

orem
posum
olor sit
amet
consec
quid

Revista **Nuestra Ciencia** N° 18

Saberes en (Con)texto

**Resultados de Becas de Investigación CPPC
2023 - 2025**



Colegio de Psicólogos
de la Provincia de Córdoba
Ley 8312

Revista **Nuestra Ciencia** N° 18
Saberes en (Con)texto
Resultados de Becas de Investigación CPPC
2023 - 2025



Colegio de Psicólogos
de la Provincia de Córdoba
Ley 8312

Saberes en (Con)texto

Dossier 2023 - 2025

Revista científica del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba

ISSN: 1852-4613

Diseño: Alejandro Ludueña

Comité Científico:

Lic. y Dr. Psicología Paulín, Horacio Luis M.P. 2057

Lic. y Dra. en Psicología Yoma, Solana María M.P. 9697

Lic. y Dra. en Psicología HERRANZ, Silvana Melisa M.P. 9364

Lic. ALDERETE, Ana María M.P. 853

Lic. y Dra. CASTAGNO, Mariel Carolina M.P. 4293

Comité Editorial:

Editora responsable: Lic. GALAN, Nora Beatriz M.P. 1098

Director Editorial: Lic. COTTONE, Martín M.P. 4806

Secretaría de Redacción: Lic. CLERICI, Romina M.P. 7327 y Lic. CRIVELLO, César M.P. 5196

Diseño Editorial: LUDUEÑA, Alejandro

Referato: Publicación con Referato del Comité Científico
mediante sistema de evaluación por pares abierta

Junta Ejecutiva:

Presidenta: Lic. GALAN, Nora Beatriz M.P. 1098

Secretaria General: Lic. CEDRÓN, Claudia Elizabeth M.P. 5913

Tesorera: Lic. REYNARES, Ana Mariela M.P. 6104

Secretaria Gremial: Lic. VALLETTO, María Belén M.P. 5332

Secretaria de Prensa: Lic. NAHUM, Elizabeth Noemi M.P. 183

Secretario Científico: Lic. COTTONE, Martín Miguel M.P. 4806

Secretario de Obra Social: Lic. DIB ASHUR, Jesús M.P. 7864

Secretario del Interior: Lic. RODRIGUEZ, Néstor Gastón J. M.P. 8078

Secretaria de Acción Social: Lic. CÁCERES, Rocío Belén M.P. 4258

Índice

Prólogo	7
---------------	---

ACCESIBILIDAD Y ABORDAJES EN SALUD MENTAL

Abordaje del suicidio en atención primaria. Estudio cualitativo con profesionales en psicología de Unquillo	
Nicolás Di Persia	11
Barreras y facilitadores de accesibilidad a servicios de salud y salud mental para Barrios Populares	
Maximiliano Alfredo Ríos	23
Cuando todo está roto: concepciones de profesionales y referentes organizacionales sobre el consumo de pipazo, sus consumidores y modalidades de abordaje en Córdoba	
Ignacio Javier Puigdomenech Makowski	37

EXPERIENCIAS INSTITUCIONALES Y COMUNITARIAS

Saberes organizacionales y comunitarios en comedores de la ciudad de Córdoba	
Agustina Ravalli Yenaropulos.....	51
Encuentros con la Tecnología: una experiencia de promoción de salud/salud mental en el Servicio de Medicina Familiar-Hospital Nacional de Clínicas	
Georgina Noelia Vaccaro	65
La Ley de Salud Mental en la formación universitaria: experiencias extensionistas y desafíos pedagógicos	
Nahuel Ceferino Flores	75

MUJERES, GÉNERO Y DIVERSIDADES

Accesibilidad y desigualdades de género: trayectorias de mujeres usuarias en dispositivos de salud mental en Córdoba	
María Luján Bassi.....	87
Activismos y acción colectiva juvenil vinculados al género y la sexualidad en la Ciudad de Córdoba	
Keila Danae Omar.....	99

Aplicación de adaptaciones específicas del entrenamiento en habilidades de Terapia Dialéctico Conductual en personas trans* de Córdoba.	
Natalia Monteoliva (Becaria) y Lucca Aromando (Colaborador).....	113

INFANCIAS Y JUVENTUDES

Experiencias juveniles, sufrimiento social y saberes sensibles	
Catalina Albrisi	127
Entre el adultocentrismo y la accesibilidad: construcciones subjetivas de jóvenes varones en tratamiento por consumo de drogas	
Lucía Peludero	141
Lo que hace juego, se mueve... Sistematización de dispositivos lúdicos en instituciones de salud de segundo nivel en Córdoba capital, año 2024	
Marianela Michelle Mora.....	157
Identidades y roles de género en el consumo problemático de sustancias	
Romina Pedrazza	171

Prólogo

Presentar una nueva edición de "Nuestra Ciencia" es en sí mismo un motivo de alegría y celebración; pero este número, además, tiene un significado muy especial para nuestro Colegio. Porque lo que van a encontrar aquí es el resultado de una política institucional sostenida desde el año 2017: la de apostar a la investigación y a la producción de conocimiento situado a través de nuestro programa de becas.

Sabemos que el sistema de salud y la ciencia en nuestro país atraviesan momentos complejos, por eso sostener estas cohortes de becarios ha sido una prioridad política y científica. Investigar es, para quienes integramos esta gestión, una forma de jerarquizar nuestra profesión y de brindar respuestas reales a los problemas que hoy afectan a nuestra comunidad.

En las páginas que siguen, encontrarán una selección de los trabajos finales producidos por colegas de las tres últimas cohortes. Esta selección no busca solo difundir conocimientos, sino también visibilizar el esfuerzo, la rigurosidad y el compromiso ético con que quienes integran el colectivo profesional de nuestra provincia abordan las problemáticas actuales de la salud mental y la psicología en sus diversos ámbitos.

Es importante destacar que estos trabajos constituyen solamente una muestra representativa del gran universo de producciones desarrolladas en el marco de nuestro programa; son por lo tanto un recorte de la potencia investigativa que las caracteriza.

Tenemos la convicción de que investigar no es una tarea aislada de la práctica clínica, social o institucional. Por eso los proyectos aquí presentados reflejan la diversidad temática y metodológica propia de nuestra comunidad profesional.

Para organizar su lectura, los hemos agrupado en cuatro ejes fundamentales: "Accesibilidad y abordajes en salud mental", "Experiencias institucionales", "Género y diversidades" e "Infancias y juventudes". A través de estas secciones, quien lea se encontrará con una psicología situada, que no elude los problemas complejos de nuestro tiempo: desde el abordaje del suicidio y las barreras de acceso en barrios populares, pasando por la clínica pensada en perspectiva de género, hasta el desafío urgente que plantea la problemática de los consumos en jóvenes y la potencia del juego como dispositivo clínico y político.

Desde la Secretaría Científica, apostamos a que estas investigaciones no solo vengán enriquecer nuestra biblioteca, sino que también puedan transformarse en insumos para nuestras prácticas cotidianas. Agradecemos a cada becario por su dedicación y por confiar sus hallazgos a estas páginas y, muy especialmente, a quienes evaluaron y a quienes acompañaron en calidad de tutores estos procesos.

Un reconocimiento aparte merece el trabajo minucioso del Comité Editorial, cuyo compromiso en la revisión de cada artículo asegura que esta revista sea un espacio de excelencia académica y de debate plural.

Queridos lectores: esperamos que este número sea, más que un punto de llegada, un motor para nuevas preguntas. Los invitamos a sumergirse en esta lectura, con la certeza de que hacer "Nuestra Ciencia" es, también, una construcción colectiva.

Martín M. Cottone MP: 4806
Secretaría Científica CPPC

ACCESIBILIDAD Y ABORDAJES EN SALUD MENTAL

Abordaje del suicidio en atención primaria. Estudio cualitativo con profesionales en psicología de Unquillo

Nicolás Di Persia¹

Resumen: El suicidio presenta un incremento en los últimos años, siendo una problemática de salud pública en la que la atención primaria posee un lugar clave. La presente investigación planteó la necesidad de realizar una aproximación a los abordajes de la problemática del suicidio desde una perspectiva comunitaria, sanitaria y de promoción de la salud. El objetivo general fue explorar las características que presenta el abordaje de problemáticas relacionadas al suicidio por parte de psicólogos que se desempeñan en los seis centros de atención primaria de la salud [CAPS] de la ciudad de Unquillo, Córdoba. El enfoque metodológico fue cualitativo, basado en nueve entrevistas abiertas en profundidad a agentes de salud y orientadas según ejes generales del abordaje de la problemática del suicidio. Las mismas fueron grabadas, transcritas y analizadas desde teoría fundamentada. Entre los principales resultados se identificó al suicidio como un fenómeno complejo, situado en condiciones estructurales de vulneración, desigualdad y precarización de la vida, y no como una conducta individual aislada. Los psicólogos intervienen con estrategias de prevención, seguimiento y posvención, acompañando a los equipos para sostener la accesibilidad, aun en condiciones laborales precarias y con recursos insuficientes. La dificultad de articulación con el segundo nivel de atención señala un punto de vulnerabilidad del sistema que genera discontinuidades en el cuidado. Finalmente, se discute la necesidad de fortalecer los circuitos de seguimiento y articulación para consolidar una política integral de prevención del suicidio, subrayando la importancia del fortalecimiento de políticas públicas y la ampliación de redes de cuidado.

Palabras clave / Keywords: suicidio; atención primaria de la salud; centros de atención primaria de salud, abordajes de profesionales en psicología; investigación cualitativa en APS.

INTRODUCCIÓN²

El suicidio es un fenómeno multicausal, atravesado por distintos factores (biológicos, psicológicos, socio-culturales, entre otros) e interrelacionados a diversos niveles (individual, comunitario y social). Por esto mismo implica una problemática de salud pública de suma importancia que presenta un incremento sostenido en los últimos años (Ministerio de Salud de la Nación, 2021).

Desde diferentes organismos tales como la Organización Mundial de la Salud [OMS], la Organización Panamericana de la Salud [OPS], el Fondo de las Naciones Unidas para la

¹ Lic. En Psicología, MP: 7877, nicodipersia@gmail.com

² Agradecimientos: a la calidez, amabilidad y disponibilidad de las personas entrevistadas que hicieron posible el estudio y me permitieron conocer la importancia y riqueza de la salud comunitaria: un bien muy preciado que debemos cuidar y fortalecer.

Infancia [UNICEF] y agencias estatales y gubernamentales se entiende de manera concordante que se debe trabajar en la prevención, atención y seguimiento de esta problemática. Con esta perspectiva, en base a un marco jurídico y asistencial creciente, desde hace una década se vienen concretando acciones que tienden a garantizar el abordaje temprano e integral del riesgo de suicidio, el fortalecimiento de la red de atención y la calidad de los registros sobre los suicidios consumados y los intentos de suicidio (Ministerio de Salud de la Nación, 2021).

En esta línea, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones ha hecho énfasis en el nivel primario de atención y, desde la Ley Nacional de Prevención del Suicidio 27.130 (Argentina, 2021), se declaró de interés nacional la atención biopsicosocial, la investigación científica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección y atención de las personas en riesgo de suicidio y la asistencia a las familias de víctimas del suicidio.

Desde entonces, en todo el territorio nacional se han instrumentado diversos programas para la prevención del suicidio. En la provincia de Córdoba (Argentina), desde 2021 se viene impulsando desde el Programa Provincial para la prevención del suicidio un abordaje con implementación de acciones en el marco de políticas integrales, entendiendo a las personas como sujetos de derechos y agentes en sus comunidades, apuntando a la inclusión social, el fortalecimiento de las redes sociales y la mejora de la calidad de vida.

Sin embargo, la complejidad de la problemática, frente al hecho del aumento de suicidios consumados de manera sostenida (Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, 2025), aún plantea la necesidad de continuar esclareciendo el alcance de las acciones implementadas, analizar los resultados y definir acciones a seguir.

Haciendo foco en el abordaje del suicidio, desde la salud pública, se lo entiende como una acción realizada en equipos interdisciplinarios, promoviendo acciones preventivas ligadas principalmente al marco de la atención primaria, buscando identificar y reducir la aparición de riesgos ligados a comportamientos nocivos para la salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2021). La presencia de factores de riesgo en sectores con derechos vulnerados puede constituir una mayor probabilidad de ocurrencia de estos eventos, de manera que el fomento de factores protectores orientados hacia una mirada integral y de derechos de las personas crea mejores condiciones para el cuidado de la salud y la prevención (Breihl, 2003; Laurell, 1998) y, en consecuencia, debiera estar asociada a una disminución del riesgo de suicidio o conductas relacionadas.

Recientes investigaciones acompañan esta misma perspectiva acerca del rol fundamental que tiene el primer nivel de atención en salud (Echeburúa, 2015). Por ejemplo, en un estudio realizado en Chile (Salvo et al., 2021), se advirtió que más de la mitad de las víctimas de suicidio suele tener contacto con agentes sanitarios del nivel primario de salud hasta un año antes de la consumación del hecho. Junto con esto, la reciente implementación de programas a nivel nacional y provincial, y el marco legal específico para el abordaje del suicidio en el primer nivel de atención de salud, presentan un escenario que, si bien ha mostrado un cambio desde lo legal y conceptual, en la práctica aún precisa consolidarse y esclarecerse.

Por esto mismo se hace indispensable conocer las características de las prácticas asistenciales que se realizan, sus resultados y una valoración acerca de qué puede mejorar o ampliar la cobertura de las acciones de promoción de la salud tales como la detección y el abordaje temprano de la conducta suicida desde una perspectiva comunitaria, sanitaria y de derechos (Stolkiner & Rosales, 2023) en un contexto que presenta significativa falta de recursos junto con una alta demanda de atención (Colomer, 2024).

