2014) establece, en su 4° artículo, como objetivos de la profesión "el cambio y el desarrollo social" fundándose en "los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad", entendemos que nuestra disciplina tiene la obligación de trabajar en pos del derecho a la salud.

Nos centramos en el acceso a la salud sexual y (no) reproductiva de y jóvenes en tanto se encuentra respaldada por marcos normativos internacionales y nacionales y comprende una mirada integradora de los diversos aspectos relacionados a la sexualidad y a la reproducción.¹ Para analizar críticamente el acceso a la salud de esta población, teniendo en cuenta la complejidad de la temática, nos parece significativo analizar desde una perspectiva territorial una política nacional que se ha planteado como novedosa en su formulación e implementación por su carácter intersectorial, interministerial y con perspectiva de género. Focalizamos en la implementación de uno de los dispositivos, denominado Asesoría en Salud Integral Adolescente en las escuelas secundarias (ASIE) perteneciente al Plan Nacional para la Prevención del

1. El concepto de derechos sexuales y (no) reproductivos es adoptado por Brown (2008) en su intención de superar la significación limitada de la denominación sexuales y reproductivos que según expresa pone el énfasis en el primer aspecto, el reproductivo, pero se supone que incluye el segundo: la no reproducción. Para que ambas significaciones se visualicen rápidamente, opta por poner el (no), entre paréntesis (Brown, 2008).

Embarazo No Intencional en la Adolescencia (ENIA) en la provincia de Santiago del Estero.²

La aproximación metodológica se ha realizado a través de entrevistas semiestructuradas a una asesora y a coordinadoras del dispositivo de referencia durante los años 2022 y 2023. Asimismo, se han revisado los documentos oficiales del plan. El trabajo de campo se enmarca en la Beca Doctoral CONICET de una de las integrantes del equipo³; datos primarios a partir de los cuales realizamos el análisis mediado por los aportes teóricos compartidos en la materia “Trabajo Social y Salud en escenarios de pandemia y pospandemia” que se ofertó como materia optativa para estudiantes de Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires y para profesionales de todo el territorio nacional. Este espacio académico nos llevó a la escritura colectiva del trabajo de investigación que nutrió el presente artículo.

El Plan ENIA es llevado a cabo por la articulación de los Ministerios nacionales de Salud, Desarrollo Social y Educación. Comenzó a implementarse en el año 2018 y continuó con la nueva gestión que asumió en 2019. Se presenta como la respuesta del Estado ante un estado de situación preocupante en materia de salud sexual y reproductiva a nivel nacional que se intensifica en las provincias principalmente en las del Noroeste argentino (NOA) y Noreste argentino (NEA). Seis son las provincias del NOA en función de que están entre las 12 provincias con mayor tasa de embarazo adolescente del país; aunque sólo en algunos departamentos seleccionados.⁴

El plan se plantea cuatro objetivos generales: 1- sensibilizar a la población en general y a les adolescentes en particular sobre la importancia de prevenir y disminuir el embarazo no intencional en la adolescencia, 2- mejorar la oferta de servicios en salud sexual y reproductiva en relación con la disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de las prestaciones, 3- potenciar las decisiones informadas de les adolescentes para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos y, 4- fortalecer políticas para la prevención del abuso y la violencia sexual y para el acceso a la interrupción legal del emba-

razo según el marco normativo vigente. Para lograr dichos objetivos articula el trabajo de cuatro dispositivos de acción, entre ellos las ya mencionadas ASIE (ENIA, 2019).

Salud y accesibilidad: reflexiones desde la salud colectiva

Partimos del concepto bourdiano de campo entendiendo a la salud como un espacio relacional en el cual los distintos actores que lo integran se enfrentan por los sentidos y las prácticas de acuerdo a su posición, habitus y experiencia (Nucci et al., 2018). Esta concepción de la salud como un campo en el cual se disputan los sentidos contribuye a entender que el significado otorgado al concepto de salud constituye un proceso sociohistórico en continua construcción. En este sentido consideramos enriquecedores los aportes de la epidemiología crítica y la salud colectiva que introducen el concepto de determinaciones sociales de la salud entendiendo su complejidad –multicausalidad– y la relación entre la estructura y las condiciones sociales con los procesos de salud-enfermedad de una manera no lineal (Breilh, 2013). No tomarlos en cuenta conduce a un abordaje superficial de los problemas de salud, lo que afecta particularmente a los sectores más vulnerables de la sociedad. (Nucci et al. 2018) Desde estas perspectivas se sostiene a la salud como un derecho que debe construir autonomía de forma intercultural, entrelazando la salud física con la espiritual, así como la salud individual con la colectiva (Fernández et al., 2020).

Siguiendo a Eslava-Castañeda (2017) el proceso de salud-enfermedad de la población en un territorio históricamente situado siempre está sujeto, no sólo a manifestaciones físicas sino también, a manifestaciones sociales producto del modo de organización social del sistema capitalista. Estas manifestaciones sociales se darían por el modo en que se organizan las relaciones de producción y reproducción social, modos que modelan maneras de vida de los distintos grupos sociales según el lugar que ocupen en las relaciones de producción y en las fuerzas productivas, es decir, en la estructura social,

2. El dispositivo de asesorías solo se desarrolla en 4 departamentos de la provincia (Capital, Banda, Río Hondo, Robles), los cuales tienen mayor concentración poblacional. Si bien forma parte de una política nacional, el dispositivo ASIE depende a nivel provincial del Subprograma de Adolescencia correspondiente a la Dirección Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Provincia.

3. Beca Interna Doctoral INDES (Instituto de Estudios para el Desarrollo Social)-UNSE (Universidad Nacional de Santiago del Estero)-CONICET. Plan de trabajo: Derecho a la salud, sujetos y prácticas organizativas.

4. ENIA se implementa en las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Chaco, Corrientes, Entre Ríos, Jujuy, La Rioja, Misiones, Salta, Santiago del Estero y Tucumán.

actuando como determinantes primordiales en el proceso salud-enfermedad.

Varios autores coinciden en que el derecho a la salud debería englobar y contemplar la satisfacción de otros derechos sociales tales como la vivienda, alimentación, educación, etc.; que son esenciales para la conservación de la salud y el bienestar. En este sentido la intersectorialidad en la planificación e implementación de las políticas públicas resulta un elemento insoslayable para poder trabajar sobre la prevención y promoción de la salud.

De acuerdo a la lógica que venimos siguiendo, creemos que hablar del derecho a la salud conduce, inevitablemente, a hablar de su acceso y del proceso salud-enfermedad-atención. Siguiendo a Carballeda entendemos que el acceso es el vínculo que une al sistema de salud con sus usuarios. En tanto lazo social, la accesibilidad no es entendida de una única manera sino que su definición depende de las condiciones en las que se encuentra el tejido social en una coyuntura particular (Carballeda, 2013).

Es por ello que una reflexión sobre las condiciones actuales del acceso a la salud en nuestro país no puede desentenderse de la estructura y lógicas que han quedado instaladas en el sistema de salud y fueron promovidas por gobiernos neoliberales en momentos de reconfiguración del sistema capitalista (Carballeda, 2013). Como resultado de estos procesos el sistema de salud argentino aún padece problemas estructurales como la fragmentación, el desfinanciamiento y la mercantilización de los servicios (Rovere, 2021).

Además, consideramos indispensable tener en cuenta los enfoques feministas que nos hablan de interseccionalidad en tanto nos encontramos en un capitalismo patriarcal que promueve determinados significados, formas de actuar, de habitar el propio cuerpo y el espacio y lógicas sobre los géneros, la diversidad y las condiciones étnicas y sociales (Fernández et al., 2020).

Por otra parte, es imposible pensar el acceso a la salud como parte integrante del proceso de salud-enfermedad-atención sin tener en cuenta la cuestión territorial. Dada la fragmentación de nuestro sistema de salud es imposible que una política sanitaria resulte viable si no tiene en cuenta la dificultad en el acceso que tienen importantes sectores de la sociedad por sus condiciones socioeconómicas y/o por la lejanía de los servicios de

salud de sus lugares de residencia. Siguiendo a Chiara (2021), consideramos al territorio como algo más que el espacio geográfico en el que se desenvuelve una política sanitaria ya que es, sobre todo, un espacio dinámico y político que debe formar parte de su construcción. La referida autora distingue el territorio de proximidad del territorio de conectividad, el segundo concepto pone el foco en la cualidad relacional del territorio, se trata de un espacio donde se entrecruzan y dialogan distintos niveles de la vida política y comunitaria. Así, si bien la política puede construir territorialidad, el territorio condiciona a la política.

Descentrar el análisis de la política sanitaria

Disponernos a reflexionar en torno al acceso a una política sanitaria por fuera de Buenos Aires nominada como el centro, poniendo foco en una provincia catalogada como del interior, como lo es Santiago del Estero, conlleva un intento político por superar la racionalidad urbano-céntrica (Caldeira, 2000) —matriz colonial analizada por autores descoloniales— que caracteriza las definiciones de las políticas públicas y poner el foco en territorios segregados (Chiara, 2021). Ello resulta significativo porque las estadísticas si bien arrojan datos positivos no permiten dilucidar los obstáculos que enfrentan quienes implementan las políticas en los territorios en el territorio y el acceso efectivo al sistema de salud. En principio si hablamos del territorio provincial una primera cuestión a mencionar es que Santiago del Estero es una provincia del NOA con altos índices de pobreza y poblaciones en condición de vulnerabilidad social. A nivel territorial-organizativo está constituida por 27 departamentos, donde reside la mayor proporción de población rural de Argentina (31,3% - CNP 2010) muchos de ellos de raíces indígena-campesinas. Otra característica significativa de la población rural es su dispersión geográfica, existen pequeños parajes rurales en un territorio que muestra gran diversidad y heterogeneidad.

La construcción de la territorialidad de la política en territorios segregados. Obstáculos y estrategias de intervención

El Plan ENIA como política pública nacional generó muchos obstáculos y controversias en tanto se propone como estrategia de abordaje de la salud sexual y repro-

ductiva adolescente desde un enfoque integral. En la provincia de Santiago del Estero, donde históricamente existe un entramado de relaciones en el que los sectores conservadores y la iglesia católica ejercen una constante presión en el impedimento del abordaje de ciertas temáticas (Palazzi, 2017). Los derechos sexuales y (no) reproductivos, así como las políticas públicas que los garantizan, se han instalado con limitaciones tanto en el campo de la educación como de la salud; producto de la construcción de dispositivos visibilizados en discursos y prácticas, que impactan directamente en la garantía de estos derechos (Ramírez, 2019).

Partiendo de la condicionalidad mutua que se genera entre los territorios y las políticas (Chiara, 2021) sostenemos que dicha relación puede generar límites pero también posibilidades para la accesibilidad a la salud de las personas que producen y reproducen sus vidas en esos espacios. Las políticas de salud tienen la capacidad de crear territorialidad (Chiara, 2021), esto significa que pueden construir nuevas relaciones entre actores o potenciar las existentes, incidiendo en las dinámicas de poder, crear nuevas formas de nombrar, nuevas significaciones y prácticas otras.

El esfuerzo por institucionalizar el dispositivo a partir del trabajo en red es una estrategia asumida desde la coordinación de las ASIE: “(...) creando espacios de red entre las instituciones (...) porque básicamente nosotros veíamos que el plan estaba aislado” (Coordinadora del dispositivo de Asesoría de ENIA, entrevista personal, 24 de febrero de 2023). Las ASIE han irrumpido en los escenarios escolares y sanitarios, bajo la figura de la/el asesora/or, quien promueve estrategias de trabajo que han modificado las dinámicas institucionales. Es así que el ingreso de un agente externo ajeno a las lógicas y culturas institucionales escolares requirió un proceso de construcción de territorialidad, lo que ha obligado a tejer vínculos-redes con distintos agentes educativos y las/os jóvenes a fin de legitimar el espacio. En los centros de salud, por su parte, se han ido tejiendo relaciones y estrategias con agentes sanitarios en pos de disputar sentidos y prácticas al modelo médico-hegemónico-adultocéntrico. El dispositivo instala nuevas maneras de significar a las/os jóvenes, situándolas/os en un lugar de reconocimiento, propone nuevas prácticas en torno a la salud, el cuerpo, la autonomía poniendo en tensión lo instituido (Castoriadis, 2007) en una dinámica relacional y conflictiva. El asesor se constituye, de esta manera, en un puente necesario entre las/os jóvenes y un sistema de salud, allí reside su potencial transformador.

Las asesoras expresan que generan abordajes en red entre las distintas instituciones con el objetivo de dar respuestas a problemáticas concretas y con miras a la promoción y la prevención de la salud. Las estrategias de prevención y promoción se realizan en espacios socio-comunitarios, recreativos y culturales que convocan a las/os jóvenes a distintas actividades donde puedan asumir una participación activa.

Desde la coordinación del dispositivo se identifica la baja concurrencia de los varones a las asesorías y actividades propuestas, “(...) están muy feminizados los espacios de asesorías” (Coordinadora del dispositivo de Asesoría de ENIA, entrevista personal, 24 de febrero de 2023). Por ello están buscando generar nuevas estrategias que interpelen a este sector. Se han llevado a cabo capacitaciones sobre masculinidades destinadas a las/os asesores y estos últimos han comenzado a promover actividades en los espacios públicos que aglutinan a los varones en actividades recreativas y culturales como las competencias de freestyle. El objetivo de estas intervenciones es generar conciencia sobre la importancia del autocuidado y la autoatención, destacando la dimensión comunitaria del cuidado de la salud (Menéndez, 1994) e incentivar la reflexión sobre la necesidad de deconstruir la masculinidad hegemónica. También se resaltó que las/os asesores demandan capacitación en torno a la diversidad sexo-genérica reconociendo como una vacancia del plan el abordaje de esta temática. Con las/os jóvenes se han llevado a cabo algunas actividades para abordar la cuestión, como un torneo de fútbol que requería la previa participación de un taller sobre diversidad como requisito para la inscripción.

En relación al ámbito sanitario desde la coordinación se remarca la necesidad de que los servicios lleguen a todas/os las/os adolescentes, especialmente a quienes se encuentran en el interior de la Provincia. Para ello se generaron operativos de salud integral y colocación de implantes subdérmicos, en los que participan las/os agentes de salud del Plan Enia con el fin de capacitar a las/os profesionales de los centros de salud locales en temas como salud sexual y derechos de niñas, niños y adolescentes para que todas/os tengan asegurado el acceso al sistema de salud. No obstante, se señala que persiste la resistencia de algunas/os efectores de salud.

Es significativo destacar como el territorio resulta, asimismo, condicionante de las políticas sanitarias (Chiara, 2021) y es allí donde las generalizaciones en torno a los logros/conquistas del dispositivo a nivel provincial se

ven tensadas por las condiciones objetivas, las barreras geográficas, la escasez de instituciones locales para llevar adelante el trabajo articulado, la escasez de recursos para promover el acceso adecuado de estas poblaciones atravesadas por condiciones de pobreza y vulnerabilidad social. En el relato de la asesora se vislumbran las desigualdades que atraviesan las vidas de las jóvenes y como ello se constituye en determinante para su salud, no pudiendo desvincularse, en consecuencia, la política sanitaria de las políticas sociales tal como lo plantea el enfoque de la salud colectiva:

(las chicas) "La dificultad que tienen en el acceso a los derechos, el vivir de este lado, de la ciudad con todas las dificultades que eso implica y la clase social que a veces también nos atraviesa y también éste influye en todo en la salud, en el acceso a los derechos, en el método anti-conceptivo. Es algo con lo que siempre estamos luchando nosotros. Cuando la mujer necesita una ecografía, ya sea para IVE (interrupción voluntaria del embarazo), para control de su embarazo o para control de su salud, es muy difícil conseguir en el ámbito público, más van al ámbito privado y hay mujeres que no la tienen. Muchas veces hemos puesto de nuestro bolsillo" (Asesora de ENIA, entrevista personal, 07 de Julio de 2002).

La clase social en la pandemia ha sido tremenda porque... sobre todo yo conozco la parte del interior...Yo conozco muchas mujeres (...) mujeres que se mueren porque no tienen acceso a una salud, o sea trasladarse desde el interior. Cuando no había colectivos. Primero porque las mujeres dejamos la salud casi para lo último. Cuando aparecen dolencias lo hacemos cuando ya no queda más recurso. Hablamos de las mujeres, del campo, del interior. Imaginate en pandemia que un remis ¿cuánto sale? 1000 pesos del interior (Asesora de ENIA, entrevista personal, 07 de Julio de 2002).

Vemos como los lugares de residencia sumados a la clase social y el género se tornan determinantes del acceso a la salud (Laurell, 2012).

Existe un consenso en reconocer que las políticas sanitarias sólo incorporan la dimensión territorial de una manera restringida con fines administrativos y de organización de los servicios. Tradicionalmente, la categoría de territorio se ha utilizado para delimitar geográficamente áreas o divisiones administrativas (Monken et al., 2010, en BordeTorres-Tovar, 2017). Históricamente

el sistema de salud provincial ha sido insuficiente para responder a las necesidades de la población del interior, en tanto no brinda adecuado acceso a los servicios de salud por escasez de recursos y/o de personal y por la deficiente infraestructura hospitalaria, a pesar de los avances que se han llevado a cabo en los últimos años.

La oficina del ENIA y del Subprograma de Adolescencias se encuentran radicadas en la ciudad capital, prevaleciendo esta concepción urbano-céntrica en la organización socio-sanitaria de la provincia. Desde el Ministerio de Salud la prestación de los servicios se organiza dividiendo la provincia en siete zonas sanitarias, distribución espacial que muestra como los hospitales de mayor complejidad (Hospitales Zonales) al igual que las instituciones públicas estatales centrales se concentran en las zonas urbanas de Capital y Banda.

En este sentido es que, si bien, la política prevé que las/os asesores estén presente tres días en la escuela y dos en el centro de salud, lo cierto es que esto sólo lo cumplen quienes trabajan en los territorios urbanos y con mayor accesibilidad geográfica (en el sentido de disponer de caminos, transporte público regular, etc.). Las personas que desarrollan su labor en espacios rurales del interior provincial lo hacen reconociendo limitaciones en el desempeño de sus roles. Al ingresar al sistema educativo tal como está organizado en la ruralidad con escuelas sedes y agrupamientos (edificios a varios km de distancia donde funcionan aulas) la/el asesora/or ve limitada su presencia tal como lo plantea el plan. Por ello deben construir itinerarios para acercarse al territorio de manera estratégica, de forma que ese viaje rinda en tiempo y resultados. Al respecto las entrevistadas opinan acerca del trabajo de las/os asesores en el interior:

"Hay lugares que son lejísimos (...) vos dependes esto, que los micros llegan, algunos pasan solo dos veces al día y hay parajes en donde no ingresa el transporte público y dependes de la buena voluntad de la gente" (Coordinadora del dispositivo de Asesoría de ENIA, entrevista personal, 24 de febrero de 2023).

"Nosotras estamos aquí en Capital y podemos acercarnos más a Banda y Capital. Los viajes que hacemos (...) con la distancia y la disponibilidad, quisiéramos viajar muchísimo más, pero por ahí nos excede a nosotras" (Coordinadora del dispositivo de Asesoría de ENIA, entrevista personal, 24 de febrero de 2023).

La implementación del dispositivo en la provincia no estaría reflejando una adecuación a la diversidad territorial, una decisión asumida por la política que es posible identificar en la no garantía de los viáticos destinados a los traslados de asesores⁵ a los lugares de trabajo y la ausencia de estrategias y/o a alternativas que permitan crear y sostener los territorios de conectividad (Chiara, 2021).

Los efectos de la pandemia

Con la llegada de la pandemia las asesorías debieron adaptarse y reinventarse para seguir sosteniendo el plan, priorizando el seguimiento telefónico de los casos de Covid-19 sin dejar de lado la problemática del embarazo no intencional en la adolescencia y la vulneración de derechos de los niños, niñas y adolescentes que podía incrementarse a partir del aislamiento social preventivo y obligatorio.

En un contexto de reconfiguración y complejización de los problemas sociales (Carballeda, 2020) los acompañamientos de situaciones singulares se siguieron realizando, al igual que el trabajo articulado con otras instituciones, de forma virtual con las limitaciones que ello implica. Se recurrió a las redes sociales como herramienta para dar a conocer el trabajo de las asesorías y también compartir información científica en relación al COVID-19. Fue un espacio donde las/os jóvenes podían participar y hacerse escuchar en tiempos adversos. Es importante destacar que esta respuesta coyuntural se ha mantenido en tanto la llegada de las/os asesores al territorio sigue siendo limitada. Esta estrategia ha sido y es insuficiente e inadecuada para atender las necesidades de la población residente en zonas rurales del interior provincial que, en muchos casos, no disponen de los servicios sociales básicos tales como agua potable y energía eléctrica ni mucho menos una conexión a internet. De esta manera vemos como la exclusión social inherente a la lógica del sistema capitalista genera condiciones materiales y subjetivas de vida que representan un obstáculo para la construcción de territorios de conectividad (Chiara, 2021).

Intersectorialidad e interinstitucionalidad

La no contemplación de las cuestiones socioeconómicas y culturales en diagnósticos, diseños, planificación e implementación de políticas sanitarias conduce a una concepción biologicista del sujeto y de la enfermedad (Nucci et al. 2018). Laurell (2012), plantea que la construcción de un sistema de salud sólido requiere una planificación de servicios adecuada que permita franquear las barreras geográficas y la desigualdad que se producen en el acceso a la salud. Debido a la transversalidad que presentan los problemas de salud –en tanto representan una manifestación de los problemas sociales–, Carballeda (2020) plantea la necesidad de dar una respuesta integral a los procesos de salud-enfermedad, lo que implica un abordaje intersectorial. Así, un abordaje no superficial de la problemática planteada por el plan que estamos analizando requiere el trabajo en conjunto de diversos sectores: Desarrollo Social, Salud, Educación, y Justicia, entre otros.

ENIA se presenta desde la planificación y puesta en marcha como un plan intersectorial que articula con el Ministerio de Salud, Educación y Desarrollo Social. A nivel jurisdiccional, el dispositivo ASIE articula con la Dirección de APS (Atención Primaria de Salud) para generar un nexo entre la escuela, el sistema de salud pública y las/os adolescentes; también con el Programa de Salud Mental de la provincia; el Ministerio de Educación a través del Programa de ESI (Educación Sexual Integral) para intervenir en casos de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes y en la actualidad con la Dirección de Juventudes de la Municipalidad de la ciudad Capital con actividades recreativas e informativas.

Se observa el esfuerzo que se hace por trabajar interinstitucionalmente pero la limitada contemplación de las dimensiones culturales y socioeconómicas del territorio constituye, entre otras cosas, para gran parte de la población, especialmente la rural, una barrera infranqueable para el acceso a la salud. En este sentido cabe destacar las limitaciones estructurales que padecen las

5. Las entrevistadas mencionan un recorte de los viáticos para viajes que fue realizado durante la pandemia, situación que no se ha revertido hasta el presente, y cómo ello ha incidido en las posibilidades de garantizar la presencia de asesores en los territorios.

instituciones gubernamentales en el territorio provincial, tal como hemos mencionado anteriormente.

Interdisciplina

Si bien el Plan está referido principalmente a combatir el embarazo no intencional en la adolescencia también se abordan, desde una perspectiva integral de la salud, otros temas que las/os jóvenes plantean, problemáticas de su vida cotidiana. Aunque las/os asesores se reúnen una vez al mes, organizando el encuentro por departamentos, además de que reciben capacitaciones continuas virtuales de Nación, consideramos que resulta insuficiente este trabajo para responder a la complejidad de problemáticas que emergen en las asesorías, muchas de las cuales están asociadas a vulnerabilidad social, violencias, salud mental, adicciones, etc.

Un equipo interdisciplinario, tal como lo dice la palabra, involucra como condición necesaria, no suficiente, la presencia de profesionales de los distintos sectores y disciplinas (Godoy, 2014). Las/os asesores son en su mayoría profesionales con una formación en salud integral pero sin formación social ni jurídica. El trabajo interdisciplinario planteado desde el dispositivo ASIE en Santiago del Estero no llega a concretarse en tanto las asesorías están conformadas en su mayoría por profesionales de Educación para la Salud, obstetras y solo tres psicólogas. La figura del Trabajo Social no se considera importante en tanto no aparece en los equipos interdisciplinarios. La capacidad que ha demostrado y que ha construido en el abordaje territorial el Trabajo Social nos permite afirmar que éste tiene un gran potencial para aportar a la comprensión y transformación de los procesos de salud-enfermedad-atención teniendo en cuenta que actúa como mediador activo entre personas que tienen vulnerados sus derechos y un Estado que debe garantizar el ejercicio de estos. Nuestra disciplina ha forjado su trayectoria en el campo de la salud en paralelo a la constitución de los sistemas sanitarios estatales posicionándose como parte de los agentes profesionales que incorporan las dimensiones económicas, políticas y socio-culturales del sujeto y los problemas sociales en la explicación y/o en las estrategias implementadas (Nucci, 2018).

Palabras finales que invitan a nuevas aperturas

Como toda mirada que se construye en torno a un tema, es preciso reconocer que nos hemos basado en la perspectiva de referentes locales del dispositivo de asesoría del Plan ENIA y una asesora de salud integral perteneciente al mismo. Esta reconstrucción del tema resulta incipiente y exploratoria y resta incorporar la mirada de las/os jóvenes destinatarios de la política, tal como se propone desde la perspectiva de la salud colectiva (Menéndez, 1994).

El acercamiento a una experiencia territorial de implementación de una política sanitaria nos permitió comprender como el territorio produce y reproduce desigualdades. Asimismo, desde un enfoque interseccional observamos cómo interactúan y se condicionan mutuamente la residencia, la edad, la clase social en las condiciones de vida de las/os jóvenes generando diferencias que se tornan en desigualdades y determinan las maneras de experimentar los procesos de salud-enfermedad-atención. De esta forma podemos afirmar que la territorialidad que construye la asesoría de ENIA en las zonas urbanas no es la misma que se construye en las zonas rurales y del interior provincial.

Sostenemos que superar las barreras que encuentran las/os jóvenes de las zonas más segregadas para el acceso a la salud es responsabilidad del Estado, que debe llevar a cabo políticas de reparación histórica en el NOA y el NEA. Desde las ASIE, en tanto dispositivo estatal, una estrategia posible para construir territorios de conectividad podría consistir en promover la formación de promotoras/es de salud locales a partir de la articulación con las organizaciones sociales que se encuentran en los territorios. Entendemos que tal estrategia plantearía nuevos obstáculos y desafíos, entre ellos se destaca la necesidad de superar la reticencia que pueden presentar las/os jóvenes a hablar temas aún considerados tabú con personas que les resultan cercanas o familiares.⁶ Es el desafío convertir el territorio de proximidad en uno de conectividad.

Si bien reconocemos los esfuerzos por asegurar el acceso a la IVE y a la ILE (Interrupción Legal del Embarazo), también nos parece pertinente repensar críticamente el énfasis que el plan hace en reducir los embarazos

6. "No sé por qué, pero he notado que las adolescentes han confiado en mí. A veces eso es difícil porque son temas íntimos y yo creo que también puede ser porque no vivo aquí. Me pasaba a veces, como cuando les decía quiero el método anticonceptivo, bueno retiré del hospital me dicen no, en el hospital me conocen la conocen a mi tía, la conocen a mi mamá." (Asesora de ENIA, entrevista personal, 07 de Julio de 2002)

no intencionales, en tanto encierra el peligro de seguir reproduciendo lógicas tradicionales patriarcales que asocian la sexualidad a la reproducción como riesgo. Es así que los masivos operativos de implantes subdérmicos que se promueven en todo el territorio provincial terminan siendo un parche que otorga una solución urgente y limitada a una problemática compleja. Si bien tienen una efectividad comprobable, la colocación masiva de dichos dispositivos parece reforzar las ideas de la responsabilidad casi exclusiva de las mujeres en el autocuidado y la autonomía como una responsabilidad individual.

A pesar de que las fuentes revisadas muestran la intencionalidad de generar prácticas de autocuidado en los varones a partir de la reflexión crítica de la propia masculinidad, parece necesario incorporar una perspectiva de autoatención que refuerce la importancia de los vínculos. Percibir al/la otra/o como una dimensión de mi propio cuidado requiere poner el foco en las relaciones comunitarias y en las prácticas de autoatención que destacan la importancia de la comunidad en el cuidado de la propia salud.

Bibliografía

- Borde, E., Torres-Tovar, M. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde em Debate*, vol. 41, núm. 2, enero-junio, 2017, pp. 264-275 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31(supl 1): S13-S27.
- Caldeira, T. (2000) Ciudad de muros: Crimen, segregación y ciudadanía en Sao Paulo. Editorial Gedisa S.A., Barcelona.
- Carballeda, A. (2013). La accesibilidad y las políticas de salud. En: Krmpotic C. et al: (Sub) Culturas profesionales. Poder y prácticas en salud. Buenos Aires. Miño y Dávila.
- Carballeda, A. (2020) Apuntes sobre la intervención del Trabajo Social en tiempos de Pandemia de Covid-19. La Intervención en Lo Social en Tiempos de Pandemia. *Revista Margen*. <https://www.margen.org/pandemia/carballeda2020.html>
- Castoriadis, C. (2007). El imaginario social instituyente. Biblioteca Omegalfa, París, 2007.
- Chiara, M. (2021). Salud en territorios segregados. Apuntes para pensar las políticas desde los aprendizajes que deja la pandemia. Año 10 - Nro. 20- Revista "Debate Público. Reflexión de Trabajo Social" - Artículos Centrales. Carrera de Trabajo Social. UBA. <http://trabajosocial.sociales.uba.ar/publicaciones/#DS>
- Eslava-Castañeda, J. C. (2017) Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. En *Revista Salud Pública*. 19 (3): 396-403.
- Eslava-Castañeda, J.C. (2017). Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Rev. Salud Pública*. 19 (3): 396-403. <https://www.scielosp.org/article/rsap/2017.v19n3/396-403>
- Fernández, C., Nobile, L., y Turconi, J. (2020) Salud colectiva, decolonialidad y feminismos. En *ConCienciaSocial*. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 4 (2020) Nro. 7 - ISSN 2591-5339. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/>
- García Godoy, B. (2014). Producción de conocimiento científico y toma de decisiones en el campo de la política pública. Modelos, tensiones y perspectivas. *Revista Debate Público Reflexiones de Trabajo Social*, 8, 51-60. Carrera de Trabajo Social. UBA. Disponible en [http://trabajosocial.fsoc.uba.ar/web_revista_8/PDF/08_García Godoy.pdf](http://trabajosocial.fsoc.uba.ar/web_revista_8/PDF/08_Garcia%20Godoy.pdf)
- <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406352166023>
- Laurell, A.C. (2012) Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos. (s/d)
- Leguizamón, L. y Núñez Ramos, A. (2020). Sobre lo social y esta pandemia. pensando desde los márgenes del Trabajo Social. Año 10 - Nro. 20 - Revista "Debate Público. Reflexión de Trabajo Social" - Artículos Seleccionados. Carrera de Trabajo Social. UBA. <http://trabajosocial.sociales.uba.ar/publicaciones/DS>
- Madeira, S; Bogliano, E y García Godoy, B. (2020) La intervención profesional es siempre una pregunta abierta Estrategias, dilemas y desafíos en el ámbito de salud en contexto de pandemia. 2 año 10 -Nro. 19- Revista "Debate Público. Reflexión de Trabajo Social" - Miradas sobre la intervención. Carrera de Trabajo Social. UBA <http://trabajosocial.uba.ar/publicaciones/DS>
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?. *ALTERIDADES*; vol. 4, núm. 7, 1994, pp. 71-83 Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa D. F México. <https://www.redalyc.org/pdf/747/74711357008.pdf>
- Nucci, N; Crosetto, R; Bilavcik, C y Miani, A. (2018). La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública. En *ConCienciaSocial*. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 1. Nro. 2. UNC. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/>
- Palazzi, V. (2017). Prácticas y representaciones sociales de la sexualidad en la adolescencia. Propuestas educativas desde la Comunicación Social. Disertación doctoral no publicada, Doctorado en Humanidades, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Tucumán, Argentina.
- Ramírez, M. (2019). "Los derechos sexuales y (no) reproductivos. Dudas y deudas pendientes". Artículo aceptado para su publicación en *Astrolabio*, Revista de Ciencias y Humanidades de la Universidad Autónoma Ciudad de México. En prensa
- Rotondi, G. (2020) Instituciones e institucionalidades. En *La Intervención en lo social en tiempos de pandemia*. Dossier. Margen. <https://www.margen.org/pandemia/>
- Rovere, M. (2021) Derecho a la Salud y Sistemas Integrados. Lecciones de la Pandemia. Año 11. Ed. N° 21. Año 10 - Nro. 20 - Revista "Debate Público. Reflexión de Trabajo Social". Artículos Centrales. Carrera de Trabajo Social. UBA. <http://trabajosocial.sociales.uba.ar/publicaciones/#DS>

Documentos y marco normativo

Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia 2017-2019 Documento Oficial. Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación.

Ley Federal de Trabajo Social (2014) N°27.072

Artículos seleccionados

Salud mental comunitaria y género: Reflexiones desde las voces de las usuarias.

Ximena Paz^a

Fecha de recepción:	21 de marzo de 2023
Fecha de aceptación:	29 de marzo de 2023
Correspondencia a:	Ximena Paz
Correo electrónico:	xime.ap.09@gmail.com

a. Lic. en Trabajo Social. Residencia de Trabajo Social
– Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich
Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

Resumen:

El presente trabajo parte de la inserción al dispositivo comunitario de Salud Mental del CeSAC N° 46, como residente de segundo año de Trabajo Social, donde se realiza una reflexión y análisis del mismo a partir de la mirada de las usuarias. Para esto, se llevaron a cabo tres entrevistas semi-estructuradas a las participantes y se tomaron registros de los encuentros y sus planificaciones. Como parte del análisis, se toman las representaciones y percepciones de las usuarias en torno a cuatro ejes: salud mental, definición del espacio, los aportes del dispositivo y los motivos de su participación. Asimismo, se presenta al dispositivo como un espacio que habilita la reflexión y problematización en cuestiones de género promoviendo y fortaleciendo la capacidad colectiva para afrontar los distintos determinantes y condicionantes de los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado. A su vez, se marca la importancia del abordaje de la salud mental desde una perspectiva comunitaria, que permita generar entornos y condiciones de vida que favorezcan el desarrollo integral de las personas y comunidades

Palabras clave: Salud Mental - Dispositivo Comunitario - Género.

Summary

The present work starts from the insertion to the community Mental Health device of CeSAC N°46, as a second-year resident of Social Work, where a reflection and analysis is carried out from the perspective of the users. For this, three semi-structured interviews were carried out with the participants and records of the meetings and their planning were taken. As part of the analysis, the representations and perceptions of the users are taken around four axes: mental health, definition of the space, the contributions of the device and the reasons for their participation. Likewise, the device is presented as a space that enables reflection and problematization on gender issues, promoting and strengthening the collective capacity to face the different determinants and conditioning factors of the health/disease/attention/care processes. At the same time, the importance of approaching mental health from a community perspective is highlighted, which allows the creation of environments and living conditions that favor the integral development of people and communities.

Key words: Mental Health - Community Device - Gender.

Introducción

En el presente trabajo me propongo como objetivo conocer la experiencia del espacio grupal de salud mental del CeSAC N°46 a partir de la mirada de las usuarias. Para tal objetivo se realizaron tres entrevistas semiestructuradas y se utilizaron otros documentos como planificaciones de dicho espacio.

En un primer momento me detendré en caracterizar el contexto y las particularidades que dieron surgimiento al dispositivo. A su vez, me propongo dar cuenta de las características y funcionamiento de dicho espacio.

En un segundo momento, expongo los principales datos recabados en relación a las representaciones sociales y percepciones de las usuarias sobre: salud mental, definición del espacio, los aportes del dispositivo y los motivos de su participación. Cabe destacar que estos tres ejes se entrecruzan con otras variables que nutren el análisis.

En un tercer momento, desde una perspectiva de promoción de la salud mental comunitaria, se ubica al dis-

positivo como un espacio para problematizar cuestiones de género, propiciando un espacio de reflexión y cuestionamiento crítico promoviendo y fortaleciendo la capacidad colectiva para afrontar los distintos determinantes y condicionantes de la salud.

Por último, se realizan reflexiones finales, resaltando la importancia de dicho dispositivo, como una estrategia de promoción de Salud Mental que apunta hacia la reconfiguración y transformación de lazos sociales en un escenario de postpandemia.

Breve contextualización y caracterización del dispositivo

El dispositivo se denominó por el equipo como "Salud Mental Entre Todes" y comenzó a funcionar a partir del mes de abril del 2022 con una frecuencia semanal por la mañana en el CeSAC 46, ubicado en la zona Boca-Barracas. El equipo que le dio inicio a esta propuesta estuvo conformado por profesionales de la disciplina de Trabajo Social, Psicología, Clínica Médica y la residencia de Trabajo Social.

Si bien es un grupo abierto a la comunidad, su participación está dada por ocho mujeres aproximadamente, en su mayoría mujeres adultas de mediana edad, siendo esto una característica en la conformación del espacio grupal. En cuanto a las características de la población usuaria, la mayoría de ellas se encuentran jubiladas, otras realizan trabajos de forma esporádica y/o se encuentran desempleadas, siendo esto un factor importante en la disponibilidad de tiempo para su participación. Este último dato no es menor, si se considera que la Comuna 4 junto a otras, muestra los indicadores de desocupación más desfavorables.

En relación a la funcionalidad del dispositivo, los primeros encuentros estuvieron orientados a construir el espacio de manera conjunta, trabajando las concepciones e ideas sobre la salud mental, hasta cuestiones más específicas que fueron surgiendo de la evaluación de cada encuentro. Se busca propiciar un espacio de intercambio que tenga en cuenta las concepciones, significaciones y subjetividades de sus participantes, promoviendo la construcción de saberes y acciones en el marco de los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado. Se busca que las actividades y/o dinámicas disparadoras de cada encuentro (juegos, preguntas, lecturas, etc.) además de abordar alguna temática específica, permitan trabajar aspectos grupales, fortalecer la red comunitaria e instalar un espacio de confianza.

En cuanto al surgimiento del dispositivo, el mismo surge con el propósito de dar continuidad al espacio de “Encuentro en Grupos”, el cual fue llevado a cabo durante un mes y medio en el 2021, con el objetivo de construir un espacio cuidado donde se posibilite la elaboración singular y colectiva de las pérdidas, propiciando la (re) constitución del lazo social y las redes de apoyo. El equipo de salud del CeSAC 46 frente a las demandas de la comunidad referidas a espacios de escucha donde poder abordar duelos ante pérdidas significativas, ya sea debido a fallecimiento de seres queridos, pérdidas laborales, atravesamiento de ciclos vitales, diagnósticos referidos a su salud y todo aquello que las personas vivenciaron como tal en el marco de la pandemia por Covid-19, propusieron como estrategia un espacio grupal que permita dar respuesta al contexto de “postpandemia” poniendo el foco en la reconfiguración de redes barriales y comunitarias.

Tomando en cuenta este antecedente, desde el equipo de salud se propone el dispositivo de “Salud Mental Entre Todes”, con el fin de promover un espacio grupal

que favorezca el intercambio en torno a distintos aspectos que hacen la salud mental (pérdidas, atravesamiento de ciclos vitales, etc.) de manera colectiva.

Desde dicho espacio se entiende a la Salud Mental desde una perspectiva comunitaria, se considera que la salud mental es mucho más amplia que el abordaje individual de la misma, teniendo varios componentes, que incluyen a varias disciplinas que pueden aportar de forma integral a las problemáticas. Tal como sostienen Bang (2014) las actividades de promoción de salud mental desde una perspectiva comunitaria, permiten generar espacios colectivos que apuntan hacia la transformación de lazos comunitarios, vínculos solidarios y participación de la comunidad. Se entiende a la salud mental como un proceso construido socialmente y que, en un marco de grupalidad, el escuchar a otra persona nos nutre de experiencias afines, nos da herramientas y enfrenta con vivencias propias para ayudarnos a repensarlas. En este sentido me parece importante tomar el concepto de Augsburger (2002) que reafirma la dimensión subjetiva que constituye el proceso mismo de enfermar y su reconocimiento, destacando la implicancia que tienen las transformaciones y crisis que las personas atraviesan en la sociedad, así como también las condiciones de vida en el ámbito familiar en la generación de padecimiento psíquico, sin necesidad de considerarlas en términos de patologías.

Cabe destacar que, en Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental, promulgada a fines del año 2010 ofrece un marco legal que impulsa la implementación de prácticas de salud mental con base en la comunidad. Desde este marco se promueve la integración de acciones dentro de los criterios de Atención Primaria de Salud Integral y se acentúa la importancia de implementar prácticas de prevención y promoción de salud mental comunitaria que aborden problemáticas de salud mental propias de la complejidad de la realidad actual.

Existe una suerte de división entre atención clínica individual y los dispositivos comunitarios siendo el primero el que cuenta con mayor legitimidad en el sistema de salud, ubicando a los dispositivos grupales como estrategias marginadas. Esto se inscribe en el modelo hegemónico que caracteriza a nuestro sistema de salud, poniendo el foco principalmente en el biologismo, individualismo, ahistoricidad, mercantilismo y eficacia (Menéndez 2005), valorizando únicamente la atención en el consultorio.

De esta forma considero que dicho dispositivo, contribuye en la jerarquización del abordaje de la salud mental comunitaria, así como también a fortalecer los recursos necesarios para garantizar el acceso a la atención y tratamiento de las personas con padecimiento mental.

Representaciones y percepciones: una mirada desde las usuarias

Tomando a Gabrinetti (2014) las representaciones sociales tienen su participación en la construcción social de la realidad y son compartidas con otras personas para comprender, controlar o afrontar el mundo de objetos, personas, sucesos e ideas. Es en este sentido que, las representaciones son sociales y cumplen la función de orientar el modo de designar y definir aspectos de la realidad, modos de interpretarlos y de tomar una postura frente a ellos, a través de las creencias compartidas, los valores considerados básicos y a partir de referencias históricas y culturales (Gabrinetti, 2014). En cuanto a las percepciones, siguiendo los aportes de Sacchi y otras (2007) que analizan el concepto de percepciones en torno a la cosmovisión personal de lo que estar sano o enfermo, se considera que:

Las posibilidades de percibir un problema de salud son diversas y están socioculturalmente condicionadas: factores como la responsabilidad o el rol familiar que la persona desempeñe, así como las prioridades cotidianas y las actividades que realice harán que lo perciba de modo diferente en cada caso (2007, p. 277).

En consonancia con la autora, se debe considerar a la salud o la enfermedad no solamente como hechos del mundo de la naturaleza sino también como hechos del campo de las relaciones sociales que implican valoraciones subjetivas y situaciones de poder (Sacchi y otras, 2007).

Asimismo, me parece importante tomar la perspectiva narrativa que trae Valverde (2009), entendiendo a la misma como una construcción social específica en donde la persona se ve a sí misma y al mundo, donde realiza el acto de elegir las palabras para compartir con otras personas, y en donde el acto de narrar se convierte en un proceso.

Por último, quisiera mencionar que en este trabajo se parte de la concepción de salud integral, por lo que la

Salud Mental se encuentra incluida en el campo heterogéneo de las prácticas de salud (Stolkiner y Solitario, 2007). Se parte de entender a la salud de forma integral, considerando al mismo como un proceso dinámico y socialmente construido atravesado por las determinaciones sociales (Iriart y otras/os, 2002). Si bien en el desarrollo de este trabajo se habla de la Salud Mental, se debe considerar esta separación sólo con fines analíticos a los objetivos de este escrito.

A partir de estas conceptualizaciones y aportes teóricos, se analizarán en los próximos apartados las tres entrevistas realizadas a las usuarias tomando como ejes las representaciones sociales y percepciones sobre: salud mental, definición del espacio, los aportes del dispositivo y los motivos de su participación. Cabe destacar que los presentes ejes fueron elaborados para guiar las entrevistas en función al objetivo del trabajo de conocer la experiencia del dispositivo a partir de la mirada de las usuarias. Las entrevistas fueron realizadas de manera presencial y virtual, acorde a los tiempos y disponibilidad de las entrevistadas.

Salud Mental = "Problemas cotidianos"

Ahora bien ¿cuáles son las representaciones y percepciones que tienen las usuarias sobre la salud mental? En este punto se observa que la Salud Mental para las usuarias, no necesariamente tiene que ver con una patología o un diagnóstico, los temas menos frecuentes fueron temas como "depresiones", "consumo problemático de sustancias" en contraposición con ideas de "equilibrio" y "bienestar" que fueron las más identificadas por ellas. Específicamente al indagar sobre cómo entienden la Salud Mental, la misma aparece ligada a los "problemas cotidianos" que atraviesan las personas en diferentes momentos y/o circunstancias de la vida, su aceptación y afrontamiento: "Tener salud mental es tener problemas, los cotidianos, y poderlos enfrentarlos" (Entrevistada 1, 2022). Asimismo, otra de las entrevistadas refiere: "La aceptación es salud mental, aceptarse y aceptar a otros, aceptar las circunstancias" (Entrevistada 2, 2022).

Como se puede observar, las ideas asociadas a la Salud Mental no se encuentran centradas en diagnósticos psicopatológicos individuales, sino que responden a las problemáticas de salud mental que hacen al padecimiento subjetivo de una comunidad en su conjunto. En el relato predomina una idea amplia de salud mental que

se puede observar también en la producción colectiva realizada al inicio del dispositivo. Esta actividad tuvo el objetivo de construir el concepto de Salud Mental entre las participantes, algunas de las ideas que aparecieron fueron las siguientes: estabilidad-equilibrio, hablar de lo que nos pasa, actividades que nos hacen bien, redes de apoyo, estar bien con una misma, animarnos, resolver algunos temas, no sentirnos solas, pasar buenos momentos, sostenernos, escuchar lo que nos pasa.

En relación a esto, considero que el espacio permite un reconocimiento de los padecimientos subjetivos en su complejidad. Tal como sostiene Bang (2014) para este tipo de abordajes es importante que se contemple lo colectivo, lo diverso y lo histórico en la lectura de los padecimientos de un momento determinado, aceptando las nuevas demandas, sus contradicciones y construyendo con otros sujetos en la heterogeneidad. Cabe resaltar que la singularidad de estos padecimientos se inscribe en la generalidad de nuestra sociedad, y es este sentido que considero que no se puede escindir la salud mental de los procesos de producción y reproducción social, caracterizado por la desigualdad, la precarización de las condiciones laborales, la fragilización de lazos comunitarios, entre otros aspectos que condicionan nuestra vida cotidiana. Estos aspectos complejizan la situación de padecimiento y nos invitan a problematizar los modos de abordaje del mismo, atendiendo a los entramados en los que inscriben los sujetos y la comunidad.

Entre el encuentro y la escucha

En relación a cómo definirían al dispositivo y que es lo que más disfrutan, el espacio de encuentro, la escucha y el compartir experiencias es lo más valorado: “Lo que más me gusta, al hablarlo con otras personas, encontrarme con otros, uno se da cuenta que todos tenemos nuestros problemas y que se puede superar” (Entrevistada 1, 2022). En relación a esto, otra de las usuarias expresa:

Me gusta el encuentro, y se respeta las ideas de todos. Cuando uno cuenta una problemática que tiene, saca de ahí muchas herramientas para el día a día, eso me ayudo bastante y el poder conversar con alguien. Me siento bien anímicamente, la verdad que estoy bien (Entrevistada 2, 2022)

Como se observa, la posibilidad del encuentro y escucha con otras personas con realidades diversas es una

de las cosas más valoradas por las participantes, esto no debe sorprendernos teniendo en cuenta la sociedad en la que vivimos, ya que la fragilización de lazos sociales y de las redes de contención comunitaria son unas de las problemáticas que más se destaca de la salud mental (Bang, 2014).

En la sociedad en la que vivimos, la urgencia, la rutina, los tiempos acotados, hace que muchas veces no se valore el tiempo dedicado a los encuentros, es fundamental instalar la “pausa” que necesariamente permita un corte, que visibilice a la otra persona y haya un registro como tal y una disponibilidad a escuchar y escucharnos. Horn y otras/os (2019) sostiene que el escucharnos se construye en ese “entre” donde se crean las posibilidades de existencia de salidas creativas y posibles estrategias, generando otras modalidades que puedan alojar (nos).

A su vez, también se valora al dispositivo como un espacio inclusivo que promueve la integración de sus participantes al grupo: “Lo que más me gusta del grupo es que nos sentimos integrados sin distinción de edad, ni condición social” (Entrevistada 2, 2022).

Por lo general una de las dificultades de los espacios grupales abiertos tiene que ver con que el grupo continuamente se está conformando, siempre puede llegar alguna persona nueva y eso requiere la flexibilidad del grupo y su adaptación. En este caso, no pareciera ser una de las cosas que más preocupa a las usuarias, por lo general cada vez que alguien se suma al espacio, son ellas quienes comparten sobre el dispositivo, sus finalidades y modalidad del mismo.

¿Y qué aporta el dispositivo?

En relación al aporte que consideran que les brinda el dispositivo, se encontró distintos aspectos que favorecieron a su bienestar y al desarrollo de capacidades personales y colectivas: “A mi mejoro bastante que yo era muy cerrada y he perdido la timidez, me hace bien, me abre más la cabeza, pienso más en mí, me doy mis tiempos, para mí que me hace bien” (Entrevistada 1, 2022). Asimismo, otra de las usuarias expresa: “Claro, considero que aporta muchísimo. En el bienestar de las emociones, a mí me favoreció mucho. Muy agradecida por eso” (Entrevistada 2, 2022). En la misma línea, la tercera usuaria entrevistada afirma sentir que le aporta de igual manera que sus compañeras: “Si me aporta, es-

toy más relajada, venía muy tensionada y había momentos en que me sentía triste, y ya no tengo esa tristeza. Yo creo que este grupo me ayudó" (Entrevistada 3, 2022).

Así como el abordaje de la Salud mental en este dispositivo se aleja de las definiciones centradas en la enfermedad, se puede observar que también se aleja de aquellos programas en promoción y prevención de la salud que terminan siendo en la realidad únicamente intervenciones de tipo preventivo y que responden, en última instancia, a modelos teóricos de base individualista y conductista (Wald, 2009). En este caso se puede observar que el dispositivo trabaja el bienestar de manera integral, tomando en cuenta diversos aspectos de la vida de las personas, aspectos que puedan vincularse con el bienestar tanto a nivel personal como colectivo.

Asimismo, en cuanto a la funcionalidad del dispositivo, se destaca la contención, nuevamente la escucha entre pares y el acompañamiento entre usuarias:

Sirve para contener para poder uno contar las cosas que le pasa y sentirse escuchada uno se alivia mucho, porque si no es uno que va hablando con uno mismo, pero no tiene la escucha de profesionales y de al hablarlo con otro una se escucha distinto, verbalizar con otro (Entrevistada 2, 2022).

Además, se destaca esa misma escucha y acompañamiento por parte del equipo de salud: "Sirve porque conocemos gente, nos relacionamos con las personas, nos abrimos a las características de cada persona, y el acompañamiento de los profesionales nos ayuda bastante en el camino de la salud mental" (Entrevistada 3, 2022).

A su vez, se observa que en el espacio las usuarias encuentran herramientas para transformar las situaciones que generan malestar y deciden compartir en el espacio, donde reciben un acompañamiento por parte del grupo. Esto último se relaciona con que uno de los aportes que también fue valorado, es el espacio grupal, identificando diferencias en el abordaje individual de la salud mental y la grupalidad: "En forma individual no es lo mismo. En cambio, compartir con otra persona enriquece" (Entrevistada 1, 2022). Una de las usuarias agrega: "Ufff ayuda muchísimo el grupo. El compartir la problemática individual con ustedes. Ayuda a conocernos mejor." (Entrevistada 2, 2022).

En este sentido, se observa que el dispositivo promueve y fortalece vínculos de confianza y cooperación entre las usuarias. Tomando a Rovere (1999) los vínculos, así como toda relación humana, requiere el sostenimiento de acciones que fomenten el progresivo conocimiento mutuo, la generación de tiempos compartidos y la construcción de afinidades y relaciones de confianza.

Asimismo, las usuarias también encuentran diferencias entre los distintos espacios grupales de los cuales participan del CeSAC 46, resaltando los vínculos de confianza y de intimidad que se generan en el espacio, siendo esto una de las razones por las que asisten:

Es la primera vez que participo de un espacio así, partícipe de un taller neurocognitivo, pero era distinto. Se habla acá más en profundidad con problemas que una tiene y va reflexionando en el día a día, me sirve bastante. Es más íntimo de cada persona, es más de convivencia. Como dije antes, problemas de lo cotidiano (Entrevistada 1, 2022).

A su vez, los vínculos de confianza que se generan en el espacio grupal también aparecen como uno de los motivos por el cual sostener el dispositivo: "A mí me parece importante sostener el grupo, y no soy la única que cree que es importante sostener este grupo, es un espacio de confianza" (Entrevistada 2, 2022).

Como se mencionó anteriormente en este punto, se identifica que el dispositivo "Salud Mental Entre Todos" aporta al bienestar de las usuarias, movilizándolo tanto dimensiones personales como colectivas, siendo un factor importante la grupalidad y los vínculos de confianza que se dan al interior del dispositivo, contribuyendo incluso al sostenimiento del espacio conformado.

¿Por qué eligen participar?

En relación al motivo por el cual participan del espacio, se observa que el principal motivo fue el contexto de pandemia. Si bien este dispositivo se propuso objetivos distintos al espacio "Encuentro en Grupos" que como se mencionó más arriba, estaba más relacionado a los efectos de la pandemia en la comunidad, se encontró que tales efectos continúan siendo un factor determinante para participar de este tipo de espacios: "Yo participo por varias razones. Pérdidas de trabajo, amistades, etc. Todo en Pandemia." (Entrevista 2, 2022). En la misma línea, las otras dos usuarias expresan:

Bueno a mí me llamo mucha la atención porque después de esta pandemia quedamos un poco mal por el encierro y todo, y veo que este espacio a mí me hizo muy bien para poder decir lo que uno siente, las problemáticas que uno ha tenido y me sirvió mucho (Entrevistada 3, 2022).

Durante la pandemia en un momento estaba bien, pero las cosas que pasaba a mi alrededor me afectaban, me angustiaba lo que pasaba a mi alrededor, los chicos son los que más pierden decían, y en algún punto la gente grande también pierde, porque ¿cuántos años más me quedan de vida? Yo sentía que tenía necesidad de buscar algo, y cuando se habló de este grupo sentí que ya tenía algo que este era el espacio (Entrevistada 1, 2022).

Los motivos de su participación asociados al contexto de pandemia me llevan a preguntarme ¿qué lugar tuvo la salud mental en el discurso sanitario durante la emergencia sanitaria? Retomando a Bang (2020) Si hay algo que nos dejó la pandemia es la importancia del sostenimiento de vínculos y relaciones sociales en situaciones de adversidad, revalorizando la importancia de las redes comunitarias de cuidados. En este sentido, considero que las acciones orientadas a la Salud mental desde un abordaje comunitario, fortaleciendo los lazos sociales y la construcción de espacios colectivos, se constituye como una herramienta para las distintas situaciones adversas que la pandemia profundizó, y apunta hacia la reconfiguración de las redes barriales y comunitarias. Asimismo, la situación de pandemia por Covid-19 y sus efectos en la vida cotidiana, nos lleva una vez más a reafirmar el carácter social de los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado. No se puede explicar estos procesos únicamente mediante hechos biológicos, es necesario su articulación con el proceso social en el que se inscribe, atendiendo al contexto histórico de los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado (Laurell, 1982).

Salud Mental y Género: la posibilidad de resistir, interrumpir e inaugurar

En este punto quisiera exponer algunas reflexiones en torno a dicho espacio en relación al género, ya que de las entrevistas realizadas y el registro de actividades se puede observar que el abordaje de temas relacionados al género propició un espacio de reflexión e interés por parte de las usuarias, que permitió problematizar en

consonancia con lo que expresa Butler (2009), la presión social sobre los cuerpos, las reiteraciones de las actuaciones según significados hegemónicos y cómo el género de la persona termina siendo un efecto de esas actuaciones.

Desde la evaluación de cada lunes, el equipo coordinador planificaba la dinámica disparadora, que por lo general tenía que ver con problemáticas o temas que hayan surgido en el espacio y sean de interés del grupo. En el registro de estos temas, se encuentra que gran parte de ellos estuvieron asociados a los estereotipos de género, al cuidado, el cuerpo, etc. Es así que en el espacio se ha logrado trabajar sobre los modelos de crianzas, el rol de la maternidad, el deseo, los proyectos de vida, el cuerpo, entre otros, siendo en muchos de los casos la primera vez que las usuarias manifestaron que hablaban de esas cosas. Estos temas y estas dimensiones son valoradas por las usuarias, y se observa que la temática las convoca a compartir e intercambiar sobre problemáticas e inquietudes que son compartidas: “A mí me interesa el tema porque son temas actuales y me interesa estar en el tema, y conversar sobre eso, los temas que se tratan en el grupo son temas actuales” (Entrevistada 1, 2022).

Hay una idea de que antes no habían podido compartir estos pensamientos, ideas, ya que no contaban con espacios que aborden estos temas, siendo esto algo que identifica la mayoría del grupo:

Pienso en cosas que antes no me había planteado, o que no estaba permitido no lo sé, estoy súper agradecida al CeSAC. Una va aprendiendo y lo va haciendo al ejercicio en la casa, lo pongo en práctica [...] Y la actividad del cuerpo del otro día, por ejemplo, son cosas que una no se preguntó nunca antes, son cosas que nos hace reflexionar, al menos a mí me abre la cabeza (Entrevistada 3, 2022).

De esta forma considero que el espacio permite la reflexión e incorpora la posibilidad del cuestionamiento crítico, a la vez que promueve y fortalece la capacidad colectiva para afrontar los distintos determinantes y condicionantes de los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado.

Tomando a Ferrara (2005) la salud no es más que la lucha por resolver un conflicto antagónico que quiere evitar que alcancemos el óptimo vital para vivir en la construcción de nuestra felicidad, y -agregado mío- no hay salud posible entre tanto las desigualdades de gé-

nero sigan persistiendo. En este sentido, considero que el dispositivo habilita esa lucha de la que habla el autor. Frigerio (2004) explica que el "habilitar" implica tres acciones: resistir, interrumpir e inaugurar. La primera de ellas, resistir, se relaciona con cuestionar aquellas prácticas automáticas que no le encontramos su sentido y tampoco la cuestionamos, simplemente las reproducimos. Son ese tipo de prácticas las que debemos desarrollar, interrumpir, aquellas que según el autor no portan ninguna elaboración. Por último, inaugurar, se relaciona con iniciar algo, tomar la iniciativa y devenir en algo nuevo, como empezar a hablar de lo que nuestras abuelas/madres no pudieron decir, las desigualdades de género que siguen presentes, como todas aquellas injusticias que forma parte del sistema patriarcal en el que vivimos.

Aproximaciones finales

A partir de las representaciones y percepciones de las usuarias se identifica que el dispositivo «Salud Mental Entre Todas» constituye un espacio de promoción de la Salud Mental Comunitaria. Como se pudo observar en el análisis de las entrevistas, en relación al primer eje, las ideas asociadas a la Salud Mental no se encuentran centradas en diagnósticos psicopatológicos individuales, sino que responden a las problemáticas de salud mental que hacen al padecimiento subjetivo de la comunidad en su conjunto. Se destaca que la singularidad de estos padecimientos se inscribe en las condiciones de vida de nuestra sociedad, caracterizado por las desigualdades, la precarización de las condiciones laborales, la fragilización de lazos comunitarios, entre otras.

Respecto al segundo eje de análisis sobre la definición del espacio, se observó que la posibilidad del encuentro y escucha son los aspectos que definen al espacio, y lo

más valorado por las participantes. En relación al aporte que consideran que les brinda el dispositivo, se identificó aspectos que favorecieron a su bienestar y al desarrollo de capacidades personales y colectivas, tomando como elemento importante la grupalidad y los vínculos de confianza que se dan al interior del dispositivo. Sobre este punto, también se evidenciaron diferencias entre los distintos espacios grupales de los cuales participan del CeSAC, resaltando los vínculos de confianza y de intimidad que se generan en "Salud Mental Entre Todas", siendo esto uno de los motivos por los cuales les resulta importante sostener el dispositivo.

Respecto al motivo por el cual participan del espacio, si bien nos encontramos en un contexto de postpandemia se observó que el principal motivo de su participación está asociado a los efectos que causó la pandemia en el desarrollo de la vida cotidiana, destacando ellas mismas la importancia del sostenimiento de vínculos y relaciones sociales que se vieron afectadas en ese contexto.

Por último, además de los ejes presentados, se identificó que el abordaje de temas relacionados al género propició un espacio reflexivo y problematizador, incorporando la posibilidad del cuestionamiento crítico, y principalmente promoviendo la capacidad colectiva para los distintos determinantes y condicionantes de los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado.

Como se puede observar, el abordaje de la salud mental desde una perspectiva comunitaria permite generar entornos y condiciones de vida que favorezcan el desarrollo integral de las personas y comunidades, la experiencia de este dispositivo da cuenta de la necesidad de comenzar a jerarquizar los espacios comunitarios, principalmente en contextos actuales que se caracterizan por una profunda fragilización de los lazos sociales.

Bibliografía

- Bang, C. (2014), *Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas*. Psicoperspectivas Vol.13 no.2. <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/399>
- Bang, C. (2020) *Salud mental en tiempos de pandemia: recreando estrategias comunitarias en el primer nivel de atención*. IV Congreso Internacional y VII Congreso Nacional de Psicología, Ciencia y Profesión. Revista UNC, Vol. 5, N°1. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/30935>
- Butler, J. (2009), Conferencia del 25 de abril en la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA).
- Frigerio, G. (2004). *Identidad es el Otro nombre de la Alteridad, Una Ética en el Trabajo con Niños y Jóvenes: La Habilitación de la Oportunidad*. Colección Ensayos y Experiencias. Noveduc.
- Gabrinetti, M. (2014). *Programas sociales de empleo y de transferencia condicionada de ingresos: análisis de su implementación desde la perspectiva de los técnicos, profesionales y receptores*. En Empleo, desempleo y políticas de empleo. CEIL CONICET, N° 20. <http://www.ceil-conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2015/06/edpe20gabinetti.pdf>
- Horn, P; Inza, J; Oriolo, G; Tollo, M. (2019). *La Producción de la Escucha. Dispositivos y subjetividad. Escuchar las Infancias*. Noveduc.
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., & Merhy, E. (2002). *Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos*. Revista Panamericana de Salud Pública, 12. <https://scielosp.org/article/rpsp/2002.v12n2/128-136/>
- Menéndez, E. (2006). *El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores* Salud Colectiva. Vol. 1, núm. 1, enero-abril, 2005, pp. 9-32, Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires. <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1/1>
- Rovere, M. (1999). *Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Editorial de la Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.
- Sacchi, M.; Hausberger, M.; Pereyra (2007). *Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta*. Salud Colectiva, vol. 3, núm. 3. Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires. <https://www.scielosp.org/article/scol/2007.v3n3/271-283/es/>
- Stolkiner, A; Solitario, R. (2007). *Atención primaria de la salud y salud mental: La articulación entre dos utopías*. En D. Maccira (Comp.), Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios (pp. 121-146). Paidós.
- Valverde, C. (2009). *Los pacientes sangran historias: Un enfoque narrativo para disminuir los desencuentros clínicos*. Norte de Salud Mental N° 34.
- Wald, G. (2009). *Promoción de la salud a través del arte: estudio de caso de un taller de fotografía en "Ciudad Oculta", la villa N° 15 de la Ciudad de Buenos Aires*. Salud Colectiva. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000300004

Artículos seleccionados

Cuando el manicomio nos habla. Reflexiones desde El Monovalente.¹

Julieta Arraras^a y María Sol Moranelli^b

Fecha de recepción: 22 de marzo de 2023
Fecha de aceptación: 2 de mayo de 2023
Correspondencia a: Julieta Arraras
Correo electrónico: julietaarraras.ts@gmail.com

- a. Licenciada en Trabajo Social Residente del Sistema de Salud de la Provincia de Buenos Aires en el Hospital Interzonal José A. Esteves.
- b. Licenciada en Trabajo Social Residente del Sistema de Salud de la provincia de Buenos Aires en el Hospital Interzonal José A. Esteves.

Resumen:

En el presente escrito nos proponemos reflexionar en torno a las implicancias que la institución total tiene sobre las/los profesionales de la salud. En particular centraremos nuestro análisis a partir de nuestro recorrido como residentes de trabajo social del Hospital Interzonal Dr. José A. Esteves, especializado en salud mental. Para ello presentaremos tres momentos que, entendemos, conforman el escenario complejo y cotidiano de trabajo a través de los cuales la narrativa y estructura manicomial se hace carne. Tomando como andamiaje teórico autores clásicos como Goffman, Marx, y Foucault, buscamos profundizar aquellas condiciones de producción que hacen posible la existencia de determinadas prácticas que encuentran su justificación en una matriz

1. El presente escrito fue presentado previamente bajo el título "*Cuando el manicomio nos habla. Reflexiones de trabajadoras de un monovalente de salud mental*" en el "IV Congreso Latinoamericano de Teoría Social. Pensar global/pensar local la comprensión del mundo contemporáneo", el 7 al 10 de marzo del año 2023, en Chile.

institucional y que son alojadas y reproducidas desde relaciones de poder desiguales. Sin embargo, nos interesa reflexionar partiendo de asumir que tales coordenadas son posibles aún desde posicionamientos profesionales críticos. Por tal motivo, hacia el final del escrito nos proponemos delinear algunos nuevos posibles en torno a tales prácticas, buscando desdibujar aquellos bordes institucionales que -aunque ocultos- insisten en nuestras intervenciones profesionales.

Palabras clave: Institución Total - Narrativa Manicomial - Intervención Profesional.

Summary

In this paper we propose to reflect on the implications that the total institution has on health professionals. In particular, we will focus our analysis from our journey as social workers residents of the Dr. José A. Esteves Interzonal Hospital, specialized in mental health. To do this, we will present three moments that, we understand, make up the complex and daily work scenario through which the narrative and mental institution structure becomes flesh. Taking classical authors such as Goffman, Marx, and Foucault as theoretical scaffolding, we seek to deepen those conditions of production that make possible the existence of certain practices that find their justification in an institutional matrix and that are housed and reproduced from unequal power relations. However, we are interested in reflecting on the assumption that such coordinates are possible even from critical professional positions. For this reason, towards the end of the paper we propose to outline some new possibilities around such practices, seeking to blur those institutional borders that -although hidden- insist on our professional interventions.

Key words: Total Institution - Asylum Narrative - Professional Intervention.

Acerca de quienes hablamos y somos habladas

el grupo que está en permanente contacto con los internos suele sentir también que le han impuesto una tarea bastante contradictoria: mientras reduce a los internos a la obediencia, debe dar la impresión de atenerse a normas humanitarias y realizar los fines racionales de la institución (Goffman, 2019, p.102)

El presente texto es uno de los frutos de nuestra práctica cotidiana como residentes del Sistema de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. Es "fruto" de dicha inscripción, alojando en su concepción todas sus posibilidades genealógicas: es fruto que nació y maduró, pero que también -e indefectiblemente- se descompone, con la virtud y el poderío de convertirse en abono de

nuevas reflexiones. Esta última vía ha marcado la suerte de este texto. Hemos presentado algunas de las ideas que aquí desarrollaremos, en jornadas donde primaba la presencia de nuestras compañeras y nuestros compañeros, con quienes conformamos los equipos interdisciplinarios y compartimos los espacios de formación en nuestro tránsito por el manicomio. Las mismas han producido algo que no esperábamos, noqueando la inadvertencia. Esa potencia de desafiar la indiferencia de quienes son pares, de nuestros otros-nosotras y nuestras otras-nosotras, nos motivó a profundizar en ellas. Asimismo, ambas somos trabajadoras sociales tituladas y disciplinadas por dicha profesión, que se enmarca en el espacio de las ciencias sociales, de la Universidad de Buenos Aires.

De los párrafos precedentes se desentrañan dos de los ejes que conforman la trama de nuestra identidad, res-

pecto de las que queremos dar cuenta en este proceso de problematización de nuestro quehacer al interior de un hospital especializado en salud mental: nuestro ethos profesional como trabajadoras sociales y nuestra inserción como residentes (trabajadoras-en-formación). Ambas inscripciones delimitan el repertorio de nuestras reflexiones, discursos y prácticas al interior de un monovalente de dimensiones gigantescas, con un poder subjetivante singular. Ambas confluyen y se cristalizan en nuestras intervenciones y en este escrito, siendo la lengua nativa que construye nuestros decires y andares. Es desde esa tierra madre que concebimos las líneas reflexivas que presentaremos a continuación.

Marcadas por los mandatos de ambas inscripciones, intentaremos deconstruir las prácticas que naturalmente se desprenden de ellas, asumiendo que probablemente algunas de esas influencias emergen de modo silencioso para nosotras, conformándose en simple sentido común. Relacionado con ello, he aquí la primera decisión y aclaración metodológica del presente texto: no nos propondremos hacer un referenciamiento estricto de cada idea, ni ampararnos en la autoridad y legitimidad de autoras y autores a través de excesos de citas y llamamientos bibliográficos. En cambio, intentaremos dibujar los contornos de aquellas contradicciones que se nos hacen piel en nuestro quehacer cotidiano; pretenderemos indagar en torno a las contradicciones que se presentan y conforman el territorio -el hostil territorio- en el que intentamos llevar adelante una praxis que se pretende transformadora pero que, en su misma puesta en escena, es transformada por el escenario que impone sus reglas, discursos y posibilidades. Aún más, planteamos la encerrona que se genera al buscar prácticas que sean transformadoras en el seno de una institución total donde el discurso oficial conversa con el mismo lenguaje y plantea los mismos objetivos, ensayando estrategias para esta situación que encaja en aquellas que Fernández Savater (2018) refiere como sin salida; en donde pareciera no existir exterioridad, en donde las fugas posibles estarían diseñadas desde el propio interior del cual queremos escapar.

Más acá y más allá, el manicomio

“Este libro está dedicado al hombre en prisión. Tanto al prisionero como a su guardia.” (Sykes, 2017, p.37)

Como adelantamos previamente, las reflexiones surgen de nuestro desempeño en un hospital, con la particula-

ridad de habitar el mismo bajo las condiciones que el programa de Residencias de Salud de la Provincia de Buenos Aires prevé. En este sentido, nuestra inserción en la institución psiquiátrica, está contorneada por la singularidad de la fórmula de trabajadoras en formación. Sus consecuencias prácticas implican que además de las responsabilidades en el ámbito asistencial como trabajadoras, poseemos como parte de nuestras obligaciones laborales, la participación en distintos espacios formativos -tanto disciplinares como interdisciplinares- para pensar, discutir y profundizar sobre distintas temáticas acuciantes en el campo de la salud; como ser la caracterización de las políticas sanitarias, los cuestionamientos en torno a la accesibilidad de la población a los servicios, las problemáticas prevalentes en la atención en salud mental, etc. En el andar de esa praxis reflexiva se evidencia la esterilidad de pensar de forma escindida los focos problemáticos del territorio concreto en el que se materializan. En lo particular, se desnuda la centralidad que adquiere el manicomio y las lógicas manicomiales, en las relaciones sociales que allí se establecen, en las formas de producción de sujetos con padecimiento psíquico y en la subjetividad de quienes allí trabajamos. En este sentido, nuestro quehacer profesional se desarrolla dentro de coordenadas específicas, al interior de una institución que desde el 2010, pero con más fuerza desde hace un puñado de años, está destinada a desaparecer para dejar lugar a modalidades de abordaje (aún) hoy alternativos.

En la Argentina, en los últimos meses del año 2010, se sancionó y promulgó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, derogándose en el mismo acto la ley N° 22.914. Dicho cambio normativo, respondió a la materialización legal de una lucha histórica planteada por distintos colectivos. A través de la misma, se intentó poner en jaque una comprensión del padecimiento psíquico con claros sesgos biologicistas, que abonaba un tratamiento del sujeto desde las instituciones de carácter total (Goffman, 2019), en donde se tendía a la cronificación de personas en pacientes y en donde la figura del profesional en psiquiatría surge y se mantiene como el poseedor de un saber especializado y único en legitimidad, convirtiéndose en el actor privilegiado para decir “lo verdadero”. Por el contrario, las propuestas que integran la Ley 26.657, incluyen la atención de la salud mental desde una perspectiva que excede lo biomédico, proponiendo una modalidad de abordaje interdisciplinaria e intersectorial por fuera de la institución especializada.

En el seno de esa adecuación institucional, de ese reacomodamiento de las lógicas institucionales para so-

brevivir a los cambios epocales, desarrollamos nuestra actividad y somos conformadas por ella. De este modo, nosotras delineamos y formulamos nuestra subjetividad profesional en el juego que se nos presenta como un baile entre lo viejo y lo novedoso en las formas de "hacer salud mental". Aun así, proceso transformador, dinámico e inacabado mediante, no podemos desconocer -por el contrario, queremos remarcar- que somos trabajadoras de una institución que continúa perteneciendo a aquellas a las que, hace ya más de medio siglo, Goffman (1961) describió como total.

Ahora bien, ¿A qué se refería el autor con ello y qué es lo que estamos acentuando nosotras con esta categorización? Entre otras cosas, se trata de una institución en la que convergen distintos planos de la vida de las personas y en las que dichos planos se producen y reproducen de una forma particular. A un lugar que, por las relaciones de poder que se dan entre los grupos de sujetos que la habitan (el autor dirá el personal y los internados, y nosotras agregaremos a las internadas) tiene una fuerza subjetivante incomparable. Con normalidad (todos los sentidos de la palabra pueden ser aplicados) hablamos de los efectos de la institución manicomial sobre las internadas; del mismo modo en el que, con facilidad, acordamos acerca de las pésimas consecuencias que tienen las prisiones sobre las personas detenidas en cualquier charla con colegas. O de la misma forma en que observamos las consecuencias de cualquier institución de esas que conocemos como disciplinarias, sobre la población con la que trabaja. Esta tarea se desarrolla con efervescencia en el seno de nuestra formación como residentes, produciendo debates teóricos viscerales e indignaciones que expresamos como cuerpo de trabajadoras y trabajadores. Sin duda la identidad residente dentro del manicomio se construye como una suerte de profesionales críticas y críticos, ante ciertas lógicas que arrasan los derechos humanos. Sin embargo, quisiéramos considerar aquí aquello que insiste en escapar de esa rigurosidad y vigor analítico, generando un vacío inexorable para comprender este campo de relaciones; queremos preguntarnos por la población de sujetos profesionales que co-construimos día a día los posibles e imposibles del manicomio y que, también, nos vemos ejecutados por los mismos.

¿Qué sucede con nosotras y nosotros? ¿Qué sucede con "el personal" de estos gigantes del encierro? ¿Nos damos cuenta de que también -con todos los privilegios que sin duda tenemos respecto de las personas que están en calidad de internadas e internados- somos habladas y hablados por el monovalente? Y en todo caso... ¿Qué implica que el manicomio hable a través de nosotras y nosotros?

Guiadas por estas preguntas, nos proponemos compartir reflexiones que venimos realizando en este contexto multidimensional que está compuesto por nuestra identidad feminista, por nuestra formación disciplinaria, por el lugar privilegiado que ocupamos como profesionales, por las opresiones cuerdistas que impregnan muchas veces las intervenciones y por nuestro paso por la residencia. Pero, sobre todas las cosas, nos proponemos pensarlo desde el sitio que nos aloja y que, silenciosamente, se nos impone alojado: el manicomio. En este sentido, la propuesta es buscar un punto de exterioridad desde donde mirar el recorte de la realidad bajo análisis asumiendo que dicho faro, dichas coordenadas, no implican la ardua (y necesaria) tarea de buscar esa exterioridad en las fronteras de la cordura². El pensar el manicomio desde "afuera" no implica sustancialmente buscar un punto en el mapa occidental que divide la locura y la cordura; no es esa la Roma a la que nuestro camino quiere conducir. Lo que proponemos es que la centralidad del monovalente es tal, que su fuerza subjetivante es tan densa, que nos obliga a buscar el extranjero de la institución total en el campo de la salud mental para poder pensar por fuera de sus discursos autóctonos. Que para poder pensar la(s) locura(s) y la(s) cordura(s) de forma distinta es necesario, primero, dar la disputa en relación a los modelos de atención desde los que las pensamos.

Escenas del manicomio

Siguiendo fines estrictamente heurísticos, presentaremos tres grupos de situaciones posibles que transitamos de manera cotidiana como trabajadoras del Hospital Esteves y en las que, consideramos, se cuela de manera sistemática la narrativa manicomial. Nos interesa men-

2. Lo que implicaría, a su vez, la necesaria tarea de poner en el centro de la discusión el sistema cuerdista. Ello ocurrirá, sin duda, pero como arista necesaria para poner en jaque el dispositivo de la Institución Total el cual, en el campo de la salud mental, requiere ineludiblemente, de dicha estructura de opresión.

cionar tales momentos ya que construyen un modo de producir, o no, salud. Instancias donde la intervención profesional tienen la posibilidad de generar subjetividad no sólo para las usuarias que se acompañan, sino también para el colectivo de trabajadoras y trabajadores que debe encontrar entre sus discursos disfrazados de posicionamientos, la excusa que permita convencer que aquello que se hace es en pos de garantizar el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados.

Atención por guardia: el equipo llamado a internar

¿Qué nos sucede al momento de realizar una internación? Muchas veces parecemos olvidar que la ley impone que la involuntariedad de la internación debiera existir sólo como excepcionalidad y, sin embargo, los equipos de salud que integran las guardias suelen acudir a las internaciones involuntarias como regla. ¿Pensamos en la figura de internación voluntaria? ¿Por qué la práctica instituida continúa reproduciendo la mirada cuerdista sobre una otra o un otro que no puede decidir sobre su tratamiento? ¿Bajo qué discursos justificamos, en las salas de internación, el letargo del pase de una modalidad involuntaria a voluntaria? ¿No se vuelve acaso, en muchas oportunidades, una herramienta manipuladora hacia el buen o mal comportamiento de la buena o mala paciente?

En este sentido, afirmamos que el monovalente rige sus prácticas y sus reglas con un punitivismo que se encuentra siempre a la orden del día: el premio o el castigo, la paciente querellante o la paciente que se adapta, la que sigue las reglas o la que no tiene adherencia al tratamiento. Múltiples y diversas categorías que nos hablan de una mirada de control y castigo sobre modos de vida que rompen con la pretendida racionalidad y la norma cuerdista.

Carla Pierri (2021) problematiza sobre los modos de operar que tiene el manicomio como institución de encierro, planteando que la escritura manicomial -su narrativa, su forma de registro, su construcción de las historias- dicen más “de la institución que escribe que de la persona internada” (p. 44). Siguiendo esta línea, podríamos pensar que las prácticas que aquí mencionamos y registramos con frecuencia en nuestro quehacer cotidiano, encuentran sus condiciones de posibilidad y producción en la estructura manicomial más que en las estrategias de salud que los sufrimientos subjetivos de cada quien implican. Así, los procesos de salud-en-

fermedad-atención-cuidados se enmarcan en intervenciones justificadas bajo aquello que la locura necesita desde una mirada cuerdista, heteronormativa, patriarcal y, sobre todo, violenta. Quizá sea hora de sincerarnos como profesionales y reconocer que somos capaces de (re)producir violencias en nombre de máximas como la Salud, el Tratamiento, el Diagnóstico, y todo lo que el campo de lo Terapéutico habilita, cuando en verdad son en pos de mantener la supervivencia institucional.

Cuando hablamos de las modalidades de atención, en donde las internaciones serían una forma más, la simple estructura de este gigante del encierro delimita nuestro accionar como profesionales de la salud ¿De qué formas podemos ver una situación crítica o divergente dentro de un hospital especializado en salud mental? ¿Cómo abordaríamos la misma situación en una salita en el barrio? ¿Nos permitiríamos la misma intervención? ¿Y si ni siquiera pudiéramos; si estuviéramos en una salita del conurbano, con falta de personal, sin medicación psiquiátrica, ¿sin sala de internación? Si la internación fuera una intervención imposible en nuestro escenario de trabajo, ¿qué nuevos posibles emergerían? ¿cómo construiríamos las estrategias de acompañamiento? ¿qué estrategia construiríamos?

La internación: Rehabilitar para “el afuera”

En primer lugar, deberíamos pensar, seguramente haya quienes ya lo han iniciado, qué implica pensar en personas rehabilitadas; o en la tarea de rehabilitar personas. Aún más, cuáles son esas formas de ser persona que nos implican aptas y capaces para vivir por fuera de las instituciones de encierro -a su sombra- y preguntarnos cuáles son esas otras formas que nos implicarían no aptas e incapaces para vivir por fuera de estas instituciones.

Carla Pierri (2021) advierte cómo al finalizar la segunda guerra mundial, tras los horrores del Holocausto, empieza a discutirse la función social del manicomio atento a las semejanzas entre las condiciones de vida en los campos de exterminio y en estas instituciones. Esta alarma ética, este cuestionamiento sobre el dispositivo manicomial, es aceptada con normalidad por quienes trabajamos y, en ese hacer, habitamos el espacio. Sin embargo, casi un siglo después, al deseo radical de desaparición del mismo se imponen procesos de transformación lentos frente al imperativo humanista de una vida digna para quienes (lo) padecen.

Nuevamente nos preguntamos ¿Creemos que el abordaje por internación ha sido la última opción -después de probar todas las restantes- de cada una de las mujeres internadas que acompañamos? Nuestras prácticas oscilan entre el discurso terapéutico y los efectos disciplinarios ¿Desde qué lugar pensamos prácticas como las Contenciones Mecánicas? ¿Y los ajustes farmacológicos por guardia? ¿Qué información brindamos acerca de la medicación? ¿Cómo definimos el concepto que se sigue utilizando de permiso de salida? ¿Qué pasa cuando enunciamos que una usuaria se fuga del hospital e iniciamos un protocolo por parte de fuga?

Externación. El afuera desde adentro

Desde el comienzo de nuestro camino por la residencia, la externación ha sido uno de los conceptos centrales de nuestro quehacer. Trabajamos acompañando procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados de mujeres, en vistas a su externación. Somos partícipes de consignas ministeriales que nos aseguran, con convicción, que la provincia de Buenos Aires será ¡Libre de Manicomios! y, agregaríamos a la consigna oficial, libre de prácticas manicomiales.

Intervenir en pos de procesos de externación implica, necesariamente, trabajar en la búsqueda de nuevas realidades. En esa construcción, deviene fundamental que podamos imaginar por fuera de las barreras de lo hoy posible. ¿Cómo pensar las posibilidades de externación de alguien que vemos en situación de internación prolongada? ¿Cómo evaluamos procesos de "rehabilitación" para la vida en territorio comunitario, en un lugar que cronifica de manera sistemática a su población? ¿Cómo hacemos las trabajadoras y trabajadores para pensar en la persona como un sujeto que está atravesando un momento particular en su proceso de salud- enfermedad- atención- cuidados y no como una paciente internada? ¿Desde qué lugares pensamos los procesos de externación cuando generamos condiciones de posibilidad que son la cronificación y la pérdida de habilidades de la vida cotidiana? ¿No tendemos, irremediablemente, a imaginarnos posibles a partir de estas lógicas de lo total que la institución nos impregna?

Retomamos en este punto la idea de Fernández Savater (2018) planteada al inicio. Nos preguntamos junto al autor cómo vencer (en nuestro caso, cómo realizar acciones transformadoras que posibiliten una atención de la salud mental desde paradigmas anti-cuerdistas y

anti-manicomiales) cuando no se tiene fuerza, cuando se es débil; cuando se verifica una asimetría tan ineludible con el adversario, que implica la ausencia de todos los capitales necesarios, incluso para llevar adelante la batalla.

Ser parte del colectivo de trabajo de una institución total pareciera coincidir con la caracterización de debilidad, coartando las posibilidades de generar prácticas contrahegemónicas y transformadoras. Podría argüirse que en la actualidad la transformación es la consigna oficial y, por lo tanto, nuestros deseos se corresponderían con la realidad del espacio institucional. En este contexto, parecieran existir muchos proyectos y programas para la desmanicomialización, acompañados por voluntad política y buenas intenciones. En el propio Esteves vemos emerger cooperativas con usuarias, cierres de salas, inauguración de talleres, contratación de disciplinas subalternizadas, etc. En este punto, es donde se vuelve interesante retomar las ideas del autor para plantear que todas estas estrategias son interiores a la situación sin salida; son contempladas por el propio manicomio, el cual persiste y reimprime esos espacios con sus propias lógicas.

Y entonces vemos cooperativas en donde las usuarias no son protagonistas -con ingresos que no rozan siquiera el salario mínimo vital y móvil-, trabajadoras/es contratadas/os de forma precarizada y por salarios irrisorios, y una larga lista de etcéteras, en donde al discurso de lo terapéutico (del trabajo, de participar en talleres, etc.) se suma el del compromiso de las/os trabajadoras/es con la transformación, como argumento justificativo de prácticas que poco tienen que ver con la dignidad de las usuarias y los usuarios y con la desaparición de estos tótems del encierro.

La posibilidad de construir

Los espacios de discusión colectiva que posibilitan el tránsito en una residencia en salud se vuelven, sin duda, espacios de resistencia frente al imperativo normalizador de la institución. A esta característica general de ser trabajadoras en formación, nos parece fundamental agregarle las particularidades que imprimen nuestra sede de residencia y que configuran, como introdujimos al comienzo, nuestra praxis. En este sentido, el programa curricular para nuestra sede, la cual se asienta en la región VI del conurbano bonaerense, propone rotaciones por espacios de asistencia en servicio y de discusión,

en una planificación que advierte y esgrime la necesidad de una práctica interdisciplinaria. En donde profesionales de nuestra disciplina, pero también de psicología, terapia ocupacional y medicina, se encuentran para insistir en la necesidad de incluir una diversidad de voces para el abordaje -y con ello la conceptualización- de las problemáticas de salud mental que se hacen cuerpo en las poblaciones con las que trabajamos.

En diversos intercambios con compañeras trabajadoras de otro hospital monovalente ubicado en la Provincia de Buenos Aires, reflexionábamos en torno a la siguiente pregunta: ¿es la falta de recursos el motivo por el que no se puede implementar la ley, o acaso esos recursos existen y están siendo utilizados para sostener las lógicas y la materialidad manicomial? En este punto, consideramos necesario disputar la idea del sentido común acerca de que lo que existe, simplemente por estar dado, escapa del esfuerzo humano; el manicomio no se mantiene gratuitamente. Su mera existencia no implica su eternidad, ni que sea producto de la naturaleza. En este sentido, nos posicionamos firmemente en la necesidad de redirigir esas fuerzas hacia otras formas de atención de la salud mental de la población. Quisiéramos repetirlo una vez más: el manicomio no se mantiene por energías divinas ajenas a la potencia del ser humano.

Es pertinente resaltar que, a los espacios propios de nuestra formación como residentes, hemos visto emerger una multiplicidad de espacios para pensar junto a otras y otros temáticas referidas a la salud mental. En relación con ello, observamos la proliferación de jornadas, foros, publicaciones, seminarios, cursos y estudios de posgrado entre otros, que nos convocan a pensar en los desafíos, las rupturas y continuidades entre los paradigmas y los modelos de abordaje y atención en Salud Mental, tomando como punto de quiebre la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Consideramos que la participación activa en los mismos guarda la potencialidad de construir nuevos sentidos colectivos en torno a nuestro trabajo y, con ello, a formular viabilidad a propuestas transformadoras que nos vuelvan más conscientes de lo que hacemos cotidianamente, brindándole direccionalidad estratégica a nuestra práctica.

Intentamos, a través de estas ideas, poner en cuestión las racionalidades cimentadas desde la lógica de lo instituido, desde el adentro más remoto. En donde lo posible es sólo lo que existe, en donde la tradición fundamenta las prácticas; en donde el statu quo expresaría lo natural, lo que se da. En rechazo a esta posibilidad de estar en el

mundo, deseamos poner énfasis en el trabajo humano, en la realidad marxista de que lo que la persona hace -y que en ese hacer se vuelve humana- es transformar la naturaleza.

Apostamos a repensar las lógicas manicomiales en todos sus contextos y coordinadas posibles. Es decir, no desconocemos que los dispositivos comunitarios, las relaciones familiares, las instituciones educativas, entre otros, pueden reproducir con similar umbral de violencia la vulneración de múltiples derechos. Así como comprendemos que es necesario discutir las prácticas e intervenciones que dan cuenta de las continuidades biologicistas en los tratamientos propuestos también en hospitales generales o en las unidades sanitarias. Del mismo modo que alentamos a impugnar la reproducción de discursos que subalternizan y criminalizan los comportamientos locos en las redes sociales y los medios de comunicación masivos. Sin embargo, nos parece menester resaltar que nada de todo lo mencionado es posible sin el manicomio. Nada de ello puede desconocer que la materialidad - la simple y llana existencia del monovalente - impone las lógicas manicomiales, las prácticas e intervenciones desde la unidimensionalidad biológica, la proliferación de discursos patologizantes o de riesgo y las intervenciones que descansan en un privilegio profesional que ejerce múltiples violencias y las justifica.

No es mero contexto el manicomio. No es el simple espacio en el que profesionales, trabajadoras y trabajadores nos insertamos implantando nuestras prácticas impolutas y propias, ultra-subjetivas y autónomas. No contamos en todos lados con los recursos que el gigante nos brinda; no hay tantos lugares que por su evolucionado salvajismo brinde -a través incluso, de nuestro propio hablar- tantas formas de autojustificarse cotidianamente.

Por último, y antes de terminar, no queremos dejar de mencionar que tales reflexiones no se encuentran al margen del análisis de las condiciones laborales, de la precarización de la vida a la que nos enfrentamos las trabajadoras y los trabajadores de la salud, ni a la falta de presupuesto destinada a modificar la racionalidad vigente. Reconocemos que es en esa materialidad concreta, que desarrollamos nuestras prácticas, que nos pensamos, (re)pensamos y construimos. Sin duda es pese a ello y con todo ello también. Sin embargo, creemos que hay algo en ese hablar desde el manicomio que debe ser visibilizado para construir otros modos posibles de

hacer, y otros modos posibles de existencia de la locura. El manicomio ofrece ese discurso, esa narrativa que nos inscribe en una seguridad que nos tranquiliza. Y así, cuando algún pedido/acción se nos vuelve desafiante, rebelde, demandante, sabemos que contamos con el manicomio como respaldo. Construimos así lenguajes que, aunque nos resuenan contradictorios, los enunciamos y defendemos porque pareciera que de otro modo aún no es posible.

La profesional de psiquiatría Olaia Fernández³ (2018), quién realiza su análisis desde la denuncia y renuncia a tales prácticas profesionales, nos afirma "ahora pienso esto: llamarle a algo terapéutico inmuniza frente a la culpa de ejercer poder" (p. 50). De este modo, en

nombre de lo terapéutico, la práctica concreta de atar a una persona a la cama se convierte en una intervención necesaria para el proceso de salud de dicho sujeto. Es ahí, bajo esa narrativa, que muchas veces justificamos ese hacer y rebuscadamente lo nombramos de maneras amables, encerrando así su fin último: el control y la normalización.

Para concluir, podríamos afirmar que es aquí donde radica nuestra reflexión sobre el manicomio que habla. El manicomio que habla, que mira, que toca, que hace, que instaura. El manicomio que vuelve seguro todo aquello que en otros contextos y con otros marcos referenciales, sería cuestionable e imposible de realizar. El manicomio que hace posible aquello inimaginable.

3. Actualmente Olaia Fernández se identifica como ex-psiquiatra, activista en salud mental y trabajadora por fuera del sistema de salud formal. La misma realiza su trabajo en una organización social llamada "La Porvenir" ubicada en Madrid, España.

Bibliografía

- Fernández, O., Carralero, A., Parra, J., Vázquez Díaz, M. (2018) Cero contenciones: Derechos Humanos en los servicios de atención a la Salud Mental. Norte de la Salud Mental. Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, Volumen XV n°59, 46-62. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Revista-Norte-59-Salud-Mental.pdf>
- Fernández Savater, A. (13 de septiembre 2018) *Seminario: La fuerza de los débiles: otro modo de pensar estratégicamente*. Lobo suelto. <https://lobosuelto.com/tag/la-fuerza-de-los-debiles>
- Goffman, E. (1961) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. 2da. ed. Amorrortu. Buenos Aires.
- Pierri, C. (2021) *Sobrevivir y morir en el manicomio: memorias de un asilo de mujeres*. 1a. ed. Topia Editorial. CABA.
- Sykes, G. (1958) *La sociedad de los cautivos. Estudio de una cárcel de máxima seguridad*. 1a. ed. Siglo XXI editores. Buenos Aires.

Artículos seleccionados

Intervención con familias en contexto de internación por salud mental de adolescentes.

Leonela Belén Marinelli Buffa^a

Fecha de recepción:	16 de marzo de 2023
Fecha de aceptación:	4 de mayo de 2023
Correspondencia a:	Leonela Belén Marinelli Buffa
Correo electrónico:	leonelamarinelli@gmail.com

a. Lic. en Trabajo Social. Residencia de Trabajo Social en salud. Ministerio de Salud. Ciudad de Buenos Aires.

Resumen:

Las entrevistas de familia son parte fundamental y necesaria de los tratamientos en las salas de internación de adolescentes, en el cual se trabaja sobre las historias de vida, las situaciones de vulnerabilidad de derechos, las representaciones sociales que se juegan en torno al padecimiento de salud mental y los conflictos históricos y actuales que atraviesan al grupo familiar. En este sentido el abordaje familiar permite profundizar y problematizar las relaciones y fragmentaciones al interior del grupo. En el momento en que se genera el espacio familiar, los profesionales somos parte de la escena en la que actuamos como mediadores, intérpretes, se nos interpela y nos interpelamos, se nos juegan sensaciones y sentimientos alrededor de la situación, casi sin darnos cuenta comenzamos a tener un rol en ese entramado familiar.

Palabras clave: Salud Mental - Familias - Trabajo Social.

Summary

Family interviews are a fundamental and necessary part of treatment in hospitalization rooms for adolescents, in which work is done on life histories, situations of vulnerability of rights, social representations that are played around the health condition, mental health and the historical and current conflicts that go through the family group. In this sense, the family approach allows to deepen and problematize the relationships and fragmentations within the group. At the moment in which the family space is generated, we professionals are part of the scene in which we act as mediators, interpreters, we are questioned and we question ourselves, sensations and feelings are played around the situation, almost without realizing it we start to have a role in that family framework.

Key words: Mental Health - Families - Social Work.

Introducción

El presente artículo se enmarca dentro de la Residencia de Trabajo Social en un hospital monovalente, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Durante el período que comprende desde Marzo del 2022 hasta Septiembre del 2022, me propuse reflexionar sobre los espacios de entrevistas de familia como parte y estrategia de intervención en los tratamientos de los pacientes que se encuentran internados. Estos espacios adquieren la forma de escenarios en donde los distintos integrantes se ponen en escena y develan lo que se produce entre ellos, las distintas interpretaciones de los hechos, el dolor y lo que produce el padecimiento y se dice lo que muchas veces no quiere ser escuchado por ese otro. Las entrevistas de familia son narrativas construidas por las familias y los profesionales de salud. Las mismas surgen de la cotidianeidad y las contradicciones propias de la ficción familiar.

Dentro de la estructura del escrito, se encuentra un primer apartado que da cuenta del campo de la Salud Mental y el trabajo social ya que atraviesa mi actual experiencia en la residencia. Luego se hace mención sobre las funciones que tendría la familia a nivel teórico. Seguido a ello, se realiza otro apartado donde se aborda la intervención con familias desde los espacios de trabajo con las mismas, ya que desde allí se puede generar algún

tipo de cambio en las formas de relacionarse. Finalmente se compartirán algunas reflexiones que surgieron del escrito.

Salud mental y Trabajo Social

El campo de la salud mental está atravesado por una serie de cuestiones que se expresan a través de una creciente complejidad ligada al clima de época en que se encuentran las sociedades (Carballeda, 2012). Por razón, en las instituciones se presentan situaciones cada vez más difíciles de comprender y profesionales que tienen que generar, constantemente, múltiples estrategias e intervenciones para poder abordarlas.

Frente a estas nuevas complejidades y a los padecimientos subjetivos que las mismas ocasionan, es pertinente abordar la definición de salud mental como se menciona en la Ley Nacional de Salud Mental N°26657 (2010) la cual la define "como un proceso determinado por componentes históricos, socio históricos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona" (Art. 3). El Código Civil y Comercial de la Nación concibe a la salud mental desde la perspectiva de los derechos humanos y hace hincapié

en las capacidades, más que en las imposibilidades. Es así que propone una profunda revisión de las prácticas judiciales y asistenciales.

Con respecto a las internaciones, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010) las menciona como un recurso breve y restrictivo. Las mismas pueden ser voluntarias o involuntarias y se determinan mediante una evaluación diagnóstica Interdisciplinaria. En el caso de les niñas y adolescentes las internaciones son siempre involuntarias.

“Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud” (art. 14 de la Ley de Protección Integral de los derechos de la niñas, niños y adolescentes N° 26061)

Dentro del campo de la Salud Mental, según Carballeda (2012) el trabajo social interviene en la dimensión social de la salud mental, ya sea desde lo relacional, ambiental, cultural, contextual sin perder de vista las dimensiones biológica y psicológica, garantizando la continuidad de determinados cuidados y facilitando el acceso a recursos individuales y comunitarios. Lo social, mirado desde lo singular, fue incorporando nuevas categorías de análisis orientadas a acrecentar la intervención. Esta puede ser entendida como un proceso de análisis del contexto y los diferentes escenarios donde transcurre la vida cotidiana, su devenir y el impacto en la esfera de lo subjetivo.

En contexto de internación de un paciente, primero se debe conocer e indagar acerca de la historia de vida de esta persona y comprender la situación problemática. Tomando los aportes de Travi (2017), con toda la información que se irá recabando se podrá ir armando el Diagnóstico Social Comprensivo, uno de los procesos metodológicos de intervención profesional del trabajo social. Allí se interrelacionan no solo los aspectos económicos y materiales sino también el entorno social-familiar, comunitario, institucional- los aspectos subjetivos, psicológicos y espirituales en el marco de una situación problema. Este diagnóstico situacional permite identificar posibles soluciones a la problemática. A su vez, es importante dar cuenta de los obstáculos o factores que inciden sobre la situación problema, como

factores resilientes o protectores -personales, familiares, vinculares, institucionales, comunitarios, etc-.