En base a estos antecedentes se planteó como objetivo de la presente investigación la exploración de las características del abordaje de problemáticas suicidas por parte de psicólo-

gues pertenecientes a equipos de atención primaria de salud de la Municipalidad de Unquillo. Dicha indagación se basó en el supuesto de que el conocimiento del abordaje que se realiza en el primer nivel de atención de salud puede constituir un importante aporte en la definición de políticas, decisiones y criterios a considerar en torno a la problemática de suicidio.

METODOLOGÍA

El diseño metodológico se basó en la metodología cualitativa, puntualmente en la teoría fundamentada en los datos (Miles et al., 2014; Strauss & Corbin, 1998); ya que durante el proceso de investigación, emergieron conceptos en forma inductiva que luego fueron interrelacionados con el propósito de enriquecer paulatinamente la comprensión del fenómeno objeto de estudio, propiciando una mirada situada “desde adentro” de las prácticas de salud y recuperando la perspectiva de agentes de salud y puntualmente les profesionales de la psicología.

El carácter flexible y abierto de una propuesta con estas características favorece la identificación de aspectos y atributos que podrían ser novedosos y clarificadores del problema de investigación (Creswell & Miller, 2000; Levitt, 2015; Mendizabal, 2006; Vasilachis de Gialdino, 2006).

Participantes

La conformación del grupo de participantes fue intencional, consistente en seleccionar psicólogos y agentes de salud miembros de equipos interdisciplinarios del nivel primario de atención de la salud en la ciudad de Unquillo, Córdoba. El total de participantes fue nueve (9), conformado por siete (7) psicólogos (un varón y seis mujeres), una trabajadora social y un agente sanitaria. El contacto inicial fue realizado a través de las autoridades del área de Salud de la Municipalidad de Unquillo.

Instrumento

Las entrevistas se basaron en preguntas abiertas orientadas en base a ejes generales del abordaje en los CAPS, puntualizando la problemática del suicidio. Las mismas fueron grabadas y posteriormente transcritas y analizadas.

Tanto los procedimientos generales seguidos en los encuentros, así como su información aportada estuvo precedida por la lectura y firma de un consentimiento informado elaborado de acuerdo a los códigos de ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina, también del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, y en consonancia con la Ley de Protección de los Datos Personales 25.326 (Argentina, 2001).

Procedimientos

Las entrevistas se desarrollaron en los CAPS de la ciudad de Unquillo donde cada participante se desempeñaba, en sus horarios de trabajo. De esta manera se propició una aproximación territorial e institucional basada en observaciones no participantes en terreno que fueron complementadas con los datos de las entrevistas.

Una vez desgrabada la entrevista, a cada participante le fue enviada la misma con el pedido de realizar señalamientos u observaciones adicionales en caso de considerarlo. Este procedimiento buscaba socializar, construir y confirmar de manera abierta y flexible datos desde la propia perspectiva de los agentes de salud, funcionando como criterio adicional de

calidad y de integridad metodológica (Flick, 2004; Levitt et al., 2021; McLeod et al., 2021; Mendizabal, 2006). De ello, solo una participante aportó información adicional.

Análisis de datos

El análisis de datos se centró en la recuperación de sentidos y significados de los participantes (Strauss & Corbin, 1998). Nueve entrevistas fueron incluidas en el análisis final, llegando de la siguiente manera al criterio de saturación (Soneira, 2006; Strauss & Corbin, 1998): un primer grupo de categorías fue elaborado en base al análisis de las primeras tres entrevistas. Dichas categorías se ampliaron posteriormente incorporando cuatro entrevistas más (siete en total). El conjunto de categorías no tuvo modificaciones con la incorporación de dos entrevistas adicionales (nueve en total). Por lo tanto, estas últimas entrevistas permitieron establecer la saturación de categorías en base a la cual fue elaborado el análisis final.

RESULTADOS

Dos grandes temáticas se fueron desplegando desde las primeras entrevistas: a) Aspectos generales del abordaje de salud de los CAPS y b) Características específicas del abordaje de problemáticas relacionadas al suicidio.

Aspectos generales del abordaje de salud de los CAPS

Alrededor de esta primera agrupación emergieron las siguientes categorías principales referidas a la características generales del abordaje de los CAPS, a los agentes y niveles de salud articulados con los CAPS, y al impacto de la pandemia en la salud mental en general; que se desarrollan a continuación.

Características generales del abordaje de los CAPS

Dentro de esta categoría fueron agrupadas nociones relacionadas con el territorio, los equipos de salud y el Estado (nacional, provincial y municipal) que permiten concebir el rol fundamental de la atención primaria como puerta de entrada y sostén comunitario, propiciando “acercamiento a las personas al sistema de salud general, no solamente de salud mental; sino también accesibilidad a derechos (...) acercamiento de la salud al territorio” (B)³. Otra participante expresaba: “de la crudeza de la vida, los chicos acá encuentran un poco de contención” (C).

La atención primaria es también colectiva e intersectorial tanto en su constitución como en sus metas, buscando consolidar un dispositivo de abordaje que no individualice las acciones y el seguimiento de los procesos de salud. En este sentido, fue reiterada la importancia de “despsicologizar” los abordajes, lo que significa correrse de discursos individualistas y del “autocuidado”. Al contrario, en los CAPS se propicia una “salida desde el plano individual” hacia lo comunitario y “con los pies en la calle” (A).

Este atributo colectivo es delineado tanto hacia el interior mismo de la conformación de los equipos de salud, como también hacia los usuarios, cuando se presentan solicitando una consulta “con el psicólogo”. Se busca de esta manera redefinir el abordaje en salud con perspectiva comunitaria y resaltando la idea de que el dispositivo de abordaje es el centro de salud mismo en su totalidad. Esto último implica que cualquier agente del CAPS es parte integral del abordaje, y que debe haber, como criterio ético, una disponibilidad para la aten-

³ De aquí en adelante se hace referencia a cada participante con una letra, en orden alfabético decidido al azar.

ción, sin que “se la ordene a la manera de una admisión” (E). De forma sintética lo expresaba un participante: “si hay derecho, no hay admisión” (E). Por esto mismo es que “la agenda del profesional no decide” (E). “Somos un sistema de salud público; no somos un consultorio privado. No es tu paciente. Es el paciente del centro de salud, primero; es un vecino de Unquillo, y el abordaje es parte de un sistema del estado” (A).

Los agentes que integran los dispositivos de atención de la salud constituyen un equipo “intersectorial” (A), esto es, integrando perspectivas provenientes de diferentes sectores que trascienden las fronteras profesionales o disciplinarias (ya que lo interdisciplinario supondría una consideración de tipo disciplinar-profesional; mientras que la idea de “sector” promueve la convergencia de diferentes saberes que no necesariamente se circunscriben a las fronteras planteadas por el saber de tipo profesional). Por ejemplo, el rol de las agentes sanitarias resulta clave en la coordinación de los CAPS (B); también, la importancia del personal administrativo, de enfermería, medicina, quienes participan en general de diversas instancias de abordaje como parte integral del dispositivo, ya sea en espacios de primera escucha, en acciones de seguimiento, entre otras. En definitiva, todos son parte integral del dispositivo de salud y ser referencia para usuaries.

El objetivo central de la atención primaria es la promoción de la salud “en territorio” (A). El territorio se encuentra atravesado por dificultades y complejidades desde lo “socio-sanitario” (B), a la vez que enriquecido por “tramas comunitarias y de cuidado” (A) que constituyen valiosos recursos. Esto último se materializa en una comunidad reconocida como “activa”, movilizadora, que demanda “políticas públicas” (A) y a la cual los propios equipos de salud pertenecen: “además del saber técnico que puede haber, con el saber de la comunidad, que está acá, que estamos, porque somos habitantes de la zona y eso cambia la calidad del servicio” (E).

Las acciones de promoción de la salud se entran en el territorio y se caracterizan por propuestas grupales que propician el fortalecimiento de redes. Como parte de estas intervenciones se tejen tramas junto con iglesias, Hogares de Cristo, clubes, comedores, escuelas y se organizan grupos de mujeres, grupos de jóvenes —“Jóvenas, les digo yo porque sólo vienen pibas”, señalaba una entrevistada indicando así, que “quienes circulan por estos espacios son en un 90% mujeres” (G)—. Otras iniciativas fomentan la creación de grupos reunidos por temáticas en común, entre los que se destaca el grupo de *Free Style* (A).

Finalmente, la acción estatal local tiene un rol fundamental y es reconocida en su compromiso con escuchar y atender situaciones emergentes (por ejemplo, en el acompañamiento a las juventudes en la pandemia y la creación de una Coordinación de Salud Mental). Sin embargo, en estos puestos de trabajo se sufre la precarización laboral, junto con la paulatina pérdida y desmembramiento de los EAC (equipos de atención comunitaria); motivo por el cual los equipos no se sostienen y tienen que ser renovados constantemente. Todo esto se observa como consecuencia de la caída de las políticas públicas en Salud.

Agentes y niveles de salud articulados con los CAPS

Junto al entramado territorial de los CAPS se producen articulaciones con otras instituciones, dependencias del estado y con el resto de los niveles de atención en salud. El Hospital Provincial Urrutia (segundo nivel de atención), también situado en Unquillo, fue el más referido en las entrevistas como parte integral de los abordajes en salud mental. También se hizo mención al Hospital Pediátrico (tercer nivel de atención para niños y adolescentes que requieren internación).

Diversas dependencias estatales (Defensa Civil, Policía de la Provincia de Córdoba, Seguridad Urbana, escuelas, iglesias, entre otras) actúan integradamente ante situaciones de crisis que requieren de articulación.

Todas las intervenciones que requieren articulación y seguimiento son informadas y acompañadas por la coordinación de Salud Mental, que trabaja de manera integrada con la Dirección de Salud de la municipalidad.

Impacto de la pandemia en la salud mental en general

Frente a las medidas sanitarias que implicaron el distanciamiento social en el periodo de la pandemia, “las situaciones de salud mental eran un caos, eran peor que las situaciones de COVID” (A). Se observó en las entrevistas referencias al impacto en la salud mental en general, “aumento del consumo de sustancias”, “violencia de género” y hacia las infancias, abandono y dificultades para el sostenimiento de la escolaridad de niños y el incremento de problemáticas ligadas al suicidio.

Características específicas del abordaje de problemáticas relacionadas al suicidio

Alrededor de esta segunda agrupación emergieron tres categorías principales. En primer lugar, el incremento de situaciones de crisis por salud mental; en segundo lugar, los factores de riesgo, la vulneración de derechos y algunas características que asumen las subjetividades contemporáneas y, finalmente, una categorización vinculada a las estrategias y acciones específicas para el abordaje de problemáticas ligadas al suicidio.

Incremento de situaciones de crisis por salud mental

En general, se advierte un incremento de situaciones de crisis por salud mental que complejizan las condiciones para su abordaje, prevención y seguimiento. El acompañamiento de políticas públicas de Salud por parte del Estado municipal para el abordaje de situaciones de crisis ha sido fundamental y ha tenido como resultado el surgimiento de una coordinación de Salud Mental en los últimos años, principalmente desde la pospandemia (hace unos tres años). Expresaba una participante: “tuvo que ver con voluntad política, tuvo que ver con cambio de gestión” aunque “la municipalidad (...), a veces, (...) no dimensiona lo gigante que es” dado que el área de salud es sólo “una dirección” y no una secretaría como Obras públicas, por ejemplo (A).

Tanto en la comunidad como en los equipos de salud, se observa un impacto por un conjunto de suicidios ocurridos en los últimos años (periodo de pandemia y pospandemia principalmente), sobre todo referido a la muerte de jóvenes que eran miembros de la comunidad conocidos y cuyos familiares eran usuarios del CAPS de su zona.

“Se nos han muerto chicos donde se nos rompieron todas las teorías porque, aún siendo chicos insertos, militantes, se colgaron, se mataron. Entonces desde el dolor es que intentamos estar más atentos, y es una problemática, muy fuerte, muy presente y no podemos descuidarnos (E)”.

En general, las referencias al tema se basaron en hechos sobre los que los participantes tuvieron intervención de manera directa o indirecta y fueron relacionados con un notable incremento de situaciones de violencia, aumento del consumo problemático y su impacto en situaciones de crisis en salud mental.

Factores de riesgo, vulneración de derechos y subjetividades contemporáneas

Entre los principales factores de riesgo de suicidio fueron referidas: el consumo de sustancias, la rapidez e inmediatez que atraviesan las subjetividades contemporáneas (entendidas como marca identitaria de las juventudes) y la precarización de las condiciones de vida en todas sus dimensiones.

La temporalidad contemporánea, donde “se cruza el consumo y la impulsividad”, inciden en la rapidez con que se producen situaciones de crisis, quedando así el sistema de salud como “máquinas viejas, aparatos viejos, en relación a las velocidades con las que nos estamos manejando” (E). Estas subjetividades no permiten la “espera”; todo se “instala” y se “desinstala”. Entonces, podés tener “un changuito militante, en espacios comunitarios y en dos horas se mató. Y no era que no había redes, sino que no te dan tiempo” (E).

El cercenamiento de derechos en el actual contexto de achicamiento del Estado, precariza las condiciones de vida en todas sus dimensiones, aumentando situaciones de vulneración social como “factores predisponentes al suicidio” (A). Por esto mismo, desde una perspectiva de salud mental no resulta apropiado individualizar el suicidio como una *conducta*, sino, al contrario, entenderlo en el contexto social de vulneración de acceso a derechos:

"educación, salud, deportes, recreación, lo que fuera necesario para pensar una vida posible y que eso se empieza a complejizar cuando se empiezan a endeudar, cuando empieza a haber un consumo problemático (...), eso trae relaciones violentas, (...) se empiezan a complejizar el encadenamiento de problemáticas sociales. Por eso me suena, me hace ruido, hablar de conducta, porque la conducta tiene que ver con lo individual (A)".