Considero interesante mencionar el rol del trabajo social dentro del campo de la salud mental ya que parte de su accionar tiene que ver con el análisis de las situaciones familiares, el lazo social y los vínculos.

Espacios de entrevista con familias

Según Carballeda (2012), si se acepta que el escenario de construcción del proceso salud y enfermedad es la vida cotidiana condicionada por componentes del contexto, es posible pensar que desde allí se le asignan diferentes sentidos a ésta y es, en ese lugar, donde se expresan las implicancias, tal vez más relevantes, de la intervención en lo social a partir de su interpelación entre lo macro social y la singularidad de lo micro. La enfermedad articula lo social y lo singular desde el padecimiento, su impacto subjetivo y también construye sus inscripciones en los que rodean a quien la padece.

Los seres humanos nacemos y vivimos en sociedad. Los vínculos con los otros nos atraviesa y nos constituye como sujetos. En este sentido, Gutreiman-Erlich (2013) aporta que los vínculos intersubjetivos son los que se inauguran con la crianza, desde los inicios, y/o transubjetivos relacionados al contexto socio, histórico y cultural. Estos generarán una trama significativa donde cada psiquismo deberá hacer su propio trabajo intra subjetivo imprimiendo sus singulares. Siendo así, los primeros vínculos que surgen en cada sujeto suelen ser con su familia la cual, en la actualidad, tiene una concepción polisémica, ya que el mismo se encuentra atravesado por variables históricas y contextuales que lo definen y redefinen constantemente.

A partir de lo mencionado, nos encontramos con diversidad de familias y contextos con los que llega el adolescente al dispositivo de internación. Pensándolo desde allí es que podemos analizar que la construcción del proceso salud y enfermedad es la vida cotidiana condicionada por componentes del contexto.

De Vicente, Magán y Berdullas (2010) plantean que la familia sufre el estrés vinculado a la convivencia con un sujeto con padecimiento mental, lo que da lugar a que se generen continuos reproches, un constante proceso de degradación afectiva y a un incremento de la conflictividad familiar. Para que la familia le pueda brindar apoyo

a le adolescente, y se pueda trabajar la trama familiar, los equipos de la sala de internación deben generar espacios de escucha y acompañamiento a las familias con la seguida vinculación de les mismos. En esta línea, Eroles (2001) plantea la necesidad de espacios y entrevistas familiares para el sostenimiento y el trabajo con las redes sociales de les sujetos, entendiendo que es una de las principales categorías de intervención para evitar el aislamiento de las personas asistidas.

Así es que, la instancia de un espacio de familia donde se encuentre la presencia de una profesional, habilitará el cuestionamiento de la trama familiar. En este punto es que radica la importancia de convocar a la familia en el tratamiento de salud mental. Yurss Arruga (2001) menciona que la familia es donde se gestiona el sufrimiento en nuestra sociedad, donde se produce la enfermedad, donde se cuida la salud o se intensifican los padecimientos. Por lo tanto, se busca construir un espacio de escucha donde cada miembro pueda hacer una interpretación personal de sus propias necesidades, de las funciones que desempeña en la relación y los sucesos familiares más significativos en la trayectoria del ciclo vital.

Dentro del trabajo con familias se trata de ubicar las coordenadas del conflicto, tanto de le paciente como de lo familiar que ha confluído en una crisis. Lo que se desencadena no sólo repercute en le sujeto sino a la vez en toda la estructura familiar. En este sentido, es posible pensar que los mecanismos que hasta entonces mantenían cierto equilibrio en la familia, forzando roles y funciones, se desarman. Es allí donde "el desencadenamiento muchas veces empuja al brote o al pasaje al acto del paciente; algo de las dificultades de la familia para permitir la constitución subjetiva retorna produciendo efectos estresantes" (Gamaldi, López y Montezanti, 2013, p. 52)

La intervención con familias implica una historización a nivel familiar que marque un antes y un después, ubicando tiempos, espacios posibles, un corte o una discontinuidad en el discurso. Lo familiar es lo que proviene del discurso de una otra, de les distintos miembros integrantes, lo que resuena en el cuerpo, aquello donde lo más propio puede tornarse ajeno. Asimismo, "se trabajará sobre la ubicación del paciente dentro de la dinámica familiar, que, (...) muchas veces lleva a la cronificación de algunos cuadros y deja encerrado al sujeto en esa profecía autocumplidora que niega la posibilidad de una diferencia" (Gamaldi, López y Montezanti, 2013, p. 52).

Inicialmente, la familia y/o referente afectivo son convocados como parte integrante del tratamiento con el objetivo de obtener información acerca de la historia de vida del paciente y sus tratamientos previos. Luego de varias evaluaciones y con la evolución de le joven se comienza a pensar en los permisos de salida. Asimismo, se van elaborando las estrategias posibles de externación conjuntamente con la familia. En el próximo apartado se mencionan algunas coordenadas para el trabajo con familias.

Interviniendo desde Trabajo Social con familias

La familia implica un ámbito donde se juega la constitución de la subjetividad. Para abordar esta complejidad es que se requiere de un trabajo interdisciplinario donde cada uno aporte a la interpretación de la misma y actúe en función de ciertos grados de especificidad. Como menciona de Jong (2000), le trabajador social interviene en la reconstrucción y en la construcción de vínculos en el mundo de la vida cotidiana y la búsqueda por recuperar la condición humana en la construcción de la sociedad.

La principal herramienta para las intervenciones con familia son las entrevistas. Para abordar situaciones familiares a través de la misma, "se procura la viabilización de intervenciones tendientes a redefinir y resignificar realidades narradas por el grupo familiar, como aquellas desencadenantes de crisis, dificultades y/o problemáticas que impiden el desarrollo y crecimiento de las y los miembros que la conforman" (Contrera, 2016, p.145).

El accionar de les trabajadores sociales en los espacios de familia posibilita introducir una mirada del contexto social en el que se desarrolla la vida de le joven y su familia. Recuperar las trayectorias de cada una de ellas e incorporar las condiciones sociales en que tiene lugar el desarrollo de su cotidianeidad. Esto último constituye un aporte indispensable para lograr un diagnóstico situacional que incorpore todos los aspectos que forman parte del proceso salud - enfermedad. Según Carballeda (s/f), dentro del campo de la Salud Mental, el trabajo social interviene en la dimensión social de la salud mental, desde lo relacional, ambiental, cultural y contextual sin perder de vista las dimensiones biológica y psicológica, garantizando la continuidad de determinados cuidados y facilitando el acceso a recursos individuales y comunitarios.

Los contextos sociales desfavorables siempre influyen sobre el estado de salud de los individuos. Por lo que

“Pensar la subjetividad en la niñez y comprender los nuevos modos de padecimiento contemporáneo implica analizar las profundas transformaciones de la realidad socioeconómica que, junto con los cambios culturales y el debilitamiento de las instituciones, en especial los dados en las últimas décadas en el ámbito de la familia, generaron cada vez más niñas, niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad social y fragilidad psíquica”. (Barcala y Conde, 2015, p.108)

Tomar conocimiento del entorno socio familiar permite establecer qué es lo que el equipo de salud de le adolescente está en condiciones de afrontar y qué necesidades de los jóvenes deben ser satisfechas en otros ámbitos. El conocimiento de los contextos familiares junto a la cotidianeidad de le joven ofrece un panorama sobre las posibilidades reales de esa familia de acompañar el tratamiento de le adolescente y su pronta externación.

La construcción de accesibilidad para la atención de la salud constituye uno de los objetivos de le trabajador social. Asimismo, la restitución de los derechos sociales vulnerados, de esta población, como la educación, la recreación y la vivienda es una cuestión abordada en los espacios de familia. Le trabajador social aborda, también, las representaciones sociales que la familia tiene sobre el padecimiento mental e intenta abordarlo en los espacios para deconstruir y romper con estigmas instalados.

En conclusión, el trabajo social actúa en los aspectos que atañen al abordaje integral del proceso de salud enfermedad atención cuidado a través del trabajo interdisciplinario, la construcción de herramientas, el reconocimiento de recursos en el ámbito familiar y/o comunitario, la articulación con los organismos de protección de derechos de niñeces y adolescentes, la intervención en torno a la restitución de los derechos vulnerados y la identificación de las necesidades de los mismos.

A continuación, se presenta brevemente una situación clínica para dar cuenta, a modo de ejemplo, de la intervención que se realiza con los referentes familiares.

Presentación de situación clínica

Laura y Antonella tienen 15 y 17 años y convivían con

su madre, Viviana. El sustento económico familiar provenía de la pensión de su padre ya que su madre se encontraba y encuentra desocupada. Su padre falleció de un ACV cuando eran muy pequeñas. El mismo ejercía maltrato hacia sus hijos y esposa. Laura relató haber sido abusada sexualmente por uno de sus hermanos mayores desde los 4 hasta los 8 años, teniendo éste por dicha causa restricción de acercamiento desde septiembre de 2021. A partir de ese momento, el hermano es retirado del hogar y se va a la casa de un tío, al mismo lo siguió su otro hermano poniéndose de su lado. Ambas relataron que su madre era alcohólica desde que eran pequeñas. La misma ejercía violencia y maltrato hacia las jóvenes, por lo que en diciembre del 2021 se las retira del hogar y se genera una restricción de acercamiento de todo tipo de contacto de la madre hacia Antonella y Laura.

Las adolescentes ingresaron al servicio de guardia de un hospital monovalente en diciembre del 2021 para su internación psiquiátrica. La misma fue ordenada por la defensoría zonal interviniente con el motivo de evaluar con mayor amplitud el estado de las adolescentes, mediante un equipo interdisciplinario, y así determinar el dispositivo más acorde para las mismas. Laura ingresó por presentar un intento autolítico en contexto de un episodio psicótico agudo, mientras que Antonella presentaba ideas de ruina y desesperanza e ideación suicida de varias semanas de evolución, que se agudizaron tras la descompensación de su hermana. Durante la permanencia en guardia, se solicitó acompañamiento terapéutico para ambas. El motivo de internación de las mismas se dio por la falta de respuesta al tratamiento ambulatorio, con escasa red de contención familiar ya que no cuentan con otros adultos referentes socio afectivos dentro del ámbito familiar.

Al pasar a sala de internación de adolescencia, ambas fueron congruentes en su relato sobre lo acontecido. A lo largo del tratamiento, contaron con espacios individuales psicoterapéuticos, psiquiátricos y de trabajo social. Así como, también, se desarrollaron entrevistas interdisciplinarias y participación en talleres recreativos. Desde el espacio de trabajo social se comenzó con entrevistas para reconstruir la historia de vida y familiar de las adolescentes. Pocos días después de haber ingresado a la sala de internación, se recibió comunicación telefónica de la madre de las jóvenes, quien manifestó encontrarse internada por intentar quitarse la vida como consecuencia de la angustia de lo acontecido con sus hijas.

A partir de diversas evaluaciones, se comenzaron a pensar algunas estrategias de tratamiento. Inicialmente, se establecieron procesos donde cada una tuviera su espacio terapéutico distinto al de la otra, para lograr instaurar cierto grado de autonomía en cada una ya que se objetivaba entre ellas un vínculo simbiótico con temor a ser separadas. No mantenían contacto con sus compañeras, padecían mucha ansiedad por compartir el espacio con les mismas y realizaban todas las actividades juntas, incluso bañarse.

Se trabajó con ambas adolescentes sobre la residencia en un hogar al momento del alta. Por lo que se realizó el pedido de hogar para las mismas. Siendo de importancia mencionar que a causa del cuadro de padecimiento de cada una se evaluaba que Antonella residiera en un hogar convivencial especializado y Laura en un hogar terapéutico. A partir de ello, se abordó con ambas las dificultades de su madre para ejercer los cuidados cotidianos hacia ellas, explicando que se requeriría que la misma continúe con su tratamiento por salud mental.

Se realizó el trámite de los certificados de discapacidad para las dos, en conjunto a la evaluación de los organismos intervinientes. Asimismo, como estrategia terapéutica, y ante la necesidad de las adolescentes de hablar con su madre, se fue conversando la posibilidad de vincularse con ella. Desde trabajo social se articuló con la defensoría zonal y la tutoría interviniente para ver qué posibilidades había de mantener comunicación telefónica ya que había de por medio una medida de restricción de acercamiento por violencia intrafamiliar. Luego que el juzgado autorizara el contacto telefónico, como medida terapéutica, las adolescentes comenzaron a vincularse con su madre, con una frecuencia semanal. Estos llamados eran supervisados por les profesionales del equipo. Durante los mismos, se fueron abordando algunas cuestiones vinculadas a los cuidados en salud tanto de las jóvenes como de su madre y así intermediar entre los conflictos que pudieran surgir.

Al poco tiempo, Viviana fue dada de alta de la clínica. Al finalizar la restricción de acercamiento de la madre hacia las adolescentes se evaluó, desde el equipo tratante junto a la defensoría zonal, la tutoría y el juzgado interviniente, la situación actual de las mismas para pensar espacios de familia.

Posteriormente comenzaron a realizarse entrevistas interdisciplinarias de vinculación entre ambas jóvenes con su madre. Las mismas se dificultaron por momentos ya

que Antonella se descompensaba ante la presencia de la misma, trayéndole recuerdos pasados. Esto generaba que tuviera que abandonar el espacio y recibiera contención verbal por parte de les profesionales. En las entrevistas de familia, se abordó la situación que las jóvenes fueran a vivir en un hogar diferente una de la otra y se conversó que, por más que no fueran a vivir con su madre, el vínculo entre ellas podría seguir siendo el mismo que hasta ahora, siempre teniendo en cuenta lo que ellas decidieran en cuanto a esa relación madre-hijas. Por momentos esto generaba angustia en Laura, quien en ocasiones manifestó deseos de volver a vivir con la madre.

Luego de unos meses, Antonella obtuvo su vacante en un hogar y continuó su tratamiento de post alta con su equipo de la sala hasta tanto tuviera su admisión por consultorios externos. Los días que venía a ver al equipo, se realizaba el espacio de familia con Laura y Viviana. Unos meses después, se acordó con el hogar que las entrevistas de familia se hicieran en la nueva residencia de la joven.

Reflexiones Finales

La presencia de le trabajadore social es muy necesaria para construir la historia y trayectoria familiar, así como también lo que la familia demanda de los espacios sin dejar de perder de vista a le sujeto padeciente, que debe formar parte de su propio tratamiento. Las entrevistas de familia, en tanto narrativas, son construidas por las familias, así como por le profesional que va guiando el encuentro. En estos momentos es donde les mismos son parte de la escena en la que actúan como mediadores e intérpretes, donde se los interpela y donde une mismo se genera interrogantes. En este espacio, se juegan sensaciones y sentimientos alrededor de la situación, casi sin darse cuenta comienzan a tener un rol en ese entramado familiar.

Es de mi interés destacar el papel central y complejo que tiene el abordaje familiar, ya que constituye el contexto de los vínculos primarios. Pensándolo desde allí se logran comprender muchos de los fenómenos que le suceden a cualquier persona a través de su vida. En este sentido, la construcción de une sujeto y su malestar están íntimamente ligados con lo que ha experimentado a lo largo de su desarrollo y de aquellas relaciones. Es por ello la insistencia de la importancia de trabajar no solamente con la realidad psíquica de aquellas jóvenes

sino, también, con las familias donde estos adolescentes están inmersos. El trabajo con familias desde la parte socioeducativa es un reto para la orientación familiar y una oportunidad de crecimiento y aprendizaje para las mismas.

Por último, me interesa recalcar que lo que lleva a desarrollar esta temática de familias surge de pensar que

cada espacio es particular en cada situación. Es notorio, dentro de mi experiencia en la sala, que las familias con las que se interviene no son estereotipos de vínculos armoniosos y con un lazo afectivo-contenedor. Por eso es que a la hora de pensar en los espacios de familia se presenta la cuestión de utilizar estrategias cuidadas respecto a no exponer a le sujeto padeciente a una situación que pudiera descompensarlo.

Bibliografía

Barcala, A. y Luciani Conde, L. (2015) *Salud mental y niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas*. Editorial Teseo. CABA

Carballeda, A. (2012) *La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas*. Margen N° 65.

Contrera, V. (2006) *La narrativa en trabajo social: entrevista familiar como espacio de re- construcción de relatos*. Revista Tendencia y Retos, 11.

De Vicente, A.; Magán, I.; Berdullas, S. (2010) *Abordaje Psicosocial y familiar del trastorno mental grave*. Revista Infocop Online, Artículo de Portada. Disponible en: <https://www.cop.es/infocop/pdf/1805.pdf>

Eroles, C. (2001). *Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional*. Capítulo 1. Editorial Espacio. Buenos Aires.

Gamaldi, R., López, B., y Montezanti, M. (2013). El abordaje de lo familiar en el ámbito hospitalario. Clepios, revista de profesionales XIX - No 2: 65-71.

Travi, B. (2017). El Diagnóstico Social y la noción de integralidad en la política social. Tradiciones disciplinares y desafíos actuales. - Revista "Debate Público. Reflexión de Trabajo Social" - Debates de cátedra. Año 7 - Nros. 13 y 14

Yurss Arruga, I. (2001). Atención a la familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria. Instrumentos de abordaje familiar. Editorial Anales. España.

Marco normativo

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>. Consulta: 12 de Febrero del 2023.

Ley de Protección Integral de los derechos de la niñas, niños y adolescentes N° 26061. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>. Consulta: 12 de Febrero del 2023.

Artículos seleccionados

Del adultocentrismo a la autonomía progresiva: aportes del Trabajo Social para el abordaje de la Salud mental de las adolescencias.

Melina Daniela Maffeo^a

Fecha de recepción:	27 de marzo de 2023
Fecha de aceptación:	3 de mayo de 2023
Correspondencia a:	Melina Daniela Maffeo
Correo electrónico:	m.danielamaffeo@gmail.com

a. Lic. en Trabajo Social. Residencia de Trabajo Social en salud. Ministerio de Salud. Ciudad de Buenos Aires.

Resumen:

El presente documento se propone reflexionar acerca del Rol del Trabajo Social en internaciones por salud mental de población adolescente. Para ello, se describe una experiencia acontecida en una sala pediátrica, de un Hospital General de Agudos del Sur de la CABA.

Para el abordaje de esta problemática, se ponen en diálogo: el marco regulatorio que atraviesa estas situaciones (Ley de Salud Mental 26.657 y Convención de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente N° 23.849) y los principales postulados teórico - metodológicos que rigen nuestras prácticas profesionales en esta área temática.

Esta producción pretende analizar la intervención del Trabajo Social desde una perspectiva crítica, que desande posturas adultocéntricas, que consideran a las adolescencias como transiciones hacia la adultez y a los sujetos adolescentes como seres incapaces de autodeterminarse. Por

el contrario, se invita a comprender a las niñeces y adolescencias en términos dinámicos y a las personas adolescentes como seres con potestad de incidir y decidir sobre sus procesos de salud - atención - enfermedad y cuidado.

Para concluir, se profundiza acerca de cuáles son las modalidades disciplinares de intervención que específicamente se llevan a cabo en este espacio intrahospitalario, dando cuenta de las múltiples complejidades y contradicciones que atraviesan nuestras prácticas profesionales cotidianas.

Palabras clave: Intervención del Trabajo Social - Salud Mental - Adultocentrismo.

Summary

This document intends to reflect on the Role of Social Work in mental health hospitalizations of the adolescent population. For this, an experience that occurred in a pediatric ward of a General Hospital for Acute Care in the South of the CABA is described.

To address this problem, the following are put into dialogue: the regulatory framework that crosses these situations (Mental Health Law 26,657 and Convention on the Rights of Children and Adolescents No. 23,849) and the main theoretical-methodological postulates that govern our professional practices in this thematic area.

This written production intends to analyze the intervention of Social Work from a critical perspective, which retraces adult-centric positions, which consider adolescence as transitions towards adulthood and adolescent subjects as beings incapable of self-determination. On the contrary, it is invited to understand children and adolescents in dynamic terms, and adolescents as beings with the power to influence and decide on their health-care-disease and care processes.

To conclude, it delves into what are the disciplinary modalities of intervention, which are specifically carried out in this intra-hospital space, accounting for the multiple complexities and contradictions that go through our daily professional practices.

Key words: Social Work Intervention - Mental Health - Adultcentrism.

Introducción

El presente trabajo surge en el marco de mi rotación por la Sala de Pediatría de un Hospital General de Agudos situado en la zona sur de la CABA. El mismo constituye una instancia de reflexión respecto a la temática de salud mental, más precisamente a la salud mental de la población adolescente.

Se pretende reflexionar a partir de un interrogante fundamental que transversaliza el desarrollo de este escrito: ¿Qué modalidades de intervención del Trabajo Social,

se construyen en situaciones en las que la Salud Mental de las/os adolescentes se encuentra de algún u otro modo, afectada? Para intentar abordar esta cuestión, se describirán y analizarán los principales postulados teóricos que existen sobre esta temática, vinculándolos con las prácticas concretas llevadas a cabo en el dispositivo mencionado.

La relevancia de abordar esta problemática, se sustenta principalmente en una mayor incidencia de estas situaciones en los espacios referidos y ante esto, a la necesidad de dar respuesta a los múltiples interrogantes que

surgen, cuando se procede a la atención de las mismas en una institución de las características de un Hospital General.

Respecto a la metodología de este documento, el mismo tiene corte cualitativo y base empírica. Los insumos utilizados para la elaboración de este escrito, surgen de registros personales: principalmente cuadernos y notas de campo. Del mismo modo, se utilizaron como referencia datos recogidos de historias clínicas y sistemas de registro digitales (como sigehos). La información obtenida, también es producto de las entrevistas semi-estructuradas realizadas a integrantes del equipo de Trabajadoras Sociales de la Sala de pediatría. Este recurso metodológico fue utilizado con el objetivo de observar de qué modos dialogan los discursos de las profesionales, las prácticas que enuncian y los conceptos teóricos que atraviesan esta producción. Asimismo, la decisión de entrevistar a estas colegas, se fundamenta en lo que Marradi y otras/os (2007) definen como nuestro intencional: se trata de personas con las que se tenía un vínculo laboral frecuente (prácticamente diario) por lo cual el contacto con ellas se podía establecer con cierta facilidad. Además, por su trayectoria institucional, ambas conocían en profundidad la dinámica de la sala.

Ley de Salud Mental y abordajes desmanicomializadores

Para comenzar, es preciso realizar algunas definiciones en torno a la temática abordada. Tomando como eje transversal la Ley Nacional de Salud mental N° 26657 -en consonancia con los tratados internacionales de Derechos Humanos - se concibe a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” En este sentido, la noción de Salud Mental es asumida como un proceso multideterminado, que excede el plano meramente biológico, ya que toma en cuenta factores sociales, económicos y culturales. En congruencia con esta conceptualización, la Ley básica de Salud N° 158 (de aplicación en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), incorpora a la salud mental como una arista inescindible de la salud integral y concluye en la necesidad de lograr las mejores condiciones posibles para el

desarrollo físico, intelectual y afectivo de los sujetos. En clave a la propuesta traída por esta legislación, las condiciones en las que se desarrolla la vida cotidiana de las personas, operan de manera directa en su salud mental. Otro elemento fundamental que se desprende de la legislación citada, tiene relación con la presunción de capacidad de todas las personas, lo cual implica - como premisa fundamental- que se debe privilegiar la capacidad de derechos y el ejercicio de estos, los cuales deben restringirse o limitarse sólo en situaciones excepcionales.

Si bien no es la finalidad de este artículo realizar un análisis exhaustivo de la reglamentación referida, si es necesario hacer mención a alguno de sus principios básicos; siendo que los mismos, servirán de insumos fundamentales para el desarrollo de este escrito. Además de brindar una aproximación a la noción de SM¹, el texto de la norma en su artículo 1° sostiene que tiene como objeto principal el de “(...) garantizar la protección de la SM de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental”. A la luz de lo expuesto por Faraone (2013) se comprende al último como “(...) todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas o grupos humanos, vinculados a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas y a situaciones más prolongadas incluyendo trastornos y/o enfermedades” (p. 9). En lo que respecta a dispositivos de atención de dichos padecimientos, el artículo 7 inciso d enuncia que se debe optar por alternativas terapéuticas que sean acordes a los sufrimientos psíquicos y que restrinjan en menor medida los DD y libertades; promoviendo la integración familiar/comunitaria /social de los sujetos. En concordancia con el artículo 14, la internación debe asumirse sólo en situaciones excepcionales, cuando aporte mayores beneficios que otras intervenciones que pudiesen llevarse a cabo en ámbitos comunitarios, priorizando así la realización de tratamientos ambulatorios. Además, se propone la clausura de todas las instituciones manicomiales (hospitales neuropsiquiátricos a cargo del estado) para el año 2020 y la prohibición de que otras nuevas sean inauguradas. En línea con esto, según el texto de la norma, las internaciones por situaciones que comprometan la salud mental - en términos de riesgo cierto e inminente para sí o para otras/os - deben proceder en Hospitales generales.

Se puede considerar que lo expresado en la Ley, se contraponen a los paradigmas manicomiales, cuyos pilares son el encierro, la exclusión y la reclusión de las perso-

1. Las siglas SM, hacen referencia al concepto de Salud Mental.

nas con padecimientos mentales, en dispositivos asilares tales como hospitales psiquiátricos. En función de lo planteado por Méndez (2010) se puede sostener que el fin terapéutico que inicialmente debían tener dichas instituciones, ha sido reemplazado por uno custodial. De este modo, estas instituciones pueden funcionar como instrumentos de confinamiento y control de los sujetos que allí se encuentran encerrados. En relación con lo antedicho, se configura una manera específica de observar y conceptualizar los procesos de salud mental y, asimismo, de dominar la locura, que tiene como consecuencia la deshumanización, exclusión, dominación y avasallamiento de los derechos de los sujetos (Passini, 2020).

A raíz de lo expuesto, es fundamental repensar las prácticas profesionales desde un enfoque desmanicomializador; ya que este se configura como principal estrategia para que las personas con padecimientos mentales (en la medida de lo posible y de acuerdo a sus posibilidades) atraviesen sus procesos de atención en los espacios de socialización que transitan en su cotidianeidad, en lugar de ser recluidos en dispositivos intramurales. Y en el caso que deban afrontar una internación, que la misma sea acompañada, se humanice la atención y se tengan en cuenta las demandas que planteen las/os usuarias/os respecto a su tratamiento. No se trata sólo de derribar muros en el sentido literal de la palabra, sino de modificar las prácticas en todos los espacios que habitamos, ya que también se puede manicomializar en un consultorio, realizando un tratamiento ambulatorio (Ferucci, 2021). A la luz de los postulados teóricos propuestos se va construyendo el marco de la actuación profesional del Trabajo Social. En este sentido, Amoroso y otras (2020) sostienen las intervenciones en Salud Mental no solo deben apuntar al abordaje de los problemas sociales y la vulneración de derechos, sino a la reconstrucción del lazo social, evitando así la fragmentación y concibiendo a los sujetos en su integralidad. En este sentido, nuestras prácticas deben asumirse en clave de complejidad, entendiendo que la situación de salud que atraviesa una persona se conjuga con otras vulneraciones (relacionadas a su género, su etnia, su clase, entre otras) y de ese modo se producen formas específicas de sufrimiento.

Identificar estas intersecciones, comprenderlas y visualizarlas; permite consolidar estrategias de intervención situadas, que vayan acorde a la complejidad planteada; en donde los padecimientos mentales puedan ser leídos en clave del contexto social en el que viven los sujetos.

Para finalizar el presente apartado, es preciso mencionar un último artículo de la reglamentación referida, la cual tendrá centralidad al momento de analizar cómo las/os adolescentes atraviesan sus procesos de salud mental. Cuando se trata de personas menores de edad, la internación debe proceder de manera involuntaria y en consonancia con los marcos legales nacionales e internacionales de protección de las infancias². A partir de esto, se puede identificar que se otorga un tratamiento especial a este grupo etario. En relación a la internación involuntaria, esta es conceptualizada como un recurso terapéutico excepcional y debe proceder en caso de que no sean posibles otros abordajes ambulatorios, por lo que, sólo podrá realizarse, cuando a criterio del equipo de salud mediere una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceras/os.

¿Adultocentrismo o prácticas de cuidado? Algunas notas sobre las relaciones sociales entre las/os adultas/os y las/os adolescentes

Más allá de lo que imponga el texto normativo, es preciso analizar cómo las/os adolescentes transitan efectivamente los procesos de salud mental. Sin lugar a dudas, se trata de un grupo social específico, que adquiere modos diferenciales de atravesar los padecimientos, de acceder a la atención de la salud y a sus respectivos cuidados. Para realizar una lectura compleja de esto, es necesario distanciarse de abordajes reduccionistas, que limitan los procesos de salud sólo a la enfermedad en términos individuales y a históricos, tal como lo propone el modelo médico hegemónico. En contrapartida, se proponen perspectivas que reivindiquen la historicidad y sociabilidad de la salud; entendiendo que, las formas de transitar los padecimientos y malestares o más precisamente de percibir los PSEAC³ se deben a los modos estructura-

2. Más allá de que existen perspectivas que conciben a la niñez y las infancias como conceptos completamente distintos, para facilitar la lectura de este documento, se asumirán como sinónimos.

3. Las siglas PSAC refieren a procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado.

dos de vida. En este marco, los procesos de salud de los individuos, no pueden ser escindidos de las condiciones estructurales en las que se produce y reproduce la vida. Es por ello, que las relaciones de género, etnia y de clase cobran relevancia, ya que generan patrones específicos del vivir (Breilh, 2010). Si bien no se menciona a la edad, resulta relevante pensarla también como parte de ésta determinación social de la salud.

Continuado con esta línea analítica, la edad opera como categoría social e impone determinados modos de ser, vinculados a las figuras de las/os adolescentes y las de las/os adultas/os. Esto se inscribe en nuestro régimen legislativo, ya que las leyes vigentes otorgan derechos y obligaciones que corresponden a un grupo etario u otro. No obstante, las modalidades de adolescencia y adultez también se encuentran sujetas a las distintas representaciones sociales que se van construyendo de ellas. En este sentido, las relaciones asimétricas entre generaciones contienen un carácter conflictivo y reproducen el autoritarismo y la desigualdad. (Magistris y Morales, 2018). Si bien las tensiones existentes entre los grupos etarios fueron configuradas de distintos modos a lo largo de la historia, es posible sostener que se resolvieron bajo la hegemonía adulta, ya sea con la utilización de la fuerza física o con otros mecanismos de control social (cuerpos legales, dispositivos educativos, entre otros). De ello se deduce, que existe una asimetría de poder entre niñas/os y adultas/os, mediado por un modelo estructural de dominación al cual se conceptualiza como adultocentrismo (Magistris y Morales, 2018, p. 9). En este sentido, las relaciones sociales se inscriben bajo ésta lógica y le otorgan centralidad a la adultez - como momento específico de la trayectoria vital- y a las/os adultas/os como sujetos activos que detentan el poder. Se puede presumir que el adultocentrismo - como estructura de dominación - actúa en conjunción con otros sistemas de opresión: el capitalismo, el heterocispatriarcado, el colonialismo y el capacitismo. Es preciso sostener, que este proceso no se lleva a cabo de manera lineal, sino que se encuentra atravesado por diversas tensiones. Para comprender lo referido con mayor claridad, resulta pertinente traer al análisis lo sostenido por una Trabajadora Social de la Sala “Hemos tenido chicos con una amplitud diferente a la hetero-

normatividad. Cambios en su aspecto y que empiezan un proceso de cambio de género (...) Eso también habla de la salud mental, pero en un sentido beneficioso para los adolescentes”. Es posible suponer, que el modo en que se relacionan las estructuras de género y de edad, se van modificando de manera que no sólo generan sufrimientos psíquicos, sino que también permiten que las/os adolescentes construyan su identidad de un modo diferente al heteronormado e incluso puedan expresarlo al equipo de salud. Esto resulta interesante ya que permite visualizar como las demandas de ésta población, se encuentran atravesadas por los procesos socio históricos que transitamos, sobre todo aquellos vinculados a la lucha de los movimientos feministas. Los debates actuales no sólo se traducen en lo que nos plantean las/os jóvenes, sino también implican una necesidad de revisar nuestras prácticas y desarrollar nuevas lógicas de atención, que acompañen dichas demandas.

Aportes para pensar las adolescencias en movimiento en los procesos de salud

La pregunta que subyace a este análisis es entonces ¿Qué es ser adolescente? En primer lugar, la utilización de este término se explica fundamentalmente en que las legislaciones nacionales e internacionales aluden concretamente a los conceptos de niñez y adolescencia para referirse a estos grupos etarios⁴. Asimismo, se sostiene que es pertinente pensar en las adolescencias en plural, ya que esto permite analizarlas a partir de su diversidad y no linealidad: hay múltiples modos de vivirlas y habitarlas. Si bien existen diversas definiciones, es posible pensarlas como modalidades de experiencia, considerando que no se trata de un momento de “transición” hacia la adultez, sino de un proceso dinámico y multideterminado, donde las características singulares que puede adquirir se vinculan con dimensiones estructurales, coyunturales y particulares de la trayectoria vital de las personas. En relación a esto, resulta de interés exponer lo planteado por Bruñol (1999) cuando sostiene que la niñez y la adolescencia, no implican una preparación hacia la vida adulta, sino que son formas específicas de ser persona. En el mismo sentido, Magistris y Morales (2019) acuerdan que es necesario evo-

4. La convención de los derechos del Niño, Niña y Adolescente da cuenta de la utilización de este término.

car a la niñeces y adolescencias como movimientos -disociándolas de perspectivas que las vinculan con un momento vital específico y transicional hacia la adultez- donde las/os NNyA se asumen sujetos autónomos, con capacidad de auto pensarse y auto representarse. Esto conlleva a la irrupción de nuevas ideas y acciones transformadoras por parte de ésta población e implica un desafío político creativo: el de construir modalidades de intervención desplegando múltiples estrategias para recuperar y ponderar los aportes de las adolescencias. A partir de esta lectura, la posibilidad de elegir de qué modos transitar los PESAC, no debe adjudicarse sólo a las personas mayores de edad. Por el contrario, si abordamos las niñeces y adolescencias desde la interlocución adulta, constituimos estructuras excluyentes y jerárquicas de pensamiento, donde se prioriza la mirada adulto-céntrica una vez más, relegando los pensares de NNyA a un lugar subordinado y subsidiario.

Atendiendo a lo pautado en nuestro marco regulatorio, la adolescencia se limita a un periodo de la trayectoria vital de las personas, que comienza aproximadamente a los trece años de edad. En clave con lo antedicho, la ley de protección integral de los DD de NNyA se encuentra regulada en nuestro régimen legislativo y tiene rango constitucional. Tal como expone Bruñol (2012), ésta convención no sólo establece derechos de NNyA como personas humanas, sino que los especifica y garantiza para un proceso determinado de la vida: la niñez y adolescencia. Si bien lo anterior puede resultar contradictorio con el paradigma que se viene proponiendo - de pensar la adolescencia como un movimiento y no como un lapso de edad determinado-, es posible sostener que ambas ideas pueden confluir en la necesidad de proteger los derechos de ésta población y coincidir en que es necesario que esto se garantice a través de un plexo de derechos específico. En este sentido, el razonamiento que propone asumir a las adolescencias como movimientos y procesos, también es contemplado de alguna manera u otra en nuestro régimen legal, lo cual se observa a partir de la noción de autonomía progresiva (principio fundante de nuestras normas respecto a los Derechos de las/os NNyA). La misma, hace referencia a un proceso por el cual las personas menores de edad (término acuñado por el Código Civil y Comercial de la Nación) van adquiriendo capacidades de acuerdo a su edad, pero también a su grado de madurez. La ca-

pacidad de ejercer los derechos no se obtiene de un día para el otro, ya que la autonomía se define desde su dimensión procesual y se concibe como algo a construir cotidianamente.

Continuando con este análisis, es de interés precisar brevemente cómo es el vínculo entre las/os adolescentes y el sistema de salud. Sin lugar a dudas, en base a las directivas expresadas por nuestro marco normativo, el Estado se configura como principal responsable de asegurar y promover la salud integral de las/os NNyA⁵. Además, la atención debe garantizarse de forma multidisciplinaria e intersectorial comprendiendo, que el derecho a la salud se encuentra anclado a la satisfacción de otros derechos como la educación, vivienda, ambiente, entre otros (Ministerio de Salud de la Nación, 2018). En base a ello, las instituciones estatales no sólo deben supervisar que sean garantizados los DD de este grupo social, sino que deben llevar a cabo todas las acciones necesarias para que esto se efectivice, asegurando así el pleno acceso a la salud integral. Sin embargo, tomando como eje de análisis la hipótesis traída por Barcala (2017) lo expresado por el marco regulatorio no tuvo el debido correlato con la realidad: en lugar de desarrollar acciones que apunten a modificar las situaciones adversas que padecen las/os NNyA y garantizar cuidados integrales que atenúen sus sufrimientos; históricamente las políticas públicas de SM apuntaron a colaborar con la génesis y posterior producción de procesos de medicalización del sufrimiento psíquico; siendo las principales modalidades de atención la exclusión, el encierro y la patologización. Anclado a lo anterior, la autora sostiene que la época actual se caracteriza por la irrupción de nuevos modos de padecimiento, lo cual también fue observado por una profesional de la sala: "Se ha notado un incremento de las interconsultas por motivos de salud mental en los dos últimos años: cuestiones vinculadas a cuadros depresivos, trastornos de la conducta alimentaria, intentos de autolisis." (Trabajadora Social 1). Esto precisa ser analizado a la luz de las profundas transformaciones actuales de la realidad socio económica, que en conjunción con los cambios culturales y el debilitamiento de las instituciones (principalmente la familia); generaron más NNyA en situaciones de vulnerabilidad y atravesando padecimientos psíquicos. No obstante, estos procesos también generan otras consecuencias y pueden favorecer movimientos hacia la autodetermina-

5. Niñas, niños y adolescentes.

ción de las/os adolescentes, ya que estas/os son quienes construyen sus demandas y ponen de manifiesto alguna dimensión de las problemáticas que sufren: “Las familias atraviesan a veces cuestiones muy difíciles: violencia, complejidades económicas. Las/os adolescentes son muchas veces quienes un poco visibilizan la situación que pasa al interior de la familia” (TS 1)⁶

A raíz de lo relatado precedentemente, las subjetividades de las/os NNYA se inscriben en condiciones socio culturales (y económicas) específicas, se construyen en el encuentro con las instituciones y son plausibles a permanentes cambios de acuerdo a como los procesos sociales lo demanden. Bajo ésta lógica, la institución socio sanitaria tendrá un gran impacto en la conformación de las identidades de las/os adolescentes, ya que se configura (de manera conflictiva y no lineal) como un dispositivo de ejecución de políticas públicas y por lo tanto, da cuenta de la perspectiva que el estado tiene sobre ésta población. A su vez, la atención brindada por los efectores de salud se encuentra mediada por los discursos, prácticas y abordajes que las/os profesionales tienen sobre las adolescencias (y las/os adolescentes).

Los aportes de Barcala (2017) evidencian como las modalidades de atención de las instituciones socio sanitarias, se encuentran en permanente tensión con aquellas conceptualizaciones que asumen a las/os adolescentes como sujetos de derechos. Tal como esboza la autora mencionada, se producen procesos de objetivación (vinculados a una mirada tutelar) que anulan la singularidad de las/os NNYA, sobre todo de quienes padecen trastornos psíquicos severos. En este marco, las diversas formas de atravesar las niñeces causadas por el contexto de vulnerabilidad social, puede ser patologizadas e interpretadas solamente en términos de enfermedad. Asociado a éstas perspectivas, se generan respuestas expulsivas y una cierta deriva institucional frente a éstas problemáticas. Lo cual, puede devenir en acciones concretas de expulsión u otras manifestaciones de rechazo, ligadas a no poder afrontar éstas situaciones.

En contraposición con las miradas patologizantes de las/os NNYA, es posible generar acompañamientos

que reconozcan el cuidado de la SM como un proceso necesario, más allá de los momentos de agudización de los cuadros o las descompensaciones “Ésta habiendo un poco de empoderamiento de las/os adolescentes, desde un lugar donde demandan ser bien tratadas/os, ser consideradas/os como personas en su subjetividad y sus decisiones. Esto no se si lo vínculo con la salud mental como algo patológico, sino todo lo contrario: es un proceso necesario... de mucha autonomía y de su realización como personas” (TS1). Se evidencia en lo sostenido por la profesional, una conceptualización de la SM vinculada a procesos de subjetivación, que se contraponen a enfoques objetivantes que la conciben meramente desde el padecimiento. En este marco, se vincula con la posibilidad de construir autonomía, donde las demandas de las/os adolescentes se observan como procesos necesarios y de autocuidado de su salud mental.

Modalidades de intervención en la Sala de Pediatría de un Hospital General de Agudos del Sur de CABA

A partir de lo relevado, es posible reflexionar acerca de cómo la deriva institucional (Barcala, 2017, p. 86) se concreta (o no) al interior de este dispositivo. En primer lugar, es preciso aclarar que los procesos de atención no se dan de manera lineal, sino que en estos confluyen diversas perspectivas y modelos de intervención: mientras que algunas prácticas pueden partir de considerar a las adolescencias desde su capacidad autónoma, otras suponen perspectivas tutelares y objetivantes de las/os NNYA. Es relevante partir de ésta consideración, ya que posibilita reflexionar en términos de complejidad y evita simplificar los diagnósticos.

Partiendo de los paradigmas expuestos, resulta menester reflexionar de qué modos se conjugan las perspectivas y prácticas de nuestra disciplina en este espacio. Si bien las intervenciones se van construyendo según las particularidades de cada situación, en función de la complejidad que se presente, se puede destacar algunos puntos en común acerca de cómo éstas son llevadas a

6. A fin de facilitar la lectura y evitar ser redundancias en la escritura, se utilizarán las iniciales TS1 y TS2 para referirse a las profesionales de la sala que fueron entrevistadas.

cabo: En primera instancia, los motivos de interconsulta por los cuales las/os profesionales médicas/os suelen consultar a Servicio Social pueden ser varios: sospechas de abuso sexual infantil, maltrato, acceso a algún insumo o medicación, trastornos de la conducta alimentarias, intentos de suicidio o autolesiones, entre otros. A partir de la recepción de dicha consulta, se comienza a trabajar con las situaciones: Se llevan a cabo entrevistas con las/os NNyA y con su red socio afectiva. Preferentemente, para preservar la integridad de las/os adolescentes, se intenta que se desarrollen en un espacio protegido, sin la presencia de sus referentes adultas/os, a menos que ellas/os deseen y soliciten que estas/os participen. En muchas oportunidades, éstas se llevan a cabo en conjunto con otras disciplinas como psicología, psiquiatría y/o pediatría. Con respecto a qué finalidades tienen dichas entrevistas, una Trabajadora Social de la Sala sostiene "Tratamos de entrevistar a las familias, pero también a los NNyA. Nos regimos por los principios de nuestro marco legal y la ley determina que debemos ponderar las palabras de las chicas/os". No obstante, es preciso traer al análisis otra cuestión que sostiene otra de las profesionales de la Sala "Nos fijamos mucho en lo que trae esa red continente y entrevistamos a esas/os adultas/os referentes, para pesquisar si pueden garantizar los cuidados y la continuidad del tratamiento ambulatorio (...) que puedan ver lo que implica esa problemática de SM". Resulta interesante retomar las palabras de ambas colegas, ya que permiten observar cómo se presentan ciertas tensiones al momento de pensar los objetivos de las entrevistas. No obstante, se puede considerar que en ambos casos, ésta modalidad táctica operativa puede ser asumida como herramienta, para construir una intervención profesional que garantice los DD de las/os NNyA: tanto a ser protegidas/os, como a ser escuchadas/os. En resumen, si bien se pueden generar conflictos al momento de pensar con qué finalidades se producen las entrevistas, también se pondera como se ponen en diálogo las distintas lógicas que traen las profesionales y como eso permite consolidar una intervención en términos de complejidad. A su vez, dichos objetivos esgrimidos por las colegas, pueden conjugarse para desarrollar una estrategia que vaya en clave de garantizar ambos derechos.

En función de lo recogido en estas instancias, se elaboran informes sociales y se envían a los organismos que forman parte del sistema de protección de derechos: Consejo de Derechos de NNyA (en el ámbito de CABA) y Servicios Locales de Promoción y Protección (en provincia de Buenos Aires). Es de suma importan-

cia explicitar que estos suelen ser elaborados conjuntamente, por al menos dos de las tres profesionales que se desempeñan en la sala: "Hacemos los informes juntas, cuando podemos. Siento que eso no nos sobrecarga tanto, aunque a veces cueste tratamos de unificar los criterios, eso nos obliga a pensar mejor" En función de lo sostenido por Daniela Gallego (2011) el informe social como instrumental, debe ser asumido como un producto de una práctica crítica y reflexiva, que no puede mecanizarse ni pensarse fuera de una realidad mediada por el conflicto. El poder construir un informe en conjunto, es un modo de pensar las situaciones críticamente, expandir las miradas y no simplificar ningún diagnóstico. Esto permite una intervención situada e historizada, que incluya diversas concepciones que se ponen en juego en la elaboración de este documento. Esto también se materializa en las reuniones que mantienen las profesionales de este espacio, las cuales tienen como finalidad reflexionar respecto a las situaciones presentadas y pensar conjuntamente estrategias interventivas. Por las limitaciones propias del trabajo intrahospitalario (vacancias en relación a recursos, falta de profesionales, entre otros), estos encuentros suelen concretarse de manera informal y carecer de un espacio físico asignado a dicho fin.

Es importante referir, cuando se trata de internaciones por salud mental (consideradas como involuntarias de acuerdo a la normativa vigente), además tienen actuación a otras entidades de revisión: Asesoría tutelar general (dependiente del ministerio público tutelar), Unidad de Letrados (ya que el Estado tiene la obligación de proveer un abogado a las personas internadas involuntariamente durante la estadía en los Hospitales. A fines prácticos, se realiza una distinción entre las internaciones que son propiamente por SM y otras cuyo motivo de ingreso tiene que ver con otras cuestiones (como sospecha de ASI). No obstante, se afirma que también las últimas, la SM se encuentra afectada de algún modo. En relación a lo descrito con anterioridad, resulta interesante plantear desde qué enfoques sobre las adolescencias, se desarrollan las prácticas disciplinares del Trabajo Social. "El paradigma de abordaje parte de la Convención de Derechos de las/os Niñas/os, tiene un espíritu que abarca todas las legislaciones que muy de avanzada y necesario" (TS1). En el mismo sentido, otra de las referentes de este espacio, sostiene: "hay que pensar el encuadre: el marco normativo, Ley de Salud Mental y de Protección de Derechos de NNyA. También el marco institucional: cuáles son los objetivos del Trabajo Social en la Sala, que tiene que ver con garantizar el

ejercicio de los derechos (...) el cuidado de la salud, entendiéndola como algo integral. Si bien se puede trabajar con las/os adolescentes, trabajamos mucho con sus redes de cuidado” (TS2). A raíz de esto último, resulta pertinente reflexionar respecto a las complejidades que se presentan cuando se piensa el trabajo con las redes continentales de las personas internadas. Esta propuesta no implica perder de vista las miradas y sentires de las/os NNyA al momento de la intervención. Es por ello, que es preciso marcar una diferenciación entre llevar a cabo una estrategia tutelada y una de cuidado: mientras que en la primera se desvaloriza la perspectiva de las/os adolescentes en relación a sus procesos de PSEAC (ya que se considera que no cuentan con la potestad de decidir por sí mismas/os), en la segunda se sostiene que se debe relevar de algún u otro modo, cuál es el rol de las/os referentes adultas/os, en relación a facilitar (o no) el ejercicio de los cuidados: Obligación enmarcada en nuestra normativa vigente y en consecuencia relacionada a la conceptualización de autonomía progresiva. Como resultado de esto, es posible asumir que para producir procesos autónomos en las adolescencias, se deben asegurar acompañamientos adultos que sean continentales durante las crianzas de las/os NNyA.

Como fue mencionado con antelación, nuestras prácticas en este dispositivo, se encuentran vinculadas a una determinada modalidad de egreso hospitalario, que también supone una visión específica respecto a la internaciones (y cuando deberían proceder). Entonces evaluar en qué términos se van a llevar a cabo estos egresos implica tener en cuenta las tensiones que pueden presentarse entre: los deseos de las/os adolescentes, las propuestas de sus familias, el propio criterio disciplinar del Trabajo Social y de otras especialidades e instituciones que intervienen. Tal como expresa una profesional de este espacio: “la intervención gira en torno en definir una modalidad de egreso donde se garantice el cuidado de la salud y la protección de los DD de las/os adolescentes. (...) Es deseable que la internación sea acotada en el tiempo y no se extienda mucho más del episodio agudo” (TS2). Tomando en cuenta este enunciado, es posible identificar un enfoque demanicomial en lo planteado, ya que se asevera la necesidad de acotar los tiempos de internación. Siendo la última aplicable a un momento agudo o de descompensación del cuadro de

salud mental y orientando las acciones profesionales al egreso, lo que puede suponer que se privilegien los tratamientos ambulatorios y extramurales dentro de ámbitos de comunitarización. No obstante, cabe interrogarse cuánto de lo descrito tiene que ver con los límites para brindar una adecuada atención (sobre todo la vacancia en cuanto a recursos que llevan a “necesitar de camas” para nuevas/os pacientes), más que con abordajes comunitarios de la SM que propongan a la internación como último recurso terapéutico. Más allá de esto, se ratifica ésta perspectiva desmanicomializadora en el discurso de ésta colega, que va en concordancia con el marco regulatorio arriba expuesto.