La falta de red de apoyo y contención es otro importante factor de riesgo. Al respecto, las juventudes cuentan con recursos que desde los CAPS son considerados protectores cuando hay vinculación con un trabajo o la presencia de la escuela:

"Cuando son jóvenes hay mucho más que hacer, porque tenemos las escuelas, tenemos muchos otros recursos. Este año particularmente (...) mitad de año pasado y este año no hemos tenido suicidios de jóvenes, jovencitos, como hemos tenido anteriormente. Han sido a partir de 25 años, o sea, fuera de la edad escolar. Y eso realmente es mucho más complicado porque ya están rotas las redes vinculares, a veces no tiene laburo, entonces no tenés dónde hacer esa posvención o esa prevención y fortalecimiento (A)".

La mayor prevalencia de suicidio y consumo por parte del género masculino, fue relacionada a estereotipos y prejuicios que operan sobre las maneras de afrontar el malestar. En este punto sucede lo opuesto que se observa en relación a la gran participación de mujeres en los espacios que ofrecen los CAPS. Al respecto, una entrevistada señalaba:

"cuesta mucho más que lleguen las pibas, que consumen también, (...) el espacio está copado de varones ¿y qué pasa con las pibas que no llegan? ¿por qué no llegan? Bueno, claramente porque hacen todas las tareas de cuidados también, o son madres o tienen que mantener la casa entonces tienen menos tiempo, pero también por el prejuicio que hay: <<si sos mujer ¿cómo vas a consumir? ¡qué mala madre! >> Sin embargo van rompiendo de a poco esos prejuicios y se acercan a buscar ese apoyo, esa contención, esa escucha (C)".

Como señalaba esta participante, las mujeres logran “generar redes de contención” cuya falta en los varones, “al no haber tanto lugar a la palabra”, aumenta el riesgo de suicidio (C).

Estrategias y acciones específicas para el abordaje de problemáticas ligadas al suicidio

Las estrategias y acciones para el abordaje de problemáticas ligadas al suicidio son la prevención, el seguimiento y la posvención.

La prevención es la base de la acción sanitaria de los centros de salud y busca evitar o aminorar las situaciones que ponen en riesgo la salud o el impacto de las situaciones de crisis.

En general, la prevención del suicidio hasta hace unas décadas estaba cubierta de cierto “velamiento” (D) o minimización (E) que silenciaba significativamente el tema. Es así que, aún en la actualidad, “la palabra suicidio no está todavía plenamente visibilizada a nivel de acciones” (D). Sin embargo, se está construyendo un cambio de perspectiva, de manera que hay un aumento de alertas a indicios cuyo objetivo es evitar o disminuir el riesgo.

De esta manera, se concibe la prevención, incluso, a partir de pequeñas acciones, actos, que pueden construir un sentido de cuidado en los vínculos y las tramas comunitarias a lo largo del tiempo, es decir, de manera “diacrónica” y no limitado a una acción sincrónica.

Al respecto, un participante aportaba un sugerente concepto: “yo le llamo fondo común de memoria” (E). Este fondo de memoria se trata de “saberes que hay dando vueltas” que pueden operar a “la hora de la lectura de una situación o de alguien que trabaja desde la urgencia” (E). Un ejemplo claro lo aporta el mismo participante:

“Un día, un changuito, el padre se había suicidado hacía tres semanas acá en el barrio (...) el año pasado nomás. Nosotros, empezamos a trabajar con la familia, con la ex, con los hijos, ahí bueno, yo lo había visto cuando era chiquito. (...) Yo lo veo el miércoles, este changuito cumple años el domingo. El jueves le dice a una amiga en el colegio que el domingo va a estar con su papá, una cosa así. Esa amiga le cuenta a su mamá, esa mamá le cuenta a la coordinadora, la coordinadora nos habla a nosotros y dice: <<bueno hacemos un pedido de internación o valoración psiquiátrica en el pediátrico para un chico de 14 años>>. Fue al pediátrico, lo valoran: <<bueno, vamos a hacer un dispositivo de internación domiciliaria>> (E)”.

En este caso, el fondo común de memoria actuó como un “sistema de alarma o signos” que alguien pudo leer (E). En este caso, fue “esta adolescente, que, de golpe, algo que le sonó, se lo cuenta a su mamá, su mamá se lo cuenta a la coordinadora, la coordinadora nos cuenta a nosotros y hacemos todo”. De no haber sido así, si “esta chica (...) no le hubiera dado bola, ese chico se colgaba (...) y el hecho de que él sea declarado paciente psiquiátrico le dio un estatuto y un lugar en la familia que antes nunca lo tenía para que se arme un dispositivo de cuidado diferente” (E).

Este ejemplo muestra la emergencia de una red funcional donde la intervención es posible “porque alguien escucha y alguien sanciona el riesgo” (F). Se evidencia de esta manera un cambio que va desde la banalización del padecimiento adolescente a su problematización institucional leída en clave de salud mental.

En este sentido, la instalación de dispositivos de primera escucha y las capacitaciones han servido como ejes del cambio. La accesibilidad y la corresponsabilidad de todos los agentes de salud fueron enfatizadas como estrategias clave. De esta manera, “empezar a trabajar en términos de accesibilidad, que todos los agentes de salud tienen que poder escuchar las situaciones de padecimiento (...) sea la señora de la limpieza o sea la administrativa” (F); esta descentralización de la escucha apunta a construir alertas tempranas frente al sufrimiento subjetivo y las conductas suicidas, desnaturalizando la idea de que “salud mental es psicología” (F).

En relación al seguimiento, generalmente ante situaciones de crisis que necesitan de una intervención médica, se realiza una derivación al Hospital (segundo nivel de atención). Las derivaciones suelen ser acompañadas según la necesidad en forma “triangulada” (G). Esto implica que, según la valoración de la situación, se “traza la estrategia a seguir”, la cual puede implicar, si se precisa de un acompañamiento más psicosocial, “con la agente sanitaria” (G); si la necesidad es de tipo más médico, “una próxima instancia de seguimiento se coordina ya pensando en los días y horarios del médico” (G). En muchas ocasiones, este acompañamiento se instala como una manera de ordenar la vida cotidiana. “Sobre todo los que tienen dificultades para sostener el esquema. Entonces van, desayunan, se toman un cafecito, las enfermeras los esperan con algún criollito, charlan, evalúan cómo está el cuidado de esa persona” (A).

En cuanto a la posvención, una acción específica como ejemplo fue la organización de una “jornada de prevención del suicidio”, realizada el 10 de septiembre de 2024 (A). La misma se definió desde la coordinación de Salud Mental con el centro de estudiantes de una escuela secundaria donde ocurrió un suicidio, con el objetivo de trabajar en las representaciones y significación del hecho. A la misma fueron invitados a participar los quintos y sextos años de todas las escuelas secundarias de Unquillo, y se realizó en la explanada municipal.

Puntualmente, esta iniciativa surgió como estrategia a raíz del suicidio de una persona en una institución escolar, hecho que conmovió a la comunidad educativa. Ante este hecho, intervino Defensa Civil y un gran conjunto de referentes:

"tuvimos una reunión en la escuela en ese mismo momento con todo el mundo (...) trabajamos mucho el acompañamiento escolar, o sea, articulamos el laburo. Entonces fuimos gente del EPAE⁴, la coordinadora de Salud Mental, fue la gente de la escuela, (...) y ahí acordamos la estrategia de posvención que se dividió en grupos según niveles primario, secundario y jardín, y según las afectaciones subjetivas con la situación (A)".

Se estableció entonces “fortalecer primero a los adultos que iban a acompañar a los estudiantes” y, en base a “muchas estrategias” se desplegó una posibilidad de “crítica, de agencia, de reinversión, de dar vuelta el malestar que no sólo representaba el suicidio de esta persona sino todo lo otro que circulaba a nivel más social (A).

Otras situaciones han requerido de estrategias diversas, según las características de lo sucedido. Es así que se han producido, por ejemplo, visitas a la casa familiar de un joven suicidado:

"Nos acercamos a la casa, (...) fuimos, estuvimos ahí, y eso no lo hicimos sólo las psicólogas, (...) lo hizo todo el equipo, porque, aparte, la enfermera hace 16 años que labura, o sea, ya es amiga del barrio, la conoce todo el mundo, entonces, es como una manera de llegar a la gente desde un lugar amable, conocido (C)".

DISCUSIÓN

Los resultados muestran un incremento de situaciones de crisis en salud mental, especialmente en relación con el suicidio, que afecta de modo significativo a la comunidad e interpela la capacidad de respuesta del sistema. Las narrativas de los equipos reflejan que estos hechos tienen un fuerte impacto subjetivo y profesional, al mismo tiempo que impulsan

4 Equipos Profesionales de Acompañamiento Educativo del Ministerio de Educación de la Provincia de Córdoba.

transformaciones institucionales —como la creación de la Coordinación de Salud Mental— orientadas a fortalecer la prevención, el seguimiento y la posvención.

El suicidio se configura como un fenómeno complejo situado en condiciones estructurales de vulneración, desigualdad y precarización de la vida, y no como una conducta individual aislada. En este marco, se destaca como factor protector la presencia de redes y vínculos, los cuales se fragilizan ante el atravesamiento de temporalidades marcadas por la inmediatez, el consumo problemático y las violencias provocadas por la desigualdad y la precarización de la vida.

Finalmente, emerge como un aspecto crítico la tensión entre el primero y segundo nivel de atención, cuya falta de articulación efectiva constituye una barrera para el acceso al cuidado de la salud mental. Los relatos muestran que estas dificultades pueden aumentar el riesgo en situaciones de crisis. La necesidad de fortalecer los circuitos de seguimiento y articulación aparece como indispensable para consolidar una política integral de prevención del suicidio.

CONCLUSIONES

Los resultados permiten situar el funcionamiento de los CAPS dentro de una perspectiva de Salud Mental comunitaria centrada en la territorialidad, la participación activa de la comunidad, abordajes no individualizantes, intersectorialidad y promoción de la salud. La insistencia de los equipos en “desindividualizar” los abordajes debe ser considerada como la búsqueda de una respuesta más integral para problemáticas complejas como la del suicidio. La noción de “fondo común de memoria” resulta particularmente relevante para pensar cómo las comunidades elaboran experiencias traumáticas previas y construyen capacidades colectivas de alerta temprana. Este hallazgo dialoga con investigaciones que subrayan la importancia de las redes comunitarias y de la escucha ampliada para la prevención del suicidio, destacando que las señales de riesgo no siempre son detectadas por especialistas, sino por actores de la vida cotidiana.

La categoría de factores de riesgo aparece fuertemente marcada por determinantes sociales de la salud: precarización económica, restricciones en el acceso a derechos, desigualdades de género, consumos problemáticos y fragilidad de las redes comunitarias. Desde esta perspectiva, el suicidio emerge como resultado de un contexto estructural que limita la construcción de una “vida posible”. Esta lectura se alinea con enfoques críticos que cuestionan la patologización individual del sufrimiento.

Las estrategias de prevención, seguimiento y posvención identificadas expresan un gran esfuerzo de los equipos por sostener la accesibilidad, aun en condiciones laborales precarias y con recursos insuficientes. Sin embargo, la dificultad de articulación con el segundo nivel de atención señala un punto de vulnerabilidad del sistema que genera discontinuidades en el cuidado que, en casos extremos, pueden llegar a aumentar el riesgo de consumación del suicidio. Por esto, resulta fundamental fortalecer herramientas e instrumentos de seguimiento que eliminen la posibilidad de “altas sin aviso”, internaciones inadecuadas o derivaciones incompletas que reflejan la falta de engranaje interinstitucional y se vuelve, en sí misma, un factor de riesgo para usuarios en crisis.

Se evidencia un gran impacto emocional y ético que estas situaciones tienen en los equipos a través de expresiones como “se nos murieron chicos” y “se nos rompieron todas las teorías”. Sin embargo, acciones colectivas de prevención, consolidación de dispositivos comunitarios y espacios de formación permiten resignificar, impulsar y trazar caminos a seguir.

En conjunto, los resultados subrayan la importancia del fortalecimiento de políticas públicas y de articulación intersectorial que amplíe las redes de cuidado. El trabajo de los CAPS

muestra que, aun en condiciones adversas, las intervenciones territoriales y vinculares pueden tener capacidad preventiva y transformadora, pero también que estas prácticas necesitan respaldo institucional y estatal para consolidarse.