Reflexiones finales

A lo largo de este escrito se reflexionó acerca de los procesos de salud mental de las/os adolescentes internadas/os en la Sala pediátrica de un Hospital General de Agudos. Una de las propuestas que transversalizó el trabajo, estuvo vinculada a repensar los procesos de salud mental como tales, intentando no reducirlos a descompensaciones o patologías, sino leyéndolos en clave de salud integral. Si bien el momento de la internación suele producirse como resultado de una agudización o agravamiento de un cuadro, esto no significa que no puedan llevarse a cabo estrategias despatologizantes en un contexto hospitalario. Asimismo, definir a las demandas de ésta población como necesarias y beneficiosas⁷, da cuenta de que las prácticas de las profesionales -en menor o mayor medida y de acuerdo con sus límites y posibilidades- se orientaron a favorecer procesos de subjetivación y despatologización de las/os NNyA.

Con el objetivo de profundizar en qué modos se abordan (y piensan) éstas situaciones, se describieron dos paradigmas contrapuestos: Por un lado el de autonomía progresiva (pensando en las adolescencias como productoras de subjetividad, con capacidad de auto pensarse y autodeterminarse), mientras que por otro, el de la tutela (que está íntimamente ligado con el adultocentrismo y la objetivación de las/os NNyA). Se puede considerar que en términos generales, el paradigma imperante en la Sala se fundamenta en el principio de

7. “Beneficiosos” y “necesarios” son expresiones utilizadas por una de las profesionales entrevistadas.

autonomía progresiva, contemplado por nuestro marco regulatorio. Sin embargo, al interior de este espacio, también se pueden generar tensiones y llevarse a cabo acciones que responden a postulados adultocéntricos y restrictivos de las infancias.

En vínculo con lo anterior, la lógica hospitalaria fragmentada se constituye como uno de los principales obstáculos para llevar a cabo un abordaje integral de las problemáticas. Al margen de las perspectivas de cada una/o de las/os profesionales y el bagaje que se tenga al momento de intervenir, uno de los principales límites tiene que ver con la mirada segmentada de las situaciones, que pueden tener las disciplinas, los dispositivos e incluso las instituciones externas a este nosocomio; lo cual complejiza desarrollar estrategias en común. Los organismos protectores de Derechos son una parte fundamental de este engranaje y en muchas oportunidades, existe una gran conflictividad para establecer una comunicación fluida con éstos, que permita unificar criterios de intervención.

Continuando con este análisis, es importante señalar que al momento de pensar en el egreso hospitalario, también se presentan múltiples complejidades. En congruencia con los enunciados de la Ley de Salud Mental, se propone un enfoque demanicomercializador, regido por considerar que las internaciones deben ser un recurso terapéutico excepcional y su extensión temporal lo más breve posible. No obstante, garantizar un espacio

de atención posterior al alta, resulta uno de los grandes obstáculos en nuestras prácticas. En este sentido, la pandemia por COVID-19 agudizó las dificultades para el acceso a dispositivos ambulatorios, ya que por citar un ejemplo, obtener un turno en este Hospital, se vuelve una tarea casi imposible para cualquier/a usuaria/o. A esto se le suman las dificultades ya existentes, vinculadas con la vacancia de dispositivos comunitarios (no asilares ni intramurales) que alojen y acompañen a las personas. En este contexto adverso, las/os profesionales de la salud tienen el desafío de asumir de acompañar a las/os adolescentes y sus redes continentales y construir derivaciones lo más protegidas posibles.

A modo de cierre, se sostiene que comprender a las adolescencias como movimientos, implica direccionar nuestras acciones a recuperar y ponderar los discursos y sentires de las/os adolescentes y a brindarles espacios de acompañamiento profesionales distintos a los socio-familiares. Esto lleva implícito, que el trabajo con las redes afectivas, no debe de ninguna manera familiarizar los cuidados ni reemplazar la responsabilidad estatal de garantizarlos.

Si bien queda un arduo camino por recorrer, contamos con una normativa vigente (nacional e internacional) que protege a las/os NNyA, por lo cual es un imperativo de nuestras prácticas cotidianas disputar que estos derechos sean efectivamente garantizados.

Bibliografía

- Amoroso I y otras (2020). *Perspectivas de rehabilitación en Salud Mental*. Clase N° 5 Trabajo Social y rehabilitación en Salud Mental. Curso de Salud Mental, talleres protegidos de CABA.
- Barcala, A y Luciani Condi L (2017). *Salud mental y niñez en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Teseco.
- Breilh, J. (2010): La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva* 6 (1), 83 - 101. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73115246007>
- Breilh, J. (2010). *Las tres S de la determinación de la vida y el triángulo de la política. 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud*. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.
- Faraone, S (2013) Reformas en Salud mental: dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. *Salud Mental y Comunidad* 3 (3), 29 - 41. <http://saludmentalcomunitaria.unla.edu.ar/documentos/saludmentalycomunidad3.pdf>
- Ferucci, V (13 de octubre de 2021) Normalicemos hablar de la Salud Mental. La Tinta <https://latinta.com.ar/2021/10/normalicemos-salud-mental/#:~:text=No%20hay%20dudas%20de%20que,a%20servicios%20de%20salud%20mental>.
- Magistris G y Morales S, comp. (2018) *Niñez en movimiento, del adultocentrismo a la emancipación*. Ternura Revelde/El colectivo/Chirimbote.
- Marradi, A.; Archenti, N.; Piovani, J.I. (2007). *Metodología de las ciencias sociales*. Emece. Capítulos 10 y 12.
- Mendez S (2010) *Rehabilitación y reinserción social en pacientes psiquiátricos*. (Tesis de grado). Universidad del Aconcgua, Mendoza.
- Menéndez, E (2003). “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusionesteóricas y articulaciones prácticas”. *Ciencia & Saude Colectiva* (8) 1, 185-207. <https://www.redalyc.org/pdf/630/63042995014.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2018). *Guía sobre derechos de adolescentes para el acceso al sistema de salud*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_sobre_derechos_de_adolescentes_para_el_acceso_al_sistema_de_salud.pdf
- Passini, M (25 de septiembre de 2020) En Salud Mental, la urgencia es construir en comunidad. *La tinta* <https://latinta.com.ar/2020/09/salud-mental-construir-comunidad/>
- Viola, S (2012) “Autonomía progresiva de niños, niñas y adolescentes en el Código Civil, una deuda pendiente” *Revista cuestión de derechos* (3) 82- 99. http://www.psi.uba.ar/academica/carreras-degrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_ro_l_psicologo/material/unidad2/obligatoria/autonomia_progresiva_ni%F1os_new.pdf

Fuentes documentales

- Ley N° 448. Salud Mental. 27 de Julio del 2000. Ciudad de Buenos Aires. <https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/media/document/2017/05/24/25f9c0dcbe2f8d8751911fa1c2cb-f24ee87a1eed.pdf>
- Ley N° 26061. Protección integral de Niños, Niñas y adolescentes. 28 de septiembre del 2005. Argentina. https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_los_Derechos_de_las_Ninas_Ninos_y_Adolescentes_Argentina.pdf
- Ley N° 26657. Nacional de Salud Mental, 25 de noviembre del 2010. Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/175000-179999/175977/norma.htm>

Artículos seleccionados

La producción de salud-cuidado(s) en las internaciones de salud mental.

Nadia Tenchera^a

Fecha de recepción:	20 de marzo de 2023
Fecha de aceptación:	2 de mayo de 2023
Correspondencia a:	Nadia Tenchera
Correo electrónico:	natenchera@gmail.com

a. Licenciatura en Trabajo Social. Residencia de Trabajo Social en salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Resumen:

La internación constituye una ruptura en la vida cotidiana de las personas, lo que incluye sus lazos, trabajos, cuerpos, territorios. En salud mental, según la Ley Nacional de Salud Mental N°26657/10, la misma es considerada un recurso terapéutico a utilizar cuando se hayan agotado todas las estrategias menos restrictivas. Es así que, en tanto trabajadores de la salud debemos pensar en cómo producir salud-cuidado(s) para quienes cursan una internación desde una perspectiva de salud mental comunitaria. Esto supone un desafío debido a que existen situaciones que la pueden tensionar. Sin embargo, se destacan algunas que sí habilitan la producción de salud como brindar un trato digno, enmarcado en la escucha y respeto donde se establezcan vínculos y acogimiento. Esto incluye el trabajo interdisciplinario e intersectorial, como también garantizar la disponibilidad para que en el transcurso de las internaciones las personas puedan participar en espacios tanto individuales como grupales/comunitarios, buscando siempre la inserción comunitaria para sobrellevar las crisis en su propia comunidad. Este trabajo surge con el fin de reflexionar sobre las prácticas que se llevan adelante en la Guardia y Sala de Internación de un Hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y, al mismo tiempo, ser un aporte para potenciar aquellas que devengan en productoras de salud-cuidado(s).

Palabras clave: Producción de salud-cuidado(s) - Salud mental comunitaria - Internaciones.

Summary

Hospitalization constitutes a break in the daily life of people, which includes their bonds, jobs, bodies, territories. In mental health, according to the National Mental Health Law No. 26657/10, it is considered a therapeutic resource to be used when all less restrictive strategies have been exhausted. Thus, as health workers we must think about how to produce health-care(s) for those who are hospitalized from a community mental health perspective. This is a challenge because there are situations that can stress it. However, there are some situations that enable the production of health, such as providing dignified treatment, framed in listening and respect where links and foster care are established. This includes interdisciplinary and intersectoral work, as well as guaranteeing availability so that during hospitalizations people can participate in both individual and group/community spaces, always seeking community insertion to cope with crises in their own community. This work arises in order to reflect on the practices that are carried out in the Guard and Inpatient Ward of a Hospital in the Autonomous City of Buenos Aires and, at the same time, be a contribution to promote those that become health producers -care(s).

Key words: Production of health-care(s) - Community mental health - Hospitalizations.

Introducción

El presente artículo busca reflexionar sobre la producción de salud-cuidado(s) en las internaciones de salud mental desde una perspectiva de salud mental comunitaria, a la luz de las experiencias vivenciadas en una Guardia y Sala de Internación de un Hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se comprende que las internaciones por salud mental suponen una ruptura en la cotidianeidad de quienes las transitan. Es así que será de vital importancia, desde una perspectiva de salud mental comunitaria que, como trabajadores de la salud, llevemos adelante prácticas productoras de salud y cuidados desde-y-en la comunidad. Esto posibilita que las personas en situaciones de crisis/urgencias continúen insertas en su comunidad, dejando de lado la clásica respuesta asilar y de exclusión que ofrecen mayoritariamente las instituciones de salud.

Salud mental: en tanto proceso y como derecho humano

Se recupera la relevancia de los instrumentos internacionales de derechos humanos y salud mental como el Consenso de Panamá, Principios de Brasilia, Declaración de Caracas, entre otros (Dirección Nacional de

Salud Mental y Adicciones, 2010) que han tenido un importante peso para poner en agenda gubernamental a la salud mental, fomentando cambios legales y mejoras en políticas. "Estos tratados al ser suscriptos por el estado argentino tenían jerarquía constitucional" (Retamal, 2014, p.339).

En Argentina, las leyes de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires N°448/00 y la Nacional de Salud Mental N°26.657/10, se enmarcan en el paradigma de derechos humanos y su objetivo es garantizar los mismos y la protección de las personas con padecimientos subjetivos. A ello se le debe sumar la reforma del Código Civil y Comercial de la Nación en el año 2015 que regula la salud mental siguiendo esta misma línea.

En el paradigma mencionado se ubica la corriente de Salud Colectiva Latinoamericana que propone una práctica integral e incluye las dimensiones social, subjetiva e histórica; entendiendo a la salud como un proceso y en tanto tal dinámico, conceptualizado como salud-enfermedad-cuidado. Pone en el centro el proceso de producción-reproducción social y tiene en cuenta la palabra de las personas, considerándolas "sujetos de derechos" que tienen una participación activa respecto a sus trayectorias en salud (Stolkiner y Ardila-Gomez, 2012) (Amendolaro, 2013). Como así también, se centra en las capacidades y potencialidades de las mismas.

En función de todo ello, la salud mental es entendida como un proceso atravesado por múltiples dimensiones -social, económica, cultural, histórica, biológica y psicológica-. Es así que las problemáticas de salud mental pueden generarse tanto por las transformaciones y las crisis de la vida en sociedad como por las condiciones de vida particulares de cada ámbito familiar. Aquí radica la importancia de la construcción de categorías que las describan de manera adecuada (Augsburger, 2002). La salud mental no debe ser definida en términos de patología, sino que debe ser entendida como un proceso multidimensional, y en tanto tal, recuperar la dimensión subjetiva de las personas.

Para finalizar, y continuando con los planteos de la Ley N° 26.657/10, la modalidad de abordaje de la salud mental debe ser prioritariamente ambulatoria y en efectores cercanos a la comunidad donde viven las personas. En este aspecto, se suma la relevancia que adquiere la salud mental comunitaria, la cual busca que la atención les permita a las personas con padecimientos, preservar o recuperar sus capacidades en su vínculo con los otros de -y en- su comunidad (Ardila-Gomez y Galende, 2011). “Lo esencial de la perspectiva comunitaria en salud mental consiste en atender en primer lugar el ‘lazo social’, en el que radica la capacidad del sujeto para establecer vínculos con los otros que le permitan la vida en común” (p.47). De esta forma se busca fomentar la integración de las personas en la comunidad, evitando así su exclusión y aislamiento.

Urgencia, crisis e internación: aproximaciones a sus definiciones

Por urgencia se comprende aquella ruptura aguda y quiebre del equilibrio que sostenía la vida. Si bien cada situación se presenta de manera particular, lo que atraviesa a todas ellas es la ruptura del equilibrio que configuraba sus vidas: su cotidianidad, lazos, territorios, trabajos, cuerpos y pensamientos; situaciones que son complejas (Sotelo, 2009; Morán y Pratto, 2014). Es importante destacar al menos dos variables que la caracterizan: “la presencia de un padecimiento sin velo y la dimensión temporal bajo la forma del apremio y de la prisa. ... Quien se dirige a un hospital en situación de urgencia lo hace en busca del alivio de su malestar” (Sotelo, Rojas y Miari, 2012, p.6).

Desde el paradigma de la desmanicomialización surge el “enfoque de crisis”, entendiéndose por crisis aquella

situación en la que una persona se encuentra con un alto sufrimiento subjetivo y en situación de vulnerabilidad; es un emergente del malestar y forma parte del proceso de salud-enfermedad. La atención de la misma deberá enmarcarse en un trato digno, empático y respetuoso, donde prime la privacidad e intimidad y donde se destine el tiempo necesario para abordar la situación (Cohen y Natella, s/f).

Frente a algunas situaciones de urgencia en las que concurren las personas a la Guardia, surge la internación como una intervención. “La crisis o la urgencia en salud mental ha sido la boca de entrada al sistema manicomial y a la institucionalización de las personas” (Cohen y Natella, s/f, p. 133).

En este punto la Ley N° 26.657/10, en su artículo 14, plantea la internación como un recurso restrictivo que sólo tiene que ser utilizado cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de otras intervenciones. Es decir, la concepción desarrollada sobre salud mental tiene su correlato con la idea de pensar la internación como un recurso al que se debe apelar cuando se evalúa que no queda otra intervención posible de ser llevada a cabo, ya que se han agotado todas las estrategias comunitarias y/o familiares.

Es preciso señalar que una internación se decide a partir de la evaluación que realizan los profesionales de la Guardia en la/s entrevista/s que tengan con la persona que consulta y es en este punto donde toma centralidad la evaluación del riesgo. Para ella es importante tener en cuenta que

la existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado. (Ley 26657/10, artículo 5°).

El riesgo se evalúa al momento de la/s entrevista/s, según cada situación particular y de manera interdisciplinaria. Esto se contrapone a la concepción anterior de “peligrosidad”, bajo la cual se llevaban adelante internaciones que tenían como fin evitar el retorno de la persona a la sociedad ya que suponía un peligro para el resto de la población. La noción de peligrosidad estigmatiza a quienes atraviesan problemáticas de salud mental ya que refuerza la vinculación entre padecimiento y violencia (Mantilla, 2010).

Llegado a este punto, se recuperan aportes teóricos en torno a la categoría de internación. Por la misma se entiende una forma de intervenir posible, indicada y necesaria; que será acotada en el tiempo y constituye un momento del tratamiento. En algunas oportunidades constituye un accidente que irrumpe en la vida de las personas como algo ajeno, siendo así hay quienes pueden transitarla sin que eso les pase efectivamente (Negro, 1996).

Hay algo que caracteriza a las internaciones y es la cuestión del tiempo; tiempo que se tornará particular en cada persona ya que lo esencial es que en ese poco o mucho tiempo se pueda producir un orden y una marca. Es importante comprender que, retomando lo dicho anteriormente, la internación supone una ruptura con la cotidianidad de las personas y, en tanto tal, muchas veces es vista como algo ajeno. Si la entrada a la internación es vivida como algo ajeno, debe trabajarse para que sea la salida de ella algo propio (Negro, 1996).

Al respecto, se genera un nuevo "espacio-tiempo" en el cual surgen interrogantes y también temores en torno a cómo se reorganizará la cotidianidad de cada persona luego de su internación (Morán y Pratto, 2014). Ello será de vital importancia y una cuestión central a considerar y acompañar desde los equipos de salud.

La producción de salud

Las instituciones de salud tendrían que intervenir en pos de potenciar las capacidades de las personas y de las comunidades que padecen diversas dolencias -biológicas, genéticas, sociales, psíquicas-, para poder reducir las y/o en la medida de lo posible -¿o ideal?- eliminarlas. Entonces ¿cómo podemos desde las instituciones de salud llevar adelante esto? ¿Cómo trabajar en la (re)construcción de las capacidades de las personas?

Una apuesta está en que las instituciones puedan abrirse para que ingresen en ellas las necesidades, deseos y voluntades de las personas que asisten a las mismas (de Sousa Campos, 2021). Otra cuestión a considerar es la importancia del trabajo en equipo, el cual debe partir de reconocer los límites de cada disciplina y centrarse por llevar adelante un trabajo de manera horizontal, esto último se constituye en un desafío constante en las instituciones ya que prima la verticalidad y, más aún en las instituciones de salud donde el saber médico continúa siendo hegemónico. Por último, pero no menos impor-

tante, se encuentra la producción de cuidado(s). Los trabajadores de la salud y las instituciones en su accionar producen actos de cuidado.

La intervención y acción de los trabajadores se conforma por tres maletines. Uno se vincula con las manos e incluye varios equipamientos identificados como tecnologías duras; un segundo maletín se vincula con lo mental y tiene que ver con el conocimiento propio de cada saber disciplinar que conforma las tecnologías blandas-duras. Un tercer y último maletín se vincula con el espacio que se produce en las relaciones entre los trabajadores de la salud y las personas, compuesto por tecnologías blandas (Merhy, 2021). Sobre el espacio de las relaciones:

"los procesos productores de salud que ocurren en este espacio se realizan únicamente en acto y en las intersecciones del médico y del usuario. En este encuentro se da, en última instancia, uno de los momentos más singulares del proceso de trabajo del médico como productor de cuidado, en tanto se trata de un encuentro que el médico también procura capturar" (Merhy, 2021, p.43)

Para que los trabajadores de la salud constituyan actos de cuidados deben llevar adelante una intervención que contemple dos dimensiones: la propiamente cuidadora -siendo algunos de sus objetivos la construcción de procesos y espacios que den lugar a la palabra y escucha, la construcción de relaciones de acogimiento, el posicionamiento ético, entre otros-, y la que se encuentre centrada en lo profesional -contempla el recorte tecnológico específico de cada profesional- (Merhy, 2021). Esto se da en la articulación entre los tres maletines.

Llegado a este punto es preciso plantear que la producción de salud conlleva prácticas de cuidados. Es decir, se da una constante imbricación entre la producción de salud y la de cuidados. Ahora bien, la categoría de cuidado tiene múltiples usos y sentidos, por lo que se constituye en una categoría polisémica y puede pensarse de forma plural. En este sentido, se recuperan aquellos usos que coinciden con la perspectiva de Salud Colectiva Latinoamericana. Uno de ellos concibe al cuidado como atención integral y radica en que la producción de salud no debe agotarse en acciones sanitarias, sino que la misma debe darse con otros y con diversos saberes, hacia otros sectores y "hacia otras situaciones de vida cuyo eje no es la enfermedad" (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gomez, 2014, p.221). Otro uso, retomando

lo planteado, radica en la apertura de las instituciones, que apunta tanto a poner a las personas en el centro de sus tratamientos sin perder de vista aquello que las hace padecer, como también recuperar sus historias de vida, sus redes, sus territorios y considerar las múltiples dimensiones que las atraviesan.

Teniendo en cuenta que todes les trabajadores de la salud hacen clínica, será de vital importancia entonces ampliar el objeto del saber y la intervención de la misma, lo que implica incluir a las personas. Esto significa revisar nuestras prácticas y la clínica, para que ésta se transforme en una “Clínica de los Sujetos” (de Sousa Campos, 2021).

La pregunta ahora es ¿cómo potenciar o (re)construir las capacidades sin perder de vista que las personas con problemáticas de salud mental están padeciendo? Coincido en el interrogante sobre “¿Cómo producir salud para aquellos sujetos portadores de cualquier enfermedad sin considerar también la lucha contra esta enfermedad?” (de Sousa Campos, 2021, p.41). La producción de salud debe estar centrada en las personas y no en los procedimientos, ya que esto significa ir en camino a la satisfacción de sus derechos y sus necesidades (de Sousa Campos, 2021; Merhy, 2021).

Para cerrar el apartado, es menester destacar que si bien los usos desarrollados en torno a la categoría cuidados desde el campo de la salud suponen un avance en relación a (re)pensar los procesos de salud-enfermedad, es preciso salirse de dicho campo para concebir esta categoría como

“condición humana fundamental (...) podría afirmarse que no existe cuidado sin la instauración de un vínculo; y que dicho vínculo debe estar sustentado en una corriente afectiva tierna, posibilitando ello la inclusión en el mismo de la empatía, el miramiento y el buen trato.” (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gomez, 2014, p.222)

Aportes desde la experiencia de rotación

Producción de salud-cuidado(s) en los tratamientos

Para comenzar este apartado, recupero algunas cuestiones de la experiencia en Guardia. En primer lugar, al momento de llevar adelante una internación considero

de importancia que el equipo de salud pueda tomarse el tiempo necesario para propiciar un espacio donde poder brindar información sobre cómo es el proceso de internación y la dinámica institucional tanto a la persona -en la medida en que su situación y/o cuadro lo permita- como a quien la acompañe.

Esto es central, ya que “como regla, los usuarios se sienten inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, despreciados y no respetados” (Merhy, 2021, p.59). En consecuencia, ello podría no solo ayudar a disminuir el malestar que muchas personas tienen por no contar con información certera, sino que iría en pos de garantizar el derecho a recibir información sobre su tratamiento y a recibir un trato digno. Pilares básicos para la producción de actos de salud-cuidado(s).

En segundo lugar, en el recorrido transitado hubo un período donde, a raíz de la situación de emergencia sanitaria por covid-19, cobró valor en la Guardia la realización de llamadas y/o envío de mensajes de las personas internadas a sus familiares y/o amistades. Si bien esta tarea quedó adjudicada a las trabajadoras sociales, muchas veces resultó la única instancia en el día en que podían tener un contacto con otros.

Siendo que las prácticas productoras de salud-cuidado(s) se centran en las personas y buscan satisfacer sus derechos y necesidades, estableciendo vínculos, brindando un trato digno, respetuoso y empático ¿podrían pensarse en esta línea a las prácticas mencionadas? ¿Qué otras prácticas podrían haberse llevado a cabo en ese momento de aislamiento social?

En tercer lugar, al pensar en los tratamientos en la Sala de Internación, la estrategia y los espacios terapéuticos se piensan de manera singular según cada persona y situación. En los mismos cobran importancia los deseos y proyectos de las personas internadas, a quienes se les habilitan espacios de escucha y acogimiento, atravesados por actos cuidadores. A su vez, ocupan un rol activo en sus procesos de salud-enfermedad pudiendo decidir diferentes cuestiones.

Las personas ejercen su derecho a participar en sus tratamientos. Un ejemplo de esto, es que las estrategias de externación son pensadas en conjunto entre quienes conforman el equipo y las personas internadas -y también sus redes-. Cuando alguien manifiesta no querer retornar al lugar donde se encontraba previo a su internación -puede ser su casa o la casa de algún familiar

u otre referente-, se trabaja sobre dónde se llevará adelante dicha externación. Esta última puede ser en una institución o con alguna otra persona de su red, siempre teniendo en cuenta la voz de las personas.

Se afirma que para producir salud-cuidado(s) en los tratamientos con las personas será central la construcción de un vínculo que conlleve adelante un trato digno, y que se enmarque en una atención de calidad, respeto, responsabilidad y acogimiento (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gomez, 2014).

Producción de salud-cuidado(s) en los equipos de salud

Si bien se ha hecho hincapié en la producción de cuidado de los trabajadores de la salud hacia las personas con las que trabajan, también se producen relaciones y espacios de vínculo y acogimiento entre profesionales (Franco, 2016). En clave de ello se pueden ubicar las reuniones de equipo debido a que son espacios que propician la circulación de la palabra y donde se hace frente al malestar conformándose en espacios de sostén y, al mismo tiempo, potenciales espacios para pensar propuestas. Se considera el concepto de autocuidado, el cual comprende a aquellas acciones que desarrollan las personas para prevenir ciertos padecimientos y para favorecer algunos aspectos de la salud (Madeira et al., 2020).

A todo ello se suma el trabajo interdisciplinario, entendiéndose al mismo como productor de salud tanto al interior de los equipos como para los tratamientos, pues potencia el abordaje integral y, además, como parte del cuidado-autocuidado. Esto es así ya que la interdisciplina propicia la reflexión conjunta en torno a las estrategias a ser llevadas adelante en cada situación particular, se comparten e intercambian saberes, como también se conforman espacios de vínculo entre compañeros de trabajo, lo que supone un alivio y sostén para cada persona trabajadora.

En la Guardia, espacio complejo por su dinámica debido a las situaciones con las que cada uno se encuentra y enfrenta, para producir salud y cuidados en los profesionales será central dar-se un tiempo, pausar-se. Esto también puede ser pensado como parte de una práctica productora de autocuidado. En el transcurso de la rotación se ha observado la importancia de los momentos de corte para almorzar, merendar y cenar donde se comparte con otros; como también constituye un recurso valioso el humor.

Es preciso permitirse y hacerse "momentos de distracción antes o después del encuentro con la demanda en la guardia, permitírnos poner una pausa al ritmo de la urgencia: compartir un mate con el compañero, ir al baño, alimentarse, escuchar música" (Asín y Pedroni, 2015, p.102). A su vez, será central poder pausar para pensar con otros aquellas situaciones que "urgen", ya que a veces estas son leídas a la luz de lo que debe resolverse "aquí y ahora". Tal como ha sido desarrollado, hay situaciones que ameritan más de una entrevista e intercambio con otras personas y saberes para ser resueltas, respetando los derechos y necesidades de quienes consultan.

Cabe resaltar que, si bien se destaca el valor y la necesidad del trabajo interdisciplinario, al mismo tiempo se constituye como un desafío. Continúa siendo algo a disputar de manera constante, más aún en aquellas instituciones donde prima la verticalidad y donde el modelo médico sigue siendo el hegemónico. La construcción de la interdisciplinariedad supone así una posición ético-política y vital; no sólo para los abordajes de los procesos de salud-enfermedad, sino también para producir salud-cuidados al interior de los equipos.

Producción de salud-cuidado(s) en los espacios grupales/comunitarios

En este apartado se ubican diferentes espacios grupales/comunitarios de los que se participó. Se recuperan los talleres abiertos que brinda Hospital de Día -a los que pueden concurrir de manera voluntaria tanto las personas internadas en la Guardia como personas de las Salas de Internación de adultos-, el Taller de Arte que realiza el Programa de Inclusión Socio-Cultural y espacios que se construyen desde la sala. En este mismo sentido se ubica la Asamblea, que implica una participación voluntaria y se realiza una vez por semana y en ella participan tanto personas internadas en la sala como también los trabajadores de la misma.

Los espacios grupales, tanto los talleres -donde se abordan cuestiones artísticas, culturales, de capacitación, intercambio, entre otras- como la asamblea -aquel lugar para tratar cuestiones que atañen a todos-, se constituyen en espacios de encuentro y transgresión/inversión del modelo médico hegemónico -intrapésquico, individualista, biologicista- al plantear y revitalizar la importancia de un encontrarse con otros.

Lo grupal/comunitario en tanto espacios de encuentros implican el reconocimiento de uno mismo y el recono-

cimiento de los otros (Martínez Antón, 1996). Esto (re)habilita el lazo social ya que es una forma de establecer vínculos, mediante el intercambio desde lo artístico, lo cultural, el intercambio.

“Los grupos crean y generan un espacio intermedio, estratégico entre las instituciones, las organizaciones intermedias y el equipo de trabajo. Es en este espacio donde se produce y se posibilita, pero no per se, la constitución de un nosotros necesario para la realización de una intervención”. (Del Cueto, 2014, p. 32)

Es en consideración de esto que se afirma que los espacios grupales/comunitarios son productores de salud, en tanto prácticas contrahegemónicas de lo manicomial.

Producción de salud-cuidado(s) desde y en la comunidad

El enfoque de crisis caracteriza a las urgencias en salud mental como hechos reversibles, transitorios y que pueden ser abordados desde hospitales generales y centros de salud. Esto conlleva la producción de salud-cuidado(s) para las personas con padecimientos, desde la comunidad.

Desde este lugar, se comprende que supone un desafío el trabajar con la comunidad y las redes de las personas -cuando las haya- en pos de llevar adelante actos de cuidados que puedan dar una respuesta y un acompañamiento integral. Para poder hacerlo es necesario acoger a la comunidad, articular los recursos disponibles y con las instituciones, asumir y repartir las responsabilidades (Morán y Pratto, 2014).

Si se piensa en un horizonte posible donde haya un fuerte trabajo comunitario, donde exista la constante y efectiva articulación entre las instituciones -salud, educación, religiosas, organizaciones civiles, entre otras- y la comunidad, que fomenten la promoción de la salud mental: ¿no se podrían abordar las urgencias desde allí? En otras palabras, ¿la comunidad no es el espacio donde producir salud-cuidado(s) de la salud mental, en lugar de la exclusión, alienación y enajenación que ocasiona el encierro?

“En el centro de esta perspectiva comunitaria está la oposición a la internación psiquiátrica de tipo asilar, asegurando que el paciente pueda permanecer integrado en su comunidad en el pro-

ceso de atención y rehabilitación, potenciando su participación activa en el tratamiento.” (Ardila-Gómez y Galende, 2011, p.40).

Esto conforma una acción colectiva -que sin dudas apela a lo creativo- y es una contra-respuesta a las intervenciones y acciones fragmentadas de las instituciones donde prima el verticalismo y el modelo médico hegemónico.

Consideraciones finales

Lo expuesto a lo largo de este trabajo apunta a la reflexión de aquellas prácticas que son productoras de salud-cuidado(s) en los padecimientos subjetivos de las personas, particularmente en las internaciones de salud mental, con el fin de poder potenciarlas. Por ello no debe perderse de vista que la internación se establece como una ruptura en la vida cotidiana de las personas -ruptura con sus lazos, trabajos, cuerpos, territorios-. En tanto profesionales de la salud tenemos la obligación y el compromiso de llevar adelante un abordaje interdisciplinario en salud mental que pueda garantizar una atención de calidad, enmarcada en un trato digno y de respeto.

A su vez, dicho abordaje debe construirse de manera singular según cada persona y en ello tendrá importancia la apertura de las instituciones y los profesionales. Esto es así ya que las personas deben tener habilitados espacios individuales y grupales/comunitarios, que se constituyan en espacios de escucha y acogimiento donde poder expresar sus deseos, necesidades, proyectos, entre otras cuestiones y ejercer un rol activo en sus procesos de salud-enfermedad-cuidados.

Sin embargo, un desafío radica en la construcción de salud-cuidado(s) de las personas con padecimientos subjetivos desde y en la comunidad. Esto posibilita que las personas en situaciones de crisis/urgencias continúen insertas en su comunidad, dejando de lado la clásica respuesta asilar y de exclusión. Abordar las mismas desde aquí supone un fuerte trabajo de articulación intersectorial e interdisciplinaria.

Entonces será central poder seguir construyendo prácticas que potencien actos cuidadores tanto hacia las personas con padecimientos subjetivos que atraviesen situaciones de crisis como también al interior de los equipos y las instituciones, ya que ello se encuentra en constante interrelación.

Bibliografía

- Amendolaro, R. (2013). *Entre el diagnóstico de cronicidad y el fenómeno de la discapacidad desde una perspectiva de Derechos Humanos*. Revista Salud Mental y Comunidad N°3. Buenos Aires, Argentina. [en línea. Disponible en: <http://saludmentalcomunitaria.unla.edu.ar/documentos/saludmentalycomunidad3.pdf>] Consulta 13 de mayo 2022.
- Ardila-Gomez, S. y Galende, E. (2011). *El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria*. Revista Salud Mental y Comunidad N°1. Buenos Aires, Argentina. [en línea. Disponible en: <http://saludmentalcomunitaria.unla.edu.ar/revista/salud-mental-y-comunidad-nro-1>] Consulta 25 de abril 2023 .
- Asín, F. y Pedroni, C. (2015). *Una guardia conmovida, un equipo urgentado. Algunas ideas en relación a los cuidados del trabajador de la Salud Mental*. Revista Clepios. Buenos Aires, Argentina. [en línea. Disponible en: <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/clepios/clepios68.pdf>] Consulta 05 de mayo 2022.
- Augsburger, A.C. (2002). *De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave*. Cuadernos médico-sociales, 81, 61-75. [en línea. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/augsburger_de_la_epidemiologia_psiquiatica_a_la_epidemiologia_en_salud_mental.pdf] Consulta 20 de abril 2023.
- Cohen, H. y Natella, G. (s/f). *Los principios rectores de la desmanicomialización. Los recursos humanos que lo sustentaron*. En: La desmanicomialización. [en línea. Disponible en: <https://catedrainstitucionalucalp.files.wordpress.com/2017/03/cohen-y-natella-cap-4.pdf>] Consulta 22 de abril 2023.
- Del Cueto, A.M. (2014). *La salud mental comunitaria*. Vivir, pensar, desear. Fondo de Cultura Económica de Argentina. Buenos Aires, Argentina. [en línea. Disponible en: <https://libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/view/1412/1394/4552-1>] Consulta 21 de abril 2023.
- de Sousa Campos, G.W. (2021). *Gestión en salud: en defensa de la vida*. Cuadernos del ISCo/Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina. [en línea. Disponible en: <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/15/26/63-1>] Consulta 21 de mayo 2022.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2010). *Instrumentos internacionales de derechos humanos y salud mental*. Ministerio de salud de la Nación. [en línea. Disponible en <https://www.redsaludmental.org.ar/wp-content/uploads/2015/09/2010-instrumentos-internacionales-ddhh-y-SM.pdf>] Consulta 22 de abril de 2023.
- Franco, T. (2016). *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.
- Negro, L. (1996). *De la internación*. [Manuscrito inédito]. Cuadernillo de sala. Buenos Aires, Argentina.
- Madeira, S., Bogliano, E. y García Godoy, B. (2020). *La intervención profesional es siempre una pregunta abierta. Estrategias, dilemas y desafíos en el ámbito de salud en contexto de pandemia*. Revista Debate Público. Buenos Aires, Argentina. [en línea. Disponible en: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2020/07/04_Madeira-Garcia-Godoy-Bogliano.pdf] Consulta 02 de junio 2022.
- Mantilla, M.J. (2010). "Riesgo", "peligrosidad" e "implicación subjetiva": un análisis de las decisiones de internación psiquiátrica en la ciudad de Buenos Aires. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Brasil. [en línea. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180114110010>] Consulta 04 de mayo 2022.
- Martínez Antón, R. (1996). *Los espacios grupales/comunitarios*. [Manuscrito inédito]. Cuadernillo de sala. Buenos Aires.
- Merhy, E. (2021). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Cuadernos del ISCo/Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina. [en línea. Disponible en: <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/24/34/90-1>] Consulta 28 de mayo 2022.
- Michalewicz, A., Pierri, C. y Ardila-Gómez, S. (2014). *Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización*. Anuario de Investigaciones. Buenos Aires, Argentina [en línea. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139994021.pdf>] Consulta 18 de mayo 2022.
- Morán, N. y Pratto, L. (2014). *La dimensión del cuidado en las instituciones de salud. Una mirada desde el Trabajo Social*. En: V Encuentro Internacional de Trabajo Social: debates en torno a la construcción de institucionalidad. Aportes para la reconstrucción de lo público. Buenos Aires, Argentina. [en línea. Disponible en: <http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/Debates-en-torno-a-la-construccion-de-intitucionalidad.pdf>] Consulta 26 de mayo 2022.
- Retamal, P. (2014). *Salud mental: Aportes para pensar la inclusión social a partir de las prácticas profesionales en guardia hospitalaria*. En: V Encuentro Internacional de Políticas Públicas y Trabajo Social: debates en torno a la construcción de institucionalidad. Aportes para la reconstrucción de lo público. Buenos Aires, Argentina. [Disponible en: <http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/Debates-en-torno-a-la-construccion-de-intitucionalidad.pdf>] Consulta 27 de abril 2023.

Sotelo, I. (2009). *¿Qué hace un psicoanalista en la urgencia?* En *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Grama Ediciones. Buenos Aires, Argentina.

Sotelo, M.I., Rojas, M.A. y Miari, A.S. (2012). *Hospital, dispositivos, urgencias*. CABA, Argentina. [en línea. Disponible en: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/109_clinica_urgencia/actividades/imagenes/anexo6.pdf] Consulta 28 de abril 2023.

Stolkiner, A. y Ardila-Gómez, S. (2012). *Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas*. Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría. Buenos Aires, Argentina. [en línea. Disponible en: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/stolkiner_ardila_conceptualizando_la_salud_mental.pdf] Consulta 03 de junio 2022

Leyes

Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (N° 448). [en línea. Disponible en: <http://psicologos.org.ar/wp-content/uploads/2019/12/Ley-448-de-Salud-Mental-de-la-CABA.pdf>] Consulta 28 de abril 2022.

Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657). [en línea. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>] Consulta 28 de abril 2022.

Artículos seleccionados

Vientos de Libertad: una respuesta del movimiento popular al problema del consumo.

Álvaro Javier Di Matteo^a

Fecha de recepción: 17 de marzo de 2023
Fecha de aceptación: 11 de mayo de 2023
Correspondencia a: Álvaro Javier Di Matteo
Correo electrónico: javidimatteo@yahoo.com.ar

- a. Doctor con Orientación en Ciencias Sociales y Humanas, Universidad Nacional de Luján. Departamento de Educación. Programa de Investigación Movimientos populares, educación y producción de conocimiento. Maestría en Educación Popular de Adultos.

Resumen:

El artículo describe la experiencia de Vientos de Libertad, una organización popular abocada al abordaje de la problemática de las adicciones, especialmente orientada a personas provenientes de las clases populares. Su tarea se estructura sobre dos dispositivos, las casas convivenciales y los centros barriales. Entre las particularidades destacadas en la experiencia se encuentra el énfasis puesto por los sujetos en pensar y abordar integralmente la realidad del consumo; el protagonismo de los sujetos en proceso, así como la conducción de las experiencias por quienes se han recuperado del consumo en la praxis de la organización; el diálogo entre el saber de la experiencia y otros provenientes de mundo académico. El texto se inscribe en el marco de las tareas docentes de un equipo universitario, que procura articular las funciones sustantivas y que investiga sobre educación en movimientos sociales. Desde esta perspectiva, se anticipan dimen-

siones que resultan relevantes para construir nuevo conocimiento en diálogo con los sujetos: los procesos de transformación subjetiva de las personas, la conformación de un conjunto de sujetos que se suman a la experiencia como trabajadores/as y militantes, el protagonismo de las organizaciones populares en la formulación y el desarrollo de políticas públicas.

Palabras clave: Consumos problemáticos - Políticas públicas - Movimientos populares.

Summary

The article describes the experience of Vientos de Libertad, a popular organization dedicated to attend the problem of addictions, especially aimed at people from the popular classes. Its task is structured on two devices, the convivial houses and the neighborhood centers. Among the particularities highlighted in the experience is the emphasis placed by people on thinking and comprehensively addressing the reality of consumption; the leading role of individuals in the process as well as the conduct of experiences by those who have recovered from consumption in the praxis of the organization; the dialogue between the knowledge of experience and others from the academic world. The text falls within the framework of the teaching tasks of a university team, which seeks to articulate the substantive functions and researches on education in social movements. From this perspective, dimensions are anticipated that are relevant to build new knowledge in dialogue with the subjects: the processes of subjective transformation of people, the formation of a set of subjects that join the experience as workers and militants, the leading role of popular organizations in the formulation and development of public policies.

Key words: Problematic consumptions - Public policies - Popular movements.

De la montaña vendrá ese viento,
nace ya bajo los árboles y conspira por un mundo
nuevo,
tan nuevo que es apenas una intuición en el
corazón colectivo que lo anima.
Subcomandante Marcos

Introducción

Vientos de Libertad (VDL) es una organización popular, presente desde hace dos décadas en el conurbano bonaerense, que ha replicado su práctica en otros puntos del país. Se estructuró en torno de una línea de acción consistente en el desarrollo de ámbitos conviviales para el tratamiento de personas "en consu-

mo". Se ha sumado al Movimiento de Trabajadores Excluidos (MTE) constituyéndose como una de sus "ramas"¹ y, desde esa inserción, integra la Unión de Trabajadores y Trabajadoras de la Economía Popular (UTEP). La propuesta, que se inicia en una casa convivencial, con el tiempo comienza a crecer, apoyada centralmente en el trabajo y la experiencia de los sujetos recuperados que asumen un protagonismo decisivo y sin un encuadre institucional externo a quienes asumen la tarea como su propia militancia social. Otros dispositivos terapéuticos, que se despliegan en el país en los últimos 30 años se vinculan a fundaciones, o iglesias, lo que les otorga ciertos rasgos específicos y más tarde, con el despliegue de políticas de subsidios estatales, se amplía la cobertura privada (Camarotti y Güelman, 2018).

1. Las "ramas" corresponden a sectores de actividad en el mundo de la economía popular: recicladores urbanos, trabajadoras/es del espacio público, trabajadoras/es sociocomunitarias/os, textiles, rurales, de construcción -u obra pública-, liberados (salidos de prisión e incluidos en propuestas de trabajo colectivo) (Daniela Bruno 2019).

Desde 2014, en distintos puntos del conurbano bonaerense y luego del país, se crean centros barriales con una finalidad preventiva y de atención ambulatoria, que se articulan con espacios de organizaciones sociales dispersos en el territorio. VDL recibe personas provenientes de las barriadas populares empobrecidas: poblaciones frecuentemente excluidas de los sistemas de protección social, incluyendo, en algunas ocasiones, personas en “situación de calle”, y en otras, con situaciones de conflicto con la justicia. Actualmente componen la experiencia de VDL 13 casas convivenciales y 89 centros barriales.

La experiencia empalma con sujetos colectivos de mayor alcance. Ese hecho, sumado a la existencia de procesos de aprendizaje intensos desplegados en la misma, atraen nuestro interés, como equipo de investigación que ha orientado sus preocupaciones a los procesos de formación, conocimiento y construcción de subjetividades en movimientos sociales populares (Michi, Di Matteo y Vila, 2021).

Encuadre teórico y metodológico de este trabajo

Al estudiar procesos de formación en movimientos sociales populares hemos puesto atención tanto en sus experiencias formativas intencionales y sistemáticas, como en el carácter formativo de la praxis de los propios movimientos, en tanto productores de experiencias vitales que son significativas en términos de lo que la gente se pregunta, indaga, aprende, así como, también, transmite y enseña (Di Matteo, Michi y Vila, 2018). Por supuesto, son significativas en otras dimensiones, principalmente, en lo que son capaces de enfrentar, alcanzar y/o construir, en tanto los movimientos expresan la capacidad de ciertos sujetos colectivos de impugnar el carácter injusto y opresivo de nuestras sociedades, contrarrestar en alguna medida los efectos excluyentes y opresivos del capitalismo actual y en ocasiones, desafiar las formas instituidas de regulación social (Tapia, 2008).

Nuestra tarea de investigación está asociada a las actividades de extensión y de enseñanza, procurando, en esa articulación, ganar integralidad, en el sentido que lo proponen y teorizan docentes universitarios que impulsan la perspectiva de la “extensión crítica” (Erreguerena, Nieto y Tommasino, 2020). Se entiende que la práctica social en el marco de experiencias del mundo popular se constituye en desafío a nuestra capacidad de aportar a

los procesos que las organizaciones y movimientos impulsan en favor de la democratización de la sociedad. Representa además una oportunidad para el aprendizaje y la formación de estudiantes y para la construcción de agendas de investigación en diálogo con quienes construyen acciones, saberes y políticas y se enfrentan a desafíos significativos en términos de conocimiento.

Esa actividad se nutre en términos teóricos de los desarrollos de la Corriente Latinoamericana de Educación Popular, que se ha construido con una referencia en el pensamiento de Paulo Freire, y en diálogo con la teoría crítica (Freire, 2011; Jara, 2019; Michi, Di Matteo y Vila, 2021b y 2021c). Se inscribe, además, en el marco de iniciativas de co-producción de conocimiento con movimientos populares. En este caso, se solicitó y se obtuvo el consentimiento de referentes de la organización para su publicación, quienes leyeron los borradores y realizaron algunos aportes y señalamientos en torno a algún aspecto mal comprendido o alguna información incorrecta y ampliaron, con nueva información, algún aspecto significativo. En todos los casos existe el consentimiento informado de los sujetos respecto del uso de las entrevistas.

Hablando de consumos

En la experiencia que aquí vamos a considerar se suele hablar cotidianamente de “consumo” a secas: “estar en consumo”, “dejar el consumo”, “comprar consumo”, es el modo en que el tema, recurrentemente hablado y pensado, se convierte en vocabulario común y propio de quienes militan y trabajan en VDL: “preferimos hablar de ‘problemáticas del consumo’, porque entendemos que el consumo es la consecuencia de múltiples problemas que andan mal en el sistema en el que vivimos” (M).

Quienes nos acercamos a la problemática sin tenerla como objeto de reflexión permanente, sabemos de su magnitud e intuimos lo que implica en términos de la dinámica social, tanto como en términos de los impactos políticos, incluyendo su relación con la conformación de discursos asociados a perspectivas conservadoras. Siendo un problema de carácter general, en VDL se piensa con mayor detenimiento como éste se presenta entre los sectores más empobrecidos de las clases populares:

“Durante mucho tiempo se hablaba de que esto era una enfermedad. Para nosotros es una pro-

blemática social. Hay un plan sistemático de exterminio que se quiere generar en toda la región de Latinoamérica. No es una cuestión solamente individual, hay una cuestión más amplia que hay que entender para ver cómo funciona la droga en los barrios populares. (S)

No es una casualidad que el consumo de drogas en los barrios populares esté presente cada vez más. Hoy tenés niños y niñas de 9 o 10 años ya consumiendo." (L)

Epele (2006) analiza la "lógica de la sospecha" entre usuarios de drogas y sus allegados, como resultado de una experiencia social signada por la desigualdad, la criminalización, las profundas limitaciones de los sistemas de atención sanitaria.

De manera preliminar, recogeremos algunas dimensiones destacadas por las y los protagonistas. Se pone sobre relieve la emergencia del consumo como resultado de situaciones de fuerte sufrimiento asociados a la exclusión económica y a la ruptura o fragilidad de vínculos sociales, comunitarios y familiares, productos de tal exclusión. Al mismo tiempo, se destaca la manera en que el consumo se articula con las dificultades para construir proyectos de vida en esas situaciones de opresión. El análisis de los protagonistas no deja afuera el modo en que el consumo se integra a las estrategias económicas de muchas familias y sujetos, el modo en que, lo que es llamado "narcoestructura", opera con participación de sujetos de las barriadas populares en sus instancias más básicas, más débiles, y por supuesto, las más expuestas y las menos lucrativas.