REFERENCIAS

- Argentina (2001). Ley N.º 25.326 de protección de los datos personales. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/70368/texact.htm>
- Argentina (2021). Ley N.º 27.130 de prevención del suicidio. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/249346/20210910>
- Breilh, J. (2003). *Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- Colomer, J. (2024, noviembre 11). Salud mental: En Córdoba ya hay casi tantas muertes por suicidio como por siniestros viales. *La Voz*. <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/en-cordoba-ya-hay-casi-tantas-muertes-por-suicidio-como-por-siniestros-viales/>
- Creswell, J. W., & Miller, D. L. (2000). Determining validity in qualitative inquiry. *Theory Into Practice*, 39(3), 124–130.
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117–126.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Morata.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2(1), 7–25.
- Levitt, H. M. (2015). Qualitative psychotherapy research: The journey so far and future directions. *Psychotherapy*, 52(1), 31–37. <https://doi.org/10.1037/a0037076>
- Levitt, H. M., McLeod, J., & Stiles, W. B. (2021). The conceptualization, design, and evaluation of qualitative methods in research on psychotherapy. En M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (50th ed.). Wiley.
- McLeod, J., Stiles, W. B., & Levitt, H. M. (2021). Qualitative research: Contributions to psychotherapy practice, theory, and policy. En M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (50th ed.). Wiley.
- Mendizábal, N. (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En I. Vasilachis de Gialdino (Coord.), *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.). SAGE.
- Ministerio de Salud de la Nación, Sociedad Argentina de Pediatría & UNICEF. (2021). *Abordaje integral del suicidio en las adolescencias: Lineamientos para equipos de salud*.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba (2025). Boletín epidemiológico N.º 7. <https://ministeriodesalud.cba.gov.ar/wp-content/uploads/2025/12/Boletin-N%C2%B07-Diciembre-2025-1.pdf>
- Salvo, L., Florenzano, R., & Gómez, A. (2021). Evaluación y manejo inicial de las ideas e intentos de suicidio en atención primaria. *Revista Médica de Chile*, 149, 913–919.
- Soneira, A. J. (2006). La teoría fundamentada en los datos (grounded theory) de Glaser y Strauss. En I. Vasilachis de Gialdino (Coord.), *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.

- Stolkiner, A., & Rosales, M. (2023). Fundamentos de la salud mental comunitaria. En A. Wilner & F. Torricelli (Comps.), Praxis en salud mental: Abordajes y procesos de cuidado. UNLa.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1998). Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory (2nd ed.). SAGE.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). La investigación cualitativa. En I. Vasilachis de Gialdino (Coord.), Estrategias de investigación cualitativa. Gedisa.

Barreras y facilitadores de accesibilidad a servicios de salud y salud mental para Barrios Populares

Maximiliano Alfredo Ríos¹

Resumen: Existen múltiples razones por las cuales las personas no acceden a los servicios de salud mental, en suma, la accesibilidad en poblaciones vulnerables constituye un desafío sanitario prioritario. Este estudio de método mixto analizó las barreras y facilitadores de accesibilidad a servicios de primer nivel de atención en salud y salud mental para los Barrios Populares (ReNaBap) de la ciudad de Córdoba, Argentina. El estudio cuantitativo identificó, mediante análisis de conglomerados, cuatro perfiles de accesibilidad geográfica para barrios populares (N=177), los cuales fueron, óptimo (72%, 10,3 min caminando), moderado (23%, 23,3 min), limitado (3%, 58,7 min) y crítico (2%, 101,8 min). El estudio cualitativo, mediante entrevistas en profundidad a 6 residentes, generó 27 categorías emergentes sobre barreras y facilitadores en las dimensiones geográfica, administrativa, financiera y cultural-psicosocial de accesibilidad. Los resultados evidencian que la proximidad geográfica habilita un circuito virtuoso de facilitadores, mientras que la lejanía inicia un encadenamiento de barreras, especialmente financieras. Se concluye que la accesibilidad constituye una interfaz relacional donde la distribución territorial de servicios produce ciudadanías sanitarias desiguales, requiriendo políticas públicas diferenciadas según nivel de exclusión geográfica de los barrios populares.

Palabras clave: accesibilidad – servicios de salud mental – barrio popular.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) aproximadamente 1.000 millones de personas en el mundo viven con problemas de salud mental. En Argentina la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en mayores de 18 años de edad fue de 29,1% y la prevalencia en los últimos 12 meses de cualquier trastorno mental fue del 14,8% (Stagnaro et al., 2018). Además, se halló que solo el 22,1% de las personas con un trastorno leve recibieron tratamiento, el 32,5% de las personas con un trastorno moderado lo recibieron y el 30,2% de las personas con un trastorno severo fueron asistidas. Calvillo et al. (2010) estimaron que el 63% de las personas con ansiedad generalizada, el 58% de las personas con depresión mayor y el 37% de las personas con psicosis no afectiva no recibieron ningún tratamiento de salud mental. Específicamente, en la ciudad de Córdoba Argentina, un estudio con una muestra de 1.067 consultantes del primer nivel de atención obtuvo que el 20,15% padeció de algún trastorno mental en el último año, de los cuales 77,33% no consultaron a un servicio de salud mental (Burrone et al., 2015). En concreto, los estudios epidemiológicos locales muestran una alta prevalecia de problemas de salud mental, y a la vez resaltan una alta proporción de personas sin accesibilidad a servicios de salud mental.

¹ Lic. En Psicología, MP: 12372, maximiliano.rios@mi.unc.edu.ar

En la investigación científica se observa que los problemas de salud mental y el acceso a servicios especializados se encuentran estrechamente relacionados con las carencias socioeconómicas. Existe evidencia que muestra una mayor prevalencia de problemas de salud mental en áreas con mayores carencias socioeconómicas comparado con áreas que no las tienen (Delgadillo et al., 2016). En estudios de prevalencia en dos barrios populares de la ciudad de Córdoba pertenecientes al Relevamiento Nacional de Barrios Populares (2017), se obtuvo que más del 50% de los adultos puntuaron para algún trastorno mental del ánimo, de ansiedad o de dependencia al alcohol y más del 80% depende exclusivamente de la cobertura de salud pública (Rios, s.f.; Rios & Medrano, 2018). Además, en nuestro país, las consultas a profesionales de la salud mental tienen menor proporción cuanto menor es el nivel educativo de las personas, cuanto menor es la clase social por ocupación, cuanto menor es el quintil de ingreso per cápita del hogar, cuando las personas no cuentan con afiliación al sistema de seguridad social y cuando dependen exclusivamente de la cobertura pública (Ballesteros, 2014; Jorrat et al., 2008). En concreto, las personas en situación de carencias socioeconómicas, como las residentes de Barrios Populares, presentarían alta vulnerabilidad a problemas de salud mental y además mayores limitaciones para acceder a la atención.

Existen múltiples razones por las cuales las personas no acceden a los servicios de salud mental. Pero, esta variabilidad tiene cierta imprecisión conceptual, o incluso es acrítico el análisis de la accesibilidad (Landini et al., 2014), por lo tanto, al investigar este fenómeno se debe subsanar este aspecto teórico. Una reflexión crítica sobre la accesibilidad la conceptualiza como una *interfaz relacional* más que material (Landini et al., 2014). Es decir, aunque la disposición material de los servicios condiciona el acceso a los mismos, las barreras psicosociales serían más importantes tanto para iniciar como para mantener un tratamiento de salud mental (Andrade et al., 2014). Las perspectivas y experiencias que ocurren en encuentros-desencuentros entre usuarios y servicios, es relevante para comprender el acceso justo y digno a la salud mental (Comes et al., 2007). Con este enfoque, el concepto de accesibilidad se complejiza y se aborda de forma integral, incluyendo sus aspectos materiales como intersubjetivos, ya que disponer de servicios *cercanos* no resuelve *per se* el acceso al sistema, ni trae aparejados beneficios de salud, ni mucho menos garantiza la concreción plena del derecho a la salud mental (Landini et al., 2014; Travassos & Martins, 2004).

Así, la accesibilidad se define como la posibilidad de las personas de acceder a alguna de las instancias del sistema de salud (Travassos & Martins, 2004), y se comprende como accesibilidad *geográfica, administrativa, financiera y cultural-psicosocial* (Comes et al., 2007; Landini et al., 2014). Estas dimensiones pueden tornarse en barreras o facilitadores cuando obstaculizan o cuando promueven el acceso real de la población al sistema de salud (Comes & Stolkiner, 2005). La primera refiere a la distancia material entre los beneficiarios y los servicios de salud, la posibilidad de cubrir el recorrido mediante vías existentes y los transportes disponibles. La segunda trata sobre la organización de los servicios, la gestión y los recursos disponibles. La tercera sobre el capital necesario para cubrir la atención, el costo de traslado, el valor de la atención, la realización de estudios, la compra de medicamentos, la manutención adicional a tratamientos, entre otros. Finalmente, la accesibilidad cultural-psicosocial, refiere a la dinámica interactiva psicosocial de experiencias y perspectivas, individuales, grupales o colectivas entre beneficiarios y el sistema de salud (D'Amore, González Cowes, & Logiovine, 2015). En concreto este modelo resulta provechoso para comprender la accesibilidad mediante distintas dimensiones, para el abordaje integral del derecho a la atención en salud mental. Por todo ello, cabe preguntarse ¿Cuáles son los perfiles de accesibilidad a servicios de salud mental en barrios populares de la Ciudad de Córdoba, de acuerdo a indicadores geográficos y administrativos? ¿Cuáles son los aspectos geográficos,

financieros, administrativos y psicosociales que residentes de barrios populares perciben y experimentan como obstáculos o facilitadores para acceder a servicios de salud mental?

ESTUDIO 1. PERFILES DE ACCESIBILIDAD A SERVICIOS DE SALUD Y SALUD MENTAL EN BARRIOS POPULARES DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA

METODOLOGÍA

Fue un diseño cuantitativo no-experimental transversal descriptivo con datos secundarios (Hernández Sampieri et. al., 2018), los documentos secundarios son registros públicos electrónicos (Angell & Freedman, 1993) que informan sobre barrios populares y servicios de salud mental en el primer nivel de atención. Se seleccionaron 177 barrios populares de la Ciudad de Córdoba Argentina del Registro Nacional de Barrios Populares en Proceso de Integración Urbana (ReNaBap), con un muestreo no probabilístico intencional (Romero & Bologna, 2012). Se utilizaron registros públicos electrónicos del Ministerio de Economía (2021), la Municipalidad de Córdoba (s.f), la Secretaría de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba (s.f), la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba (s.f.) y de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la nación Argentina (SEDRONAR, 2022). Los cuales son de acceso público y gratuito, no requieren autorización previa y su disponibilidad y utilidad se sustenta en el ejercicio del derecho de acceso a la información pública promovido por la Ley Nacional 27.275 (Derecho de Acceso a la Información Pública). Se obtuvieron estadísticos descriptivos y se realizó un análisis de clúster jerárquico y ANOVA de un factor para validar los grupos homogéneos conformados (Hair et al.1999). Mediante la selección de la distancia euclídea al cuadrado como medida de proximidad entre variables continuas estandarizadas a puntajes z (distancia promedio en metros entre barrio y servicio de área programática de referencia y tiempo promedio a pie en minutos entre barrio y servicio de área programática de referencia), el método de agrupación en clústeres de Método de Ward y con inspección visual del dendograma se obtuvo una solución de clústeres.

Tabla 1. Características de barrios populares de la Ciudad de Córdoba Argentina

Características	f	%
<i>Tipo acceso energía eléctrica (n=177)</i>		
Conexión formal a la red con medidor domiciliario con factura	24	13,6
Conexión regular a la red con medidor domiciliario, pero sin factura	1	0,6
Conexión regular a la red con medidor domiciliario con consumo limitado	3	1,7
Conexión a la red con medidor comunitario	14	7,9
Conexión irregular a la red	134	75,7
No tiene conexión eléctrica	1	0,6
<i>Tipo acceso efluentes cloacales (n=177)</i>		
Conexión formal a la red cloacal	2	1,1
Conexión a la red cloacal	3	1,7
Desagüe a cámara séptica y pozo ciego	45	25,4
Desagüe sólo a pozo negro/ciego u hoyo	127	71,8
<i>Tipo acceso agua corriente (n=177)</i>		
Conexión formal a la red de agua con factura	12	6,8

Conexión regular a la red de agua, pero sin factura	2	1,1
Conexión irregular a la red de agua	157	88,7
Bomba de agua de pozo domiciliaria	2	1,1
Camión cisterna	3	1,7
Acarreo de baldes/recipientes desde fuera del barrio	1	0,6
<i>Tipo acceso gas natural-cocina (n=177)</i>		
Gas en garrafa	169	95,5
Leña o carbón	6	3,4
Energía eléctrica	2	1,1
<i>Tipo acceso gas natural-calefacción (n=176)</i>		
Gas en garrafa	20	11,4
Leña o carbón	37	21,0
Energía eléctrica	108	61,4
Inexistente	11	6,3

Nota: f=frecuencia absoluta; %=frecuencia relativa; N=número total de casos.

RESULTADOS

Se pudo determinar la pertenencia de 176 barrios populares a un total de 68 áreas programáticas de las 101 áreas programáticas del primer nivel de atención de salud y salud mental de la Ciudad de Córdoba. En la tabla 2 se obtuvo que el 99,4% de los barrios populares tiene uno o dos servicios municipales de primer nivel de atención de salud y/o salud mental en su área programática de referencia, el 31,1% de los barrios no tiene ningún servicio provincial de salud mental en su en área programática de referencia y el 68,9% tiene entre uno y siete servicios provinciales de salud mental en su en área programática de referencia, y tan solo el 5,6% de los barrios tiene un servicio nacional de salud mental. Conjuntamente entre todos los tipos gubernamentales de servicios, el 30,5% de los barrios tiene al menos dos servicios de salud y/o salud mental en su en área programática, solo el 0,6% (un barrio) no cuenta con ningún servicio. En la tabla 3 se observan las medidas descriptivas de las variables de distancia promedio en metros y tiempo a pie promedio en minutos entre barrios populares y servicios de distinto nivel gubernamental. En términos generales la comparación entre medianas, medias, desviación estándar y valores mínimos y máximos, sugieren que la accesibilidad en tiempo a pie en minutos y en distancia en metros son relativamente cortos para la mayoría de los barrios, pero existen casos de barrios populares con tiempos y distancias muy elevados que amplían de forma sustancial la variabilidad. El primer nivel provincial muestra tiempos y distancias promedios y dispersiones menores que el municipal, pero el nivel provincial tiene una menor cobertura territorial o disponibilidad de servicios que el municipal.