Otra dimensión incorporada al análisis es el modo específico en que las clases populares, en situación de consumo, acceden a recursos de atención de salud y por supuesto, las dificultades, cuando no la imposibilidad, de acceder a la atención psicológica. Se destaca la escasez de plazas de internación en espacios terapéuticos como una de las carencias y se agrega una especificidad: no hay lugar donde se dé la posibilidad de realizar un proceso terapéutico en espacios convivenciales con hijas e hijos, lo que afecta sobre todo a las mujeres. Una mujer que se hallaba conviviendo en una casa comunitaria al momento de ser entrevistada, afirmaba:

"La posibilidad de hacer este proceso con él acá. Garantizándome también, no sólo una vivienda, sino él está con psicólogo particular él, con psi-

cólogo yo, todo lo que es la salud mental cubierto, que afuera no está... Estuve seis meses afuera buscando un psicólogo y es imposible... el sistema de salud. Incluso mucha discriminación por ser una persona en consumo" (Pi)

A la escasez y la fragmentación de los servicios se suma el componente estigmatizante, que es común denominador en las apreciaciones de distintos sujetos entrevistados al referirse a los sistemas de atención pública, quienes narran situaciones marcadamente violentas.

Por último, retomaremos un aspecto esbozado más arriba, que se relaciona con los efectos políticos de las prácticas de consumo y que retoma la idea de una intencionalidad de los sectores dominantes respecto de las y los jóvenes de las clases populares. La perspectiva de las y los protagonistas de la experiencia, sostiene que la distribución y el desarrollo de las modalidades de consumo son parte de una estrategia de dominación, que separa los sujetos de las luchas sociales colectivas. Uno de los referentes de la experiencia lo expresa en los siguientes términos:

"El consumo de drogas es la síntesis más cruel de la opresión exacerbada del sistema capitalista, es la acumulación de riquezas a costa de las vidas de nuestros pibes y pibas, regando de muerte y violencia nuestras barriadas populares (...) El consumo, la droga, es un producto del sistema capitalista, un arma de exterminio para adormecer y matar a las juventudes, que no puedan pensar y no puedan problematizar la sociedad en que viven y no puedan luchar para modificar las cosas. Lo que buscamos es que los jóvenes puedan pensar y problematizar las injusticias del sistema y sean ellos los que reivindican su vida y reivindican la lucha para cambiar todo lo que tiene que ser cambiado" (M).

La puesta en relación de la droga con una estrategia de dominación es parte de la configuración de una lectura política y por ello, orienta un hacer que es político y también pedagógico, cuestión que retomaremos más adelante.

Exigir y ponerse a hacer: la dialéctica popular de la lucha y la construcción

La experiencia que vemos se asemeja en algún punto a otras, en las cuales los sectores populares despliegan

organizaciones desde las cuales enfrentan los problemas que padecen, a través del hacer y de la iniciativa colectiva y del desarrollo de recursos y capacidades de construcción. Una descripción de los primeros tiempos de la experiencia se encuentra en la entrevista a uno de los referentes nacionales (Luidat, Fontana y Tóffoli, 2022):

“Como teníamos la experiencia, el fuego interno, la vocación y la militancia por ir realmente al hueso, nos animamos. Tomamos un terreno en Pilar, del que nos desalojaron al año, y nos mudamos a esa “casa madre”, como la llamamos, a General Rodríguez, donde funciona hasta hoy. (...) La tuvimos que pelear mucho, con angustia por lo que no teníamos, un poco de incertidumbre por la clandestinidad. También éramos más jóvenes. Esas primeras casas fueron una patriada. No eran instalaciones preparadas, en condiciones para albergar gente. En General Rodríguez era un descampado, ¡donde el primer tiempo vivieron en carpa! Y se fue construyendo todo, comunitariamente, con pibes que no tenían nada, quebrados, en proceso de recuperación. Nunca se les cobró a las familias. Por supuesto, recibimos donaciones, pero el lucro no existía. Nadie ganaba un peso. Era pura militancia revolucionaria, sueños y amor.”

Una dialéctica de lucha, de reclamo y de exigencia se articula frecuentemente con un hacer. Ambas líneas de acción dan resultados que alientan a seguir movilizándose y construyendo, dinamizan las organizaciones y les permiten crecer. En el caso de VDL, nos encontramos con un proceso de construcción de un sistema de abordaje y tratamiento construido solidariamente, ante la escasez y, en determinadas circunstancias, la ausencia de respuestas públicas. Para el hacer colectivo y para las luchas exigiendo políticas y recursos hizo falta articularse a un movimiento social más amplio. En el siguiente fragmento de entrevista, se da cuenta de cómo se inicia esa articulación:

“Hasta entonces habíamos hecho alguna jornada de lucha y difusión en plazas y no mucho más. Cuando nos integramos al MTE y a la CTEP las acciones que impulsamos comenzaron a tener una mayor repercusión, a partir de la solidaridad de las diferentes ramas. En 2014, murió una compañera cartonera por consumo. Decidimos movilizar a la SEDRONAR. Desde su creación, la Secretaría había estado dominada por una mi-

rada hija del Consenso de Washington. Recién en 2013, con la asunción del padre Juan Carlos Molina, apareció alguna que otra idea. En 2014, se creó el programa de las Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAACs). A partir de esa movilización, ingresamos a ese programa y por primera vez comenzamos a recibir un apoyo del Estado. Era mínimo y nuestro trabajo no encuadraba bien, pero fue el primer pie que pusimos en la SEDRONAR. Luego siguieron otras acciones, tanto hacia afuera, en las calles, como hacia dentro de la CTEP y de conjunto con otras organizaciones, para que se empiece a tomar dimensión del problema del consumo” (en Liaudat, Fontana y Tóffoli, 2022)

Según Luis Tapia (2008), la capacidad de creación y de respuesta es uno de los elementos que definen la madurez de los movimientos sociales. Para el autor, un movimiento se sostiene porque expresa la acción política de quienes no tienen lugar en la política, el desorden de lo que no entran en las reglas de juego institucionales y quienes, a su vez, construyen alternativas de acción desde ese “no lugar”, mostrando posibles caminos. Dice el autor:

“Uno de los rasgos del desarrollo de un movimiento social es que su accionar tiende a incluir ya no sólo la protesta o la demanda, sino también la factualización de las formas alternativas de apropiación, gestión, organización y dirección de recursos y procesos sociales y políticos.

La factualización de alternativas es un arma de lucha dirigida a convencer al Estado y a la sociedad civil de la posibilidad de hacer, organizar, dirigir y vivir las cosas de otro modo; la capacidad ya desarrollada por el movimiento para pasar de la crítica a la reorganización de las cosas. Un movimiento social ha madurado cuando ha desarrollado la capacidad de proyectar formas alternativas de organización y dirección, sobre todo cuando ha desarrollado la capacidad de movilizar sus fuerzas para cristalizar el proyecto”. (Tapia, 2008, pp 60 y 61)

Ahora bien ¿qué es lo que VDL cuestiona e intenta recauzar en los hechos? ¿Qué es lo novedoso que construye? En principio, un método de trabajo que, de acuerdo a la mirada de los actores, se define como resultado de una búsqueda política: la de reconocer el consumo entre las clases populares como un emergente del carácter fragmentario y desigual de la sociedad, la de reafirmar el

valor del sujeto y confiar en su capacidad de reponerse subjetivamente en virtud de la vivencia de formas de interacción comunitaria en espacios colectivos y de la construcción de lecturas críticas de la realidad social y la de convocar a los sujetos a ser parte de iniciativas de acción colectivas con sentido transformador. En otro plano y de acuerdo a la lectura de sus militantes, se actualiza una política pública:

“Desde el 2014 que a través de una toma del SEDRONAR se arma este programa, lo que venimos haciendo es llevar adelante una política pública. Los movimientos sociales hoy tienen alrededor de 600 dispositivos a nivel nacional, y eso se llama política pública. Una política pública que arrancamos² los movimientos.” (S)

Hablando de Vientos

Una “casa convivencial” es un espacio en el cual un conjunto de personas transita su “proceso”. Separarse de su entorno y trasladarse a un espacio convivencial es una decisión significativa tomada por los sujetos. En general, eso se describe como resultado de situaciones críticas, como una opción que se sigue ante el dramatismo de lo que se viene sufriendo. Uno llega a VDL “rota” o “roto”, esto es, en situación de crisis muy profunda, que Garbi (2020) designa como “situaciones límites”. Aunque también hay, en menor medida, decisiones derivadas de la justicia, donde la llegada al lugar no depende de una decisión autónoma. El centro convivencial recibe a las personas que llegan y produce un encuadre que facilita que transiten su situación de abstinencia sin medicación. Eso ocurre en base al acompañamiento permanente del equipo de coordinadoras/es y de la/os propia/os “compañera/os”, alguna/os de los cuales están avanzados en sus propios procesos. En este punto la experiencia toma distancia, por una parte, de las tendencias a la medicación de los sujetos, y por otra, de las perspectivas de la “reducción de daños”. De acuerdo con Barrenengoa et al (2016) “la reducción de daños constituye una estrategia que aspira a minimizar las secuelas del consumo de drogas sin exigir la abstinencia, hace parte de un dispositivo terapéutico más amplio cuyo objetivo final es la inclusión social.” (p.77). Poco antes sostienen un elemento que se presenta como controversial:

“La reducción del daño ha permitido superar la posición moralista sobre el consumo y ha planteado la necesidad de una política basada en los derechos, desde una perspectiva que inicia el tránsito de una posición de juicio y estigmatización hacia una de inclusión” (Barrenengoa et al, 2016, p 77).

Esta puesta a la par de la perspectiva de reducción de daños y la superación de miradas moralistas puede ser discutida. La experiencia de VDL, que podría calificarse crítica (e incluso opuesta) de la propuesta de reducción de daños, difícilmente pueda ser considerada moralista ni estigmatizante. Al contrario, corre el problema del lugar de la moral para proponer la discusión socializada (en general y específicamente entre los sujetos en proceso) del carácter estructural del mismo, proponiéndose contrarrestar el moralismo, las estigmatizaciones e incluso, como analizamos más adelante, denunciar y proyectarse frente a las exclusiones a través de su praxis colectiva en el marco del movimiento social.

El lugar de cada persona como acompañante de las y los otros es central en la estrategia de VDL: se trata de escucharlas/os, aprender de ellas/os, ser un soporte afectivo. A la par de ese acompañamiento ocurre la indagación en sí mismo/a que se propicia en distintas oportunidades al interior del dispositivo terapéutico. Cada quien va asumiendo, conforme avanza el proceso, un lugar más activo en el acompañamiento a quienes están más atrás, quienes llegaron después. El lugar de escuchar y contener, el de prestarse para ayudar a pensar, el de hacer una devolución a alguien que ha contado una vivencia o una situación significativa, el de asumir algunas tareas en una actividad de intercambio o incluso la coordinación de una reunión, el de acompañar alguna persona en su salida de “revinculación”. Son acciones que dan cuenta del protagonismo que van asumiendo las personas. En esto hallamos cierta continuidad con experiencias de “comunidades terapéuticas” (en adelante CTs) analizadas en diferentes trabajos investigativos:

“Una de las características principales de las CT es la utilización de la comunidad como método: se parte de que, a través de la interacción estructurada y no estructurada, los residentes pueden influir mutuamente en las actitudes, percepciones y comportamientos asociados al uso de drogas.

2. La expresión “arrancamos” debe entenderse en el sentido de conquista o logro, de la obtención colectiva de recursos o derechos que el Estado dispone, pero que no pone a disposición de los sujetos sin que medie la movilización.

Es por ello que el tratamiento se basa en actividades grupales y cada residente tiene una participación activa en su propio tratamiento y en el de sus compañeros”. (Garbi, Touris y Epele 2012, pp 2 y3).

La experiencia implica un ejercicio frecuente de la conversación, de la expresión de lo que se siente, del contar la experiencia de vida. Quienes se encuentran en espacios convivenciales, e incluso quienes han realizado su proceso, son gente muy dispuesta a contar, a explicar, a ejemplificar con historias de sus propias vidas, como resultado de una reflexión que se reconoce como muy inicial: “somos gente que se ha callado muchas cosas”. El método de trabajo actual incluye muchos y variados momentos de exteriorización y verbalización de las vivencias y los sentimientos, pasados y actuales. Este punto también puede considerarse una continuidad respecto de la generalidad de las experiencias de las CTs en las que se establece una cierta relación entre la adicción y haber silenciado sentimientos y vivencias.

En el desarrollo de las estrategias de las CTs analizadas por Garbi, pueden encontrarse diferentes continuidades con lo que ocurre en VDL. Se destaca lo que concierne al papel activo de los sujetos, del colectivo de sujetos en el tratamiento, así como la interacción “comunitaria”, el reconocimiento en los otros como factor clave del tratamiento y el papel que juegan quienes se han “recuperado” en la estrategia terapéutica, cuestión que abordaremos más adelante. Aun así, la experiencia que analizamos, no se corresponde en lo concerniente a otras características adjudicadas a las CTs. Si bien nuestra aproximación a la experiencia es limitada y por tanto nuestro conocimiento también lo es, los sujetos describen la experiencia tomando distancia de tales características, que en la lectura de Garbi dan cuenta de una “institución total”: de las formas de coacción del grupo sobre los sujetos (como ocurre con las técnicas de confrontación (Garbi, 2020; Garbi Touris y Epele, 2012), de los sistemas de premios y castigos, de las miradas que uniformizan y estereotipan a los sujetos de acuerdo a ciertas pautas de personalidad adicta que “arrasa toda singularidad e historicidad propia de cada usuario” (Garbi, 2020: 304), de la regulación excesiva de los tiempos y las tareas. Nuestra observación de esas prácticas, hasta donde alcanza, parece acompañar esas reflexiones de los sujetos: los climas que prevalecen en los ámbitos convivenciales no se asemejan a los de las instituciones de encierro.

Algunas personas “en proceso” nos hablaron de la distancia existente entre lo que imaginaban encontrar y lo que han encontrado al llegar. Imaginaban un territorio de castigo, cercano a las experiencias punitivas vividas con anterioridad. “Se trata de transmitir amor, de recibirlo con un abrazo” dice un referente de una casa convivencial para dar cuenta del momento en que alguien llega a la misma y de la primera etapa del proceso. Sorprende la expresión de este referente, que está dispuesto a analizar situaciones sociales profundamente desiguales, políticas públicas y horizontes de transformación. Para él, así como para otros sujetos que hemos entrevistado, el momento de recibir y acompañar los primeros días, tiene una profunda dimensión humana, de escucha, de empatía, de trasmisión de una idea elemental; el abrazo transmite un mensaje potente: “sabemos por lo que estás pasando”, se trata de escuchar, lograr que alguien se sienta querido/a y valorado/a. Quien llega es un sujeto: viene con todas sus capacidades y potencialidades:

“Cada pibe que llega al espacio, la mirada integral que tenemos como equipo es acompañar en la salud, en la documentación si no tiene documentación, en la escolaridad si nunca fue a la escuela. Y empieza a recuperar valores y principios que se habían apagado en la vida de consumo. Empiezan a quererse: y ahí es donde hablo del amor propio, el consumo te quita hasta el amor propio. Los primeros pasos empiezan por empezar a quererse, a conocerse, a saber, quién realmente es uno.” (J)

En el centro comunitario se participa de momentos terapéuticos de intercambio, tanto grupales como individuales, así como de momentos de intercambios generales que dan cuenta de los avances, los obstáculos y dificultades, los logros, enunciados frente al grupo. Se vive una rutina de tareas, se cumplen actividades regulares, se sostiene la propia casa. Equipos de trabajo cocinan, mantienen una huerta, cuidan animales, limpian sectores, arreglan mobiliario, desarrollan algunas tareas productivas. Se es parte de instancias reflexivas en torno a distintos temas, como es el caso del espacio de reflexión sobre “masculinidades” considerado muy relevante, al punto de ser una de las pocas actividades que no se posponen ni suplantán por otras. Pero también ámbitos de terminalidad de la escolaridad, de actividad artística, talleres de formación para el trabajo, instancias de formación política. Se participa de actividades recreativas y deportivas. Se trata de un método cuyas/os protagonistas definen como “terapéutico-político”.

¿Quién sostiene Vientos?

Personas que han atravesado el proceso ocupan roles destacados de la propuesta: son quienes coordinan y conducen los dispositivos. Quien ingresa a un espacio terapéutico es recibido por un/a recuperado/a, y eso es leído, por una parte, como expresión de la posibilidad de recuperación, y por otra, de la posibilidad de recuperación para asumir tareas complejas, de alto nivel de responsabilidad, que requirieron desarrollar conocimientos y capacidades. Hablamos de un conjunto de personas que ha iniciado un proceso de formación y que actúa con criterios metodológicos apoyados en reflexiones colectivas y en saberes, tanto en aquellos sistemáticos, portados por quienes provienen de formación profesional de la Psicología, el Trabajo Social, y otras disciplinas, como sistematizados, esto es, como experiencia social y colectiva pensada por sus propios actores. Uno de los referentes traduce estos elementos en una dimensión cuantitativa:

“Hoy “Vientos” tiene alrededor de 1800 trabajadores y trabajadoras comunitarias, que van llevando adelante los barriales y casas comunitarias, el 80 por ciento son compañeros que atravesaron la situación de consumo. Es un objetivo de la rama: que esos lugares y esos puestos lo ocupen esos compañeros y compañeras. Y profesionales que vienen acoplándose muy bien al proyecto y que entienden que, parte del equipo no solamente tiene que estar llevado adelante por profesionales, sino que tienen que aceptar el conocimiento empírico y territorial que tienen muchos compañeros que vienen de la barriada, que vienen con recorrido, que vienen con proyección. Y los equipos se arman en esa dualidad.” (S)

Según Garbi (2020), en otras experiencias terapéuticas los sujetos han ocupado un lugar central, aunque circunscripto al desarrollo de las actividades cotidianas de acompañamiento. En este caso, los sujetos asumen además las tareas de coordinación de grupos terapéuticos, la gestión integral de los dispositivos y la coordinación de los equipos profesionales. La participación en VDL tiene un componente laboral y al mismo tiempo, uno de militancia. El componente laboral no estuvo siempre, es el resultado de la lucha, del reconocimiento obtenido, y los recursos obtenidos del sistema de salud. El componente militante está desde un comienzo, asociado a una vocación solidaria que se enuncia en términos de valores: “poder ayudar a un otro”, “devolver todo lo que hi-

cieron mis compañeros/as por mí”, “organizarnos para cambiar todo lo que tiene que ser cambiado”. El inicio de ese proceso, de escoger sumarse y continuar una militancia colectiva es descripto de distintas maneras:

“Y eso creo que es como una primera formación y un acercamiento a lo comunitario, a esta cuestión de romper con el individualismo, de que vos tenés que pensar en esta cosita, en tu quintita, si no que podés con otros, podés acompañar a otro, habiendo estado roto, en el fondo del mar.” (S).

“Me gusta la militancia, me gusta cómo se milita, me gusta el luchar por la comunidad, me gusta la colectividad, luchar por la misma: techo, tierra y trabajo, es lo que nos lleva a todos y yo siento que este es mi lugar.” (Ma)

“Todo lo otro lo fui aprendiendo con las compañeras, y hoy sentirme útil, el poder ayudar a un otro, es devolver un poquito de todo lo que me dieron a mí, y bueno, eso no tiene precio” (A)

Pensar la realidad social y ser parte de una organización

Entre quienes sostienen la actividad y junto a quienes están haciendo su proceso de recuperación, se propone el análisis y la crítica de la sociedad actual y se proponen horizontes de transformación. De este modo, se configura una intencionalidad pedagógica, la de construir subjetividades capaces de leer el mundo con lucidez y se ponen en juego alternativas sociales a partir de tomar como referencias tanto movimientos y luchas populares como sujetos significativos desde la propuesta ideológica que se sostiene. Esa intencionalidad pedagógica es expresada por uno de los referentes de VDL:

“Lo que buscamos es que los jóvenes puedan pensar, ser críticos y problematizar las injusticias del sistema; que son orquestadas, no hechos fortuitos, y sean ellos los que reivindican su vida y reivindican la lucha para cambiar todo lo que esté mal, todo lo que tiene que ser cambiado” (M)

Es habitual encontrarse con la expresión que alude al consumo “como problema número veinte”. El consumo es considerado como un emergente de la vida de cada persona, de un conjunto de situaciones que tienen como trasfondo la desigualdad social. Esto no impli-

ca que cada sujeto y cada familia pueda pensar su vida, sus decisiones, sus opciones. Lo que no puede omitirse es el análisis de una sociedad que rompe los vínculos humanos, que desmorona a los sujetos, que vulnera las relaciones y las subjetividades. La experiencia es considerada como una expresión de rebeldía, de crítica de la sociedad que provoca los padecimientos asociados al consumo y se construye apelando a símbolos y a horizontes de transformación social.

“...en nuestro proceso como MTE-Vientos de Libertad definimos un método político terapéutico, basado en la organización, la comunidad, la militancia, la participación política, la lucha, el compromiso. Por eso nuestro lema es “Juventud Despierta – Nuevo Pueblo”. Nos ocupamos de algo que nos enorgullece y es neurálgico para la revolución que soñamos, para cambiar todo lo que deba ser cambiado: generar una juventud politizada, despierta, que pueda organizarse y construir un horizonte diferente” (Liaudat, Fontana y Tóffoli, 2022)

Ese horizonte alternativo es abordado en términos pedagógicos, pero al mismo tiempo se expresa en las prácticas. Así como se propone imaginar y proyectar otro orden social, igualitario, se inscribe ese horizonte en cosas a hacer, en términos concretos, en el presente, en la praxis colectiva, a la que son convocados quienes están en proceso. La organización se propone propiciar un pensamiento crítico respecto del orden social y convoca a hacer. En buena medida, ese hacer se canaliza en el propio despliegue de VDL, y en la inserción en el Movimiento de Trabajadores Excluidos (MTE). En el marco del MTE se discuten las políticas que afectan a la práctica, se construyen proyectos de política pública, e incluso, proyectos de ley, como el de “Ley de Emergencia nacional en materia de consumos problemáticos”, presentada por la Diputada Nacional Natalia Zaracho (quien integra el MTE desde su rama de recicladores urbanos), el 11 de febrero de 2022.

El MTE representa una plataforma de mejores condiciones para lograr una mayor visibilización de las problemáticas del consumo y del modo en que transitan el consumo los sectores populares, así como un mayor reconocimiento de la tarea que la entidad realiza. De acuerdo a los sujetos, esa implicación ha potenciado la capacidad de movilización y de exigencia y ha permitido una mayor presencia en espacios de discusión y negociación, así como en espacios de gestión política.

Actualmente dos referentes de la experiencia se desempeñan en la SEDRONAR. Este hecho es significativo desde la perspectiva de los sujetos:

“...hoy ocupamos lugares y espacios en el Estado, para llevar adelante y desarrollar la política del sector; es la primera vez en la historia que un compañero recuperado, que ha llegado a vivir en la calle, es Subsecretario de atención y acompañamiento en materias de drogas, y una compañera también del sector, es coordinadora estratégica de dispositivos comunitarios, representándonos y siendo nuestra voz para seguir conquistando derechos y desarrollando la política del sector” (M).

En tanto el primer militante mencionado, Sebastián Morreale, es él mismo una persona que ha transitado la problemática del consumo, Noelia Straface, se vinculó a la experiencia acompañando a un familiar en proceso. La expresión “sector” refiere a la base social de los movimientos y diferencia a esos sujetos de otros que provienen de otros sectores sociales. Ha sido parte de la estrategia del MTE ubicar en los cargos de gestión política acordados al interior de la actual coalición de gobierno (Frente de Todos) a personas provenientes de la base social de las diferentes ramas. En el caso de VDL se expresa una continuidad (aunque en este caso en planos de alta visibilización política) con lo que ocurre en los dispositivos.

La experiencia en clave de aprendizajes y de políticas públicas generadas desde organizaciones populares

A continuación, compartimos algunas propuestas de reflexión que parten de nuestra perspectiva y de nuestra especificidad disciplinar. Pueden ser líneas de indagación interesantes y fecundas para conocer con mayor profundidad la experiencia, extraer reflexiones que puedan ser útiles para otras prácticas sociales y tal vez colaborar en el propio proceso de reflexión colectiva de los actores. Sin duda, nuestra perspectiva no agota los diferentes costados de la experiencia, que bien podrían abordarse en una tarea interdisciplinaria.

Ubicados en un lugar de reflexión pedagógica podemos imaginarnos lo que representa esta experiencia en términos de los conocimientos que desarrolla, que requiere y que recrea; imaginar además la complejidad de

la articulación del saber de la experiencia con saberes sistemáticos; pensarla también en términos de las transformaciones subjetivas y procesos de conocimiento que desarrollan quienes la transitan. Podemos pensarlo además en dos niveles:

a) En el marco del abordaje, desde el movimiento popular, de un problema notoriamente significativo, para lo que sin duda la sociedad tiene limitadas respuestas, se produce un proceso a partir del cual se logra poner a los sujetos más dañados en lugares de reconstrucción de sus proyectos de vida. Es la pregunta acerca de cómo se logra y qué implica ese proceso de transformación en jóvenes y adulta/os de los sectores populares.

En comparación con otros procesos experimentados en organizaciones y movimientos populares, tenemos un punto de contacto en el hecho de que sujetos expuestos a situaciones de exclusión, de desvalorización y de subalternización, encuentran en la praxis colectiva oportunidades para recomponerse o reafirmarse subjetivamente. Con frecuencia, el tránsito por momentos de conflicto y de organización facilita el despliegue de otras formas de conciencia respecto de sí, de los grupos de pertenencia y de la experiencia social que se atraviesa, así como una reevaluación de las capacidades propias, individuales y colectivas (Michi, Di Matteo y Vila 2021b y 2021c). Paulo Freire (1988) se ha detenido en lo que implica la conflictividad y el tránsito por procesos de lucha y de organización en la constitución de subjetividades menos proclives a la resignación y el fatalismo y más abiertas a la búsqueda de modos de enfrentar activamente los desafíos sociales. El pedagogo brasileño destaca el componente de curiosidad que acompaña esa actitud activa frente a la realidad.

Si bien no se trata de una experiencia en la cual los sujetos se enfrentan colectivamente a un adversario, se implican en un proceso que, teniendo una dimensión notoriamente individual, se torna colectivo, que requiere un sentido de solidaridad colectiva: el desarrollo de una idea de colectividad en la que cada cual se inserta con protagonismo. Un segundo punto de comparación con otras experiencias populares puede pensarse en relación a que en general se construyen con un horizonte de obtener logros que hacen a la vida de la gente involucrada. Aquí esos logros son de una naturaleza muy específica. Tienen un horizonte más personal que material, relacionado con la posibilidad de recuperar la dirección de la propia vida y construir un proyecto.

Es notable que en la experiencia los sujetos indagan con profundidad en sus propias vidas, en sus sensibilidades, en significaciones y prácticas sociales que deben ser revisadas y problematizadas. Ejercitan de ese modo capacidades de análisis y de pensamiento, de verbalización y de expresividad en torno de lo que se siente y lo que se piensa.

b) En segundo lugar, nos interesa pensar el modo en que la experiencia es capaz de potenciar un sujeto específico, que se construye en una acción dirigida hacia sus semejantes como militante social, asumiendo una tarea protagónica, que es también pedagógica. Nos interesa en particular porque, creemos, tiene cosas que decirnos acerca de las formas de la militancia y la participación social en nuestro tiempo. E intuimos, puede ayudarnos a pensar algunos otros ingredientes acerca del potencial de los sectores populares en estos contextos tan desiguales y opresivos.

Nuestra experiencia de investigación en movimientos tiene un momento destacado en la indagación en la emergencia de militantes-educadora/es de la base social, cuya formación se estructura en torno a la propia experiencia vivida en el marco de los movimientos. Como en otras circunstancias, esto no ocurre sin la puesta en diálogo con saberes sistemáticos ni con sujetos portadores de saberes contruidos fuera de esas luchas (Michi, Di Matteo y Vila, 2021b).

Como en el caso de VDL, ese protagonismo de militantes-educadoras/es (Di Matteo 2012a y 2012b) resulta de una intencionalidad explícita, de una decisión expresa. La misma también puede rastrearse en la propuesta pedagógica de Paulo Freire (2011), quien la entiende como componente de la construcción de un horizonte democratizador: ese protagonismo se relaciona con la afirmación de las capacidades de los sujetos subalternizados, que deben ser desplegadas y que no se desarrollan naturalmente.

Por otra parte, un aspecto que nos interesa señalar está más allá de las dimensiones relacionadas a la formación, tiene que ver con la construcción de políticas públicas. En principio, podemos detenernos en cómo la iniciativa popular es capaz de construir alternativas allí donde la política pública no lo logra. Es legítimo formularse preguntas tales como: ¿no puede lograrlo? ¿no prioriza lograrlo? ¿no tiene cómo hacerlo? Y un sentido más profundo: ¿la intervención de la organización popular agrega, al modo de resolución de las situaciones, algún

componente que la política pública estatal no logra aportar? ¿agrega algún componente específico el protagonismo de los/as recuperados/as? Son preguntas que reenvían a un debate que queda fuera de este trabajo acerca de la praxis, su relación con el ejercicio de conocer y el protagonismo de los sujetos en el hacer (Castoriadis, 1999). Aun así, nos animamos a afirmar que las reflexiones y los debates sobre políticas públicas debieran no menospreciar los procesos de gestión popular que, como el de VDL, parecen estar asociados a la integralidad de la política desarrollada. Estamos ante un proceso de construcción de política pública desde los sectores populares. Pensar la experiencia de “Vientos”, en esa dirección, tiene el interés epistémico de saber más sobre un complejo modo de hacer y de construir, elaborado a fuerza de opciones éticas, personales, laborales y profesionales, de un conjunto nutrido de personas. Al mismo tiempo, tiene para nosotros el interés político de contribuir a los debates sobre el protagonismo popular en la definición y en la construcción de políticas públicas.

A modo de cierre

Llegando al final de este texto volvemos a afirmar que entre sus características se halla la de ser resultado de un

proceso de acercamiento a una experiencia que se encuentra en construcción y en movimiento. Intentamos acercar una descripción y proponer algunas propuestas de lectura. Tenemos en esta experiencia mucho más para conocer; aun teniendo un vínculo que nos acerca de manera recurrente, la realidad de VDL parece mostrarnos cada vez algo nuevo que observar y pensar. Lo mismo pasa con los análisis propuestos aquí: son limitados e iniciales.

Nos interesa la realidad que presentamos porque aborda un problema crucial y significativo, implica a sujetos de las clases populares, construye con protagonismo de muchos sujetos, se abre a la articulación con otros sectores de las clases populares, interpela al Estado e impacta sobre el desarrollo de las políticas públicas, se propone construir estrategias de cambio de la realidad social más general. Esas son dimensiones de la experiencia que interesan desde la perspectiva de la Educación Popular latinoamericana y la profundización en su análisis puede aportar a otras prácticas, incluso con otros sujetos, en otros escenarios y alrededor de otros temas, que se propongan horizontes de transformación, de autonomía individual y colectiva.

Bibliografía

- Barrenengoa, P, Damiano, J.M, López, S, Suárez, Tejo, M y Villalva, A (2016) *Adicciones; reflexiones teóricas sobre el abordaje de una problemática compleja*. Temas en Psicología, Volumen 3.
- Bruno, D. (comp) (2018) *La organización político y sindical de los últimos de la fila. Notas sobre los procesos organizativos de los trabajadores de la economía popular en la CTEP*. Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Buenos Aires.
- Camarotti A.C y Güelman M (2018) *Revisión histórica de las respuestas socio-terapéuticas para los consumos de drogas en Argentina*, Acta Psiquiatría y Psicología América Latina, 2018.
- Castoriadis, C (1999) *La institución imaginaria de la sociedad*. Vol. 1 y 2. Tusquets editores Buenos Aires.
- Di Matteo, J (2012) *Educadores en organizaciones populares: la práctica social en los procesos de formación*, Revista Confluencia, UNCuyo Año 6, (13), 409-436 https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digita-les/5651/revista-confluencia2012-13-016-di-matteo.pdf
- Di Matteo, J (2012) *Educadores integrantes de organizaciones populares. Un acercamiento a su perspectiva pedagógica*, Revista del IICE FFyL UBA, (32), 73-86, <https://doi.org/10.34096/iice.n32.492>
- Epele, M (2007) *La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud*, En Cuadernos de Antropología Social N° 25, pp. 151–168, FFyL – UBA.
- Erreguerena, F; Nieto, G; Tommasino, H (2020) *Tradiciones y matrices, pasadas y presentes, que confluyen en la Extensión Crítica Latinoamericana y Caribeña*. En Cuadernos de Extensión Universitaria de la UNLPam, Año 4, (4), 177-204, <https://doi.org/10.19137/cuadex-2020-04-08>
- Freire, P (1988) *Esa escuela llamada vida*, Legasa.
- Freire, P (2011) *Cartas a Guinea-Bissau. Apuntes de una experiencia pedagógica en proceso*. Siglo XXI.
- Garbi, S (2020) *De aislamientos y encierros, Modos "legos" y "expertos" de tratar los consumos problemáticos de drogas*. Tesis de doctorado, disponible en <https://www.teseopress.com/drogas>
- Garbi, S, Touris, M.C y Epele M (2012) *Técnicas terapéuticas y subjetivación en tratamientos con usuarios/as de drogas* en Ciencia y Saude Coletiva, n°17
- Jara Holliday, O (2019) *La Educación Popular Latinoamericana. Historia y claves éticas, políticas y pedagógicas*, Edunlu/ El Colectivo.
- Liaudat, S, Fontana, J.M y Tófoli M (2022) *La Lucha contra las drogas desde un método político, integral y comunitario*. Portal web Nación Trabajadora, disponible en <https://lanaciontrabajadora.com/ensayo/la-lucha-contra-las-drogas-desde-un-metodo-politico-integral-y-comunitario/>
- Michi, N, Di Matteo, J y Vila, D (2021) *Apuntes para una historia de la Educación popular mirada desde la Argentina*, en Universidad, movimientos y educación: entre senderos y bordes, (pp. 15-46) Edunlu.
- Michi, N, Di Matteo, J y Vila, D (2021) *Relevancia pedagógica de los movimientos populares*, en Universidad, movimientos y educación: entre senderos y bordes, (pp. 123-151) Edunlu.
- Michi, N, Di Matteo, J y Vila, D (2021) *Los movimientos como espacios de democracia sustantiva y de construcción de subjetividades*, en Universidad, movimientos y educación: entre senderos y bordes, (pp. 107-122) Edunlu.
- Tapia Mealla, L (2008) *Política Salvaje*, Clacso, Muela del diablo y Comuna.

Artículos seleccionados

Otros encuentros posibles desde la salud colectiva y la reducción de daños.

Belén Díaz^a

Fecha de recepción:	25 de marzo de 2023
Fecha de aceptación:	29 de marzo de 2023
Correspondencia a:	Belén Díaz
Correo electrónico:	beludiaz1717@gmail.com

a. Lic. Trabajo Social UBA, Residencia Trabajo Social Ministerio de Salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Resumen:

El presente es un análisis de intervención desde el modelo de abordaje de reducción de riesgos y daños a la luz de los conceptos propuestos por la Salud Colectiva. Analiza los abordajes del equipo interdisciplinario de un efector público de atención ambulatoria del primer nivel de atención a usuarias/os atravesadas/os por situaciones de consumo problemático desustancias psicoactivas. Estas intervenciones tienen lugar en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el marco de la Residencia de Trabajo Social. El siguiente escrito se pregunta si el modelo favorece los principios de prevención y promoción de la salud propuestos como principios de la Atención Primaria de la Salud; si nos permite a les profesionales generar encuentros productores de cuidados junto a las/os usuarias/os, con la potencialidad de construir acogimiento, vínculos y responsabilización. La metodología utilizada es cualitativa, sus objetivos son conocer las características del modelo de

reducción de riesgos y daños; explorar sus articulaciones teóricas con las concepciones de producción de cuidado, conexiones existenciales y micropolítica del trabajo vivo; y analizar sus abordajes en territorio. Algunas conclusiones son la necesidad de una mayor cantidad de dispositivos y profesionales que trabajen desde este modelo para llevar adelante junto a las/os usuarias/os sus procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados desde un lugar de acogida y respeto, generando encuentros productores de salud; y que este modelo permite contextualizarles a través de propuestas acordes a sus particularidades y en ese sentido, genera mayor accesibilidad a la salud.

Palabras clave: Reducción de riesgos y daños - Salud Colectiva - Cuidados.

Summary

This is an intervention analysis from the risk and damage reduction approach model in light of the concepts proposed by Collective Health. Analyzes the approaches of the interdisciplinary team of a public provider of outpatient care at the first level of care for users undergoing situations of problematic consumption of psychoactive substances. These interventions take place in the Autonomous City of Buenos Aires, within the framework of the Social Work Residence. The following paper asks if the model favors the principles of prevention and health promotion proposed as principles of Primary Health Care; if it allows us professionals to generate care-producing encounters with the users, with the potential to build foster care, bonds and responsibilities. The methodology used is qualitative, its objectives are to know the characteristics of the risk and damage reduction model; explore its theoretical articulations with the conceptions of care production, existential connections and micropolitics of living work; and analyze their approaches in the territory. Some conclusions are the need for a greater number of devices and professionals who work from this model to carry out their health-disease-attention-care processes together with the users from a place of welcome and respect, generating productive encounters of health; and that this model allows them to be contextualized through proposals according to their particularities and, in this sense, generates greater accessibility to health.

Key words: Risk and damage reduction; Collective Health; Care.

Introducción

El presente trabajo, desarrollará el modelo de reducción de riesgos y daños (en adelante, RRD) para el abordaje de consumos problemáticos de sustancias psicoactivas y la prevención de los mismos, desde una perspectiva de atención primaria de la salud, teniendo como principios la prevención y promoción de la salud y los derechos de las/os usuarias/os.

Este modelo será analizado dentro del marco de la Salud Colectiva, a la luz de los conceptos de producción de cuidados; conexiones existenciales; y micropolítica del trabajo vivo.

Tanto el modelo de RRD y los aportes de la Salud Colectiva, serán utilizados como insumos para leer las

prácticas desarrolladas en un dispositivo territorial de atención ambulatoria a personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas en situación de vulnerabilidad en el marco de la residencia de trabajo social en salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C.A.B.A.).

Desde mi experiencia como residente solo en el dispositivo mencionado durante mi rotación electiva y programática correspondiente al último año, pude ver en acto esta perspectiva de reducción de riesgos y daños. A mi entender, hay algo que esa vacancia nos dice del sistema de salud y sus trabajadoras/es. Este vacío además es sustentado por una política pública y un marco legal donde aún perdura el prohibicionismo. Me pregunto si no es necesario que haya más espacios y profesionales que trabajen con esta perspectiva para tener más herra-

mientas que permitan poder llevar adelante junto a las/os usuarias/os sus procesos de enfermedad-salud-atención-cuidados (en adelante, PSEAC) (Moglia, 2018) desde un lugar de acogida y respeto.

Por otro lado, al ofrecer pautas de cuidados desde la subjetividad de las/os usuarias/os ¿este modelo puede favorecer los principios de prevención y promoción de la salud propuestos por la Atención Primaria de la Salud? ¿Puede dar lugar de forma amena a problematizar el consumo de sustancias psicoactivas? ¿Nos permite como profesionales de la salud generar otro tipo de encuentros que sean productores de cuidados y promover el acceso a la salud a la población usuaria de sustancias?

La metodología utilizada para el análisis es cualitativa, los objetivos específicos son: conocer las características del modelo de RRYD; explorar las articulaciones teóricas de este modelo con las concepciones de producción de cuidado, conexiones existenciales y micropolítica del trabajo vivo; y analizar los abordajes propuestos desde el modelo de RRYD en sus líneas asistenciales y preventivas.

¿Qué es reducción de riesgos y daños?

A mediados de los '80 del pasado siglo, ante el fracaso de las políticas prohibicionistas y la expansión del Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), surgen en algunas regiones de Europa políticas de reducción de riesgos y daños, obviando los aspectos prohibitivos de las leyes sobre drogas para poder resolver de forma concreta problemas socio-sanitarios reales. Las ciudades pioneras fueron Ámsterdam, Rotterdam y Liverpool, y por primera vez se les dió lugar a las experiencias de usuarias/os incorporándoles como interlocutoras/es válidas/os por las instituciones y promoviendo su participación en la gestión de los programas (Orioni, 2008).

A continuación, en el año 2003, la Unión Europea (UE) adoptó el enfoque de RRYD como posición común incluyéndose en la Estrategia de Drogas de la UE para 2005-2012 (Jelsma, 2011). En América Latina, la aplicación de este marco es más acotada por múltiples causas, principalmente esto se debe a la influencia y presión por parte de Estados Unidos para garantizar empréstitos financieros a cambio de que los países latinoamericanos reproduzcan sus políticas, entre ellas la prohibicionista,

para ejercer su control a países donde tiene intereses geopolíticos y hacia ciertos sectores sociales (Orioni, 2008; Fusero, 2022).

En Argentina, en el 2014 se creó la Ley 26.934 que estableció el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP), el cual propone la incorporación como estrategia de abordaje sobre consumos problemáticos, al modelo de RRYD y lo define como “aquellas acciones que promuevan la reducción de riesgos para la salud individual y colectiva y que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de los sujetos que padecen consumos problemáticos, disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y prevenir todo otro daño asociado, incluyendo muertes por sobredosis y accidentes”.

En este sentido, siguiendo a Marlatt (1998), la abstinencia sigue siendo entendida como el punto ideal, pero a la vez es situada en una graduación continua de lo perjudicial de las consecuencias producidas por los consumos problemáticos para usuarias/os, avanzando en el camino hacia la disminución del daño. Se favorece una imagen donde el padecimiento sea entendido como tal, desde un punto de vista socio-sanitario y no penal. (Menéndez, 2012) De este modo, se promueven los derechos a la salud; el acceso justo e igualitario; la libertad; al deseo y al placer.

Así pues, las estrategias de RRYD tienen como objetivo: aumentar la accesibilidad al sistema socio-sanitario; asistir con un umbral mínimo de exigencia sin imponer la abstinencia como condición obligatoria; generar aceptación de que los consumos de sustancias psicoactivas son una realidad que ha existido siempre y que por el momento no dejará de existir e impulsar acciones que mitiguen la marginalidad y la exclusión social de quienes consumen.

Algunos ejemplos de la concretización de este modelo en acciones son: el intercambio de jeringas por otras de material descartable; dispensación clínica de metadona u otras drogas como heroína en programas de sustitución y/o mantenimiento; entrega de preservativos; instalación de centros de encuentro y acogida de baja exigencia que otorguen accesibilidad a diversos servicios y la satisfacción de necesidades básicas; salas de venopunción higiénica; creación de asociaciones de usuarias/os; comités de apoyo de familiares; redes de profesionales; programas de testado de sustancias en fiestas; programas de información-educación-comunicación sobre

las características de ciertas drogas y sus condiciones de uso; entre otras (Orioni, 2008). A nivel local, se encuentran las acciones realizadas por las organizaciones ARDA (Asociación de Reducción de Riesgos y Daños Argentina) e Intercambios, quienes han impulsado este tipo de políticas, a través de la movilización de la sociedad civil y de la articulación con instituciones políticas; además de fomentar la formación de profesionales en el área temática.

El principio fundamental que atraviesa las prácticas de RRYD es el reconocimiento del otro como ciudadana/o situándolo en un lugar central como protagonista activa/o de los programas. Este modelo pone el foco en que, para entender la diversidad de los efectos de las sustancias psicoactivas, hay que entender al sujeto y su contexto. Otro de los ejes de este modelo es la educación para la salud a través de diferentes canales de socialización, desarrollando metodologías dialógicas.

El tercer aspecto es la participación de usuarias/os en la gestión y de sus redes vinculares, legitimando sus sentires y pensares, muchas veces estigmatizadas/os y marginalizadas/os por las representaciones sociales negativas asociadas al consumo que fueron impuestas por el modelo prohibicionista, y a la vez violentadas por la represión estatal y la falta de políticas públicas que generen accesibilidad a recursos y dispositivos.

Con respecto a la generación de participación, Orioni (2008) incorpora el concepto de microcultura grupal refiriéndose a los mundos locales de significados, y plantea que a través de este concepto se puede pensar en las posibles vías de prevención de consumos problemáticos en base a los intereses de determinado grupo, y que de esta manera podemos crear programas y dispositivos que logren acercarse a las poblaciones y producir salud, ya que tienen que ver con su vida cotidiana y la recuperación de sus formas de autocuidado, y no con los intereses de "los burócratas del control de drogas". (p.304).

Estos principios ponen de relieve que las intervenciones de RRYD exigen considerar las circunstancias individuales y comunitarias de un determinado territorio, lo que hace imposible que exista una fórmula universal y mágica para su aplicación, además permiten dar cuenta que este enfoque se basa en los valores del pragmatismo y el humanismo, e intenta elaborar estrategias que tengan solidez científica en vez de carga moral. (Damin y Arrieta, 2017).

Al mismo tiempo, las estrategias de RRYD buscan generar marcos legales que faciliten y optimicen los PSEAC, y en este sentido se promueve la descriminalización y regulación del comercio de sustancias psicoactivas que hoy son consideradas ilegales. En primer lugar, esto quiere decir, que una persona que atraviesa un proceso penal por poseer sustancias para consumo personal, y es sometida a un tratamiento de forma compulsiva y obligatoria, como indica la Ley de Drogas 23.737, está siendo alejada de un reconocimiento como sujeto de derechos, ya que es solo tenida en cuenta desde lo penal y no comprendida en su integralidad. En segundo lugar, se entiende que la regulación implica la implementación de un claro marco jurídico que norme algunas actividades relacionadas con estas sustancias, como la producción y disponibilidad, lo que las haría más seguras. Cabe recordar, que la población con menos recursos accede a sustancias de peor calidad, generando un deterioro mayor a su salud, como por ejemplo el paco.

Por ejemplo, al 2012, el 25% de las personas encarceladas en el mundo, lo eran por algún delito relacionado a la criminalización, persecución, estigmatización, producción y consumo de sustancias psicoactivas ilegales (Nadelman, 2011).

En particular en Argentina, un estudio del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) indica que desde el 2002 al 2017 hubo un aumento del 252% de la población carcelaria por drogas, pasando de 3.345 a 11.784 personas; y que la mayor composición de esta población carcelaria es pobre y sufre vulneraciones a sus derechos, registrándose casos de tortura, maltrato y hasta la muerte de personas. Así pues, Menéndez (2012), señala que es imprescindible incorporar al planteo de RRYD que haya cambios a nivel estructural en aspectos económicos-sociales-culturales y políticos que impliquen la regulación de sustancias psicoactivas y un nivel mínimo de vida que posibilite a toda la población ingresos, vivienda, educación, seguridad y esparcimiento. De modo que, se abran oportunidades laborales formales por fuera de los trabajos peligrosos que ofrecen las drogas.

Por otro lado, Miño Vargas (2021) incorpora a la discusión de los marcos legales que regulan la intervención profesional en esta temática, los conceptos de intersectorialidad y corresponsabilidad con el fin de garantizar derechos a la población, colocando como ejemplos las leyes 26.586 del Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las adicciones y el consumo; el Plan IACOP; la Ley 26.657 de Derecho a la Protección de la

Salud Mental y la Ley 26.061 de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes.

Por último, en cuanto a los dispositivos de atención a quienes consumen, conforme a lo planteado por Miño Vargas (2021), hay una marcada desproporcionalidad de 90 a 10 entre los recursos que se destinan a atacar la oferta de sustancias en la comunidad (lucha contra el narcotráfico) y los que se destinan a instalar dispositivos y recursos para la atención y prevención de la población.

El modelo enmarcado en la perspectiva de salud colectiva

Para empezar, coincido con el planteo de que el modelo de RRYD, propone cuidar y liberar, y además subvierte la lógica de responsabilización del individuo al exigirle la abstinencia, y pone la responsabilidad del lado del estado que debe asegurar la accesibilidad al sistema de salud y un marco normativo que asegure derechos humanos a quienes consumen (Alli et al., 2018). Por consiguiente, se puede enmarcar esta perspectiva desde una ética del cuidado, la cual propone descentralizar la enfermedad y las tecnologías sofisticadas que intentan actuar sobre la misma. La tecnología principal es el vínculo humano con los profesionales, con la red comunitaria y con sus referentes.” (Alli et al., p.89).

Además, propone que la atención se brinde donde cotidianamente circula la población usuaria, y actuar integralmente sobre todas las dimensiones posibles de lo cotidiano y lo singular, organizando una red de soportes y disminuyendo factores de riesgo. Asimismo, tiene como objetivo generar junto a las/os usuarias/os propuestas complejas que abarquen un proyecto de vida, busca promover la dignidad humana y la garantía de derechos como una forma de establecer cuidados.

En segundo lugar, desde el modelo de RRYD adquiere centralidad el ser humano, y se busca entender cuál es su relación con la sustancia, entendiendo que la misma puede generar consecuencias negativas, pero a la vez cumplir con funciones positivas, y que ambos aspectos pueden operar simultáneamente. (Menéndez, 2012) También, se busca acabar con la estigmatización sobre las personas que consumen, entendiendo que este proceso produce daño y genera exclusión. Siguiendo a Miño Vargas (2021), las etiquetas implican inmovilizar, fotografiar y deshistorizar a cuerpos individuales y/o colectivos, causando procesos de estereotipación y desubjetivación.

Además, se contextualiza al ser en una sociedad capitalista, que al decir Lewkowicz (1999), produce una subjetividad de consumidor en vez de ciudadano, a la vez que instituye un prototipo psico-social de “adicto”. Este último, es una imagen que le otorga identidad adictiva, “tiene una vida con su epopeya trazada: fascinación, hundimiento, arrepentimiento, recuperación, prédica y reclutamiento antiadictivos. (p.6) Conforme a lo expresado por el autor, la subjetividad adictiva se puede considerar como un subproducto de la subjetividad del consumidor” (Op. Cit., p.3), producida por una serie de prácticas en situaciones socio-culturales específicas que le exigen variar sistemáticamente a un nuevo objeto de consumo bajo una promesa de felicidad inmediata, sin alterar su posición subjetiva, por lo tanto, excluye la posibilidad de una experiencia y una historia. Por esto, el escritor plantea que se da una aniquilación subjetiva en la que la persona desaparece tras el objeto que la satisface, constituyéndola.

Con esto quiero decir, que esta visión macro de la constitución histórica subjetiva del ser y el análisis de la influencia que tienen la mercancía y el capitalismo en la institución de subjetividades, permiten comprender la complejidad de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas no como un significativo personal o privado, sino como un fenómeno fundado en la cuestión social y sus manifestaciones, por lo tanto, como un problema colectivo (Miño Vargas, 2021).

En tercer lugar, considero que a la vez se puede enmarcar la RRYD en el campo de la Salud Colectiva a la luz de los conceptos de producción de cuidado, redes de conexiones existenciales y trabajo vivo en acto.

Con respecto a la primera categoría, con producción de cuidado me refiero a una ruptura con el modelo médico hegemónico centrado en la atención y tratamiento de enfermedades a uno con foco en la producción de cuidados propuesto por Franco y Mehry (2011, p.18) como: “un modo de trabajar en salud que tiene como centro el campo relacional, abriendo el encuentro con los usuarios a espacios de habla, escucha, miradas y signos que tienen sentido para ambos”. En este sentido, el concepto de cuidado, refiere al establecimiento de un vínculo sustentado en la ternura, empatía, miramiento, y buen trato (Michalewicz et al., 2014).

De acuerdo con Franco y Mehry (2011), el proceso de cuidado es intenso y dinámico, está condicionado por los afectos que se dan entre las/os trabajadoras de la

salud entre sí y con las/os usuarias/os. Es decir, que, a través de la construcción de vínculos, la producción de cuidado se abre al agenciamiento de nuevas prácticas y a la creatividad de las/os profesionales de la salud y la comunidad. En esta línea, se puede decir que las/os trabajadoras de la salud producen cuidado junto a las/os usuarias/os en sus encuentros cuando desarrollan espacios de amparo, acogida, responsabilización y vínculo. A continuación, con relación al término de redes de conexiones existenciales, Mehry, Feuerwerker y Silva (2012), las definen como marcadores que, a partir de su existencia y la generación o inhibición de accesibilidad a la salud a partir de ellas, nos permiten analizar la producción de cuidado en salud. Si en una práctica de cuidado, quien está siendo cuidada/o amplía estas redes, hay producción de más vida, si en cambio, las disminuye, se están produciendo barreras para un buen vivir.

Siguiendo a las/os autoras/es (Op. Cit., p.26) "estas redes son el producto del diálogo entre la micropolítica del trabajo vivo y las apuestas de producción de cuidado en salud". Estas redes de conexiones existenciales producen vida cuando crean accesibilidad, en cambio, si son producidas desde la enfermedad como centro de producción de la vida, son una barrera ya que impiden nuevos sentidos de y en el vivir. Como ejemplo, se menciona al cuidado manicomial que "aísla, discipliniza moralmente y medicamentaliza a quien considera un enfermo mental" (Op. cit., p.27).

Al mismo tiempo, las/os usuarias/os en sus nomadismos y encuentros, construyen redes de conexiones existenciales, escapando a los lugares instituidos por el sistema de salud, con su modo nómada de andar la vida (Op. Cit., 2012).

Luego, acerca de la micropolítica del trabajo vivo, la misma se da en los encuentros entre trabajadoras/es de la salud y usuarias/os donde operan dispositivos que inhiben o facilitan las redes de conexiones existenciales produciendo socialmente salud. En esta producción social se desarrolla una "tensión entre la micropolítica del hacer en acto - construyendo la relación cuidador-cuidado- y el mundo del trabajo muerto, instituido en las normas y reglas de acción de las organizaciones y servicios de salud" (Op. cit., p.32).

Por otro lado, autoras como Suely Rolnik (2016), ofrecen el concepto de resistencia micropolítica, para explicar la detección de lo intolerable y buscar formas de combatirlo, por parte de personas y grupos de diversas

comunidades, incidiendo en la dimensión micropolítica de la existencia colectiva. Además, lo que orienta estas acciones es "una brújula ética cuya aguja apunta hacia todo aquello que impide la afirmación de la vida, su preservación y su expansión" (párr. 16). Vale aclarar, que estas prácticas devienen en actos de creación, no actúan simplemente por oposición, sino que redefinen los contornos del presente, de modo que disuelven los puntos en los que la vida se encuentra asfixiada. Esta resistencia micropolítica se contrapone a las resistencias conservadoras que intentan preservar el trabajo muerto instituido en las resistencias de los equipos de salud a trabajar la temática desde la RRYD, esto lo vinculo a mi experiencia ya que, a lo largo de los tres años de residencia, solo en mi rotación del último año, pude ver en acto esta perspectiva. A mi entender, hay algo que esa vacancia nos dice del sistema de salud.

Finalmente, el modelo de RRYD se propone no solo como de reducción de daños, sino también como herramienta de abordaje para la prevención y promoción de la salud. Este pensamiento nos permite encuadrar este paradigma dentro de la estrategia de APS, la cual se centra en la atención, promoción y la prevención específica e inespecífica. Se busca ofrecer una atención integral a las personas promoviendo su participación, con miramientos en los determinantes sociales de la salud que condicionan los PSEAC a lo largo de la vida y no solo en el momento de enfermedad. Menéndez (2012) y Orioni (2008).

Las acciones de prevención de RRYD encuadradas en un umbral mínimo de exigencia, extienden sus acciones por fuera del sistema de salud, en el espacio público, en el ámbito educativo, entre otros. Son acordes a los requerimientos singulares y a las particularidades contextuales, se asientan en metodologías participativas de construcción de redes sociales, en el marco de la construcción de ciudadanía y el respeto por las diversidades (Ministerio de Salud Nación, 2016).

Abordajes de reducción de riesgos y daños

El Centro de Salud donde se realizó la experiencia de intervención, es un dispositivo territorial de atención ambulatoria de primer nivel de atención, cuya población se encuentra en situación de vulnerabilidad global atravesada por situaciones de consumos problemáticos de sustancias psicoactivas. La institución se encuentra

ubicada en el Barrio Ricciardelli (Villa 1.11.14), Bajo Flores, CABA.

El equipo interdisciplinario está integrado por profesionales de Medicina General, Psicología, Trabajo Social, Psiquiatría, Terapia Ocupacional, Musicoterapia y un tallerista de Dramaturgia. Cuenta con dispositivos intramuros y extramuros destinados a la prevención, asistencia e inserción social y territorial.

En relación a mi proceso de rotación por este dispositivo, el equipo profesional interdisciplinario del mismo se encuadra dentro del paradigma de RRYD al contar con un enfoque de umbral mínimo de exigencia, que promueve encuadres flexibles y la promoción del autocuidado de la salud integral.

Con respecto a las características de la población usuaria, en su mayoría son varones que promedian los 25 años o más. Se podría decir que esta población se encuentra atravesada por la interseccionalidad de múltiples vulnerabilidades, como lo son la pobreza; el género; la criminalización y represión sobre una población que se encuentra constantemente violentada y en conflicto con la ley; la condición de migrantes; entre otros factores que conforman una vulnerabilidad global que hay que tener en cuenta como equipo para intervenir.

Así pues, todas las acciones que reduzcan estas variables y estimulen las fortalezas y capacidades de una comunidad contribuyen a una gestión más eficaz del riesgo. Desde este lugar considero que el trabajo social tiene mucho que aportar en la gestión de riesgos ya que puede incorporar una perspectiva holística en sus intervenciones, rescatando la complejidad del ser y sus potencialidades. Al mismo tiempo, en las intervenciones se fortalecen estos aportes disciplinares desde un posicionamiento ético-político de reconocimiento del otro como portador de derechos y la apuesta a la integralidad de los abordajes trabajando desde la interdisciplinariedad y la articulación inter e intrasectorial de redes de cuidado, el compromiso con la producción subjetiva del cuidado, y la generación de accesibilidad a derechos vulnerados. Esto es fundamental con un sector de la población al cual se le han suspendido de forma sistemática y dirigida sus derechos, en sus cuerpos se ha inscripto la cuestión social (Burwiel, 2018).

A la vez, se puede observar en la población que acude al dispositivo un nomadismo al decir de Mehry et. al. (2012), usuarias/os que trazan sus propias trayectorias

entre la calle y diferentes dispositivos de salud mental que les alojan desde diversas miradas, que conllevan a intervenciones contradictorias debido a los distintos paradigmas que conviven dentro de los equipos de salud, instituciones, y la política pública. Estos diversos momentos en las trayectorias tienen que ser alojados y nos dan una idea de la compleja trama que nos constituye como seres humanos, por lo tanto, es necesario construir activamente una compleja y diversa red de cuidados en conjunto con las/os usuarias/os alojando sus deseos de construir su propia trayectoria terapéutica, articulando con instituciones y organizaciones con las que podemos compartir o no miradas.

Por otro lado, las subjetividades que acuden al dispositivo son transformadas en los encuentros que se dan entre profesionales y usuarias/os, si adscribimos a la concepción de que: «un encuentro con una obra de arte puede disparar nuevas líneas de subjetivación» (Mehry et. al, 2012, p.30), el dispositivo se propone a través de las diversas actividades, talleres, y encuentros individuales, la interpelación a través de lo artístico y del vínculo. Se promueven talleres en base a las inquietudes de sus participantes, y se brindan espacios de: huerta; grupo de mujeres; ranchadas; futsal de mujeres; arteterapia; dramaturgia y radio comunitaria. Considero que estos espacios son productores de subjetividad, cuidados y de salud, a la vez que generadores de conexiones existenciales entre las/os usuarias/os entre ellas/os; para con el equipo de salud y con la comunidad, ya que promueven:

- La creación y el fortalecimiento de los vínculos sociales y comunitarios, generando la ampliación de conexiones existenciales.
- Compartir y trabajar las emociones, en un espacio seguro y de respeto entre pares y profesionales con el fin de recuperar las biografías, poniendo en palabras sus vivencias, como un proceso que permite la legitimación y subjetivación de sus trayectorias.
- Compartir estrategias entre pares en pos del acceso a derechos que les son vulnerados.
- Valorizar su voz y lo que tienen para comunicar, en tanto ellas/os eligen cómo quieren ser escuchadas/os y qué transmitir.
- Generar posibles transformaciones y la creación de escenas nuevas y disfrutables en sus trayectorias.
- Mediatizar un acercamiento que posibilite establecer un vínculo con quienes habitan las calles con el fin de generar accesibilidad al sistema de salud.
- Compartir aprendizajes que resulten de utilidad para la vida cotidiana, rescatando saberes propios.

✎ Valorar los saberes populares y las tradiciones, incorporando un enfoque intercultural, lo que permite intervenir desde el respeto y la consideración de los mismos, las prácticas, y ritos individuales y colectivos que son generados a partir de los arraigos culturales (Miño Vargas, 2021).

En este sentido se generan redes existenciales, se promueve la inserción social de las/os usuarias/os y la ruptura con el estereotipo del "adicto" y su consiguiente exclusión, entendiendo que en el consumo también hay un vínculo, un lazo social y se desarrollan ritos acordes (Burriel, 2018), por lo tanto, hay que abrir la posibilidad a la creación de otros vínculos productores de salud que alojen los deseos de usuarias/os, y de recuperar lo comunitario subsumido por la subjetividad de consumo.

De manera que los dispositivos de umbral mínimo encuadrados en el modelo de RRYD, fomentan la creación de mecanismos de apoyo social y el desarrollo de habilidades de afrontamiento más adaptativas, entendiendo al sujeto como alguien que posee respuestas de afrontamiento inadaptadas en lugar de patologizar o estigmatizar, abriéndole las puertas para que pueda entrar tal cual es y alojando la integralidad del ser: las dimensiones históricas, sociales, subjetivas y culturales (Marlatt, 1998).

En consecuencia, se produce trabajo vivo en acto a través de la generación de redes de conexiones existenciales que producen cuidado, es decir, salud. Y a la vez, se desarrollan actos de resistencia micropolítica, prácticas creativas que buscan la afirmación de la vida entendiendo que la estigmatización, criminalización y exclusión de quienes consumen y a la vez son parte de los sectores populares, es intolerable.

Observaciones Finales

En primer lugar, a partir de la estigmatización y las consecuentes barreras de accesibilidad al sistema de salud con las que se encuentra la/el usuaria/o de sustancias, se nos hacen visibles las cargas morales y sociales que inciden en los PSEAC, ya que los consumos problemáticos de sustancias y sus efectos son un problema de salud pública y no de criminalidad. Estas tensiones están vivas al interior del campo de la salud y de sus profesionales, como así también son parte de la agenda pública donde conviven el modelo abstencionista/punitivista y de RRYD, lo cual marca nuestras intervenciones. Es aquí

donde nos encontramos con un desafío profesional: la responsabilidad ética de cuestionar estereotipos, como en este caso, el estereotipo del "adicto" que solo produce desubjetivación y violencia, en pos de generar accesibilidad al sistema de salud. En este sentido, el enfoque de reducción de riesgos y daños nos otorga herramientas de abordaje para poder lograr este objetivo.

Retomo el concepto de resistencia micropolítica de Suely Rolnik como un acto de transformar lo intolerable contraponiéndolo a las resistencias conservadoras que intentan preservar el trabajo muerto instituido que se observa en las resistencias de los equipos de salud a trabajar la temática desde el enfoque de RRYD, y considero necesario que haya más dispositivos y profesionales que trabajen desde este paradigma para poder llevar adelante junto a las/os usuarias/os sus PSEAC desde un lugar de acogida y respeto generando encuentros productores de salud con la potencialidad de construir acogimiento, vínculos y responsabilizaciones.

En segundo lugar, los conceptos de producción de cuidado, conexiones existenciales y micropolítica del trabajo vivo son claves para poder analizar las intervenciones y entender si las mismas apuntan a la generación de vida y salud, o la están obstaculizando. Es necesario hacer una revisión permanente de nuestras prácticas y los dispositivos donde están insertas las mismas a la luz de estos conceptos junto a otras/os profesionales y las/os usuarias/os, en pos de alojar su deseo en la construcción de su propia trayectoria terapéutica, contemplando su carácter nómada, ya que es una problemática compleja de salud mental y son escasas las respuestas institucionales. Inclusive esta práctica introspectiva y reflexiva sobre los propios quehaceres muchas veces rutinizados y estandarizados, puede dar lugar a la transformación de los dispositivos en el sentido de que los encuentros que se den en ellos alberguen una micropolítica que garantice derechos, realizando de esta manera, operaciones críticas sobre la subjetividad instituida, y, por lo tanto, originando otro tipo de subjetividades instituyentes tanto para profesionales como para usuarias/os.

Por último, estoy de acuerdo con Menéndez en que hay que incorporar al enfoque de RRYD los procesos sociales y culturales que hacen a las prácticas de consumos, y, por consiguiente, a nuestras intervenciones en pos de un abordaje integral y de derechos humanos que no aisle al sujeto con su situación problemática singular, sino

que le sitúe como parte del colectivo social y producto de la cuestión social. Lo cual también nos permitiría intervenir desde los lineamientos de prevención, promoción y asistencia en todos los ámbitos del campo de la salud y no solo en dispositivos especializados, por lo tanto, este modelo favorece los principios de prevención y promoción de la salud propuestos por la APS, contextualizando a la persona a través de propuestas acordes a su particularidad y no recetas universales que se han demostrado ineficaces para resolver la problemática de consumo problemático de sustancias.

Así pues, el trabajo social tiene mucho que aportar en la gestión de riesgos y daños ya que puede incorporar una perspectiva holística y situada en sus intervenciones, rescatando la complejidad del ser y sus potencialidades, desde un posicionamiento ético-político de reconocimiento del otro como ciudadano portador de derechos y la apuesta a la integralidad de los abordajes trabajando desde la interdisciplinariedad y la articulación inter e intrasectorial de redes de cuidado, el compromiso con la producción subjetiva del cuidado, y la generación de accesibilidad a derechos vulnerados.

Bibliografía

- Alli A., Burwiel J.P., Carrillo T. (2018) *CAPS Ad Gregorio da Matos: una experiencia de atención psicosocial y gestión de riesgos en escenarios de consumo*. *Revista Clepios* 2018; 24 (76): 87-89
- Burwiel, J.P. (2018). *Sobre usos y consumos de drogas. Profanar, ¿Una tarea política? Excedente, conflicto y asamblea*. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, Año 8 no. 15-16 (2018-11). http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2018/12/04_Burwiel.pdf
- CELS. (2019) *La guerra contra el narcotráfico*. <http://cels.org.ar/drogas/>
- Damin, C. F., & Arrieta, E. M. (2017). *¿Qué es la reducción de riesgos y daños? El Gato y La Caja*; 276-291.
- Franco, T. & Merhy, E. (2011). *El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado*. *Salud Colectiva*. Buenos Aires, 7(1), 9–20. <https://www.scielosp.org/article/scol/2011.v7n1/9-20/>
- Fusero, M. (2022) *Clase 1: Instalación del Prohibicionismo como paradigma regional y nacional*. Curso: Abordaje integral de los consumos de sustancias desde la atención primaria de la salud. Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Social. Ministerio de Salud GCBA.
- Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. Hospital Nacional en Red, Especializado en Salud Mental y Adicciones Laura Bonaparte (2016) *Modelo de Reducción de Riesgos y Daños*.
- Jelsma M. (2011) *Panorama internacional de reformas de políticas de drogas*. En: Touzé G., Goltzman P. (Comps.), *América Latina debate sobre drogas*. (pp. 331-344) *Intercambios*. Buenos Aires.
- Lewkowicz, I. (1999). *Subjetividad adictiva: un tipo psico-social instituido. Condiciones históricas de posibilidad*. En: Dobon, Juan y Hurtado, Gustavo (Comps.), *¿Las drogas en el siglo... que viene? (pp.91 a 110)*. Ediciones FAC. Buenos Aires.
- Marlatt, G. A. (1998). *Reducción del daño: Principios y estrategias básicas*. V Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz. Cádiz, España.
- Merhy, E. E., & De Vega, L. I. N. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Lugar Editorial.
- Merhy, E., & Franco, T. (2016). *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. Textos seleccionados. Lugar Editorial.
- Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., & Silva, E. (2012). *Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental*. *Salud colectiva*, 8(1), 25-34. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652012000100003&script=sci_arttext&tlng=en
- Michalewicz, A., Pierri, C., & Ardila-Gómez, S. (2014). *Del proceso de salud/enfermedad/ atención al proceso salud/enfermedad/ cuidado: elementos para su conceptualización*. *Anuario de investigaciones*, 21(1), 217-224.
- Miño Vargas, D.F. (2021) *Principios de intervención ante los consumos problemáticos. Una perspectiva desde el Trabajo Social*. *Revista Con-textos. Revista del Consejo Profesional de Trabajo Social CABA*. Año 2. Número 3. 45-51. <https://www.trabajo-social.org.ar/wp-content/uploads/Con-Textos-Nro.-3-Noviembre-2021.pdf>
- Moglia, V. (2018). *¿El cambio en el estilo de vida es posible?: Reflexiones sobre proceso salud-enfermedad atención- cuidado, enfermedades crónicas y representaciones sociales*. X Jornadas de Sociología de la UNLP 5 al 7 de diciembre de 2018, Ensenada EN: Actas. Ensenada: UNLP. FJyCE Departamento de Sociología. https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.11634/ev.11634.pdf
- Muñoz Franco, N. E. (2009). *Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud*. *Salud colectiva*, 5, 391-401. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v5n3/v5n3a07.pdf
- Nadelman E. (2011) *Buenas y malas noticias en el debate sobre drogas*. En: Touzé G. Goltzman P. (Comps). *América Latina debate sobre drogas* (pp. 361-366) *Intercambios*. Buenos Aires.
- Polanco, A.F; Pradel A. (Junio 2016) [Entrevista a Suely Rolnik]. Archivo Goethe-Institut Brasilien. <https://www.goethe.de/ins/ar/es/kul/fok/dei/20790860.html>
- Romaní, O. (2008). *Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño*. *Salud colectiva*, 4, 301 318. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v4n3/v4n3a04.pdf
- Suely Rolnik [Museu d'Art Contemporani de Barcelona MACBA] (4 de marzo de 2015) *Micropolíticas del pensamiento*. [Video]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=V73MNOob_BU&t=912s

Fuentes documentales

- Ley N° 23.737 del Código Penal. Ley de Drogas. 21 septiembre de 1989. Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/138/texact.htm>

Ley N° 26.061 de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes. 28 de septiembre de 2005. Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>

Ley N° 26.586 Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las adicciones y el consumo. 2 de diciembre de 2009. Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/162292/norma.htm>

Ley N° 26.657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental. 25 de noviembre de 2010. Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Ley N° 26.934. Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP). 30 de abril de 2014. Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26934-230505/texto>

Artículos seleccionados

Trabajo social en el campo gerontológico: Una experiencia de dispositivo grupal.

Julia Rovere^a

Fecha de recepción: 22 de marzo de 2023
Fecha de aceptación: 29 de marzo de 2023
Correspondencia a: Julia Rovere
Correo electrónico: julirovere@gmail.com

a. Licenciada en Trabajo Social. Residencia de Trabajo Social en Salud. Hospital Santojanni. Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Resumen:

El presente trabajo surge de la experiencia de rotación en un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el marco del cierre del segundo año de la Residencia en Salud de Trabajo Social de C.A.B.A. Se trata de un recorrido teórico sobre el rol del Trabajo Social en el campo de la gerontología, específicamente en los dispositivos grupales. Para tal fin, se realizan aproximaciones conceptuales acerca de la gerontología viendo cómo se pasa de considerar sólo la biología de las personas a su biografía; las formas de nombrar a las vejeces y a las personas que se encuentran en esta etapa vital, viendo que no existe un consenso generalizado; y la noción de envejecimiento activo, siendo el paradigma desde donde el Trabajo Social debería intervenir con personas mayores. Por último se analiza el dispositivo grupal de Caminatas que funciona en el CeSAC de referencia, y que está destinado a personas mayores, para poder entamar la teoría con la práctica. Finalmente, se esbozan algunas ideas inacabadas como reflexiones finales, dado que siempre estamos en procesos constructivos.

Palabras clave: Grupo – Trabajo Social – Gerontología.

Summary

The present work arises from the experience of rotation in a Health and Community Action Center (CeSAC) in the southern zone of the Autonomous City of Buenos Aires (CABA), within the framework of the closing of the second year of the Social Work Health Residency of CABA. It is a theoretical journey on the role of Social Work in the field of gerontology, specifically in group devices. For this purpose, conceptual approaches about gerontology are carried out, seeing how it goes from considering only the biology of people to their biography; the ways of naming old age and people who are in this vital stage, seeing that there is no general consensus; and the notion of active aging, being the paradigm from where Social Work should intervene with older people. Finally, the group device of "Caminatas" that works in the CeSAC of reference, and that is intended for the old people, is analyzed in order to link the theory with practice. Finally, some unfinished ideas are outlined as final reflections, since we are always in construction processes.

Key words: Group; Social Work; Gerontology.

Introducción

El presente trabajo surge de la experiencia de rotación por Atención Primaria de la Salud (APS) en un Centro de Salud y Acción Comunitario (CeSAC) de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en el marco del cierre del segundo año de la Residencia en Salud de Trabajo Social de CABA. El trabajo se enmarca en mi participación sistemática como trabajadora social en el dispositivo grupal de Caminatas¹ al cual asisten personas mayores.

El CeSAC, donde funciona el dispositivo de Caminatas, se encuentra ubicado al suroeste de la CABA, en Villa Lugano dentro de la Comuna 8 la cual presenta los índices socioeconómicos más desfavorables de la Ciudad. Según datos de la Secretaría de Planeamiento del Ministerio de Desarrollo Urbano del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCABA), en el año 2010, los hogares con necesidades básicas insatisfechas en la Comuna 8, era prácticamente el doble al del resto de la Ciudad. Y se estima que más del 20% de la población económicamente activa de la Comuna, se encontraba desocupada.

Por lo tanto, la Comuna 8 presenta una alta vulnerabilidad socioeconómica, afectando esto en todas las aristas de la vida cotidiana a sus habitantes.

Siguiendo en esta línea de análisis poblacional y considerando que el dispositivo que se abordará en el presente trabajo pertenece a personas mayores, hay que destacar que la CABA es una sociedad envejecida. Según la Encuesta Anual de Hogares (EAH) 2020 de CABA, se considera a una sociedad como envejecida cuando la proporción de personas mayores de 65 años supera el 7% de la población, y la CABA entró en esta categoría en la década de 1960 cuando presentaba un 9% de población mayor de 65 años. En la Encuesta, se afirma que en el año 2020 la población mayor de 65 años de la Ciudad representaba el 16,4% de la población. Esta tendencia de envejecimiento poblacional se continúa manteniendo, convirtiéndose la tercera edad en una importante cuestión social, donde la sociedad toma cada vez más conciencia del proceso de envejecimiento poblacional.

Sin embargo, la misma Encuesta menciona que la Zona Sur de la ciudad, donde se encuentra la Comuna 8, presenta

1. Dicho dispositivo será abordado más adelante en un apartado particular.

una de las poblaciones más jóvenes y menos envejecidas, por su alta tasa de fecundidad. De todas formas, teniendo en consideración los indicadores socioeconómicos tanto la población adulta como infantil, poseen sus necesidades básicas insatisfechas y es preciso poner el foco en ellas.

Al tener en cuenta estas estadísticas, y participando del grupo de Caminatas, es que comencé a reflexionar acerca de la escasa divulgación que existe en relación a las intervenciones con personas mayores, al campo gerontológico, y la poca disponibilidad de dispositivos para esta población particular. Esto último puede leerse como una falencia de la política pública que destina sus recursos a otras áreas, como la maternidad infantil, la salud sexual y (no) reproductiva, entre otras. Se visualiza poco interés en la temática, dado que socialmente se considera a las personas mayores como desvalidas y cargas sociales ya que no se encuentran en la edad económicamente activa. Por otro lado, el Trabajo Social con mayores “obliga a sus participantes a confrontarse anticipadamente con situaciones y problemas que inevitablemente deberán enfrentar en su propio futuro vital; de allí las situaciones de angustia o rechazo que habitualmente las mismas afrontan” (Paola, 2021, p. 21).

En este sentido, me propuse como objetivo poder profundizar el rol del Trabajo Social en el campo gerontológico desde dispositivos grupales. Para ello, primero haré un recorrido sobre el concepto de Gerontología, viendo como al inicio surge meramente una concepción biologicista de la vejez, para luego dar lugar a una gerontología más social e interdisciplinaria. Así mismo dentro de este recorrido, reflexionaré sobre el concepto de vejez, y las formas de nombrar a las personas que se encuentran en esta etapa evolutiva, haciendo especial hincapié en la conceptualización de envejecimiento activo. Luego de hacer el recorrido teórico sobre estas cuestiones, visualizaré la participación del Trabajo Social en el campo de la gerontología. A partir de allí, abordaré la cuestión de los dispositivos grupales principalmente desde el Trabajo Social y la atención primaria de la salud, que es donde se desarrolla el dispositivo de Caminatas.

Por último, daré lugar a reflexionar sobre lo expuesto, sabiendo que no hay conclusiones acabadas, sino pensamientos y construcciones fluctuantes de acuerdo al avance de las investigaciones y la propia experiencia como profesional.

¿Qué es la gerontología?

Para comenzar a visualizar el rol del Trabajo Social dentro del campo gerontológico es necesario precisar qué es lo que se entiende por gerontología. De la revisión bibliográfica se desprende que la gerontología tiene por objeto de estudio “los procesos de envejecimiento, sociales e individuales, por lo que engloba dimensiones de orden físico, social y subjetivo de las personas mayores y los cambios que se producen en cada formación social en relación al envejecimiento de la población” (Danel y Sala, 2019, p. 79)

Es decir que la gerontología es el campo que se encarga de estudiar el envejecimiento de las personas y la sociedad cuyo producto final es la vejez. A su vez, resulta pertinente remarcar que el envejecimiento es “un proceso dinámico y multidimensional que opera a lo largo de la vida de los seres humanos y se encuentra influido por diversos factores endógenos y exógenos” (Paola, 2021, p. 24). Esta afirmación nos lleva a reflexionar y aceptar que el envejecimiento no es una enfermedad en sí misma ni tampoco un error evolutivo, sino por el contrario constituye un proceso heterogéneo cuyo resultado son las vejez. Y hay tantas vejez y formas de envejecer como personas que atraviesan esta etapa evolutiva.

Pero al hablar de envejecimiento y vejez o vejez, surgen interrogantes acerca de cómo nombrar a las personas que se encuentran en este proceso y la categorización de los distintos tipos de vejez. En este trabajo nos centraremos en lo que se denomina envejecimiento activo que será desarrollado en los siguientes apartados.

¿Viejes? ¿Adultes mayores? ¿Ancianos? ¿Abueles?

Una cuestión central al momento de referirnos a otras personas, en cualquier contexto, pero también en el campo de la gerontología, es saber cómo nombrarlas. No hay que olvidar la importancia y el poder que posee la palabra al nombrar.

Tanto la vejez como las formas de nombrar han variado y varían de acuerdo a la época histórica y a los períodos culturales. Según la edad cronológica, se dio por clasificar en dos grupos a las personas mayores, “los ‘viejos-jóvenes’ (60-74 años) y los ‘viejos-viejos’ (75 y más). Esta definición supone distintos grados de autonomía, al explicitar que los primeros son los más activos

y los segundos los más dependientes y enfermos" (Neu-garten, 1999, como se citó en Paola, 2021). El mayor problema que se encuentra con esta categorización y definición es que se basa en la diada de salud - enfermedad, vinculando de forma muy próxima a la vejez con la enfermedad, cuando sabemos que no son sinónimos.

Por otro lado en la Asamblea Mundial del Envejecimiento realizada en Viena en 1982 (como se citó en Paola, 2021) se denomina anciano a toda persona mayor de 60 años, siendo la definición que se adoptó para empezar a estudiar la problemática de la vejez. Sin embargo, desde hace varios años y actualmente según refiere el Mg. Jorge Paola (2021) la vejez está determinada por cuestiones legales independientes de la capacidad productiva de las personas, y "con una marcada indiferencia burocrática por las características personales. Tal vez por eso se ha dado en denominar a la vejez 'tercera edad', como una manera más sofisticada que connota taxonomías burocráticas" (p. 25). De esta forma se corre el eje de la enfermedad, pero se centra en las cuestiones legales y de producción, entendiendo que al entrar en la vejez ya no hay capacidad para la realización de determinadas actividades de forma autónoma.

En cualquier caso, las distintas formas de nombrar a las personas que se encuentran atravesando la etapa evolutiva de la vejez nombradas hasta ahora, encuentran límites y concepciones erróneas, como la incapacidad o simplemente la edad cronológica. Por ello de aquí en adelante se denominará a esta población como personas mayores, dado que así es como se encuentran nombrados en la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos y es desde este paradigma que me referencio. Sin embargo, resulta interesante traer la postura de Carmen Ludi (2012), Mg. en Trabajo Social Especialista en Gerontología, quien propone apropiarse del término viejo, quitando el prejuicio y la carga negativa que conlleva, entendiendo que las formas de nombrar nos van a posicionar en un determinado marco ético, político, ideológico y teórico, que guiará no solo nuestras intervenciones e investigaciones sino el diseño de las políticas públicas.

Envejecimiento activo

Para comenzar a hablar del envejecimiento activo, es preciso hacer un breve recorrido sobre los distintos tipos de envejecimiento que se encuentran definidos en la bibliografía temática. También es pertinente aclarar

que cada sociedad genera sus propios procesos de envejecimiento, los cuales se construyen singular y colectivamente. Por lo tanto el modo de envejecer va a estar condicionado por la sociedad, la cultura y la época en la cual sucede.

De esta forma, ubicándonos en el campo de la biología se pueden distinguir cuatro tipos de envejecimiento según relata el Mg. Paola (2021), siendo el primero el normal o usual, que se refiere al de las personas que llevan habitualmente una vida activa en la comunidad, sin sufrir enfermedades o procesos patológicos que puedan incidir significativamente en su vida cotidiana. El segundo, el exitoso que hace referencia a un alto nivel funcional cognitivo, físico y de participación en la comunidad, como así también a la ausencia de enfermedad. El tercero, es el secundario o patológico que se da con la presencia de enfermedades crónico-degenerativas y cardiovasculares, acompañado por un marcado deterioro del estado de salud. Y por último, el terciario que suele manifestarse hacia el final de la vida, como un deterioro funcional acelerado durante los meses que preceden a la muerte. Nuevamente desde el punto de la biología se vincula a las vejez con el binomio salud-enfermedad sin considerar otros factores que hacen a la vida de las personas.

Por otro lado la diplomada en Trabajo Social, Cristina Filardo Llamas (2011) realiza una diferenciación entre lo que es el envejecimiento fisiológico y el envejecimiento patológico, refiriendo que ambos tipos son un continuo. El fisiológico vinculado al propio paso del tiempo como la aparición de arrugas y cambios en el color del cabello, y el patológico, asociado a cambios que si pueden considerarse enfermedades, como por ejemplo la pérdida de calcio en los huesos.

Se puede visualizar entonces, diferentes modos de categorizar las vejez de acuerdo al marco teórico desde el cual nos posicionamos. Lo que efectivamente se puede consignar es que cada vejez es diversa y se construye continuamente. A raíz de esto es que traigo el concepto de envejecimiento activo, que es el que compete para poder desarrollar el rol del Trabajo Social dentro del campo gerontológico, principalmente en el ámbito de la atención primaria de la salud.

El concepto de envejecimiento activo comenzó a ser difundido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a fines de los años 90, refiriendo que es "el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participa-

ción y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (p.79). Con esta definición desde la OMS se busca reconocer los factores, que además de las atenciones en salud, afectan a las diversas formas de envejecer tanto de los individuos como de la población en sí misma. Es decir se deja de encasillar al envejecimiento en la enfermedad y la incapacidad y se hace hincapié en la necesidad de que las personas mayores puedan seguir siendo activas en todos los ámbitos, física, social y mentalmente. Para esto es preciso la participación en múltiples y variadas actividades recreativas, educativas, sociales, culturales, entre otras.

En este sentido, el concepto de envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos. De esta forma se busca reemplazar la planificación basada en las necesidades de las personas mayores vistas como objetos pasivos, por una estrategia que contemple los derechos de las personas mayores “a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida a medida que envejecen. Y respalda su responsabilidad para ejercer su participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria.” (OMS, 2002, p. 79).

Es en esta definición del envejecimiento activo, centrado en los derechos humanos de las personas mayores y la participación comunitaria, que favorece un envejecimiento con mejores oportunidades, donde juega un rol fundamental el Trabajo Social.

Rol del Trabajo Social en el campo gerontológico

Anteriormente al hablar de gerontología, se definió como el campo que trabaja sobre el envejecimiento en todos sus aspectos: biológico, psíquico, social, cultural, jurídico, entre otros. Sin embargo, Stieglitz en 1943 (como se citó en Paola, Samter y Manes, 2011), introduce el término de gerontología social, el cual refiere que “aparece en el mundo de manera multi o interdisciplinaria, refiere a cuestiones no biológicas del envejecimiento y tiene por objeto de atención las relaciones de interacción psicosocial entre el sujeto mayor y su contexto” (p.2)

De esta forma se pasa de ver la biología a la biografía de las personas y sus interacciones con el mundo social.

En este punto es donde cobra relevancia fundamental la influencia de las ciencias sociales, dentro de ellas el Trabajo Social en el campo de la gerontología. En este sentido, se sostiene que la vejez como todas las etapas de la vida es una construcción social, no siendo factible centrarse solo en los aspectos biológicos de la salud, teniendo que hacer énfasis en la salud integral, que abarca otras dimensiones como las biopsicosociales y espirituales y desde donde las ciencias sociales y el Trabajo Social pueden realizar grandes aportes.

Al hablar de envejecimiento activo dentro del trabajo con personas mayores, “tenemos que analizar diversos aspectos, tales como una vida larga, salud física, salud mental, eficacia cognitiva, competencia social y productividad, control personal y satisfacción vital. Y es precisamente ante estos aspectos, donde se puede actuar desde el Trabajo Social.” (Llamas, 2011, p. 209). Teniendo presente que el Trabajo Social es una profesión que se centra en los derechos humanos de las personas, y tiene capacidad para intervenir desde la promoción y la prevención, se convierte en un actor importante en el proceso del envejecimiento activo. Entre los ámbitos de actuación donde puede intervenir el Trabajo Social, están los dispositivos grupales, que permiten trabajar los aspectos que Llamas (2011) menciona en la cita anterior, los aspectos cognitivos, sociales, culturales, entre otros, de manera colectiva, comunitaria y cooperativa.

El Trabajo Social dentro de la perspectiva gerontológica, tomando las ideas de Monk (1997), se encuentra relacionado al fortalecimiento de los vínculos, el desempeño social y el desarrollo de los nuevos roles sociales que van a sustituir y compensar los anteriores. A su vez, va a buscar que las personas mayores puedan ejercitar libremente el control de sus propias vidas. Asimismo, el trabajo con personas mayores, debe proceder preventivamente, y fomentar el intercambio y la ayuda mutua entre las distintas generaciones, evitando la sobreprotección y la identificación de las personas mayores como un problema social.

Siguiendo esta línea, el rol del Trabajo Social dentro del campo gerontológico remite principalmente a ponderar a las personas mayores como sujetos de derecho, protagonistas de sus propias vidas, intentando construir una representación distinta de la vejez dentro del imaginario social, donde deje de asignársele características negativas a la misma, intentando favorecer la interseccionalidad e intergeneracionalidad. Para tal fin, el trabajo social dentro del campo gerontológico, debe poner especial

énfasis en la promoción y prevención, buscando fortalecer la autonomía de esta categoría poblacional, en pos de lograr una mejor calidad de vida, en el marco del envejecimiento activo.

Dispositivo grupal: Caminatas

El dispositivo de Caminatas funciona desde el año 2003 y está dirigido a las personas mayores del área. El mismo surge por un diagnóstico que realizó el equipo de enfermería del efector, sobre las causas de consulta a la guardia entre enero y junio de 2003, allí detectaron que la hipertensión arterial era el principal motivo de consulta, por lo cual decidieron trabajar de forma preventiva con las personas mayores a través de caminatas.

En el año 2007 se amplió el equipo coordinador y se incluyeron profesionales de las ciencias sociales en el dispositivo, enriqueciendo de esta forma la mirada sobre la salud, dando lugar a la biografía de las personas, enmarcándose en una concepción gerontológica integral e interdisciplinaria.

El dispositivo funciona dos veces por semana y es coordinado interdisciplinariamente. A su vez, la dinámica del dispositivo está dividida en tres momentos, siendo el primero de ellos de toma de presión de los participantes. En el segundo, se realiza actividad física, que puede incluir caminatas por el barrio, estiramientos, baile, entre otras. Y el tercer momento, está destinado a realizar actividades lúdicas, de estimulación cognitiva o talleres de temáticas vinculadas a la salud integral desde la prevención, educación y promoción.

Atravesando los tres momentos del dispositivo, se busca promover la autonomía, la participación y principalmente el desarrollo de vínculos entre los participantes. Teniendo en cuenta esto, durante la pandemia, se creó un grupo de WhatsApp donde se continuó desarrollando el dispositivo, y que sirvió y sirve actualmente para que se mantengan comunicados cuando no se ven presencialmente.

Por otro lado, el grupo que hace a este dispositivo, está conformado por aproximadamente 8 personas mayores que acuden regularmente a los encuentros, aunque es un grupo más numeroso con alrededor de 20 personas. Quienes conforman el grupo son en su mayoría mujeres.

El dispositivo de Caminatas desde sus inicios busca mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de las personas

mayores desde el paradigma del envejecimiento activo y la Salud Colectiva, como así también generar un espacio de atención integral de la salud desde la Atención Primaria de la Salud.

Dentro de la Atención Primaria de la Salud, el Trabajo Social enmarcado en la perspectiva gerontológica tiene como ámbito preponderante de actuación el abordaje grupal. Buscando la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con la finalidad de garantizar el mayor nivel de bienestar posible dentro de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, teniendo siempre presente a las personas mayores como sujetos de derechos.

Desde la concepción del envejecimiento activo, el dispositivo de Caminatas promueve el alcance de un buen envejecimiento, es decir mantener altos niveles de participación tanto en actividades físicas como cognitivas, participar activamente de las actividades sociales, recreativas, productivas, artísticas que se proponen en el dispositivo. Entendiendo que estas actividades potencian el bienestar biopsicosocial de las personas mayores que conforman el grupo, teniendo como base los conceptos de autonomía, independencia y calidad de vida.

En este mismo sentido, Caminatas se enmarca en el paradigma de la Salud Colectiva, la cual propone una práctica integral que va más allá de la enfermedad, e incorpora la dimensión subjetiva, histórica y social en el abordaje de las personas y las poblaciones. Desde el Trabajo Social, podemos aportar a la construcción de este enfoque integral, valorizando y respetando la subjetividad de las personas con las que intervenimos desde un abordaje comunitario e interdisciplinario.

Este paradigma se ve plasmado dentro del dispositivo de Caminatas dado que parte de la identificación de las necesidades sociales en salud, como la pérdida de vínculos sociales, la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, la ausencia de espacios de estimulación y recreación para las personas mayores, entre otros. Como así también se ve en el trabajo interdisciplinario y articulado con los participantes de Caminatas, dado que confluyen los conocimientos de los profesionales y de las personas mayores, potenciando lo grupal desde la horizontalidad. Esto se plasma en la práctica donde por ejemplo, en una planificación de un taller una de las caminantes, docente y artista, solicitó y llevó a cabo un taller de dibujo dentro del dispositivo.

Por otro lado, es importante destacar la importancia que adquieren los grupos para las personas, en este caso mayores, en cuanto a los efectos positivos que estos dispositivos tienen sobre sus integrantes. Siguiendo a las autoras Dell'Anno y Teubal (2006), estos efectos refieren a factores al interior de los grupos, que contribuyen a generar aprendizajes, cambios en la subjetividad, como así también la superación de crisis ocasionadas por las condiciones de existencia.

Un ejemplo de lo mencionado anteriormente, surge ante el fallecimiento de uno de los participantes. Frente a esta situación, como equipo coordinador, hablamos con la esposa, quien también participaba del dispositivo y planteamos que si debía ausentarse al dispositivo por esta situación era comprensible. Ocurrió todo lo contrario, no faltó ni un día al dispositivo, y siempre sostuvo que la ayudaba a salir adelante, que a su pareja le encantaba acudir y que para ella estar y ver el amor con el que cada integrante lo recordaba, la reconfortaba. De hecho, meses después se organizó con los caminantes una peña para recordarlo. En otras palabras, el grupo funcionó como un soporte para transitar tanto la enfermedad como el fallecimiento.

En esta línea, se puede vislumbrar cómo a lo largo de la trayectoria vital y “especialmente bajo ciertas circunstancias vivenciadas por los sujetos como momentos de crisis, los espacios grupales funcionan como apoyatura, sostén y continencia” (Chacoma, 2017, p. 60)

Sin embargo, al trabajar con dispositivos grupales es importante tener claro que estos espacios no responden a situaciones ideales y lineales, sino por el contrario son escenarios complejos, dinámicos, donde se presentan continuidades y discontinuidades, momentos de crisis y reacomodamiento. Y es en esta complejidad y diversidad donde radica la riqueza de los dispositivos grupales.

Un ejemplo de lo mencionado, se visualiza en la incertidumbre y preocupación grupal frente al deterioro físico de un caminante, quien fue diagnosticado de Parkinson hace algunos años. Con el correr del tiempo su deterioro físico se hizo más evidente, por lo cual se vio imposibilitado de participar de la mayoría de las actividades del dispositivo. Esta situación generó incertidumbre en el equipo coordinador y los caminantes sobre el proceder dado que no se lo quería excluir del dispositivo, ya que el espacio es de ellos, pero tampoco estaban las condiciones dadas para que esté cuidado. Esta situación, muestra entonces la complejidad de los grupos y como

constantemente se deben repensar y reorganizar estos espacios en función de lo que va aconteciendo.

Asimismo, se desprende que tanto en Caminatas como en cualquier dispositivo grupal donde intervenga el Trabajo Social, es posible y deseable mediante la enseñanza-aprendizaje, no solo aprender del grupo sino también aportar conocimiento desde “la experiencia acumulada que cada participante es capaz de compartir. Los grupos representan, además, un espacio donde apuntalar las capacidades y reasegurar la confianza en los recursos personales, facilitando la elaboración o reformulación de proyectos vitales” (Yuni & Urbano, 2016, como se citó en Samter, 2021).

De todas maneras, si bien los grupos son sumamente importantes para poder desarrollar los procesos de enseñanza-aprendizaje, es menester que los acompañamientos individuales se ofrezcan y se sostengan. En este sentido, el equipo interdisciplinario del dispositivo de Caminatas, acompaña múltiples situaciones particulares de los participantes. Dentro de estos pedidos de acompañamiento individual, se encuentran principalmente el acceso a los efectores de salud y problemáticas familiares o crisis vitales. Estas demandas son abordadas por el equipo interdisciplinario, enriqueciendo ampliamente las estrategias de intervención. Por ello para poder abarcar a la salud de forma integral, es fundamental el trabajo interdisciplinario, la participación en dispositivos grupales y los acompañamientos individuales.

Reflexiones finales

Recapitulando lo expuesto, es preciso destacar la importancia de los dispositivos grupales para las personas mayores considerando la vulnerabilidad y aislamiento social que padece este grupo poblacional. Es habitual que en la vejez las personas comiencen a perder sus vínculos sociales y sus actividades en la comunidad, generando de esta manera situaciones de aislamiento que derivan en vejez sin estimulación, continencia, acompañamiento. De esta forma esta situación va en detrimento del paradigma del envejecimiento activo, que es hacia donde debería dirigir sus esfuerzos tanto la sociedad como la política pública en el tratamiento de las vejeces. Es en esta encrucijada donde los grupos van a permitir transitar esta etapa vital de una forma más amena y acompañada, logrando no agregar años a la vida, sino vida a los años. Como se vio en el dispositivo de Caminatas, estos grupos de pertenencia contribuyen a la creación

de vínculos de amistad, continencia y contención que se vuelve necesaria para el transitar de la vida cotidiana pero aún más para los momentos de crisis.

Por todo lo abordado, considero fundamental que el campo de la gerontología comience a ser un campo de igual importancia como lo son los demás, como por ejemplo el materno-infantil. Es necesario que se considere a las personas mayores como sujetos activos, sujetos de derechos, autónomos, con potencialidades y enseñanzas-aprendizajes para compartir. Como así también es fundamental que para que esto suceda, se generen cambios a nivel social, para que la sociedad en su conjunto pueda dejar de estigmatizar a las personas mayores. De esta forma se les comenzará a asignar el lugar que les corresponde, de sujetos de derecho con infinidad de potencialidades y saberes para aportar a la sociedad.

En cuanto al Trabajo Social, es pertinente en un primer momento dejar de lado los prejuicios que se puedan

tener y animarse a trabajar con esta categoría poblacional. Es nuestra especificidad el velar por los derechos de las personas, y en este punto poder contener, brindar escucha activa, pensar en estrategias para el abordaje de las diversas situaciones y problemáticas que se presentan. Esto debe y puede darse tanto desde los dispositivos grupales como de acompañamientos individuales.

Además, desde el Trabajo Social en el campo gerontológico, es menester enmarcarse dentro del paradigma del envejecimiento activo buscando fomentar un buen envejecimiento que le brinde a las personas mayores las oportunidades para poder desarrollar actividades que mejoren su calidad de vida.

Finalmente celebro que existan espacios como Caminatas, y apelo a que todas las personas podamos amigarnos con esta etapa vital que tanto rechazo genera socialmente, entendiendo que es eso, una etapa más en todo el proceso llamado vida.