El análisis de clúster jerárquico permitió obtener un agrupamiento de cuatro clústeres a una distancia de aglomeración de 2 (Figura 2A). Posteriormente la solución de conglomerados fue validada, se obtuvo que existen diferencias entre las medias de tiempo a pie promedio en minutos entre barrio popular y primer nivel municipal y provincial según los cuatro clústeres hallados y entre las medias de la distancia promedio en metros entre barrio popular y primer nivel municipal y provincial según los cuatro clústeres (Figura 2B y Tabla 4). El primer clúster fue nominado como barrios populares con accesibilidad geográfica óptima, que incluye al 72% de la muestra con tiempo promedio de 10,29 minutos y distancia promedio de 784,14 metros respecto a servicios de salud y salud mental del área

programática de pertenencia. El segundo clúster fue nominado como barrios populares con accesibilidad geográfica moderada, comprende al 23% de los barrios y tiene un tiempo promedio de 23,34 minutos y distancia promedio de 1738,26 metros. El tercer clúster fue nombrado como barrios populares con accesibilidad geográfica limitada, que representa al 3% de la muestra, con un tiempo promedio de 58,72 minutos y distancia promedio de 4335,84 metros. El último clúster fue nombrado como barrios populares con accesibilidad geográfica crítica, comprende al 2% de los barrios, tiene un tiempo promedio de 101,75 minutos y distancia promedio de 7519,25 metros.

DISCUSIÓN

Este primer estudio identificó la existencia de perfiles de accesibilidad a servicios de primer nivel de atención de salud y salud mental para barrios populares de la Ciudad de Córdoba mediante un conjunto de indicadores geográficos y administrativos. Se obtuvo que casi la totalidad de los barrios populares pertenece administrativamente a un área programática de cobertura del primer nivel de atención de la salud y salud mental. Son 176 barrios populares con al menos un servicio municipal, provincial o nacional de referencia local, sin embargo, existe una amplia disparidad de accesibilidad entre ellos. Sobre la accesibilidad administrativa, la cantidad total de servicios disponibles en el área programática de referencia oscila entre barrios con al menos un servicio y barrios populares con nueve servicios disponibles programáticamente. Sobre la accesibilidad geográfica, se obtuvieron indicadores de tiempo a pie promedio en minutos y distancia promedio en metros entre barrio popular y servicios, los cuales permitieron notar más la heterogeneidad entre barrios populares. Los servicios de primer nivel provincial parecen tener mejor accesibilidad geográfica que los servicios de primer nivel municipal, pero la distribución territorial del servicio provincial es de menor cobertura específicamente para barrios populares, ya que el 31,1% de los barrios, es decir 55 barrios, no tienen un servicio de referencia provincial, en cambio sólo el 0,6% de los barrios o 1 barrio popular no tiene un servicio de referencia municipal.

El análisis de clúster y el método estadístico de validación de solución de agrupamiento, mostró la existencia de cuatro perfiles de accesibilidad geográfica para barrios populares de la Ciudad de Córdoba. Los clústeres difieren notablemente en cantidad de barrios y distancia en metros y tiempo a pie en relación a servicios de primer nivel de atención, y además permiten identificar grupos poblacionales prioritarios para intervenciones futuras de política sociosanitaria. Los barrios con accesibilidad óptima no requieren una intervención urgente, son barrios con una integración espacial muy favorable con trayectos cortos, por lo que requerirían acciones para mantener y optimizar la accesibilidad. Los barrios con accesibilidad moderada, tienen acceso posible a pie, pero con mayor esfuerzo temporal y físico por parte de las personas, lo que podría influir en su uso efectivo; por lo tanto, demandarían mejoras deseables como reducir barreras logísticas del trayecto y flexibilizar servicios para mayor cobertura. Los barrios con accesibilidad limitada tienen un acceso a pie poco viable, requieren un tipo de intervención prioritaria alta que garantice el acceso básico, ya sea con dispositivos sanitarios satélites, transporte sanitario programado, telemedicina, red de agentes sanitarios o incentivos a profesionales de salud para trabajar en zonas alejadas, por ejemplo. Finalmente, los barrios con accesibilidad crítica son de prioridad máxima, son casos extremos de exclusión de poblaciones por parte de la programación sanitaria, requieren todas las medidas previas, sumado a rondas multisectoriales periódicas con servicios sanitarios, sociales y educativos, subsidio directo al transporte, atención descentralizada y móvil y sistemas de alertas y traslados urgentes, entre otras posibles intervenciones.

Entre las limitaciones de este estudio se destaca que, se integró al análisis solo a servicios gubernamentales, no otros servicios gratuitos de primer nivel de atención de organizaciones de la sociedad civil. Cabe destacar que la Red de Servicios y Cuidados en Salud Mental y Adicciones de la Municipalidad de Córdoba, en su portal, integra a todos los Centros de Salud Municipales (CSM) del primer nivel de atención en salud como prestadores de atención en salud mental, por lo tanto, los mismos fueron incluidos en el análisis. Los Centros de Atención Primaria de la Salud de la Provincia (CAPS) de Córdoba no fueron incluidos en el análisis, debido a que no se dispone de información pública oficial sobre si cuentan con atención en salud mental. Sobre los Equipos de Atención Comunitaria provinciales, según informe clave, se registro el funcionamiento de un servicio en la ciudad. Ulteriores análisis, deben precisar mediante entrevista a decisores políticos sanitarios, si todos los CSM y CAPS cuentan específicamente con atención en salud mental. Por este motivo se utilizó la denominación de servicios de salud y salud mental para referir a los servicios municipales, provinciales y nacionales analizados.

Tabla 2. Barrios populares según cantidad de servicios en área programática de pertenencia.

Variables		f	%	M	Mdn	Mo	DS
Cantidad de servicios municipales en área programática de pertenencia (N=177)				1,16	1,00	1	0,386
	0	1	0,6				
	1	146	82,5				
	2	30	16,9				
Cantidad de servicios provinciales en área programática de pertenencia (N=177)				1,60	1,00	0	1,656
	0	55	31,1				
	1	51	28,8				
	2	24	13,6				
	3	21	11,9				
	4	19	10,7				
	5	2	1,1				
	7	5	2,8				
Cantidad de servicios nacionales en área programática de pertenencia (N=177)				0,06	0,00	0	0,232
	0	167	94,4				
	1	10	5,6				
Cantidad total de servicios de salud y salud mental en área programática de pertenencia (N=177)				2,82	2,00	2	1,895
	0	1	0,6				
	1	49	27,7				
	2	54	30,5				
	3	21	11,9				
	4	8	4,5				
	5	32	18,1				
	6	7	4,0				
	9	5	2,8				

Nota: f=frecuencia absoluta; %=frecuencia relativa; M=media; Mdn=mediana; Mo=modo; DS=desviación estándar; Min=mínimo; Max=máximo; N=número total de casos.

Tabla 3. Distancia y tiempo entre barrio popular y tipo de servicio.

Variables	N	M	Mdn	Mo	DS	Min	Máx
Tiempo a pie promedio en minutos entre barrio popular y primer nivel municipal	176	16,51	12,00	12,00	17,00	1,00	116,00
Tiempo a pie promedio en minutos entre barrio popular y primer nivel provincial	122	14,34	13,50	8,00	9,18	1,00	66,00
Tiempo a pie promedio en minutos entre barrio popular y primer nivel municipal y provincial	176	16,70	12,00	8,00	16,59	1,00	116,00
Distancia promedio en metros entre barrio popular y primer nivel municipal	176	1237,16	907,75	724,00	1248,15	64,00	8518,00
Distancia promedio en metros entre barrio popular y primer nivel provincial	122	1082,81	1016,00	270,00	673,36	91,00	4906,00
Distancia promedio en metros entre barrio popular y primer nivel municipal y provincial	176	1254,95	927,80	585,00	1221,11	90,00	8518,00

Nota: M=media; Mdn=mediana; Mo=modo; DS=desviación estándar; Min=mínimo; Max=máximo; N=número total de casos.

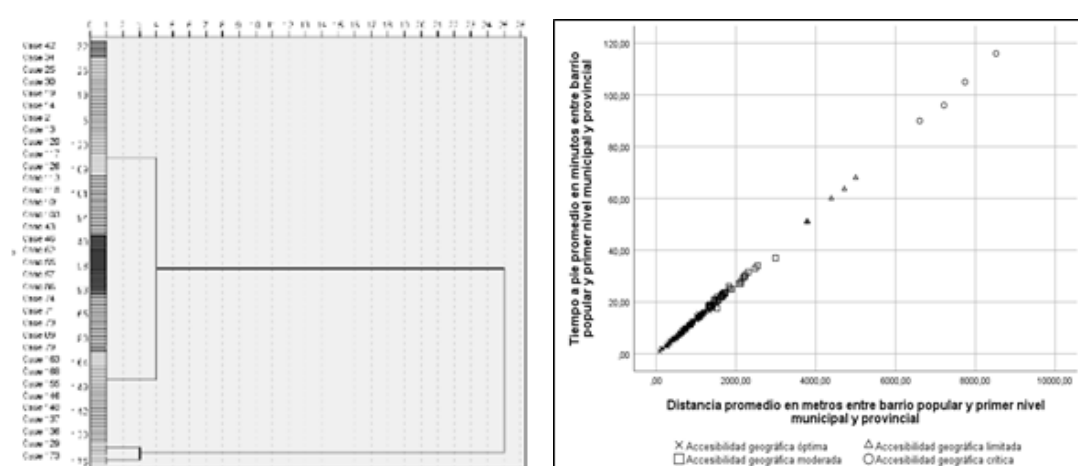


Figura 2. Análisis de clúster. A) Dendograma considerando el tiempo a pie promedio en minutos entre barrio popular y primer nivel municipal y provincial y la distancia promedio en metros entre barrio popular y primer nivel municipal y provincial.

Tabla 4. Validación de solución de clústeres.

	Clúster	N	%	M	DS	Min	Máx	F (3,172)	p
Tiempo a pie promedio en minutos entre barrio popular y primer nivel municipal y provincial (N=176)	Accesibilidad geográfica óptima	127	72	10,29	3,77	1	17	753,730	0,000
	Accesibilidad geográfica moderada	40	23	23,34	5,05	18	37		
	Accesibilidad geográfica limitada	5	3	58,72	7,60	51	68		
	Accesibilidad geográfica crítica	4	2	101,75	11,32	90	116		
Distancia promedio en metros entre barrio popular y primer nivel municipal y provincial (N=176)	Accesibilidad geográfica óptima	127	72	784,14	276,88	90	1348	728,963	0,000
	Accesibilidad geográfica moderada	40	23	1738,26	398,51	1316	2993		
	Accesibilidad geográfica limitada	5	3	4335,84	547,48	3771	5002		
	Accesibilidad geográfica crítica	4	2	7519,25	811,43	6605	8518		

ESTUDIO 2. PERCEPCIONES Y EXPERIENCIAS DE BARRERAS Y FACILITADORES DE ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICOS, FINANCIEROS, ADMINISTRATIVOS Y PSICOSOCIALES A SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN RESIDENTES DE BARRIOS POPULARES DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA.

METODOLOGÍA

Fue un estudio cualitativo de casos tipo múltiple con datos primarios (Montero y León, 2007). Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo bola de nieve (Romero y Bologna, 2012), cuyos criterios de inclusión fueron tener al menos 18 años de edad cumplidos, ser residente de un barrio popular del ReNaBap de la Ciudad de Córdoba, pertenecer a un barrio popular con alguno de los perfiles de accesibilidad a servicios de salud mental (resultados del estudio 1), haber requerido y realizado tratamiento en atención primaria de salud mental. Participaron 6 personas detalladas en la Tabla 5. Las fases recursivas fueron, la fase preparatoria, de trabajo de campo, analítica e informativa (Rodríguez Gómez, Gil Flores, y García Jiménez, 1996; Neiman y Quaranta, 2007). Se realizaron entrevistas en profundidad con estructura y estandarización media (Anguera, 1995), con guion basado en las dimensiones de barreras y facilitadores de accesibilidad administrativos, financieros, geográficos

y cultural-psicosociales (Comes et al., 2007; Landini et al., 2014). Las entrevistas fueron en los centros comunitarios de cada barrio, se solicitó consentimiento informado, se brindó información sobre los objetivos de la investigación, que pueden desistir de su participación en el momento que lo deseen sin perjuicio alguno, que su participación es voluntaria y no obligatoria, que el destino de los datos aportados es a fines científicos y que los mismos son anónimos y confidenciales (Fe.P.R.A., 2013; Colegio Psicólogos de la Provincia de Córdoba, 2016). Se procuro un lenguaje comprensible y ajustado a la población meta. Las entrevistas fueron grabadas, desgrabadas y exportadas al software de análisis de datos cualitativos Atlas.ti 25. Como criterio de codificación y categorización se empleó el criterio mixto inductivo-deductivo (Mejía Navarrete, 2011; Valles, 2000).

Tabla 5. Matriz cualitativa de participantes.