Bibliografía

- Casallas-Murillo, A. L. (2017). *La medicina social-salud colectiva latinoamericana: una visión integradora frente a la salud pública tradicional*. Revista Ciencias de la Salud, 15(3).
- Chacoma, A. (2017). *Envejecer formando parte de un grupo. Una mirada desde el trabajo social*. Tesina de grado de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Nacional de la Patagonia, San Juan Bosco, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales.
- Custo, E. (1994). *El Trabajo Social desde la particularidad del nivel de abordaje grupal. Hacia una estrategia teórica - metodológica*. Revista Acto Social. N° 8. Año III.
- Danel, P. M., & Sala, D. (2019). *Tramas teórico-metodológicas del trabajo social en el campo gerontológico*. Pensamiento y Acción Interdisciplinaria, 5(1).
- Del Cueto, A. M., & Fernández, A. M. (1985). *El dispositivo grupal. Lo grupal*. <http://www.psiaudiovisuales.com.ar/wp-content/uploads/13DEL-CUETO-Ana-Maria-FERNANDEZ-Ana-Maria-El-dispositivo-grupal.pdf>
- Dell'Anno, A. & Teubal, R. (2006). *Resignificando lo grupal en el Trabajo Social*. Espacio Editorial. Bs. As.
- Llamas, C. F. (2011). *Trabajo social para la tercera edad*. Documentos de Trabajo Social: Revista de trabajo y acción social. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4111475>
- Ludí, M.C. (2012). *Envejecimiento y espacios grupales*. Buenos Aires: Ed. Espacio.
- Organización Mundial de la Salud (2002) *Envejecimiento activo: un marco político*. Revista Española de Geriátrica y Gerontología. https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf
- Paola, J., Samter, N., & Manes, R. (2011). *Trabajo Social en el campo gerontológico: aportes a los ejes de un debate*. Espacio Editorial.
- Paola, J. (2021). *Trabajo Social con personas mayores* (Aportes de la intervención y la investigación al campo Gerontológico). Evidencias Internacionales de Trabajo Social en Gerontología. Universidad Nacional Autónoma de México. https://www.trabajosocial.unam.mx/publicaciones/descarga/EvTS-Gerontologia_Ultima_version_mzo_2021.pdf
- Samter, N. (2021). *Trabajo Social con abordaje grupal: los talleres de estimulación de la memoria para Personas Mayores*. Evidencias Internacionales de Trabajo Social en Gerontología Universidad Nacional Autónoma de México. https://www.trabajosocial.unam.mx/publicaciones/descarga/EvTS-Gerontologia_Ultima_version_mzo_2021.pdf

Fuentes documentales

- Encuesta Anual de Hogares (2020). *Estructura de la población*. Ciudad de Buenos Aires. Dirección General de Estadística y Censos. https://www.estadisticaciudad.gov.ar/eyc/wpcontent/uploads/2021/11/ir_2021_1604.pdf
- Organización de los Estados Americanos (OEA) (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores*. Asamblea General de los Estados Miembros de la OEA. <https://www.argentina.gob.ar/derechoshumanos/proteccion/convencion-interamericana-derechos-personas-adultas-mayores>
- Organización de las Naciones Unidas (1991). *Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad*. Asamblea General de las Naciones Unidas. <https://www.acnur.org/5b6caf814.pdf>
- Plan Urbano Ambiental (PUA) (2020). *Diagnóstico 2020*. Comunas. Secretaría de Desarrollo Urbano GCABA. 2020. https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/pua-diagnostico_comunas.pdf

Artículos seleccionados

Desafíos para el desarrollo de prácticas profesionales de Trabajo Social en tiempos de pandemia.¹

Carla Rosales^a, Valeria Chiavetta^b y María Valeria Pérez Chaca^c

Fecha de recepción: 23 de marzo de 2023
Fecha de aceptación: 29 de mayo de 2023
Correspondencia a: Carla Rosales
Correo electrónico: carladanielarosales@gmail.com

- a. Pos Doctora en Ciencias Sociales, infancias y juventudes (Universidad de Manizales, Colombia). Doctora en Estudios Sociales Agrarios (Universidad de Córdoba). Prof y Lic. en Trabajo Social. Apoyo académico del Departamento de prácticas profesionales de Trabajo Social. Universidad Nacional de Cuyo.
- b. Especialista en Política, Evaluación y Gerencia Social (FLACSO). Lic en Trabajo Social. Docente Adjunta y Coordinadora académica del Departamento de Prácticas Profesionales de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional de Cuyo.
- c. Doctora en Ciencias Sociales y Licenciada en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNCuyo. Es docente adjunta y Directora de la Carrera de la Trabajo Social de la Universidad Nacional de Cuyo.

1. Este trabajo es una versión ampliada del presentado en el XXV Encuentro Nacional FAUATS 2022 en el mes de agosto. Cuyo título fue: Prácticas profesionales de Trabajo Social en la pandemia: dilemas y desafíos.

Resumen:

Desde marzo de 2020 nos encontramos con un escenario global alternado por la crisis ocasionada por la pandemia por COVID-19. Las medidas sanitarias de emergencia, materializadas en la ASPO impusieron un nuevo ritmo de vida, nuevas distancias en vínculos y relaciones, reconfigurando fuertemente nuestros espacios de vida (trabajo, familia, educación, etc.). La educación superior fue también afectada por la pandemia y se puso en juego la creatividad y el desarrollo de nuevas estrategias de enseñanza aprendizaje en los espacios curriculares en general (a partir de la virtualidad obligatoria) y del Trabajo Social en este caso. Numerosos interrogantes se presentaron entre las y los profesores del Departamento de prácticas profesionales de Trabajo Social de la UNCuyo, surgiendo formas distintas de transitar las prácticas de formación profesional, en un contexto de tanta restricción física, territorial, institucional y social tratando de sostener un proceso de formación que nos impactó -tanto- en la calidad educativa, la retención del estudiantado, la relación interinstitucional y la contención de subjetividades. Se puso en evidencia la brecha tecnológica existente entre los grupos de estudiantes para acceder a la virtualidad, con un alto impacto en la formación profesional.

Palabras clave: Prácticas profesionales de Trabajo Social - Instituciones/organizaciones - Pandemia.

Summary

Since March 2020 we have been facing a global scenario alternated by the crisis caused by the COVID-19 pandemic. The emergency sanitary measures, materialized in the ASPO, imposed a new rhythm of life, new distances in ties and relationships, strongly reconfiguring our living spaces (work, family, education, etc.). Higher education was also affected by the pandemic and creativity and the development of new teaching-learning strategies were put into play in curricular spaces in general (from compulsory virtuality) and Social Work in this case. Numerous questions arose among the professors of the Department of Professional Social Work Practices at UNCuyo, emerging different ways of moving through professional training practices, in a context of so much physical, territorial, institutional and social restriction trying to sustain a process of training that will not impact -so much- on the educational quality, the retention of the student body, the inter-institutional relationship and the contention of subjectivities. The existing technological gap between student groups to access virtuality was highlighted, with a high impact on professional training.

Key words: Professional practices of Social Work; Institutions/organizations; Pandemic.

Presentación

El presente trabajo surge de un esfuerzo análisis de la tarea desarrollada desde las coordinaciones operativas y académicas del Departamento de Prácticas de Trabajo Social (DPPPTS) de la carrera de TS de la FCPyS de la UNCuyo durante la pandemia por el COVID- 19. Está centrado en los múltiples desafíos que implicó a los equipos docentes sostener el desarrollo de las prácticas profesionales en los últimos dos años en el mencionado contexto.

De este modo pretendemos sistematizar aspectos relevantes de la organización de las prácticas profesionales de la Carrera de Trabajo Social que se vieron profundamente reconfigurados y afectados durante el período comprendido entre los años 2020-2021. La referencia de este período, considera el Inicio de las Prácticas, tanto del Primer como del Segundo Nivel, en contexto de pandemia. En este trabajo se analizaremos dos momentos que atravesaron el desarrollo del proceso de las prácticas profesionales:

El primero, año 2020, de aislamiento social y obligatorio (ASPO) que debido a ella se implementó la modalidad virtual en toda la UNCuyo, afectando a las cohortes estudiantiles del Inicio de la Práctica. Y un segundo ya en el año 2021, de Continuidad de la Práctica, se mantuvo el distanciamiento social preventivo y obligatorio (DISPO) y apertura paulatina a la presencialidad en las aulas, abriendo paso a la modalidad presencial-bimodalidad. Antes de avanzar, es necesario señalar algunos aspectos importantes del alterado encuadre de la educación superior y por lo tanto también del funcionamiento del DPPPTS.

Educación superior, enseñanza de TS y pandemia

La pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) ha provocado una crisis sin precedentes en todos los ámbitos de la vida social. En el ámbito de la educación, esta emergencia significó el cierre masivo de las actividades presenciales de instituciones educativas en más de 190 países con el fin de evitar la propagación del virus y mitigar su impacto. Según datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), a mediados de mayo de 2020 más de 1.200 millones de estudiantes de todos los niveles de enseñanza, en todo el mundo, habían de-

jado de tener clases presenciales en la escuela. De ellos, más de 160 millones eran estudiantes de América Latina y el Caribe.

Un aspecto alarmante para educación y el impacto de la pandemia, fue la brecha tecnológica existente entre los diversos grupos de estudiantes y las cátedras, como así también los costos y limitaciones que esto suponía para el equipo docente. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha planteado que, incluso antes de enfrentar la pandemia, la situación social en la región se estaba deteriorando, debido al aumento de los índices de pobreza y de pobreza extrema, la persistencia de las desigualdades y un creciente descontento social. En este contexto, la crisis tendrá importantes efectos negativos en los distintos sectores sociales, incluidos particularmente la salud y la educación, así como en el empleo y la evolución de la pobreza (CEPAL, 2020).

Por su parte, la UNESCO ha identificado grandes brechas en los resultados educativos, que se relacionan con una desigual distribución de las y los docentes, en general, y de las y los docentes mejor calificados, en particular, en desmedro de países y regiones con menores ingresos y de zonas rurales, las que suelen concentrar además a población indígena y migrante (UNESCO, 2016a; Messina y García, 2020).

En el caso que nos ocupa de la UNCuyo, en sus comunicaciones por medio de la página web se informaba que:

(...) la Resolución 231/20 del Rectorado de la UNCUIYO, ad referendum del Consejo Superior, esta Casa de Estudios decidió suspender la modalidad “presencial” de cursado y avanzar en el cursado virtual de sus clases, tanto en las distintas Unidades Académicas como en sus escuelas. (...) La UNCUIYO ha seguido y sigue adelante con el cursado en todas sus facultades y colegios, cumpliendo con los calendarios previstos y adaptándose -tecnología mediante- al sistema virtual. (...) en el marco de las readecuaciones de las actividades académicas, específicamente las prácticas (profesionales y de laboratorio) han quedado suspendidas hasta que se retorne a la actividad presencial por razones lógicas. Universidad, 2020.

En este sentido, coincidimos con las y los autores Blaunstein, A.; Baldvieso, C.; Palumbo, M, Romero, J. Rosales, C. y Torres, E. acerca de la reconfiguración de la tarea docente a raíz de la ASPO:

Encarar los quehaceres académicos en confinamiento ha implicado el despliegue de estrategias personales y recursos profesionales inéditos. El uso de herramientas tecnológicas para la comunicación se volvió habitual para trabajar, interactuar y compartir la docencia, la investigación y las labores universitarias, así como la atención a los cuidados, la enfermedad propia y de personas cercanas, y las emociones provocadas por la situación mundial de emergencia. La virtualización de las actividades ha significado un gran desgaste ante el teletrabajo que nunca acaba, pero también mayores oportunidades para los intercambios internacionales a distancia que nos acercan sensible y fraternalmente (2021, p 4).

En la experiencia del DPPTS la reconfiguración del tiempo, antes organizado en el espacio de las aulas de la Facultad y de las Instituciones/Organizaciones adquirió en un aspecto de disputa y negociación entre docentes y estudiantes debido que ahora se imponían con urgencia la realidad laboral o sanitaria por encima del encuadre educativo. Esto significó que se habilitaran y flexibilizaran numerosos canales de comunicación entre el estudiantado y el equipo de profesoras/es, para organizar la virtualidad que en la práctica desdibujaban los límites ofrecidos por las cátedras. El temprano y oportuno informe de FAUATS (2020) señalaba que las estrategias que están diseñando o implementando (las UAAA) se relacionan principalmente con la modalidad virtual y un primer momento de abordaje teórico en el desarrollo de las prácticas profesionales (PPP) frente a la imposibilidad de acceso presencial a los territorios e instituciones que conforman los centros de prácticas. Coincidimos con Ruth Parola (2022) quien respecto a las prácticas de Trabajo Social en pandemia supone que:

(...) la pandemia no interrumpió la formación, sino que irrumpió en la cotidianeidad de la práctica de formación e hizo aflorar las incertidumbres, los miedos y la sensación de imposibilidad de la intervención profesional que ya subyacían mucho antes de que la misma apareciera. Además, la pandemia puso más de manifiesto las desigualdades que ya existían en los sujetos protagonistas

de la formación de Trabajo Social: docentes, estudiantes y personal no docente, mostrando la precariedad de las condiciones institucionales con las cuales se desarrolla la formación de los futuros profesionales (p. 2).

Durante el 2020, desde el DPPTS se mantuvo el dictado virtual a partir foros y conversatorios temáticos que buscaban mantener un diálogo con las organizaciones, instituciones y territorios. Estas acciones coinciden con las estrategias que el mencionado Informe de FAUATS (2020) destaca como una tendencia entre las UAAA, pues desde el DPPTS se comenzaron a diseñar estrategias de contacto virtual con las/os estudiantes con el objetivo de establecer y/o mantener el vínculo institucional y pedagógico con los mismos, y poder establecer asimismo una organización para la implementación de la modalidad virtual en el comienzo y desarrollo de las PPP. Siguiendo el devenir cronológico de la pandemia, ya con la DISPO en el 2021 y a medida que comenzó a habilitar la circulación, algunos grupos de estudiantes pudieron acceder a espacios de prácticas. Lo que coincidió con el retorno progresivo a las aulas², tanto para la supervisión, talleres y continuar un cursado virtual en el resto de las materias de la currícula. A partir de agosto de 2021, la mayoría de los grupos de estudiantes realizaban sus procesos de prácticas de manera presencial encontrando un escenario institucional reconfigurado con nuevas pautas y limitaciones exigidas por las instituciones/organizaciones³. Esta situación limitó las opciones de centros de prácticas, de hecho las mismas supervisoras de terreno también cumplían horas virtuales sumado a las restricciones edilicias hacían una combinación de limitantes para la recepción de estudiantes practicantes. Este regreso progresivo a la presencialidad fue también complejo para el equipo docente y significó un nuevo desafío en el ámbito pedagógico. Uno de los grandes tránsitos fue la reubicación del espacio-tiempo del aula dislocado por la alternación de la cotidianeidad y del encuadre de la virtualidad-instantaneidad⁴. Reflexionamos sobre el entramado de afectaciones que ha venido expresando la pandemia, de allí que coincidamos con Carballeda (2020) que la sitúa en un diálogo con

2. Cabe destacar que a comienzos del 2021 en Argentina se comienza la vacunación contra el COVID-19.

3. Tales como exigencias de seguros COVID, acuerdos individuales de práctica, limitaciones dadas por la disposición de espacio, la exigencia de distanciamiento y luego colocación de vacunas.

4. Se hacían frecuentes los comentarios de docentes respecto a la adecuación cuasi personal de clases, horarios de consulta, talleres, etc. al ritmo de las actividades laborales y de cuidado del estudiantado.

la Vida Cotidiana, la Trama Social, y la reconfiguración de diferentes Problemas Sociales en los escenarios que impone y transforma la Pandemia.

Las prácticas profesionales de TS

Entendemos a las prácticas profesionales como *prácticas en situación*, o intervención en situación, al trabajo, las acciones, los esfuerzos que llevamos a cabo en terreno cuando hacemos o dejamos de hacer, cuando ponemos nuestro cuerpo o nuestra palabra en una situación concreta donde se espera, propicia o impone la presencia de un trabajador social. Allí, en el territorio, intervenimos en una dirección o en otra según lo que nuestro trabajo teórico -consciente o inconscientemente- nos posibilite, según los límites y posibilidades institucionales, según las orientaciones y presupuestos de las políticas sociales vigentes, según los acuerdos o desacuerdos ideológicos alcanzados y según las alianzas políticas realizadas o no realizadas. Allí -en situación- actuamos (según algunos conceptos) y vemos en qué un concepto puede servirnos, qué nos permite hacer y qué no, de qué manera habría que rectificarlo o rectificar su uso, etc.

Estas prácticas en situación se vieron fuertemente reconfiguradas con la irrupción de la pandemia. Justamente se concibe a las prácticas como un espacio de enseñanza aprendizaje que se caracteriza por un contacto intencionado con la realidad, el mismo se vio alterado en los dos espacios que tradicionalmente se desarrollaba, por un lado en las aulas y por otro en los territorios (instituciones/organizaciones) frente a esta imposibilidad la virtualidad se impuso como alternativa para asegurar la enseñanza aprendizaje. Por lo mencionado, identificamos que dentro de los propósitos del Departamento de Prácticas a uno de los que requirió al Departamento de nuevas estrategias para su logro en el contexto de pandemia, uno de ellos fue diseñar y desarrollar estrategias de intervención a partir de la comprensión de un territorio específico como campo de interacción entre las instituciones de política social, las políticas sociales y los actores involucrados.

Niveles de la práctica profesional de TS

La práctica está pensada en dos niveles (I Nivel y II Nivel de Práctica), los cuales a su vez están conformados por dos momentos: Inicio y Continuación de la Práctica. La finalidad de esta forma de organización es que los/as estudiantes vayan construyendo un proceso de formación que irá ganando en complejidad de la intervención en tanto se encuentren más instrumentados teórica y metodológicamente. El primer acercamiento al espacio de prácticas se inicia en el segundo cuatrimestre de primer año a partir de Talleres Áulicos de la Práctica que permiten un primer acercamiento y aproximación a los ejes que estructuran el proceso de práctica dentro del espacio áulico.

El Luego de esta presentación general de las prácticas profesionales del Departamento, se realizará una reflexión de las mismas en tiempos de pandemia. I Nivel de Prácticas comienza en el segundo cuatrimestre semestre de 2° año (Inicio del I Nivel de prácticas), y se lleva a cabo durante todo 3° año (Continuación del I Nivel de Prácticas). En tanto el II Nivel de Prácticas comienza en el segundo cuatrimestre de 4° año (Inicio del II Nivel de Prácticas), y continúa durante 5° años hasta finalizar el cursado del mismo (Continuación del II Nivel de Prácticas).⁵ Además, reconocemos que cada Nivel tiene sus propios objetivos a lograr. En el caso del primer nivel es Conocer, a partir de la *indagación* como proceso principal de conocimiento, la realidad social y la realidad profesional, desde categorías pertinentes al conocimiento científico. También caracterizar las instituciones, las políticas sociales, las problemáticas sociales concretas y los diferentes actores con los que se interactúa en el proceso de inserción de la práctica. Y conceptualizar e interpretar fenómenos y problemas sociales sobre los que el Trabajo Social interviene, a partir de reconocer y reflexionar la lógica institucional, las políticas sociales vigentes y los actores involucrados en un territorio particular, incluyéndose al estudiante y la universidad como actores influyentes en esas dinámicas. Poder diseñar estrategias de intervención desde una intencionalidad propositiva y desde un lugar de apoyo

5. Todo ello si los/as estudiantes cumplen con los requerimientos académicos establecidos en el Plan de Estudios (correlativas, cantidad de materias aprobadas, etc.)

y colaboración a procesos sociales que se estén desarrollando en escenarios particulares. Reconocer y utilizar herramientas metodológicas y procedimentales necesarias para el conocimiento, caracterización, interpretación, investigación e intervención de la realidad social y profesional. En el caso de segundo nivel, los objetivos propuestos son Interpretar fenómenos y problemas sociales sobre los que el Trabajo Social interviene, a partir del análisis de las interacciones que se producen en el escenario de intervención entre la lógica institucional, las políticas sociales vigentes y los actores involucrados, identificando a los sujetos como producto y productores de los espacios sociales. Analizar críticamente la complejidad social y las determinaciones particulares que ésta tiene en las diferentes dimensiones en que se expresa la vida cotidiana de los sujetos: familiar, grupal y comunitaria. Proponer, desarrollar y sistematizar en un espacio social particular (institucional y/o organizacional), una estrategia de intervención fundada que recupere aprendizajes teórico-metodológicos adquiridos durante la formación y que se constituya en objeto de reflexión y fundamentación teórica desde el campo de la teoría social. Cabe mencionar, que las prácticas de terreno, de ambos niveles, se organizan por grupos de práctica⁶ ya que esto garantiza una reflexión colectiva de los procesos y el adiestramiento en el trabajo en equipo. Cada grupo de práctica se referencia en con un/a supervisor/a docente según el espacio territorial asignado y un/a supervisora de campo quien acompaña desde la institución y el territorio. Luego de esta presentación general de las prácticas profesionales del Departamento, se realizará una reflexión de las mismas en tiempos de pandemia.

Múltiples desafíos de las Prácticas Profesionales en tiempos de pandemia

Realizaremos algunos señalamientos a los efectos de considerar algunos elementos que han reestructurado las dinámicas en relación a la organización de las Prácticas Profesionales (PP) en Trabajo Social (TS) del mencionado Departamento debido a la pandemia (Covid-19). Para ello hemos definido las siguientes dimensiones que organizan este trabajo reflexivo y que se vinculan con las dificultades que existieron para sos-

tener las prácticas: político/ organizacional, pedagógico/didáctico y normativo/administrativo. Proponemos este esquema con el fin de hacer visibles los diferentes atravesamientos y afectaciones respecto a actores involucrados y en la puesta en marcha de las PP de TS en dicho contexto de emergencia sanitaria. Esto significa que aquí se expresarán una diversidad de situaciones de docentes, estudiantes e instituciones/ organizaciones que funcionan como centro de práctica y que desarrollaremos a continuación en este trabajo.

Las dimensiones a desarrollar se inscriben también en un trabajo de sistematización, que se mencionó anteriormente, realizado por FAUATS⁷. El documento analiza tensiones e interrogantes para los procesos de inicio y continuación de las prácticas profesionales en las distintas unidades académicas del país dando cuenta de singularidades y preocupaciones comunes. Incluye en el análisis el acceso a la modalidad virtual, la acreditación de las prácticas, los contenidos de las prácticas en el proceso de enseñanza aprendizaje y las reconfiguraciones institucionales y organizacionales de los centros de práctica.

Las UUAA de las distintas regiones del país, plantean la incertidumbre y preocupación acerca las situaciones sociales y económicas que puedan expresarse una vez que finalice la medida del ASPO, donde se expresan interrogantes respecto de cómo posicionarse o cómo prepararse para aportar al restablecimiento del tejido social en la situación de post pandemia, y acerca de cuáles son los aportes del Trabajo Social para la coyuntura actual y cómo acompañar a las/os profesionales que están en campo. (FAUATS, 2020, p. 25).

1. Desafío político / organizacional

Durante el año 2020 el impacto de la pandemia por el COVID 19 implicó transformaciones estructurales en la cotidianidad de las organizaciones e instituciones que han constituido y constituyen espacios de prácticas para la formación de lxs estudiantes. El aislamiento y distanciamiento social, los sucesivos protocolos sanitarios, restringieron y limitaron las posibilidades de habitar los espacios institucionales en que las y los Trabajadores

6. Que coincide con un mismo espacio institucional y el grupo de estudiantes comparte el mismo supervisor docente.

7. Fuimos una de las UUA que formaron parte del mencionado Informe, que se realizó partir de intercambios virtuales que se realizaron entre las unidades académicas del país.

Sociales despliegan su ejercicio profesional. De allí que se podría decir, que las intervenciones de Trabajo Social se “desterritorializaron” y “virtualizaron”. Muy pocos espacios (sobre todo vinculados a las organizaciones sociales) mantuvieron alguna presencia territorial durante el 2020, solo las instituciones del Estado referidas a la asistencia alimentaria mantuvieron este vínculo y el ámbito de la salud fue prioritario ante el estado de emergencia sanitaria. Esta alteración, forzosa, de la intervención del TS en las instituciones/organización impactó de manera directa en la limitación de Centros de Práctica (CP) para ofrecer al estudiantado y significó al DPPTS evaluar el logro de los objetivos de las PP en cada nivel.

Desde la coordinación operativa del DPPTS iniciamos la convocatoria para nuevos Centros de Prácticas (año 2021) por medio de un formulario Google, realizaron dos campañas de difusión, convocado a la participación de los colegas a la supervisión de las PP. La mencionada campaña, se realizó principalmente, por medios digitales, se contó con la difusión del Colegio de Trabajadores Sociales, y de contactos personales de colegas. La respuesta del formulario, por parte de potenciales

supervisores de campo, nos permitió tener un registro de información imprescindible para el contacto personal e institucional, pero a su vez, la oferta de centros de prácticas ofrecida no alcanzó para incluir a todos los estudiantes. Aun así, se concretaron centros de prácticas para el I Nivel se ofrecieron 19 Centros, en el caso del II Nivel, fueron 57 Centros de Práctica, en suma se ofrecieron 66 centros de prácticas al Departamento.

En función de ello observamos que, para completar las vacantes que requería cada nivel, tanto del Inicio como de la Continuación de las Prácticas, debimos recurrir a los “contactos” personales y del colectivo profesional para garantizar los espacios requeridos. Por lo mencionado, observamos dos fenómenos contradictorios y estructurales, profundizados por la pandemia, que impacta en la oferta de Centros de Prácticas (CP) y a la población estudiantil. Por un lado, los CP prefieren recibir estudiantes avanzados y por otro lado, son más numerosos los grupos del I Nivel de la práctica, traduciéndose en un mayor esfuerzo por parte de las/os docentes en la organización de estos grupos con un claro saldo negativo de CP. A continuación se presenta un cuadro que representa las cifras del DPPTS en plena DISPO.

Cuadro N°1: Cantidad de centros de prácticas ofrecidos según nivel de la práctica (2021)

	Centros de práctica	Supervisores de campo	Total de estudiantes x nivel
Nivel 1	39 centros	50 TS	260 estudiantes
Nivel 2	42 centros	61 TS	289 estudiantes
Total	81 centros	101 TS	549 estudiantes

Fuente: SIU Guarani. Elaboración propia del Departamento de Prácticas Profesionales 2021.

Observamos otra brecha respecto de los objetivos de PP que requieren de un trabajo territorial y las intervenciones que efectivamente el Trabajo Social logra desplegar en los ámbitos institucionales⁸, siendo este otro factor que hemos identificado como limitante para los grupos de prácticas. Factor que adquirió una mayor dimensión durante la pandemia.

Partiendo de reconocer que la crisis por la pandemia Covid 19 ha venido a profundizar las desigualdades ya existentes, cabe preguntarnos respecto a este aspecto en torno a la población juvenil que conforma los grupos de estudiantes practicantes. Entendemos que en los sectores sociales más golpeados por la crisis y consecuentemente empobrecidos, son las/os jóvenes quienes han tenido que salir a reforzar la economía de las familias, cuando no resignar sus propios proyectos para relevar a adultos que perdieron sus empleos, enfermaron o fallecieron. En la actualidad, la Argentina cuenta con un triste saldo que indica que el 60% de las y los jóvenes y niños viven en la pobreza. Sumado a ello, la existencia de la brecha digital, en cuanto a conectividad y equipamiento tecnológico ha revelado una vez más las injusticias del sistema educativo. En el último cuestionario que enviamos a lxs estudiantes en agosto de 2021, más del 50% de las/os jóvenes se encontraban trabajando y lo hacían de manera informal y precaria.

2. Desafío pedagógico / didáctico

La Universidad también debió reconfigurar sus mecanismos de enseñanza/aprendizaje. Se institucionalizó la modalidad virtual como práctica educativa. Como así también, las prácticas de trabajo social no fueron ajenas a estos cambios, organizándose el Inicio del Primer y del Segundo Nivel (en el año 2020) de manera virtual. Para tal fin, se organizaron comisiones de trabajo por áreas temáticas en los dos Niveles de Práctica. Se planificaron conversatorios con colegas que trabajan en estos ámbitos generando y desarrollando instancias de intercambio y discusión. Además de encuentros bibliográficos y supervisiones que permitieron reflexionar sobre aspectos inherentes a las prácticas en contextos de pandemia. Estas estrategias pedagógicas habilitaron acercamientos a las prácticas en un contexto que fue

muy difícil en términos de "aprender lo territorial sin presencialidad".

En el Inicio del Primer Nivel se conformaron comisiones de trabajo en las temáticas de educación, infancias y adolescencias, organizaciones y movimientos sociales, desarrollo social, municipios y hábitat, salud, salud mental y discapacidad. Cada una de las comisiones estuvo a cargo de una docente y fueron articuladas a Trabajadoras Sociales de diversas instituciones y organizaciones que se desempeñan en esos campos de intervención. Se realizaron conversatorios virtuales que favorecieron el intercambio de experiencias con estudiantes de la Continuación del I y II Nivel e involucraron a un conjunto de trabajadoras/es sociales algunas/os que tenían experiencia de supervisión de campo y otros que no.

Los contenidos de cada unidad abordados en conversatorios y encuentros bibliográficos, fueron interpelados y analizados a la luz de la singularidad de los escenarios de intervención en contexto de pandemia. El primer acercamiento a una organización y espacio territorial se realizó de manera virtual. Cada comisión referenció a colegas dispuestas a acompañar un proceso de indagación diagnóstica de alguna institución/organización en sus dimensiones de vinculación con la política pública, los sujetos y necesidades y la intervención profesional. Durante este año también se realizaron encuentros virtuales intercátedras junto a otras materias vinculadas a las temáticas de las comisiones de trabajo propiciando la reflexión teórica en el nuevo escenario entre el Departamento de Prácticas y el de Intervención.

Los equipos docentes pusieron a disposición de las/os estudiantes materiales bibliográficos que se produjeron sobre la pandemia para favorecer procesos de reflexión y análisis de la intervención profesional en contexto de emergencia sanitaria. Los colegas Cazzaniga (2020) y Carballeda (2020) fueron pioneros en estos debates y sus textos fueron discutidos en el equipo docente y junto a estudiantes, como así también fue material de consulta los diversos conversatorios que se realizaron desde los Colegios Profesionales de Trabajo Social.

En cuanto a estudiantes que habían iniciado su práctica en el 2019 y cursaban en el 2020 la Continuación

8. Específicamente nos referimos al signo neoliberal individualista-tecnocrático del TS en las instituciones cada vez más desconectadas de los procesos comunitarios barriales. La consolidación de este modelo limita el ejercicio de un TS en clave territorial, justamente lo esperado, a grandes rasgos, por los objetivos pedagógicos del 1er nivel de la práctica.

del Nivel I y II, las posibilidades y limitaciones de los procesos de práctica estuvieron determinadas por el proceso previo desarrollado (el vínculo construido con la institución, supervisores de campo y referentes del territorio) la modalidad de trabajo que adquirió la intervención profesional de supervisores de campo en cada institución de acuerdo a nuevas tareas y funciones asignadas a la disciplina, las políticas sociales emergentes y la redefinición de líneas de trabajo y servicios de cada institución. El acompañamiento desde la supervisión docente se centró en construir procesos de indagación y de elaboración de estrategias de intervención -posibles- en el contexto de pandemia desde la modalidad virtual. Un proceso interesante fue analizar las características que adquirió la intervención profesional en el ámbito territorial en contextos de aislamiento. En el campo del trabajo social la pandemia permitió visibilizar qué redes institucionales se habían construido previo a la crisis del COVID 19 y el conocimiento que desde cada espacio institucional existía sobre las tramas comunitarias presentes en cada territorio. Así es que, aquellos espacios de práctica en los que había previamente un conocimiento del territorio, cercanía con diversos actores y referentes de la comunidad fue posible diseñar estrategias de acción colectiva juntos a otros actores sociales, lo que favoreció la posibilidad de sostener algún tipo de práctica de formación en formatos virtuales. Esta situación abrió distintos interrogantes: ¿Se reconocen desde las intervenciones y prácticas institucionales/ organizacionales modos de organización comunitaria/familiar alternativas a las propuestas por el Estado? ¿Es posible pensar que al menos a parte del trabajo social la pandemia nos encontró un tanto lejos de las tramas territoriales y espacios de organización y acción colectiva en el territorio y más bien encerrado en las propias instituciones? ¿Fue posible acercarnos desde la disciplina a experiencias organizativas que emergieron desde

diversos grupos y organizaciones sociales para enfrentar y dar respuesta a la pandemia? Las políticas sociales que surgieron en pandemia para dar respuesta a la crisis social, sanitaria y económica ¿fortalecieron o debilitaron lazos sociales en el contexto de aislamiento?

En el año 2021, con el retorno gradual a la presencialidad, pudimos avanzar en que las/os estudiantes logaran “presenciar” sus prácticas de Continuación del I y II nivel, lo que significó en algunos casos un primer acercamiento a un espacio territorial y en otros un reencuentro con los espacios organizacionales e institucionales.

En este sentido, se presentaron dificultades en el regreso a los territorios, uno de ellos fue la selectividad y preferencia respecto a estudiantes más avanzados. En principio no fue fácil que se aceptaran estudiantes. La prioridad y demanda de parte de las instituciones (como viene sucediendo) fueron estudiantes del II Nivel. Esto significó que la Continuación de prácticas del I Nivel redefiniera sus criterios de organización, no sólo ante la falta de espacios suficientes y de modificación de dinámicas organizacionales/institucionales, sino del modo en que se priorizó la inserción territorial mediante la convocatoria de centros de prácticas que habilitaran espacios de formación en un contexto de incertidumbre y regreso paulatino a la presencialidad.

Esta situación devino en que las/os estudiantes demoraran su inserción a la práctica en ambos niveles la que en términos generales iniciaron entre junio y julio del 2021, impactando directamente en los procesos de enseñanza aprendizaje. Sabemos que esta situación es conocida por todas/os, sin embargo, no queríamos dejar de explicitarlas para poder realizar algunos cuestionamientos en relación a la sistematización de las experiencias de los centros de prácticas.

Cuadro N° 2: Niveles de la práctica y cantidad de estudiantes según su condición

Niveles de la práctica	Estudiantes Inscriptxs	Estudiantes Desaprobadx	Estudiantes que abandonaron	Estudiantes fuera de SIU	Estudiantes promocionadx
Talleres áulicos	235	1	54	12	192
Inicio Nivel 1	107	2	5	3	103
Contin Nivel 1	144	1	14	6	135
Inicio Nivel 2	101	12	0	0	95
Contin Nivel 2	63	12	2	0	49
Trabajo Social V	125	1	11	0	115
TOTAL	775	29	86	21	689

Fuente: elaboración propia basado en listados del SIU Guaraní de FCPyS-UNCuyo, diciembre 2021.

Se menciona la situación de un espacio curricular que forma parte del DPPTS, que son los Talleres áulicos de Introducción a la Práctica, con el fin de proyectar el número de estudiantes que pasarían al Inicio del I Nivel en el 2022. Esta materia contó con 235 estudiantes inscriptos, 12 que estaban fuera del SIU, en total 247. Aquí se registraron 54 (21,86%) abandonos y un solo desaprobado. Si tenemos en cuenta el grupo de total de los inicios sumado a los talleres áulicos, durante el 2021 hubo un total de 775 estudiantes.

Además de estos datos que nos indican la promoción de las prácticas, queremos señalar aspectos inherentes a las evaluaciones en conjunto con supervisoras/es de campo y a la evaluación con las/os docentes del primer nivel, donde se pone de manifiesto, en términos generales las siguientes situaciones problemáticas:

- Proceso de retorno a la presencialidad y revinculación con la universidad posterior al ASPO. Retorno gradual y en muy pocos espacios curriculares a la presencialidad. Implica un escenario de reconfiguración en términos de vínculo pedagógico.
- Dificultades de la/os estudiantes en el sostenimiento de las actividades presenciales vinculado especialmente a reorganización de la cotidianidad en pandemia y la priorización de sostener trabajo remunerado en plena crisis económica.
- Se incrementaron las tareas de cuidado de gran cantidad de estudiantes que además juegan un papel importante en el relevo de las personas adultas ocupadas.

Estos aspectos nos invitan a repensarnos en relación a nuestro lugar como docentes, a partir de los cuales surgen otros interrogantes que interpelan nuestra tarea docente:

¿Qué sujetos de aprendizajes encontramos en nuestras prácticas educativas? ¿Qué cambió en la relación entre estudiantes y docentes?

¿Hasta dónde las posibilidades y limitaciones de la/os estudiantes son consideradas en términos de vínculo pedagógico, no solo aquellas situadas en contexto de pandemia, sino las referidas a situaciones preexistentes a ésta?

¿Qué priorizar en este sentido? ¿La virtualidad habilitó la desvinculación pedagógica? (claramente se puso en crisis la relación pedagógica)

¿Se entiende a la presencialidad como esencial en relación al vínculo pedagógico? ¿Por qué? ¿Qué recuperamos de esta dimensión que no la habilitó la virtualidad?

3. Desafío administrativo / legal

Rescatamos que este aspecto ha sido relevante en este proceso debido a que luego del ASPO algunas instituciones, sobre todo municipios, han extremado la solicitud de convenios y seguros que resguarden la presencialidad de las prácticas. Con respecto a la vinculación con los municipios- organismos, y los obstáculos para la recepción de estudiantes practicantes, se han presentado algunas situaciones:

Aquellas en que, por razones políticas, la nueva gestión municipal intenta dar de baja los convenios marcos con la UNCuyo. Esto se tradujo en semanas y meses de diálogo entre instituciones aun con los grupos de estudiantes aceptados por las áreas correspondientes.

Municipios - organismos que a pesar de la vigencia de convenios marcos y específicos, luego de aceptadas la/os estudiantes, desde el área de Recursos Humanos piden acuerdos individuales de prácticas. Esta situación también ocasionó que se retrasaran las prácticas y en la mayoría de los casos se establecieron diálogos directos entre autoridades para poder negociar la inserción de estudiantes mientras se avanza con los trámites.

Instituciones que luego de aceptar a los grupos de estudiantes, cambiaron sus condiciones e imposibilitaron el efectivo inicio de las prácticas. Estas situaciones fueron

las más complejas, debido al tiempo perdido por parte de estudiantes. En estos casos, se gestionaron nuevos centros de prácticas

Consideraciones finales

Luego de atravesar y sobrevivir como sociedad y como trabajadora/es de la educación una emergencia sanitaria de la envergadura de la pandemia por el COVID -19 podemos identificar en la actualidad huellas muy profundas en nuestras vidas, relaciones, territorios, instituciones. Seguimos escuchando/nos una frase que precede un relato: “antes de la pandemia”... y nos recuerda el año 2020, un gran cambio, un antes y un después.

Consideramos que la virtualidad, en el marco de las prácticas de Trabajo Social, profundizó brechas de desigualdad que eran pre-existentes a la pandemia. Paradójicamente, favoreció en la continuidad de actividades académica de aquellos estudiantes que residían a grande distancias de la ciudad universitaria o a aquellos que con cargas de trabajo productivo y/o reproductivo pudieron permanecer en los espacios curriculares.

Por otra parte, la virtualización de la propuesta de prácticas (siendo UNCuyo una de las pocas universidades que no canceló estos espacios en pandemia) permitió la construcción de otro formato de PP y ofreció al equipo docente explorar otras alternativas para supervisión docente. Es experiencia transitada en la pandemia, hoy ha sido capitalizada y siendo recuperada como una nueva propuesta de organización de los Inicios de las Prácticas de Trabajo Social. Coincidimos con Pérez Chaca (2023) en reconocer que las trayectorias académicas de las/os estudiantes fueron fuertemente incididas por los procesos histórico-políticos de los últimos años, agudizado por el contexto de pandemia que vivimos y que aún hoy nos afecta y nos ha exigido significativas configuraciones tanto en nuestras cotidianidades como en el ejercicio de la profesión. En el mismo sentido, las posibilidades de contar con espacios institucionales como espacios de formación profesional se han visto reducidas y condicionadas por este contexto antes mencionado que exige una permanente revisión y adecuación de las mismas en términos de organización y dinámica y aplicación de protocolos sanitarios. Reconocemos también que las transformaciones y movimientos que se vienen dando hacia el interior de las organizaciones e instituciones inciden en las posibilidades de la/os colegas de acompañar estudiantes y sostener procesos de aprendizajes.

Bibliografía

- Blaunstein, A.; Baldivieso, C.; Palumbo, M, Romero, J. Rosales, C. y Torres, E..(2021) *Prácticas emancipatorias en contextos pandémicos: alternativas (re)productivas y educaciones populares desde los movimientos rurales*. Revista Brasileira de Educação do Campo.
- Carballeda, A. (2020) *Apuntes sobre la intervención del Trabajo Social en tiempos de Pandemia de Covid-19*. <https://www.trabajo-social.org.ar/wp-content/uploads/La-intervenci%C3%B3n-del-Trabajo-Social-en-tiempos-de-Pandemia-2.pdf>
- FAUATS (2020) *Informe sobre la situación de las prácticas pre-profesionales ante emergencia por covid-19*. <https://www.fauats.org/?p=4182>
- Parola, R. (2022) *Práctica profesional y pandemia. Imposibilidades, reconfiguraciones, impactos y nuevos/viejos interrogantes*. Ponencia del XXV Encuentro Nacional FAUATS, Entre Ríos, Argentina.
- Pérez Chaca, V. (2023) *Pautas para el acompañamiento de procesos de prácticas desde la supervisión de campo*. Mimeo.
- UNESCO (2020) *La educación en tiempos de la pandemia de COVID*. Recuperado de: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45904-la-educacion-tiempos-la-pandemia-covid-19>
- UNCuyo (2020) *La UNCUIYO permanece con clases virtuales*. Recuperado el 20 de octubre de 2022 de <https://www.uncuyo.edu.ar/prensa/la-uncuyo-permanece-con-clases-virtuales>

Fuentes documentales

- DPPTS (2022) *Síntesis del Departamento de prácticas* Mimeo. UNCuyo, Mendoza, Argentina.
- DPPTS (2021) *Informe anual de la Coordinación Académica del Departamento de Prácticas profesionales (2020-2021)* Mimeo. UNCuyo, Mendoza, Argentina.
- DPPTS (2021) *Informe anual de la Coordinación Operativa del Departamento de prácticas profesionales (2020-2021)* (2021) Mimeo. UNCuyo, Mendoza, Argentina.

Producciones de fin de grado

Producciones de fin de grado

Estrategias de las familias de niñas y niños diagnosticados con cáncer como respuesta a las barreras en el acceso a los servicios de salud.

Agustina Pereira-Baruja^a

Fecha de recepción:	12 de junio de 2023
Fecha de aceptación:	15 de junio de 2023
Correspondencia a:	Agustina Pereira-Baruja
Correo electrónico:	agustinanpereirab@gmail.com

a. Graduada en la Lic. en Trabajo Social Universidad de Buenos Aires. Trabaja en Fundación Primero Pasos.

Resumen:

La pregunta problema que motorizó mi investigación fue ¿De qué manera acceden a los servicios de salud las familias de niñas y niños con cáncer que ingresaron a la Fundación Primeros Pasos, de febrero a junio del año 2022? El objetivo general de la investigación fue identificar y analizar el vínculo entre las barreras geográficas, económicas e institucionales en el acceso a los diagnósticos, tratamientos y controles médicos, y las estrategias que despliegan las familias de niñas y niños diagnosticados con cáncer. La metodología empleada fue de carácter cualitativo, teniendo como herramienta de recolección de datos seis entrevistas semi estructuradas a las familias. El análisis tuvo como eje una caracterización del sistema de salud, a su vez tomando distintas estadísticas que refuerzan la importancia del diagnóstico temprano en cáncer. Por otro lado se utilizaron distintos autores que exponen sobre el acceso a los servicios por parte de los

niños y las niñas con cáncer determinado por diferentes barreras vinculadas con lo económico, lo institucional y lo geográfico. En este sentido, relacioné lo anterior con el concepto de estrategias, para entender la relación entre lo que ofrece el sistema de salud y las estrategias que despliegan las familias en función de las mismas.

Palabras clave: Barreras en los servicios de salud - Cáncer infantil - Estrategias - Argentina.

Summary

The problem question that motivated my research was, ¿in which way do the families of children with cancer who joined Fundación Primeros Pasos from february to june of the year 2022 access health services? The general objective of the research was to identify and analyze the link between geographical, economic and institutional barriers in the access to diagnoses, treatments and medical controls, and the strategies deployed by the families of children diagnosed with cancer. The methodology used was of a qualitative nature, using six semi-structured interviews with families as a data collection tool. The analysis has as its axis a characterization of the health system, in turn taking different statistics that reinforce the importance of early diagnosis in cancer and different authors who state that access to services by children with cancer is determined by different barriers that have to do with the economic, the institutional and the geographical. In this sense, I related the above with the concept of strategies, to understand the relationship between what the health system offers and the strategies that families deploy based on them.

Key words: Barriers in health services in Argentina; Childhood cancer; Strategies .

Introducción

El presente artículo es un panorama sobre de mi tesis de grado, intentaré dar cuenta del vínculo entre las barreras geográficas, económicas e institucionales en el acceso a los diagnósticos, tratamientos y controles médicos, y las estrategias que despliegan las familias de niñas y niños diagnosticados con cáncer que ingresaron a Fundación Primeros Pasos en el periodo de febrero a julio del año 2022 solicitando asistencia. El interés por la temática surge de la trayectoria realizada a lo largo de la carrera, las prácticas preprofesionales y los distintos espacios que he transitado, académicos, laborales, sociales y personales. Particularmente, dicho interés está apoyado en mi experiencia laboral en Fundación Primeros Pasos, destinada a proveer acompañamiento, ayuda y asistencia a niñas y niños que se encuentran atravesando alguna enfermedad y que, por motivos diversos, no puedan acceder a su tratamiento, diagnóstico o controles médicos. Como parte del equipo de la fundación he podido visualizar ciertas problemáticas inherentes al acceso a

los servicios de salud de niñas y niños con cáncer, tales como la imposibilidad de conseguir turnos, solventar ciertos gastos como traslado, alojamiento, en algunos casos tratamientos, entre otras. Esta experiencia motivó a cuestionarme sobre el acceso a la salud y las vivencias de las familias de las niñas y niños.

La Fundación Primeros Pasos es una organización sin fines de lucro ubicada en San Isidro, Provincia de Buenos Aires. Es una institución destinada a proveer ayuda, acompañamiento y asistencia a todas aquellas niñas y niños que padezcan alguna enfermedad y que, por cualquier motivo, no puedan costear su tratamiento o necesiten de ayuda para llevarlo adelante. La Fundación cuenta con tres programas: "Donar vida", que promueve acciones de concientización de donación de médula y sangre, organizando jornadas de donación o charlas informativas; "Acompañar Procesos", que realiza un seguimiento y acompañamiento integral personalizado a niñas y niños que están viviendo procesos de enfermedad implementando un programa de atención

profesional domiciliaria en la etapa de internación, concurrendo al hogar y al hospital para ofrecer contención, acompañando y orientando al niño o niña y su familia, trabajando en equipo con los profesionales de salud involucrados en el proceso; y “Crear Puentes”, que creó una plataforma donde se reciben casos de todo el país de niñas y niños que presentan casos de salud y requieren de un diagnóstico o tratamiento. La Fundación se financia a través de donantes particulares y empresas que aportan dinero mensualmente para poder desarrollar los programas que tienen por objetivo lograr el acceso a la salud de las niñas y niños.

Tal como está expresado en la literatura sobre el tema, el diagnóstico oportuno del cáncer en la niñez mejora el pronóstico y disminuye la mortalidad precoz, hace que el tratamiento sea menos intenso y con menos complicaciones, y disminuye las secuelas orgánicas y psicológicas (Ministerio de Salud, 2016). En este sentido, diversos autores describen el sistema de salud argentino resaltando su carácter desigual. Esto provoca dificultades en el acceso a los servicios de salud. En relación con la problemática del cáncer infantil, específicamente, la bibliografía sostiene que el acceso a los servicios por parte de los y las niñas y niños con cáncer se ve determinado por diferentes barreras vinculadas con lo económico, lo institucional y lo geográfico. A partir de ello, me parece oportuno tomar el concepto de estrategias ya que, a partir de esta situación, las familias se ven en la necesidad de desplegar estrategias con la finalidad de lograr el acceso a la salud de sus hijas e hijos. Para conocer y analizar este aspecto se han realizado entrevistas semiestructuradas a siete familias que solicitaron asistencia en Fundación Primeros Pasos en el periodo de febrero a julio del año 2022.

Consideraciones sobre el sistema de salud y cáncer oncopediátrico en Argentina

Cabe aclarar que, en este trabajo, se considera a la salud “como mucho más que una simple colección de negaciones, el estado de no padecer ninguna situación indeseable concreta” (Evans y Stoddart, 1996, p. 29). Se trata entonces de una definición de salud ya no sólo como un fenómeno somático y psicológico, sino también social. Oscar Cetrángolo (2014), analiza el sistema de salud de América Latina y luego, en particular, el caso de Argentina. El autor plantea

Las posibilidades efectivas de acceder a servicios de salud oportunos, de magnitud y calidad homogéneas, dependen, entre otros factores, de los niveles de ingresos de las personas, la condición de formalidad en el mercado laboral, el riesgo y la ubicación geográfica de los individuos. (Oscar Cetrángolo, 2014, p. 150).

En nuestro país, el sistema de salud posee autonomía en las distintas provincias y se encuentra organizado por niveles de atención según el grado de complejidad de las enfermedades. Los tres niveles de atención se encuentran descentralizados en provincias y municipios, cada cual regulado por su respectiva jurisdicción. Respecto al tercer nivel de atención, que comprende a las instituciones especializadas en enfermedades de alta complejidad, algunas se encuentran en las capitales de las provincias del país, pero se encuentran mayoritariamente centralizadas en Buenos Aires debido a que cuentan con mayores recursos económicos y formativos. Si bien la cobertura de la salud en la Argentina es universal, Cetrángolo (2014) plantea que el sistema de salud presenta serios problemas de eficiencia y equidad. Entonces, a pesar que la protección financiera está cubierta para todos, tal como está organizada, resulta excesivamente costosa en relación con los resultados logrados, y el acceso a servicios públicos y de la seguridad social resulta desigual. Por un lado, se verá que un grupo de la población tiene coberturas múltiples y de diferente calidad por la superposición de la oferta pública y la cobertura obligatoria de la seguridad social. Por otro lado, la organización descentralizada y las características territoriales del país han determinado un acceso diferente para cada grupo poblacional.