ID	Edad	Género	Nivel educativo	Ocupación	Perfil accesibilidad de barrio	Problema de salud mental	Servicio de último tratamiento
BVM53	53	Mujer	Secundario incompleto	Empleado informal	Geográfica óptima	Ansiedad Generalizada	Público nacional, municipal
BNM41	41	Mujer	Secundario incompleto	Empleado informal	Geográfica óptima	Fobia Específica	Público nacional, municipal
VMV21	21	Varón	Secundario completo	Empleado informal	Geográfica óptima	Ansiedad Generalizada	Público nacional, municipal
CMV20	20	Varón	Secundario completo	Empleado informal	Geográfica óptima	Ansiedad Social	Público nacional, municipal
GRV45	45	Varón	Secundario incompleto	Changas	Geográfica moderada	Abuso de Cocaína	Público municipal, provincial
EMM51	51	Mujer	Secundario incompleto	Pensionada	Geográfica moderada	Ansiedad Generalizada	Público provincial

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se obtuvieron 173 citas, codificadas en 27 categorías emergentes agrupadas en 8 categorías de dimensiones de la accesibilidad según el modelo teórico propuesto (Comes et al., 2007; Landini et al., 2014). La reducción de datos se resume en la figura 3. En términos generales, las barreras geográficas refieren a obstáculos físicos percibidos y derivados de la localización de los servicios, por distancias, infraestructura urbana deficiente y percepción de peligro e inseguridad en los trayectos. Un resultado similar fue el de Orozco et al. (2022) que indagaron las dificultades de acceso al tratamiento de problemas de salud mental en las Américas y obtuvieron que el 27% informó barreras estructurales, de los cuales el 17,7% señalaron una limitada disponibilidad de servicios. Olawande et al. (2020) encontraron que el 62% de las mujeres y el 38% de los varones encuestados refirieron que la distancia geográfica limitaba el acceso a servicios de salud mental. En cuanto a facilitadores geográficos, en este estudio se registraron experiencias de condiciones territoriales que favorecen el acceso, como la cercanía caminable, la buena conectividad de ruta y la planificación de trayectos.

Sobre la dimensión administrativa, las barreras fueron dificultades vinculadas a la organización institucional de los servicios, con sistemas de turnos saturados, tiempos de espera prolongados, discontinuidad de tratamientos, horarios rígidos y maltrato administrativo. Los facilitadores fueron adecuaciones horarias, continuidad del vínculo profesional, trato personalizado, canales ágiles y coordinación directa con profesionales. En cuanto a la dimensión económica y financiera, las barreras fueron obstáculos derivados de la insuficiencia de recursos propios, como costos de traslado, medicación no cubierta por mutual, pérdida de jornada laboral por asistencia a turnos y sacrificio de otros bienes para priorizar el traslado. Similares resultados hallaron Corscadden et al. (2019) que, entre quienes buscaron ayuda en salud mental, los factores asociados con no recibir atención fueron menores ingresos y mayores costos de atención médica. Además, hallaron que las personas con necesidades de atención de salud mental insatisfechas tuvieron más probabilidades de experimentar barreras de acceso relacionadas con coste de medicación y opiniones menos positivas respecto del sistema de salud, en comparación con personas con necesidades de atención satisfechas. Los facilitadores fueron la gratuidad de la atención y medicamentos, subsidios al transporte, redes informales de provisión y apoyo familiar.

Sobre la dimensión cultural-psicosocial, fueron barreras el estigma asociado a la “locura”, las discriminación xenófoba y lingüística de profesionales, la desconfianza hacia el profesional, la incomodidad, la vigilancia social y falta de empatía institucional. Un hallazgo similar fue el de Salaheddin & Mason (2016), quienes observaron como barreras actitudes negativas hacia profesionales de la salud o hacia el servicio. En una revisión sistemática cualitativa se identificaron tres categorías de barreras de accesibilidad percibida por usuarios (Tunks et al., 2023), una fue el estigma social a los problemas de salud mental y que la ayuda profesional no es el primer recurso, la segunda fue la falta de conocimiento y comprensión sobre las prestaciones que dan los servicios de salud y las percepciones negativas sobre los servicios de salud mental, y la tercera fue la relación entre el profesional de la salud y usuario, pues la discordancia entre identidad social, género y etnia representaba una barrera. En lo que respecta a los facilitadores cultural-psicosociales se reportaron confianza, empatía, escucha activa, lenguaje accesible, pertenencia territorial del profesional, apoyo comunitario, espiritualidad y encuadres terapéuticos adecuados.

La accesibilidad a servicios de primer nivel de atención en salud mental por parte de residentes de barrios populares no es homogénea. Existen experiencias diferentes al momento de relacionarse con el sistema, las cuales, en principio están determinadas por la localización geográfica. En el perfil óptimo habita la cercanía y se concentra en barreras geográficas cotidianas del trayecto, en cambio, en el perfil moderado se padece la distancia y la geografía es un problema que define la existencia misma del acceso, las barreras se deben resolver cada vez que necesita la atención, ya sea con costos económicos o físicos significativos. Existen experiencias de accesibilidad administrativa diferentes, uno de tipo comunitario, flexible y personalizado entre personas de accesibilidad óptima y otro burocrático y saturado entre personas de accesibilidad moderada. El perfil óptimo accede a un modelo de gestión comunitaria donde el vínculo es directo y los trámites son ágiles, en contraste, el perfil moderado experimenta un modelo de gestión burocrático, con turnos escasos, tratamientos truncados, derivaciones sin resolución. Sin embargo, cuando las personas del perfil de accesibilidad óptima deben recurrir a otro servicio reportan experiencias de un modelo de gestión burocrático.

La gratuidad de los servicios públicos es un facilitador para las personas de ambos grupos de perfiles de accesibilidad geográfica. Notablemente, las barreras financieras son casi exclusivas del perfil moderado, debido a las distancias, y el perfil óptimo, al tener acceso caminable, no enfrenta costos de traslado. El perfil moderado enfrenta una doble carga económica, una de costos directos de traslado y otra de costos indirectos como pérdida de jornada

laboral, en cambio el perfil óptimo tiene resuelto el costo de acceso al caminar al servicio. En lo que respecta a la dimensión cultural-psicosocial, las personas de ambos perfiles valoran el vínculo con el profesional. Cuando el vínculo terapéutico existe, el sistema funciona para ambos tipos de perfiles, sin embargo, la discriminación es exclusiva del perfil moderado, que refleja un racismo institucional como barrera de la dimensión cultural-psicosocial.

En síntesis, existe una disponibilidad material heterogeneidad de los servicios para residentes de Barrios Populares, en consonancia, ellos y ellas tienen distintas percepciones y experiencias de accesibilidad. La distribución en el espacio de los servicios, en principio produce ciudadanías disímiles, pues la proximidad geográfica refleja una ventana de posibilidades de acceso y se relaciona con otros facilitadores de accesibilidad; y en contraste la lejanía inicia un encadenamiento de barreras de accesibilidad. Finalmente, cabe destacar como limitación de este segundo estudio, el tamaño muestral pequeño seleccionado, y la falta de personas pertenecientes a los perfiles limitado y crítico, sin embargo, se construyeron 27 categorías diferentes que saturaron teóricamente el modelo.

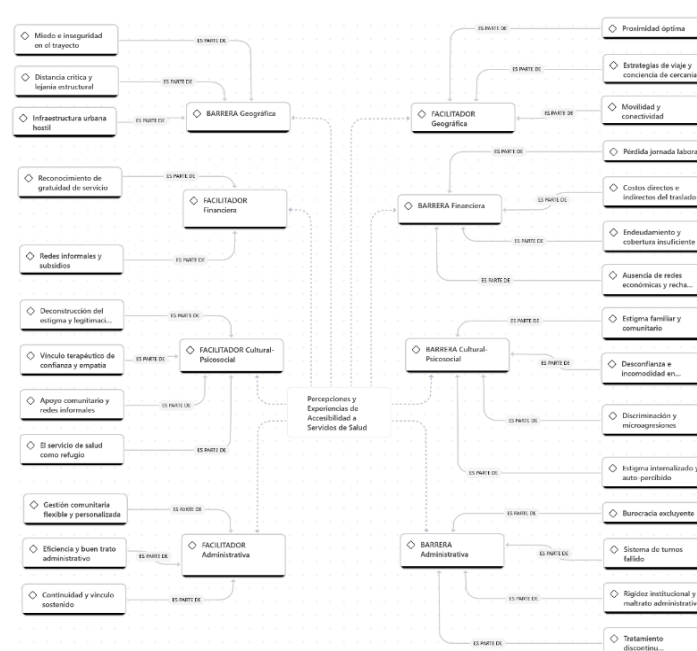


Figura 3. Diagrama de síntesis de análisis cualitativo.

CONCLUSIONES

Este es el primer estudio en Córdoba, Argentina sobre accesibilidad a salud mental realizado para los 177 barrios populares que integran el Registro Nacional de Barrios Populares en Proceso de Integración Urbana (ReNaBap). Los resultados de este estudio permiten reflexionar que la accesibilidad no se reduce solamente a la disponibilidad de servicios de salud mental, sino que debe comprenderse como un proceso complejo donde la geografía, la administración, la economía y la cultura se entrelazan para producir realidades materiales, percepciones y experiencias disímiles de ciudadanía en derecho a la salud mental. Los resultados cuantitativos del estudio 1 muestran que, aunque la mayoría de los barrios cuenta formalmente con algún servicio de referencia, entre residentes de barrios populares existen brechas en distancia y tiempo de traslado, lo que dio lugar a cuatro perfiles diferenciados de accesibilidad. Los resultados cualitativos del estudio 2 profundizan esta evidencia al revelar que la proximidad geográfica garantiza el acceso real, y es el inicio para la aparición de otros

facilitadores, y en contraste, la lejanía al servicio produce un efecto acumulativo de barreras, especialmente financieras, que pondrían en riesgo los tratamientos. En conjunto, ambos estudios permiten concluir que la accesibilidad debe comprenderse como una interfaz relacional (Landini et al. 2014) entre territorio, sistema de salud y subjetividades. La distancia no es neutral, produce ciudadanías sanitarias desiguales dentro de una misma ciudad y entre los mismos residentes de barrios populares. Esta heterogeneidad territorial, que conlleva una heterogeneidad ciudadana, implica que las políticas públicas podrían diseñarse con perspectivas diversificadas, pues se requieren estrategias focalizadas y graduadas según nivel de exclusión geográfica de barrios populares. La accesibilidad, es más que un aspecto técnico del sistema sanitario y es más que una categoría analítica de la comunidad científica, es un Derecho Humano que articula espacio, economía, institución, salud y dignidad.

REFERENCIAS

- Angell, R. C. y Freedman, R. (1993) *El uso de documentos, registros, materiales censales e índices*. En: Festinger, F. y Katz, D. Los métodos de investigación en las ciencias sociales. Madrid: Paidós.
- Anguera, M. T. (1995). Recogida de datos cualitativos. En: Anguera, M. T., Arnau, J., Ato, M., Martínez, R., Pascual, J., & Vallejo, G. *Métodos de investigación en psicología*. Madrid: Síntesis.
- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., De Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Hinkov, H. R., Hu, C., Huang, Y., Hwang, I., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., ... Kessler, R. C. (2014). Barriers to mental health treatment: Results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 44(6), 1303–1317. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001943>
- Ballesteros, M. S. (2014). *Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la población adulta urbana de Argentina a partir de datos secundarios* (41; Documentos de Jóvenes Investigadores).
- Burrone, M. S., Enders, J. E., Alvarado, R., Valencia, E., Abeldaño, A. R., Susser, E., & Fernández, A. R. (2015). La brecha de cobertura de atención de trastornos de salud mental en el primer nivel de atención de la ciudad de Córdoba, Argentina. *Revista de La Facultad de Ciencias Médicas*, 72(4), 309–313.
- Calvillo, L., Negro, L., & Venesio, S. (2010). *Estimación de la Población Afectada de 15 años y más por Trastornos Mentales y del Comportamiento en Argentina*.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., & Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, 14, 201–209. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943019>
- Comes, Y., & Stolkiner, A. (2005). “Si pudiera pagar”: Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Anuario de Investigaciones*, 12, 137–143. <http://www.icas.net/modulo4.htm>
- Corscadden, L., Callander, E. J., & Topp, S. M. (2019). Who experiences unmet need for mental health services and what other barriers to accessing health care do they face? Findings from Australia and Canada. *International Journal of Health Planning and Management*, 34(2), 761–772. <https://doi.org/10.1002/hpm.2733>

- D'Amore, E., González Cowes, V., & Logiovine, S. (2015). Reflexiones y aportes de la psicología para pensar el proceso de salud-enfermedad-atención en el ámbito rural. *Hacia una psicología rural latinoamericana*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Clacso, 269-82.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1999). *Análisis Multivariante* (5th ed.). Prentice Hall Iberia.
- Hernández Sampieri, Roberto., & Mendoza Torres, C. Paulina. (2018). *Metodología de la investigación : las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Education.
- Jorrat, J. R., Fernández, M. de las M., & Marconi, E. H. (2008). Utilización y gasto en servicios de salud de los individuos en Argentina en 2005: comparaciones internacionales de diferenciales socio-económicos en salud. *Salud Colectiva*, 4(1), 57–75.
- Landini, F., Cowes, V. G., & D'Amore, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. In *Cadernos de Saude Publica* (Vol. 30, Number 2, pp. 231–244). Fundacao Oswaldo Cruz. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00030313>
- Mejía Navarrete, J. V. M. (2011). Problemas centrales del análisis de datos cualitativos. *Revista latinoamericana de metodología de la investigación social*, (1), 47-60.
- Ministerio de Economía, Secretaría de Obras Públicas, Subsecretaría de Integración Socio Urbana. (2021, 17 de abril). *Registro Nacional de Barrios Populares* [Conjunto de datos]. Datos Argentina. Recuperado 23 de agosto de 2025 de <https://datos.gob.ar/dataset/habitat-registro-nacional-barrios-populares>
- Ministerio de Salud, Secretaria de Salud Mental de la Provincia de Córdoba. (s.f.). *RSM (23). pdf* [Archivo PDF]. Google Drive. Recuperado 23 de agosto de 2025 de <https://drive.google.com/file/d/12jiH9yEbM2RNIerH9m-vvqZD7v4K56uo/view>
- Ministerio de Salud, Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones. (s.f.). *Mapa RAAC*. Recuperado 23 de agosto de 2025 de <https://www.secretariadeadicciones.com/mapa-raac>
- Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847–862.
- Municipalidad de Córdoba. (s.f.). *Salud Mental y Adicciones*. Comunidad Inteligente. Recuperado 23 de agosto de 2025 de <https://comunidadinteligente.cordoba.gob.ar/salud-mental-y-adicciones/>
- Neiman, G. y Quaranta, G. (2007). Los estudios de caso en la investigación sociológica. En I. Vasilachis De Gialdino (Coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 213-238). Gedisa.
- Olawande, T. I., Ajayi, M. P., Amoo, E. O., Iruonagbe, T. C., & Adekeye, O. (2020). Barriers to the utilization of mental healthcare services in South West, Nigeria: Gender implications. *Anuario de Psicología*, 50(2), 98–102. <https://doi.org/10.1344/anpsic2020.50.9>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Informe mundial sobre la salud mental: transformar la salud mental para todos. In *Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos*. Pan American Health Organization. <https://doi.org/10.37774/9789275327715>
- Orozco, R., Vigo, D., Benjet, C., Borges, G., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L. H., Cia, A., Hwang, I., Kessler, R. C., Piazza, M., Posada-Villa, J., Rafful, C., Sampson, N., Stagnaro, J. C., Torres, Y., Viana, M. C., & Medina-Mora, M. E. (2022). Barriers to treatment for mental disorders

- in six countries of the Americas: A regional report from the World Mental Health Surveys. *Journal of Affective Disorders*, 303, 273–285. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.02.031>
- Relevamiento Nacional de Barrios Populares. (2017). *Informe General Período 08/2016 a 12/2017*.
- Rios, M. A. (s.f.). Salud Mental y pobreza multidimensional desde el enfoque de derechos: un estudio de prevalencia en un barrio popular vulnerado de la ciudad de Córdoba Argentina. Secretaría de Científica del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba.
- Rios, M. A. y Medrano, L. (2018). Trastornos mentales comunes y pobreza multidimensional: un estudio de prevalencia en un espacio socio-residencial vulnerado [Trabajo integrador final, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba].
- Rodríguez Gómez, G; Gil Flores, J. & García Jiménez, E. (1996). Capítulo III: procesos y fases de la investigación cualitativa. En: Rodríguez Gómez, G; Gil Flores, J. & García Jiménez, E. *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga, España: Aljibe
- Romero, W. & Bologna, E. (2012). Capítulo 7 Técnicas de Muestreo. En Bologna, E. (Ed.), *Estadística para Psicología y Educación* (pp. 267-295). Córdoba: Editorial Brujas.
- Salaheddin, K., & Mason, B. (2016). Identifying barriers to mental health help-seeking among young adults in the UK: a cross-sectional survey. *British Journal of General Practice*, 66(651), e686–e692. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X687313>
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR). (2022, 23 de marzo). *Encontranos en tu Barrio*. Argentina.gob.ar. Recuperado 23 de agosto de 2025 de <https://www.argentina.gob.ar/jefatura/sedronar/encontranos-en-tu-barrio>
- Stagnaro, C. J., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Ezequiel Sustas, S., Elena Medina Mora, M., Benjet, C., Aguilar-Gaxiola, S., & Kessler, R. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Vertex*, 142, 275–299.
- Travassos, C., & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 190–198.
- Tunks, A., Berry, C., Strauss, C., Nyikavaranda, P., & Ford, E. (2023). Patients' perspectives of barriers and facilitators to accessing support through primary care for common mental health problems in England: A systematic review. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 338, pp. 329–340). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.06.035>
- Valles, M. S. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis Editorial.

Cuando todo está roto: concepciones de profesionales y referentes organizacionales sobre el consumo de pipazo, sus consumidores y modalidades de abordaje en Córdoba

Ignacio Javier Puigdomenech Makowski¹

Resumen: El presente artículo analiza las concepciones, modalidades de abordaje y estrategias institucionales en torno al consumo de pipazo en la ciudad de Córdoba, a partir de las perspectivas de profesionales de la salud y referentes de organizaciones comunitarias. El estudio se inscribe en un enfoque cualitativo, de carácter interpretativo y situado, y se basa en la realización de ocho entrevistas en profundidad a integrantes de tres tipos de organizaciones: una cooperativa comunitaria, una asociación civil sin fines de lucro y una organización barrial de base religiosa. Los resultados muestran que el pipazo es concebido como un fenómeno social complejo, estrechamente vinculado a procesos de pobreza estructural, exclusión social, ruptura de lazos y vulneración de derechos, más que como un problema individual asociado exclusivamente a la sustancia. Las personas usuarias son caracterizadas como sujetos atravesados por trayectorias previas de violencia, institucionalización y expulsión, con un deterioro acelerado de la salud física, psíquica y vincular, y una fuerte relación con la situación de calle. En cuanto a las modalidades de intervención, se destacan abordajes comunitarios, territoriales y vinculares, orientados a la reducción de riesgos y daños, que priorizan la satisfacción de necesidades básicas, la construcción de vínculos y el acompañamiento cotidiano, sin exigir la abstinencia como condición de acceso. No obstante, se identifican importantes límites institucionales, fragmentación de las respuestas estatales y persistencia de estigmas sociales que operan como barreras para la accesibilidad a los servicios de salud mental. El trabajo aporta elementos para repensar una problemática emergente en la Ciudad de Córdoba.

Palabras clave: Consumos problemáticos; Reducción de riesgos y daños; Salud mental; Accesibilidad a la salud.

INTRODUCCIÓN

En América Latina, las políticas y abordajes vinculados al consumo de drogas han estado históricamente atravesados por un paradigma prohibicionista, de fuerte impronta punitiva, impulsado a partir de mediados del siglo XX y consolidado mediante discursos de “guerra contra las drogas”, estrategias de militarización y criminalización del consumo. Diversos estudios han señalado que dicho modelo no solo ha mostrado escasa eficacia para reducir los consumos, sino que ha producido efectos adversos en términos de incremento de la violencia, vulneración de derechos humanos y profundización de desigualdades sociales, políticas y económicas (CELS, 2015). En este marco, los sistemas de salud se han visto tensionados por la expansión de consumos problemáticos en contextos de gran vulnerabilidad social, sin contar con respuestas institucionales adecuadas.

¹ Lic. En Psicología, MP: 14230, ignacio.puigdomenech@unc.edu.ar

En Argentina, las políticas estatales en torno a los consumos de sustancias han estado signadas por la persistencia de lo que Corda, Galante y Rossi (2014) denominan una “matriz prohibicionista-abstencionista”, sostenida por discursos higienistas, de defensa social y de seguridad. Este enfoque ha privilegiado respuestas de carácter penal, produciendo procesos de criminalización y estigmatización de las personas que usan drogas, configurándolas como peligrosas, enfermas o incapaces, y generando, a su vez, barreras de acceso a los servicios de salud (CELS, 2015). Desde esta lógica, el consumo se construye como un problema centrado en el objeto-droga, promoviendo estrategias basadas en la abstinencia y el control, en detrimento de abordajes integrales orientados a los sujetos (Cagide, 2020).

A partir de comienzos del siglo XXI, y especialmente con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 y la Ley N.º 26.934 que crea el Plan Integral de Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP), se advierte en Argentina un proceso de reconfiguración normativa e institucional que incorpora un enfoque de derechos humanos. Este marco legal propone comprender los consumos problemáticos como parte de las políticas de salud mental, reconociendo a las personas usuarias como sujetos de derecho y promoviendo estrategias de prevención, cuidado y reducción de riesgos y daños. Distintos autores señalan que este giro no implicó un reemplazo lineal del paradigma prohibicionista, sino la coexistencia —no exenta de tensiones— de modelos punitivos y enfoques centrados en la vulnerabilidad social, con vaivenes asociados a las orientaciones políticas de los distintos gobiernos (Cagide, 2020).

Así como estas alternativas se ven reflejadas en leyes, normativas, cambios institucionales, como los que se retomaron, se comprende siguiendo a Capriati y Camarotti (2018) que las nuevas formas de abordaje se están gestando, no son uniformes y son experiencias llevadas adelante por, organizaciones sociales, comunitarias, servicios de salud, etc; que “están dando lugar a nuevos paradigmas, asentados en la prevención y cuidado de la salud, el respeto a los derechos humanos, a partir de un abordaje integral y de base comunitaria.” (-Capriati y Camarotti, 2018, p. 6).

En este contexto, resulta central considerar que la accesibilidad a los servicios de salud no se define únicamente por su existencia formal o por su inscripción normativa, sino que se construye relacionalmente en el encuentro entre los sujetos y los servicios. Desde esta perspectiva, las barreras administrativas y simbólicas vinculadas a la organización institucional y a las representaciones sociales de los equipos de salud adquieren un papel clave en la posibilidad efectiva de acceso a la atención (Comes et al., 2007; Comes & Stolkiner, 2005). Diversos estudios han mostrado que las concepciones de los profesionales sobre los consumos y las personas usuarias inciden directamente en las modalidades de abordaje, en la producción de estigmas y en la configuración de prácticas que pueden funcionar como facilitadores o como obstáculos para la atención (Ressia & Sánchez, 2015; Duffy & de Lellis, 2014).

En la ciudad de Córdoba, en los últimos años, ha cobrado especial relevancia un fenómeno local conocido popularmente como “pipazo”, asociado al consumo fumado de derivados de la cocaína en contextos de extrema vulnerabilidad social. Este consumo se caracteriza por su efecto intenso y de corta duración, lo que favorece dinámicas de uso compulsivo y produce graves consecuencias en la salud física y psíquica de las personas usuarias, así como un fuerte impacto en los vínculos comunitarios.

En los consumidores crónicos de paco se ha observado pérdida de peso, palidez, taquicardia, insomnio, verborrea, midriasis, náuseas y/o vómitos, sequedad de la boca, temblor, hipertensión arterial, falta de coordinación, dolor de cabeza, mareos, prurito y deterioro dental; también están presentes indicadores de daño orgánico cerebral. Además, muchas veces la adicción

o el consumo problemático de paco está asociado a otras patologías tales como tuberculosis, VIH, sífilis y hepatitis, entre otras. (...) Entre los principales órganos afectados por el consumo de paco podemos destacar los siguientes: sistema nervioso central, sistema cardiovascular y sistema respiratorio (Cofreces et al., 2022, p. 9)

Pese a la visibilidad mediática y a la creciente preocupación social e institucional en torno al pipazo, se registran escasos antecedentes de investigación que aborden esta problemática en el contexto local, particularmente desde la perspectiva de las concepciones de los profesionales y referentes organizacionales que intervienen en su abordaje. En este sentido, se parte del supuesto de que dichas concepciones no sólo orientan las prácticas profesionales cotidianas, sino que también influyen en el diseño de estrategias institucionales y con efectos directos sobre la accesibilidad a los servicios de salud mental.

A partir de lo expuesto, la presente investigación se propuso indagar cuáles son las concepciones que los profesionales de la salud y referentes organizacionales vinculados al campo de los consumos problemáticos construyen en torno al fenómeno del pipazo y a las personas que lo consumen, así como las modalidades de abordaje y estrategias institucionales que se despliegan en la ciudad de Córdoba.

METODOLOGÍA

Se trabajó con una perspectiva cualitativa de investigación, inscripta en el paradigma interpretativo comprensivo desde una posición reflexiva sobre las dimensiones que se analizaron y particularmente situada en el contexto de realización (Vasilachis, 2007). Desde este enfoque, el estudio se orientó a recuperar las voces de profesionales y referentes de organizaciones que abordan los consumos problemáticos en la ciudad de Córdoba, para darle relevancia a la perspectiva, visión, sentidos, significados por parte de los participantes, en el marco de la experiencia de la cual son parte.

Durante el desarrollo del trabajo de campo se presentaron dificultades para el acceso a algunos de los actores previstos en el diseño metodológico inicial, particularmente a funcionarios vinculados al abordaje institucional de los consumos problemáticos. Estas dificultades se asociaron al cese temporal del funcionamiento normal del Consejo Municipal de Políticas Integrales para la Prevención del Consumo Problemático de Drogas (COPIPED), espacio que había sido identificado inicialmente como vía principal de acceso a dichos actores.

En este contexto, el proceso de investigación implicó la realización de ajustes en el diseño metodológico, propios de un enfoque cualitativo y situado. Ante las limitaciones mencionadas, se decidió redefinir la estrategia de selección de participantes, priorizando la realización de entrevistas a profesionales y referentes de organizaciones sociales con participación en los encuentros que sí pudieron llevarse a cabo, y con quienes fue posible establecer contacto durante el período de trabajo de campo.

Este ajuste permitió sostener los objetivos planteados inicialmente, en tanto estos actores cuentan con una inserción directa en el campo del abordaje de los consumos problemáticos en el contexto local, y aportan perspectivas relevantes sobre las modalidades de intervención y las estrategias institucionales que desarrollan. En este sentido, la reformulación metodológica no implicó una modificación de los objetivos de la investigación, sino una adecuación del diseño a las condiciones del campo, en el marco de una perspectiva situada del fenómeno.