Teniendo en cuenta este escenario, resulta menester tener en cuenta que, en Argentina, el cáncer constituye la primera causa de muerte por enfermedad en niñas y niños de cinco a catorce años y la segunda en niñas y niños de cero a cuatro años (DEIS, 2013). Además de las leucemias, los cánceres con mayor incidencia en la infancia son los linfomas y los tumores del sistema nervioso central (OMS). Es importante destacar que “Estos son potencialmente curables, de baja frecuencia, elevada morbimortalidad, y requieren de estrategias diagnósticas y terapéuticas de alta especificidad para su adecuado control” (Programa Nacional de Cuidado Integral del Niño y Adolescente con Cáncer, 2016).

En nuestro país, se diagnostican aproximadamente 1.200 nuevos casos de cáncer infantil por año. (Registro

Oncopediátrico Hospitalario Argentino, 2021). Si tenemos en cuenta que el 75% de esos chicos "se cura" si accede a un diagnóstico temprano, al tratamiento adecuado en tiempo y forma, a un buen estado nutricional y a una red de apoyo socio emocional, esta estadística se convierte en la posibilidad de mejorar la calidad de vida y sobrevivida de muchos niñas y niños.

Más de un 50% de las niñas y niños con cáncer tienen dificultades en el acceso a un centro de salud (Dussel et al., 2014), y el 80% de los casos diagnosticados de cáncer infantil en el país son atendidos en el sistema público de salud de manera gratuita y centralizada (Moreno, 2010), dato no menor, teniendo en cuenta que, muchas de las familias están lejos de los centros de alta complejidad, ya sea en las capitales de las provincias o de CABA, para ser atendidos.

La incidencia de cáncer pediátrico en Argentina es aproximadamente de 140 nuevos casos por cada 1 millón de niñas y niños entre 0 y 14 años. (Hospital Garrahan, 2021). Por año, el Hospital "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", centro pediátrico público, gratuito y de alta complejidad de la Argentina, recibe aproximadamente 500 nuevos casos de cáncer infantil, hecho que lo convierte en el centro que atiende a la mayor cantidad de niñas y niños con enfermedades oncológicas en el país: un 35% del total. Además, cuenta con un nivel de sobrevivida de entre el 70 y 80%, porcentaje de curación que prácticamente iguala a las mejores instituciones de salud del mundo.

El Instituto Nacional del Cáncer de la Argentina (INC), es un ente descentralizado dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, organismo responsable del desarrollo e implementación de políticas de salud, así como de la coordinación de acciones para la prevención y control del cáncer. Su principal objetivo es disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer en Argentina, a la vez que mejorar la calidad de vida de las personas enfermas. Asimismo, se ocupa del desarrollo de normativas para la asistencia integral de los pacientes con cáncer; la promoción de la salud y reducción de los factores de riesgo; la definición de estrategias para la prevención y detección temprana; la formación de profesionales especializados; y el establecimiento de un sistema de vigilancia y análisis epidemiológico. De acuerdo con los datos del INC, aproximadamente cuatrocientos niñas y niños mueren anualmente por esta enfermedad, reconociendo como principales causas el "diagnóstico tardío, la dificultad en la derivación en tiempo y forma, las complicaciones en

el tratamiento y, en algunos casos, la falta en el cuidado integral del paciente" (INC, 2018, s.). El INC cuenta con el Programa Nacional de Cuidado Integral del Niño y Adolescente con Cáncer (PROCUINCA), el cual busca garantizar equidad y accesibilidad a la mejor calidad de atención a niñas y niños y adolescentes con cáncer en todas las fases de estas enfermedades. Las acciones están orientadas a fortalecer el diagnóstico oportuno, mejorar la calidad de los cuidados e impulsar la investigación orientada a responder a los desafíos de nuestra realidad nacional (PROCUINCA, 2016).

En el ámbito del mencionado Programa, funciona el Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (ROHA), que se creó en el año 2000 y tiene como propósito conocer la incidencia del cáncer infantil y registrar los casos de cáncer pediátrico diagnosticados en el país. Poder conocer estos datos, con sus detalles clínicos, y sociales, tanto de los y las pacientes como de sus familias, permite la definición de estrategias e intervenciones, así como también nos permite conocer las tendencias y sus modificaciones en el tiempo (Moreno, 2015). En este sentido, resulta un problema de relevancia, teniendo en cuenta que el INC plantea.

El cáncer infantil estuvo fuera de la agenda sanitaria de los países de ingreso medio y bajo hasta hace poco tiempo. Su baja frecuencia y lo complejo de su abordaje, justificaban, en parte, su relegamiento en las políticas públicas en salud. "Programa Nacional de Cuidado Integral del Niño y Adolescente con Cáncer (2016)"

Como podemos ver, hace hincapié en el contexto sin políticas focalizadas a esta problemática, y por otro lado menciona que quienes han dado respuesta a los pacientes y a sus familias fueron grupos cooperativos terapéuticos, centros pediátricos públicos y organizaciones de la sociedad civil.

En relación a ello, Olvariaga y Maceira, (2007), podemos decir que esta problemática socio-sanitaria supone una decisión política, relacionada con la necesidad de la formulación de políticas que establezcan prioridades de atención sanitaria de niñas y niños afectados con cáncer. En relación a la temática que se aborda en este trabajo, podemos destacar, la creación del Régimen de protección integral al niño, niña y adolescente con cáncer. Esta nueva normativa, la ley N.º 27.674 es producto de la lucha de padres y madres de niñas y niños con cáncer y fue reglamentada en febrero del corriente año. Su autoridad de aplicación es el INC y el objetivo es crear un

régimen de protección integral para los niños, niñas y adolescentes que padezcan cáncer, con residencia permanente en el país. En ese sentido, obliga a las obras sociales y prepagas a dar una cobertura total para la atención de esta población, incluyendo las prestaciones para las prácticas de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica y todas aquellas tecnologías que pudieran estar directa o indirectamente relacionadas con el diagnóstico oncológico. (Régimen de protección integral al niño, niña y adolescente con cáncer, 2022). En este punto es necesario comprender que cuando el cáncer es detectado en una fase temprana, es más probable que responda a un tratamiento eficaz, lo que eleva la probabilidad de supervivencia, disminuye el sufrimiento y ayuda a encontrar el mejor tratamiento. Es posible mejorar considerablemente la calidad de vida de las niñas y niños con cáncer si la enfermedad se detecta pronto y se evitan retrasos en el tratamiento (OMS, 2021). La mayor parte de los adultos que padecen cáncer pueden ser tratados a nivel local, en sus comunidades de residencia. En cambio, un niño o niña con cáncer debe ser diagnosticado con precisión y tratado por equipos de especialistas en oncología pediátrica. Estos equipos se encuentran generalmente en los grandes hospitales pediátricos, en centros de alta complejidad o centros universitarios de referencia. En este sentido,

Argentina se caracteriza por ser un territorio extenso, con grandes diferencias de densidades poblacionales y de realidades socioeconómicas entre las distintas regiones, y con un sistema de salud fragmentado. Todo esto hace que los niños con cáncer reciban diferentes modelos de atención para su enfermedad (Abriata y Moreno, 2010).

Esto guarda relación directa con lo que en este trabajo se quiere investigar, las autoras señalan en una de las conclusiones de su investigación que cuatro de cada diez pacientes necesitan migrar hacia los principales hospitales pediátricos del país.

Uso de los servicios de salud: barreras y estrategias

Whitehead (1992) hace referencia al uso de los servicios de salud, y propone que los estudios de desigualdades deben describir la influencia de factores tales como el estatus socioeconómico, género, grupo étnico y lugar de residencia en el acceso a la salud. Según Aday y Ander-

sen (1974), el acceso a la atención depende de aspectos tales como políticas de salud adecuadas, características particulares de cada sistema sanitario y del uso que la población hace del sistema y sus servicios. Uribe Gómez (2013) y Nigenda (2009) identifican barreras geográficas, que hacen referencia a la ubicación de los servicios de salud; culturales que refieren, por ejemplo, a miedos o prenociones sobre intervenciones y prácticas médicas; económicas relacionadas al valor del desplazamiento, consultas, medicamentos o prácticas. Otras barreras mencionadas son las institucionales relacionadas a la organización de los servicios de salud e involucran a la infraestructura, equipamiento, recurso humano, organización de la atención; y aspectos puntuales como las concepciones de los proveedores, la falta de canales eficaces de comunicación, la difusión de la información, las relaciones desiguales de poder, los requisitos administrativos para la atención, los horarios y tiempos de espera para la obtención de servicios, y la disponibilidad de medicamentos y servicios. Aday (2013) menciona que las barreras más frecuentes son el costo de medicamentos, consultas médicas y exámenes; el miedo o vergüenza al atenderse en un servicio de salud; la desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito; y las creencias y mitos.

Relacionado con las barreras geográficas, podemos tomar a Brage (2014) que señala que un gran número de estos niñas y niños y sus adultos y/o adultas responsables, se trasladan por fuera de los circuitos de atención sanitaria de sus localidades debido a la falta de respuestas (diagnóstico, tratamiento o derivación), poniendo en marcha acciones que exceden a las redes institucionales y cuyo objetivo es el acceso a la atención médica. Al mismo tiempo, señala que

Estos traslados conllevan importantes consecuencias sobre los niños y sus familias al quedar por fuera del acompañamiento estatal y al margen de los circuitos institucionales, teniendo que enfrentar y asumir los gastos de traslado y todo lo que este último implica. (Brage, 2014).

En relación a las barreras económicas, podemos tomar a Pérez (2021) quien utiliza el término toxicidad financiera para referirse que los pacientes, o en este caso, las familias de los pacientes, están sometidos a los efectos de los altos costos durante su tratamiento, lo que representa un incremento en sus gastos mensuales, con disminución en sus ingresos y pérdida de sus ahorros. El término toxicidad financiera se ha utilizado para descri-

bir tanto las cargas financieras objetivas de la atención médica, como la angustia subjetiva que se produce en los enfermos por cáncer. La toxicidad financiera se ha relacionado con una disminución en la calidad de vida, aumento en la carga de síntomas y un factor de riesgo independiente de mortalidad.

En el caso que la familia no pueda cubrir gastos de alojamiento, por ejemplo y en relación con las barreras institucionales, hay provincias que cuentan con un hotel para el alojamiento de las niñas y niños y sus familias, otras tienen hogares y otras no tienen recursos propios de alojamiento. Estos alojamientos, en su gran mayoría, no cuentan con baño privado, es un dato no menor ya que debido al estado de salud de las niñas y niños con cáncer, no es aconsejable compartir baño o cocina con otras personas. Cuando las Casas de Provincias no disponen de alojamiento, realizan la derivación al Área de Subsidios de la Secretaría de Desarrollo Social. Para la derivación a Desarrollo Social, se debe cumplir con ciertos requisitos, trámites y formularios, cuestión que dificulta el acceso.

Por esta razón, debemos pensar en esta problemática de manera integral, teniendo en cuenta la subjetividad de las personas, no sólo desde una mirada biomédica. Posicionarse en un enfoque de derechos implica considerar a las personas como sujetos plenos de derechos reconociendo su dignidad, autonomía, capacidades y potencialidades. También, junto con la perspectiva de Salud Integral, la cual implica "acciones en pos de la igualdad, en contra de la discriminación, y la eliminación de barreras que impidan el ejercicio de los derechos a fin de que no queden únicamente como postulados teóricos" (Schneidermann, 2012: p18).

Esta problemática, se vincula con las prácticas cotidianas asociadas a las estrategias familiares. Este concepto resulta adecuado para analizar el modo en que las familias resuelven diferentes cuestiones, a partir de las barreras con las que se enfrentan y con lo que el sistema de salud ofrece, teniendo en cuenta las necesidades y la situación en que se encuentran a partir de la enfermedad de sus hijos o hijas, tratándose de una enfermedad compleja que requiere cuidados específicos.

Esto se relaciona con "el paradigma de la estrategia" (Bourdieu, 2000) que vincula la interrogación sobre la regularidad social con las modalidades en que los agen-

tes se temporalizan, es decir, se (re)producen diferencialmente según su trayectoria y posición social. En este sentido, Susana Torrado, define a las estrategias familiares de vida como

aquellos comportamientos de los agentes sociales de una sociedad dada que -estando condicionados por su posición social (o sea por su pertenencia a una determinada clase o estrato social)- se relacionan con la constitución y mantenimiento de unidades familiares en el seno de las cuales pueden asegurar su reproducción biológica, preservar la vida y desarrollar todas aquellas prácticas económicas y no económicas, indispensables para la optimización de las condiciones materiales y no materiales de existencia de la unidad y de cada uno de sus miembros. (Torrado, 1998, p. 16)

Frente a este panorama, ¿a qué se enfrentan las familias?

Las familias se encuentran con un sistema de salud centralizado y fragmentado, donde los centros del tercer nivel de atención donde tratan niñas y niños con cáncer se encuentran en CABA. Los centros cercanos a sus viviendas no cuentan con la infraestructura y equipamiento necesario para abordar esta problemática de salud, y donde no están dadas las condiciones para que sea más accesible y contemple las necesidades por las que estas familias atraviesan. En este sentido y en términos de Bourdieu, podemos decir que la capacidad de agencia de las familias se manifiesta en su capacidad para desplegar diferentes estrategias para garantizar el acceso a los servicios de salud que sus hijas e hijos necesitan y se ven determinadas por las características del sistema de salud.

A partir del análisis de las entrevistas, se puede observar que lo que respecta a las estrategias de las familias para lograr el acceso a los servicios de salud, se destaca principalmente el uso de contactos personales o afectos que puedan ayudarlos a resolver ciertas cuestiones, como trámites, conseguir turnos más rápidamente o facilitar transporte.

"...entonces empecé a preguntar: me podés llevar para tal cosa (al hospital), amigas y amigos sin

problemas me llevaban, salíamos temprano y estábamos a horario y todo bárbaro.”

Amalia mamá de Pedro¹

Asimismo, las familias expresan las dificultades para conseguir turnos médicos o tratamientos. Las mismas manifiestan la importancia de hacer un seguimiento constante de los trámites, turnos y gestiones relacionados con la atención de sus hijos

“...primera sesión (quimioterapia), aún la obra social no había pagado. Recién el miércoles, que era la cuarta sesión pagaron, fue gracias a la buena voluntad del hospital y yo que fui a meter la cuchara seguramente (insistir en la obra social)”
Hugo, papá de María.

“Más cuando te dicen mira, no hay (medicación). Y vos decís y ahora qué hago, entonces vas al hospital y te dice bueno, la cambiamos por tal, volver a hacer los trámites, o sea, fue muy desgastante, pero sí pude hacerlo”
Amalia, mamá de Pablo.

En lo que respecta a lo económico, las familias son las que manifiestan hacer colectas, rifas, para lograr el acceso a recursos económicos, ya sea para hacer frente a gastos del día a día como pueden ser alojamiento, transporte, productos de higiene o para financiar algún proyecto o necesidad en particular, como una medicación o un estudio médico. En este sentido, sólo una de las familias cuenta con un trabajo formal, las demás tienen trabajos informales, lo cual impacta directamente en su situación económica.

“Siempre tienes un ángel, alguien que te da una mano, alguien que te dice cómo es, alguien que, inclusive te muestra el camino. Porque en esto nadie sabe, pero sí te pueden más o menos guiar de lo de la experiencia de cada uno”
Santiago, papá de Lila.

En este sentido, otra de las estrategias que resalta en las entrevistas es el uso de las redes sociales, como crear cuentas de Instagram, una página web o ser parte de grupos de Facebook, con el objetivo de exponer su situación, compartir su experiencia, obtener recursos económicos mediante colectas que ellos mismos organizan, recursos materiales como insumos médicos, de higiene, o medicación, información sobre trámites, y también lograr conexiones que pueden ayudarles a resolver sus

problemas o encontrar soluciones a sus necesidades. También es útil para la búsqueda de información, ya que las redes sociales pueden ser una fuente de información útil para las familias que buscan conocer más sobre el cuidado de sus hijos o sobre los recursos disponibles en su comunidad. En este sentido, las redes sociales pueden ser una herramienta importante para acceder a información y recursos que de otra manera podrían ser difíciles de encontrar.

“Igualmente, con Benjamín nos hemos cruzado con muchos solidarios, cuando estuvimos en La Plata, yo publiqué en las redes y en mi estado de WhatsApp y un chico que también tiene cáncer de garganta siempre me ha ayudado con pañales, comida o lo que sea”
Johana, tía de Mirko.

Un punto importante es el hecho de que las familias se encuentran particularmente atravesadas por la situación de salud de sus hijas e hijos, sumado a la necesidad de enfrentar una serie de obstáculos y barreras en el sistema de salud. En este contexto, el apoyo mutuo entre los padres y/o madres que se encuentren o hayan atravesado una situación similar, aparece como una herramienta fundamental para sobrellevar la situación. Es importante destacar que en muchos casos el Estado no brinda el apoyo suficiente en esta área, dejando un espacio vacío que debe ser cubierto por las redes de apoyo de la comunidad. Estas redes que se conforman entre pares son una estrategia importante para obtener información, apoyo emocional y consejos sobre cómo atravesar las dificultades previamente descritas. De acuerdo a lo recabado en los espacios de entrevista, los sujetos consideraran fundamental contar con un otro (y viceversa) como punto de apoyo y aprendizaje colectivo.

“No me acuerdo bien como conocí a Santi, fue él, el que fue pasando mi número a otras mamás para orientarlas para hacer el tratamiento acá... Un día me manda una solicitud, empezamos a hablar, en ese tiempo nos conocimos fue “Todos x Nico” y nos conocimos por esa causa. La verdad que me han orientado un montón.”
Laura, mamá de Miguel.

En este sentido, podemos ver también que por las herramientas con las que cuenta Santiago, papá de Lila, por su nivel educativo y también económico, puede ayudar a otras familias que se encuentran atravesando la enfermedad de sus hijas e hijos y que no cuentan con las mismas herramientas para abordarlas.

Asimismo, y referido a la Fundación "Primeros Pasos" en la que realizó la investigación, el contacto con organizaciones de la sociedad civil es otra de las estrategias que despliegan. El acercamiento con este tipo de instituciones, guarda relación con distintas consultas que realizan las familias. Inicialmente, las familias con cobertura de salud buscan asesoramiento acerca de la cobertura de estudios, medicación, alojamiento y/o pasajes. Sin embargo, a menudo experimentan dificultades para acceder a la cobertura y deben realizar trámites o reclamos en su obra social. Además, también pueden requerir ayuda económica para necesidades específicas, como vestimenta, productos de higiene o alimentos. Mientras que familias con cobertura pública de salud se contactan para la obtención de medicación, ciertos insumos médicos, diversos productos de higiene o lo que sea necesario para la vida cotidiana del niño o niña. Manifiestan la imposibilidad de solventar los gastos por su cuenta, la demora y poca información sobre los trámites que realizan en el hospital o en el Ministerio de Desarrollo para solicitar lo necesario. Con respecto a esto, FPP asesora y acompaña a las familias en trámites, y también solventa ciertos gastos o cubre ciertos insumos.

"En Misiones no hace frío entonces no teníamos ropa de abrigo, el frío que hace en Bs As es terrible y justamente necesitábamos ropa" Hugo, papá de María.

"Para mí fue muy importante la ayuda de la Fundación porque me llamaban todos los días. Porque me animaban a hacer cosas. Por ejemplo, hablar con mi obra social" Santiago, papá de Lila.

A su vez, se contactan con las organizaciones de la sociedad civil para pedir difusión de la situación particular que atraviesan: compartir su experiencia, la necesidad de solventar ciertos gastos, que más personas colaboren económicamente y/o difundiendo, exponiendo su situación con la obra social o con el centro de salud. En relación con ello, FPP comparte en sus redes sociales la situación de las familias y conecta con otras personas que puedan sumarse a la causa.

"Los conocí (FPP) a través de un padre que nos comentó justamente que ellos los habían ayudado con su hijo en una colecta y nosotros queríamos darle difusión, más que nada, a la donación de médula ósea" Soledad, mamá de Sol.

Asimismo, las familias se contactan con organizaciones de la sociedad civil, solicitando apoyo terapéutico ya que las mismas expresan encontrarse atravesados por la situación y como mencioné anteriormente, desde el sistema de salud no encuentran ese tipo de acompañamiento, aspecto que FPP contempla en su programa "Acompañar Procesos" que ofrece acompañamiento al niño o niña y su familia.

"Después, los médicos (del centro de salud) como te digo están distantes, y creo que eso no debería ser así, después la psicóloga (del centro de salud) también tuvo una reunión con nosotros, pero no más que eso" Soledad, mamá de Sol.

Conclusiones

Las familias de niñas y niños con cáncer se encuentran con barreras en el acceso a la salud, las cuales influyen directamente en el bienestar de sus hijas e hijos. El sistema de salud no siempre puede resolver todas las necesidades de atención y tratamiento, lo que genera una desigualdad en el acceso y la calidad de los servicios para estas familias. En este contexto, las familias se ven en la necesidad imperante de desplegar múltiples estrategias para asegurar el acceso, fundamentales para garantizar la atención y el tratamiento adecuado de sus hijas e hijos. Cabe retomar la importancia de la ley de Régimen de Protección Integral del Niño, Niña y Adolescente con Cáncer, que contempla las necesidades de las familias de las niñas y niños que se encuentran atravesando esta enfermedad. En este sentido, abrirá nuevos interrogantes respecto de cómo una ley con un enfoque integral de derechos de niñas y niños con cáncer abrirá nuevas oportunidades y modificará el encuentro entre pacientes y sus familias y el sistema sanitario. En definitiva, es el Estado tomando decisiones sobre una problemática histórica, multicausal y compleja, lo que supone una decisión política.

A partir de ello, puedo decir que la descentralización de las instituciones de alta complejidad y el fomento del diagnóstico temprano, son dos elementos importantes que deben ser considerados para mejorar la calidad de vida y supervivencia de muchos niñas y niños. Considero que es importante garantizar un acceso equitativo a la atención médica de calidad, trabajar para simplificar y agilizar los trámites y procesos administrativos para obtener la medicación necesaria y otros recursos para el tratamiento. Resulta fundamental que las familias que se

encuentran en esta situación puedan contar con un apoyo económico, ya que como mencioné anteriormente, el gasto que hacen las familias produce toxicidad financiera y un desgaste en la calidad de vida.

Podemos decir que el sistema de salud hasta el momento se ocupa mayoritariamente de lo médico, de lo que sucede específicamente sobre el cuerpo del paciente, y por fuera quedan diferentes cuestiones que atraviesan a la familia. Por este motivo, resalto la importancia de la Ley N° 27.674, que fue promulgada durante el proceso de esta investigación y cuyo objetivo es crear un régimen de protección integral al niño, niña y adolescente con cáncer y con residencia permanente en el país, contemplando estas necesidades por las que las familias atraviesan desde una perspectiva integral de derechos. Resulta fundamental, en este punto, la efectiva puesta en práctica de esta Ley ya que podría

apoyar a muchísimas familias a lo largo y a lo ancho de nuestro país.

Al mismo tiempo, quiero resaltar la importancia de consolidar equipos interdisciplinarios que puedan acompañar a las familias de los y las niñas y niños con cáncer. Particularmente, desde el Trabajo Social es posible desplegar dispositivos de acompañamiento para las familias en los diferentes estadios por los que atraviesan en relación con la enfermedad, antes, durante y después del diagnóstico, manteniendo contacto fluido con las familias, identificando sus necesidades y articulando con diversas instituciones para cubrirlas. Por este motivo, considero que es necesario seguir trabajando en políticas públicas y en estrategias de descentralización de los servicios de salud para asegurar un acceso equitativo a la atención médica y una mayor calidad de vida para todas y todos.

Bibliografía

- Abriata, F Moreno - Revista argentina de salud pública, 2010 - scholar.archive.org MG
- Aday, L. A. y Andersen, R. A. (1974). Framework for the Study of Access to Medical Care.
- Bourdieu, P. (2000). Espacio social y poder simbólico, en cosas dichas, pp. 127-142. Barcelona: Gedhisa.
- Brage, E. (2020). Itinerarios terapéuticos desarrollados por madres de niñas y niños con cáncer en Argentina. Cuadernos De antropología Social, (52). Recuperado de: <https://doi.org/10.34096/cas.i52.6986> Buenos Aires, 1998.
- Cetrángolo, O. (2014). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. Revista De Economía Política De Buenos Aires, (13). Recuperado a partir de <https://ojs.econ.uba.ar/index.php/REPBA/article/view/785>
- Evans, R. G., y Stoddart, G. L (1996). Producir salud, consumir asistencia sanitaria. En Hospital Garrahan (2019), "15 de febrero: Día Internacional del Cáncer Infantil" Instituto de Relaciones Internacionales (2008)
- Moreno, F., Dussel, V. y Orrellana, L. (2015). Childhood cancer in Argentina: Survival 2000-2007. Cancer Epidemiol ., 39(4), 505-510. doi: 10.1016/j.canep.2015.04.010
- Moreno, F. (2018) "Tendencia de incidencia 2000-2016, supervivencia a 5 años 2005- 2011, Tendencia de supervivencia secular: 2000-04, 2005-09, 2010-14". Naciones Unidas. (1991). *Convención sobre los derechos del niño* (1a. ed., 1a. reimp.). Nueva York: Naciones Unidas.
- Nigenda Co, G., Caballero, M. y González, L. M. (2009). Barreras de acceso al diagnóstico Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud Disponible: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf
- Pérez, A. Y. (2021). Calidad de vida en pacientes con cáncer de pulmón. Revista Colombiana de Hematología y Oncología, 8(1), 7-9.
- Schneidermann, D J. (2012) "Facilitando la accesibilidad desde distintos de intervención profesional"
- Torrado, Susana (1998) "Familia y diferenciación social. Cuestiones de método", Ed. Eudeba.
- Uribe Gómez, M., Rodríguez Gómez, K. y Agudelo Botero, M. (2013). Determinantes sociales y acceso a los servicios ¿Existen barreras en el acceso a consultas y participación?
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. Health Promotion.

Leyes y programas

- Ley 26.061 (2005) Protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Argentina
- Ley N° 27.674 (2022) régimen de protección integral para los niños, niñas y adolescentes con cáncer. Argentina
- Programa Nacional de Cuidado Integral del Niño y Adolescente con Cáncer (2016), Instituto Nacional del Cáncer. Argentina.

Aportes a lo público desde la investigación



Aportes a lo público desde la investigación

Vejezes desiguales y políticas públicas: Un abordaje desde la interseccionalidad entre edad, género y pobreza.

Romina Manes

Código del proyecto. UBACYT 20020190200120BA

Directora: Romina Manes

Equipo de investigación: Marianela Carchak,
Yaiza Merlo Laguillo, Sofía Wood, Virginia Sáenz,
Carla Di Gregorio, Salomé Rostkier, Valentina Cavicchia,
María Fernanda Fernández.

Fecha de recepción: 14 de junio de 2021

Fecha de aceptación: 17 de junio de 2021

Correspondencia a: Romina Manes

Correo electrónico: rmanes@sociales.uba.ar

Introducción

El presente artículo busca dar cuenta del recorrido metodológico llevado a cabo en el marco del Proyecto de Investigación UBACYT “Vejezes desiguales y políticas públicas: Un abordaje desde la interseccionalidad entre edad, género y pobreza” Programación 2020 desarrollado en la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. El equipo de investigación está compuesto por estudian-

tes, docentes y graduados de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires.

Del debate en equipo acerca de las vejezes, la colonialidad del poder, las desigualdades, los procesos de envejecimiento, el paradigma de derechos y sus retrocesos en períodos neoliberales, se elabora el libro digital de acceso libre y gratuito “Vejezes y géneros. Memorias de resistencia, luchas y conquistas colectivas”, editado por la Carrera de Trabajo Social de la UBA¹.

1. Disponible en <http://trabajosocial.sociales.uba.ar/publicaciones/>

En esta publicación se plasman los resultados del estudio cualitativo a partir de la realización y edición de entrevistas en profundidad a referentes mayores con la finalidad de conocer sus trayectorias en la lucha, las significaciones acerca del proceso de envejecimiento y las particularidades de las vejez diversas en Argentina.

Acerca del proceso de construcción y edición de los relatos de vida

El libro es a su vez producto y es proceso. Es el resultado de una investigación propuesta por el equipo, enmarcada en un ámbito académico y con sus objetivos planteados. Asimismo, es proceso de una nueva propuesta metodológica que, fue intencional y al mismo tiempo azarosa, ya que el contexto favoreció este planteamiento novedoso.

La pandemia por COVID-19 nos instó a revisar nuestras propias prácticas de investigación por las dificultades que nos impuso. El "aislamiento social, preventivo y obligatorio", decretado en 2020 como medida preventiva ante la situación epidemiológica, interfirió con la planificación del proyecto. La pandemia nos encontró con un proyecto aprobado que tuvo que flexibilizarse y adaptarse ante este acontecimiento inédito a nivel mundial.

En este marco debimos repensar nuestras prácticas profesionales, académicas y de investigación. Las metodologías utilizadas y conocidas hasta el momento no eran viables, pero el deseo de continuar con el proyecto nos llevó a incorporar nuevas herramientas hasta el momento no exploradas.

La entrevista en profundidad, técnica tan utilizada y ponderada como modo de producción de conocimiento, debió ser repensada, adaptada, desestructurada. El preciado momento de encuentro con el otro, el lenguaje gestual, el marco de la entrevista debió ser repensado, aceptando las limitaciones del momento. Algunas de las preguntas que nos hacíamos como equipo eran ¿cómo nos contamos cuando nuestros cuerpos están aislados, ¿cómo generamos ese espacio de confianza, escucha atenta y vínculo que habilite la palabra? ¿Cuál es la "distancia óptima" cuando el alejamiento es físico y tangible?

Así fue como debimos "aceptar" las pantallas como nuevos canales de encuentro, de escucha, de miradas.

Las entrevistas se virtualizaron, aquello que hasta la pandemia nos había parecido frío, distante y hasta poco ético profesionalmente, se convirtió en nuestra herramienta para poder continuar con el proyecto. Reuniones virtuales de equipo, capacitaciones, escrituras en red y entrevistas virtuales pasaron a ser nuestro medio de encuentro cotidiano. La tecnología, que en otrora constaba de un grabador y registro, pasó a ser una aliada en el contexto generando que cada entrevista se transforme en un momento sumamente valorado y resignificado, no solo por la escucha y la palabra de les entrevistades, también por la necesidad común de sentirnos cerca ante tanta distancia impuesta por el contexto.

Este tipo de encuadre de trabajo remoto al que no estábamos acostumbradas y acostumbrados, que imposibilitaba la comunicación corporal, y el clima dado por el compartir el escenario presencial, implicó un mayor desarrollo de agudeza auditiva, y mayor destreza de las personas entrevistadas en sus narrativas.

Lo cierto es que algo se había transformado en el proceso de investigación y lo que parecía una limitación fue un impulso para indagar nuevos modos de procesar, editar y compartir los relatos de las entrevistas. Esas largas horas de encuentros virtuales nos habían dejado, en una distancia física concreta, una cercanía demasiado estrecha con les entrevistades. Así fue que, realizamos 13 entrevistas virtuales y luego una presencial al aire libre y con la distancia necesaria cuando el contexto epidemiológico nos lo permitió.

Nos planteamos entonces los siguientes interrogantes éticos ¿cómo incluir esas voces sin ser extractivistas? ¿cómo dar visibilidad a esos relatos sin apropiarnos de las palabras ajenas?

Así fue que nos propusimos realizar una capacitación virtual sobre técnicas de relato de vida con Gabriela Rubilar colega chilena y referente en investigación cualitativa, que nos motivó a dar un "salto" como equipo y proponernos editar el material junto con les entrevistades, y transformar esas entrevistas en sus propios capítulos.

La distancia impuesta por el contexto, física y concreta, se volvió cercanía, inmersión en relatos, ediciones conjuntas y en un libro con capítulos de diversas autorías que narran variados y heterogéneos modos de luchas, resistencias y maneras de envejecer-nos.

Desafíos epistemológicos y metodológicos

A partir de este proceso el estudio cualitativo se valió de los relatos de vida para explorar las luchas, militancias y activismos por los derechos humanos, de las mujeres y del colectivo LGBT+ llevados adelante por personas mayores. La técnica seleccionada se enmarca en el enfoque biográfico narrativo, propuesto por Rubilar (2017), a partir del cual fue posible fomentar narraciones de experiencias y momentos significativos de las existencias de las y los sujetos en miras a contribuir a procesos de memoria. De este modo, la oralidad no solo permite ubicar las coordenadas temporales y espaciales de lo relatado, sino que habilita instancias en pos de disputar sentidos en torno a lo acontecido en nuestra historia actualizando la misma, así como reconociendo el papel central de sus protagonistas.

En el contexto de pandemia antes detallado, con respecto a las medidas de aislamiento social, preventivo y obligatorio, fueron las personas mayores quienes manifestaron el alto impacto de estas en su vida cotidiana (Manes et.al; 2022). A través de la virtualidad, se pudo conocer las percepciones de estos referentes, sus significaciones, y en varios casos su incorporación de las nuevas tecnologías. El «aislamiento» no fue un límite en las y los actores para alzar la voz ante diferentes problemáticas sociales, y seguir trabajando como activistas y militantes. Por el contrario, en algunos posibilitó el acercamiento a referentes que residen en otras provincias o países, que inicialmente no habían sido considerados como parte de la muestra en la investigación diseñada antes de la pandemia.

Asimismo, la construcción de datos propiciada generó un espacio de escucha activo donde se facilitó el intercambio intergeneracional. A su vez, este desandar sobre las propias biografías colaboró en advertir los puntos de inflexión en las trayectorias de vida, singularizándolas y pensándolas en su cruce con otras historias; la historia familiar, la coyuntura política, entre otras. De esta manera, cada relato se convierte en un puntapié para repensar y aggiornar la propia identidad a partir de la fuerza simbólica del discurso. De ahí que, el relato de vida resulte ser una técnica privilegiada para el Trabajo

Social teniendo en cuenta su potencia transformadora a partir de su capacidad reparadora y reflexiva para quienes pueden a hacer uso de ella (Rubilar, 2017).

Siguiendo a Blas Radi (2019) esta apuesta favoreció el desarrollo de prácticas menos asimétricas en las formas de hacer ciencia que fomentan un “conocimiento con” en lugar de un “conocimiento de” impugnando los modos extractivistas que se apropian de las palabras y los relatos de las personas participantes de la investigación. En contraposición, en este proyecto las autorías de los capítulos de libro corresponden a cada persona entrevistada, evitando así la reproducción de modos cristalizados de violencia epistémica.

Asimismo, esta construcción se desarrolla desde una perspectiva decolonial que devela y critica el privilegio del sujeto epistémico occidental en los procesos de construcción de conocimiento (Quijano, 2007; Mignolo, 2010). En efecto, desde el momento de surgimiento de la cuestión social latinoamericana (Carballeda, 2008), se impusieron las clasificaciones jerárquicas coloniales y el pensamiento de la epistemología eurocéntrica como legítimos para ver y entender el mundo. De manera que estos procesos se encuentran atravesados por una matriz de poder colonial, capitalista y patriarcal que ha consolidado al hombre occidental como sujeto de enunciación superior y patrón de supuesta validez universal (Farrés Delgado, 2014) y ha invisibilizado otros conocimientos y otras formas de construcción de los saberes.

Sustentado en este pensamiento único se fue imponiendo como hegemónico una forma determinada de ser persona mayor, que se presenta como única modalidad válida. De esta manera se invisibilizan vejece otras que, con diversas trayectorias de vida, expresan la multiplicidad y heterogeneidad de este momento vital.

En el mismo sentido, las diversas trayectorias de vida expresadas en las personas entrevistadas en este libro dan cuenta de procesos de deconstrucción, reconstrucción y resistencias frente a las imposiciones basadas en las clasificaciones jerárquicas patriarcales, hetero cismatativas y androcéntricas, tratándose de relatos donde se proponen otras visiones que aportan a la construcción de nuevos sentidos en torno a la vejez.

Bibliografía

- Carballeda, A. (2008) "La cuestión social como cuestión nacional, una mirada genealógica". En Periódico de trabajo social y ciencias sociales. Edición digital. Edición N° 51. Primavera 2008. En <https://www.margen.org/suscri/margen51/carbal.html>
- Farrés Delgado, Y; Matarán Ruiz, A (2014) Hacia una teoría urbana transmoderna y decolonial: una introducción. Ed. Polis. Disponible en: <http://polis.revues.org/9891> ; DOI : 10.4000/polis.9891
- Manes, R; Melechenko, L; Rostkier S; Sáenz, V.; Vallendor, J; Wood, S.(2022). « Vejece militantes en contexto de pandemia. Un estudio realizado con referentes mayores de Argentina». Margen N° 107- diciembre de 2022. Disponible en: <https://www.margen.org/suscri/margen107/Wood-107.pdf>
- Mignolo, W. (2010). Desobediencia Epistémica (II), Pensamiento Independiente y Libertad De-Colonial. En: Otros Logos. Revista de estudios críticos, Neuquén, Centro de Estudios y Actualización en Pensamiento Político, Decolonialidad e Interculturalidad. Universidad Nacional del Comahue, Año I, Nro. I.
- Quijano, A. (2007). Colonialidad del Poder y clasificación social. En Castro Gómez y Grosfoguel R. El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global. Siglo del Hombre. Bogotá.
- Radi, B. (2019). Políticas del conocimiento: hacia una epistemología trans. En López, Mariano, Los mil pequeños sexos. Intervenciones críticas sobre políticas de género y sexualidades. Sáenz Peña (Argentina): EDUNTREF.
- Rubilar Donoso, G. (2017). Narrativas y enfoque biográfico. Usos, alcances y desafíos para la investigación interdisciplinaria. Enfermería: Cuidados Humanizados, 6(SPE), 69-75.

Reseñas |



Reseñas

Tramando y destramando: ensayos feministas desde el Trabajo Social

Lorena Guzzetti
(compiladora)



Reseña a cargo de:

Alejandra Bazzalo^a

Lugar y fecha
de publicación:

Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2021.

Editorial:

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias
Sociales. Dirección de Publicaciones.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga

ISBN:

978-950-29-1924-9

a. Graduada y docente de la Carrera de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Argentina.
e-mail: abazzalo@gmail.com

Presentación

Este libro es producto principalmente del Programa de Investigación en Grado, denominado "Lupas violetas", integrado por Carolina Rabasa Rucki, Antonella Bouza, Florencia Ovando, Milagros Martín, Laura Cicone y dirigido por Lorena Guzzetti. Se constituye en sí mismo como una propuesta de trabajo colectivo que intenta otorgarle continuidad a las actividades realizadas durante tres años en el marco de dicho programa, en relación a la producción de conocimiento desde el Trabajo social y los feminismos.

Se trata de un texto polifónico. Invita a enlazar conocimientos académicos y multiplicidad de saberes situados. En él encontrarán palabras y acciones profesionales de 22 autoras, con trayectorias, saberes y experiencias diversas, que ejercen la disciplina en distintos tiempos y diferentes campos problemáticos desde la perspectiva de género, el feminismo, los transfeminismos y los lesbofeminismos.

Los feminismos constituyen una suerte de trama, una trama desigual, con hilos largos y fuertes que la atraviesan de norte a sur, de este a oeste, pero esas tramas no están terminadas, sino que miles de manos tejedoras tensan, anudan, cortan, dibujan, y lo hacen desde distintos lugares y posiciones, saberes y experiencias, genealogías y procedencias.

Las entradas a la trama del libro, los hilos, provienen de distintos espacios y lecturas sobre los feminismos populares, las corporalidades, las producciones escritas desde y por las diversidades sexuales en la disciplina del trabajo social. El libro compila reflexiones sobre el racismo estructural, los espacios urbanos, los abordajes a las violencias, la inserción laboral de personas travestis y trans, la educación sexual en las escuelas, los estereotipos, el cuidado de quienes cuidan, la producción y el ocio, la militancia y el ejercicio profesional.

La trama que propone e hila el libro, continuando cierta tradición (¿) de los feminismos, da cuenta de texturas, enlaces, colores, generaciones que no pretenden generar homogeneidad, sino anudar en aquello que construye sentido justamente por su pluralidad, su heterogeneidad. En palabras de Lorena Guzzetti, compartiendo recorridos alborotados y con invitaciones constantes a resignificar los sentidos y las prácticas. Se trata de continuar enriqueciendo esta complicidad, desde la praxis política, construyendo y deconstruyendo el campo de

conocimiento del escenario de intervención social desde la visión crítica de las desigualdades sociales, a través de los feminismos.

Atraviesan los 14 artículos una reflexión crítica sobre el ejercicio profesional, desde el movimiento social, teórico y políticofeminista, poniendo en evidencia la producción de desigualdades en las sociedades heterocispatricales, capitalistas y coloniales que hace foco en distintas dimensiones de este entramado de relaciones de poder, contraponiendo otros posibles tejidos de acciones que puedan construir resistencias, transformaciones, a estas expresiones de desigualdad y dominación, siempre pensando los territorios disciplinares.

En los distintos artículos que compila el libro, las autoras nos recuerdan que los movimientos de mujeres y disidencias son, también, un espacio que absorbe tradiciones luchas, ecos de otros gritos, que a su vez provoca esos ecos en otros espacios, a veces inesperados. Nos llevan así a preguntarnos por los ecos del movimiento en nuestra profesión, los entramados de las genealogías de los activismos feministas dentro y fuera de la academia y cuestionamientos a los efectos de poder de los discursos de aquellas disciplinas que se arrogan el saber.

El saber feminista lo que hace es permitir develar la exclusión de las miradas y de las cuerpos subalternizadas sobre todo. Lo que nos permite el saber feminista es, justamente, la historización y la politización de los espacios que habitamos.

La trama que va tejiendo el texto, a través de sus distintos artículos, nos invita también a desentramar, y usar esos hilos en otros tejidos, en ese sentido el texto nos lleva a detenernos en la colonialidad del poder, del saber y del ser, para visibilizar lo que llamamos racismo estructural y poder pensarnos desde esos lugares y prácticas en las que nos hemos socializado.

Trae aparejado un concepto de violencia epistémica de la autora Genera Pulido, adentrándonos en la episteme colonial, patriarcal y capitalista que tiene una impronta fuerte en los procesos formativos y espacios académicos, para repensar los marcos de referencia desde los que construimos las formas de intervención y de abordaje.

Otro eje presente en los distintos artículos es el análisis interseccional que revela las múltiples identidades que vivimos las personas y devela los diferentes tipos

de discriminación, desigualdades y desventajas que se convierten en verdaderas estructuras de injusticia social, producto de este sistema de dominación heterocispatriarcal, capitalista, neocolonial y racista.

Para terminar esta breve reseña, traigo unas palabras de la compiladora y autora de algunos de los artículos del libro: “El trabajo social, como disciplina de las ciencias sociales interviene en un abanico diverso de problemáticas sociales que se presentan en un escenario de intervención, de forma compleja y, por momentos,

arrasadora para las subjetividades involucradas. Con los objetivos de ampliar el marco de interpretación que nos permita comprender la realidad social y a partir de allí elaborar estrategias conjuntas e interdisciplinarias de intervención, la perspectiva de género feminista es un cuerpo teórico político fundamental.”

El libro construye relato y compromiso político, dando voz y luz a un conjunto de experiencias que tejen militancia territorial, profesional, producción académica, y herramientas de abordaje disciplinar.

**CONVOCATORIA PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS AÑO
2023**

--Agosto 2023--

1. Normas de publicación

1.1. Instrucciones generales

Los artículos deben ser originales e inéditos, debiendo informar sus autoras/es si han sido presentados previamente en congresos u otros eventos científicos similares, o si han sido enviados para consideración de otra revista. En el caso que las autoras/es quieran -a posteriori- publicar una versión del artículo ya publicado en Debate Público en otra publicación, deberán solicitar autorización a la Revista, y en caso de ser otorgado deberán indicar la referencia de publicación en esta Revista.

Los autores/as podrán adoptar otros acuerdos de licencia no exclusiva de distribución de la versión de la obra publicada (p. ej.: depositarla en un archivo telemático institucional o publicarla en un volumen monográfico).

El título del artículo debe ser conciso, señalando los aspectos centrales del mismo y siendo recomendada su extensión máxima en 12 (doce) palabras incluyendo subtítulo, si correspondiera. Todas las palabras del mismo deben estar en negrita y deben iniciar en mayúscula. Debe estar **escrito en castellano y en inglés**

Deberán ser acompañados de un **resumen del contenido**, con una extensión máxima de 1.400 caracteres, y con **tres (3) palabras clave correspondientes** luego del resumen. **El resumen y las tres palabras clave deben ser presentados en castellano e inglés.**

Los artículos deben ser de mediana extensión (de hasta 20 páginas, y dentro de lo posible de no menos de 10, incluidos los espacios y bibliografía) y presentar un desarrollo sustantivo de la temática elegida.

Deben presentarse en formato básico interlineado 1,5 espacio, letra estilo Times New Roman, tamaño 12, en hoja tamaño A4, con márgenes de 2,5 cm, con el texto con alineación izquierda, y un espacio entre párrafos. Al comienzo de cada párrafo es necesario dejar 0,5 cm. Por razones de diseño, no se debe usar negritas, subrayado, viñetas ni margen justificado; letra itálica sólo para palabras en otro idioma, entrecomillado sólo para citas textuales según normas APA 7º edición.

La revista recomienda evitar el uso de notas al pie y realizarlo sólo cuando la argumentación así lo exija, para no generar una lectura engorrosa del texto.

Las citas bibliográficas deben estar incluidas dentro del cuerpo del artículo, de acuerdo a la normativa APA consignando los datos entre paréntesis. Las citas textuales deben incluir el número de página en el siguiente orden (Autor, año, pág.)

La Revista asume el **lenguaje inclusivo**, y por ello solicita la eliminación del masculino genérico (los niños, los deportistas, etc.) y su reemplazo por el correspondiente desdoblamiento (las/los niñas/os, la/el deportista). En todos los casos se nombrará en primer lugar la forma femenina. Se podrá eximir de la duplicación del sustantivo o adjetivo que acompaña al artículo, cuando su genérico termine en A, E o L (la/el pianista, las/los asistentes, la/el profesional). En todos los casos, utilizar femenino o masculino, según corresponda, para señalar titulaciones, profesiones u oficios (la ministra, la médica, la jueza, la panadera). Se solicita evitar el uso de signos no lingüísticos (x, @, *) y apelar a las perífrasis o giros para evitar sobrecargas (por ejemplo: las personas interesadas en lugar de las/los interesadas/os, las personas mayores; la población argentina, la ciudadanía en lugar de las/los ciudadanos).

Cualquier otra decisión no contemplada en estas directrices, queda a criterio de la/el autora/autor, siempre considerando la perspectiva de inclusión.

Asimismo, debe incluirse el artículo en el Formulario Convocatoria, donde se debe completar una carta a la Revista con los datos la/el autora/autor responsable y declaración de que todos sus autoras/es aprueban la publicación del trabajo. **Debe consignarse una única dirección de mail que figurará como contacto en el artículo.** Todo ello deberá completarse en el **formulario de presentación de artículos** disponible en Formulario Convocatoria Rev DebPub

Las/los autoras/autores (máximo 5) deben identificarse al inicio del artículo de la siguiente manera: primer nombre y apellido/s, indicar referencia institucional actual, y máximo título alcanzado o situación académica.

El contenido de los artículos es exclusivamente responsabilidad de las/los autoras/autores, la cual no será necesariamente compartida con la Revista.

1.2. Bibliografía

Debe ajustarse a las normas de la APA, disponibles online en http://iigg.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/22/2020/11/LaCita4taed_10_11_20.pdf (si no se pudiese acceder al archivo desde este link copie y pegue la ruta indicada en la barra del navegador y podrá acceder sin dificultad)

Debe discriminarse la bibliografía de las fuentes documentales (leyes, documentos históricos, etc.).

Dejar un espacio separando cada texto o fuente. Consignar la bibliografía en formato de sangría francesa.

El formato requerido es el siguiente: Apellido Inicial Año entre paréntesis Título sin comillas con bastardilla, Editorial.

Ejemplo:

Kessler, G. y Benza, G. (2019). *La ¿nueva? estructura social de américa latina: cambios y persistencias después de la ola de gobiernos progresistas*. Siglo XXI.

En el caso de textos disponibles en internet debe consignarse el URL

Arias, A; García Godoy, B; Manes, R. (2011) *Producciones Docentes II. Trabajo social, lecturas teóricas y perspectivas. Aportes desde la intervención para repensar las instituciones*. Carrera de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. <http://trabajosocial.sociales.uba.ar/trabajo-social-lecturas-teoricas-y-perspectivas>

2. Consultas: enviarlas por correo electrónico a debatepublico@sociales.uba.ar