A partir de criterios de diversificación, para poder obtener una variedad de perspectivas, se exploró en distintas organizaciones del territorio que abordan el consumo problemático

de sustancias. Una de ellas es una organización social con estructura de cooperativa, otra una Asociación Civil sin fines de lucro y por último una organización barrial dependiente de una organización religiosa. La selección de las participantes se realizó mediante un muestreo intencional-teórico (Valles, 1999), buscando la mayor diversidad de actores posibles de cada organización, teniendo en cuenta referencia institucional, profesión, tiempo de inserción, etc. Finalmente teniendo en cuentas las condiciones de posibilidad y disponibilidad de los actores, y bajo el criterio de saturación por reincidencia de informaciones, se llevaron a cabo ocho entrevistas, cuatro en la organización social (referente institucional, psicóloga, trabajadora social y AT), dos en la Asociación Civil sin fines de lucro (referente institucional/trabajadora social y psicóloga) y dos en la organización religiosa (referente institucional y psicóloga).

En todos los casos, se garantizó la participación voluntaria de los entrevistados mediante la presentación y firma de un consentimiento informado, y se resguardó el anonimato y la confidencialidad de las participantes a través del uso de seudónimos y la omisión de datos que pudieran permitir su identificación.

Para la realización del análisis se trabajó desde la Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967), una metodología que permite desarrollar teoría a partir de la recolección de información sistemática y su análisis. Dicha estrategia de análisis permite la reconstrucción de significados y categorías a partir de los contenidos emergentes de los datos en el interjuego de estos con la teoría de partida. Se llevó a cabo un análisis cualitativo de los datos, mediante el cual se buscó ordenar, clasificar y darle significado a la información obtenida en las entrevistas. Luego, se llevó a cabo una etapa de codificación abierta, en dónde se buscó apreciar puntos de contrastes y similitudes.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Barato y de mala calidad. La accesibilidad a a las sustancias como fenómeno de la pobreza

En primer lugar, se desprende de las entrevistas realizadas, una concepción compartida del pipazo como un fenómeno social complejo, que excede la idea de sustancia o consumo aislado. Los entrevistados acuerdan en que hay un aumento creciente del consumo de pipazo “Sí, totalmente. Es como un fenómeno bastante acuciante en este último tiempo(...) de los pibes que entrevistamos este último tiempo, la mayoría”(Psicóloga, ACSFL)² “(...) eso es de hace muchos años digo (en referencia al consumo en general), pero sí en creciente aumento en consumo de pipazo” (Psicóloga, OCC). Precisamente la referente de la organización religiosa marca la pandemia como un momento de inflexión desde el cual el fenómeno se expandió, “La verdad que lamentablemente y llamativamente post pandemia el incremento del pipazo fue impresionante en Córdoba y en nuestros barrios también.”(Referente institucional, ACSFL)

En este sentido, el pipazo es interpretado como parte de procesos de exclusión social, precarización y ruptura de lazos, como un fenómeno de la pobreza, más que como el origen de las problemáticas que atraviesan las personas usuarias. Asimismo, es caracterizado como un consumo estrechamente ligado a condiciones de crisis socioeconómica, dando cuenta de que emerge en contextos donde otras alternativas vitales ya se encuentran erosionadas. En las entrevistas se resalta su bajo costo y su accesibilidad como factores que explican su expansión en determinados territorios. En esta línea, referentes de organizaciones comunitarias subrayan que su aparición se intensifica en momentos de deterioro de las condiciones de vida.

² A partir de aquí se utilizará en las citas las siguientes abreviaciones ACSFL (Asociación Civil sin fines de lucro), OCC(Organización comunitaria con estructura de cooperativa) y CBOR (Centro barrial de Organización religiosa)

“Creemos también que lo que está sucediendo hoy en día es síntoma del arrasamiento de la pobreza y de la indigencia, ¿no? Como la precarización de las sustancias que se consumen y por ende en la llegada o el aumento más rápido a una vida también rota, precarizada. (Psicóloga, OCC)

Candil y Macías (2022) recuperan diversos autores realizando una breve historización sobre los momentos y los consumos en Argentina, donde plantean que con la agudización del neoliberalismo se diferenció el acceso a las drogas dependiendo de las clases sociales a las cuales se pertenece, en las clases altas se expandieron las drogas sintéticas, mientras que en las clases empobrecidas aumentó el consumo de drogas baratas y de mala calidad como la pasta base, el paco y el pegamento. La expansión de la venta de drogas y, por lo tanto, de su consumo en barrios vulnerables -en particular en villas y asentamientos- se asocia con las pocas posibilidades de trabajo, así como también la falta de acceso a derechos básicos que debería garantizar el estado (Salvia, Bonfiglio & Rodríguez Espínola, 2015).

El sujeto está roto. La degradación de los vínculos y la salud integral

Las personas que consumen pipazo no son concebidas por las y los entrevistados desde una lógica individualizante o patologizante, sino como sujetos atravesados por múltiples rupturas previas. En los relatos se reiteran referencias a historias de violencia, institucionalizaciones tempranas, exclusión educativa y expulsiones reiteradas de distintos dispositivos. En este sentido, las personas consumidoras de pipazo son caracterizadas como personas que están atravesando una degradación generalizada en varias áreas de su vida, destacándose la ruptura de los lazos sociales, el deterioro cognitivo y de la salud física.

Otro aspecto central es la fuerte vinculación entre el consumo de pipazo y la situación de calle o el riesgo inminente de estarlo. Las entrevistas dan cuenta de una relación circular entre ambas dimensiones, en la que resulta difícil establecer causalidades lineales. Gran parte de los casos se vinculan a conflictos al interior de las familias a partir del consumo, donde muchas veces se producen robos al interior del hogar o a otros familiares para poder vender objetos y luego poder consumir. Muchos relatos dan cuenta de que estos casos agudizan las tensiones y decantan en expulsiones del hogar, lo cual profundiza la dificultad de abordarlo o encontrar una solución. Esta segregación aumenta la ruptura de los lazos sociales y, por lo tanto, de las redes de contención afectivas, fundamentales para que la calidad de vida no empeore y los procesos de recuperación sean posibles. Es decir, nos encontramos frente a rupturas de lazos generalizados, con las familias, las instituciones, la comunidad.

Sí, para mí hay dos cosas: las condiciones afectivas, ¿no? Que eso tiene que ver con o redes familiares o de amistad o de lo que fuere, algo, un afecto que te contenga, digamos, en el cotidiano. Sí. Eh... y por otro lado, sí, las condiciones de vida habitacionales, ¿no? Son pibes que o viven en la calle, los han echado de su casa, a su casa no pueden volver, han ido girando de institución en institución o de espacio en espacio, de casa de amigo en amigo y hoy en día eh... no sé, alquilar una casa es muy complejo, tiene que ver con esas dos condiciones, me parece más que nada. Habitacionales y vinculares. (Psicóloga, OCC)

Como un consumo que cambió por completo esa vida, como que eran vidas que previo a ese consumo tenían otro acceso a los derechos de trabajar, de tener una casa, de una vida libre de violencia, digo, como acceso a algunos derechos y a algunas condiciones de vida mejores y que a partir de ese consumo de pipazo se habían mudado a casas abandonadas o directamente vivían en la calle. (Psicóloga, ACSFL)

En este sentido, la calle aparece no sólo como un espacio físico, sino como un contexto que profundiza la desorganización subjetiva y el deterioro de los lazos sociales. En el caso de los consumidores de pipazo, se destaca este proceso como acelerado, los tiempos tienen otra vorágine, principalmente en relación al deterioro generalizado de la salud.

"(...) Porque es muy recurrente la situación de calle, obviamente, que no hay red que pueda sostener eso, no hay uno que no haya terminado en situación de calle. ¿Sí? En la situación de calle hay más agravamiento del deterioro físico y de todos los tipos porque se atraviesa con la violencia, porque se atraviesa con el consumo de la calle que es bien zarpado. Entonces, por un lado, todo eso que sabemos que... de nuevo, no quiere decir que en el consumo prolongado de cocaína no haya estado, pero esto es como acelerado".
(Referente institucional, CBOR)

Los consumos problemáticos y las adicciones se encuentran entre las causas que sostienen y propician la situación de calle, encontrándose entre las que tienen mayor relevancia y significatividad, esto reportado por las propias personas que se encuentran en esta situación. Las personas en situación de calle que usan drogas suelen presentar un mayor deterioro en sus condiciones de salud, con una prevalencia más elevada de enfermedades cardiovasculares e infecciosas como VIH y hepatitis. Estas problemáticas de salud tienden a profundizar las desigualdades y las situaciones de vulnerabilidad social, lo cual afecta de manera significativa el acceso a derechos y a la atención sanitaria (Di Iorio, 2019, 2023).

Asimismo, se identifica una degradación generalizada en términos de salud de las personas consumidoras, que marca a su cuerpo y su salud física con un nivel de deterioro muy alto. Personas que se encuentran con muy bajo peso, días sin comer, quemaduras en el cuerpo, falta de higiene y la presencia de otras enfermedades como tuberculosis pulmonar a causa del consumo. La psicóloga de la organización comunitaria comentaba "Hay una desconexión total con el registro del cuerpo, que para mí es muy distinto a los otros tipos de sustancias."; "Es como: no es mi cuerpo, entonces lo daño hasta que no de más." (Psicóloga, OCC). Esto sumado a un deterioro cognitivo y subjetivo asociado al consumo de pipazo, que es señalado como una de las principales características diferenciales respecto de otros consumos. Se refieren a dificultades en la memoria, la atención, el registro del riesgo y la posibilidad de sostener tratamientos o propuestas institucionales. A partir de los relatos de personas usuarias que en algún momento habían tenido problemas de consumo de pipazo, la psicóloga de la Asociación Civil manifestaba la sensación de "(...) estar perdida en tiempo, en espacio, en registro del cuerpo (Psicóloga ACSFL).

En un estudio sobre la pasta base de cocaína o paco, manifiestan que en los consumidores crónicos de paco se ha observado "pérdida de peso, palidez, taquicardia, insomnio, verborrea, midriasis, náuseas y/o vómitos, sequedad de la boca, temblor, hipertensión arterial, falta de coordinación, dolor de cabeza, mareos, prurito y deterioro dental; también están presentes indicadores de daño orgánico cerebral." (Cofreces et al., 2022, p. 9). Además, los autores afirman que muchas veces el consumo crónico se encuentra asociado a otras patologías -tal como destacan los entrevistados-, entre las que se destacan la tuberculosis, el VIH, la sífilis, la hepatitis, entre otras. Por último, puntúan la afectación en tres aspectos sobre el organismo: el sistema nervioso central, el sistema respiratorio y el sistema cardiovascular.

Esta característica expresada como diferencial respecto de otros consumos, es mencionado como un obstáculo significativo para la adherencia a los dispositivos existentes.

"Y para mí eh... no estoy segura, digamos, de que sea irreversible, pero sí el daño es integral y sobre todo lo que, para mí, lo que más se rompe (...) para mí hay un impacto ahí en lo cognitivo que es muy complejo de pensar cómo abordarlo, de pensar cómo trabajar, de ver qué herramientas pueden ser las adecuadas".(AT, OCC)

En suma, puede darse cuenta de que profesionales y referentes de las organizaciones entrevistadas conciben a las personas consumidoras de pipazo como personas con trayectorias vitales marcadas por las vulneraciones de derechos, y que se encuentran en un proceso de degradación de la salud integral generalizado y acelerado, además de que se encuentran expuestas a diversos riesgos y con poca noción de estos. También se percibe la concepción de que hay una dificultad en trabajar con dichos sujetos debido, principalmente, a los efectos del consumo en los aspectos cognitivos y vinculares.

En busca del enganche, lo vital. Modalidades de abordaje.

Del análisis de las entrevistas realizadas, se identifican diversas modalidades de abordaje e intervención frente al consumo problemático de pipazo que, si bien presentan particularidades según el tipo de organización, comparten una lógica común orientada a la contención cotidiana y al sostenimiento de la vida en contextos de extrema vulnerabilidad. Es importante destacar que de las entrevistas realizadas a la Asociación Civil sin fines de lucro emerge el pipazo no como motivo principal de consulta, sino como parte de la historia de vida. Aparece mayormente como antecedente biográfico y no como consumo activo al momento del ingreso al dispositivo, por lo tanto, en muchos casos la intervención está vinculada al trabajo clínico en relación a eso que sucedió y no a una problemática actual.

"Aparece más como parte de la historia de vida de los usuarios, pero difícilmente aparece como el principal consumo" (Psicóloga, ACSFL).

"Yo no conozco ningún consumo de pipazo acá que sea alguien que tenga posibilidad de un contexto más acompañado, que esté viviendo en su casa, que tenga inserción en el colegio o en espacios deportivos o que tenga una red de acompañamiento. Para mí eso es diferencial en el consumo de pipazo". (Referente institucional, ACSFL)

Una de las modalidades centrales que emerge de la organización comunitaria y de la organización religiosa es el abordaje comunitario caracterizado por la no exigencia de la abstinencia como condición para el ingreso o la permanencia en los dispositivos. Desde esta perspectiva, las personas son reconocidas como sujetos de derecho y el eje de la intervención se desplaza desde la sustancia hacia la construcción de condiciones mínimas de cuidado. Este abordaje se expresa en la generación de espacios de convivencia que funcionan como organizadores cotidianos (como el acceso a comida, higiene y escucha) y que permiten algún nivel de anclaje institucional incluso en situaciones de consumo activo. En las entrevistas, esta modalidad aparece como una respuesta posible frente a las dificultades de adherencia, particularmente marcadas en los consumos de pipazo, donde se señalan niveles significativos de deterioro cognitivo y pérdida de registro.

"O sea, primero se inicia como una estrategia de reducción de riesgo, que empiece a recuperar el aspecto básico de su vida, como la higiene, la alimentación. Después la cuestión básica vincular que tiene que ver con empezar a recuperar los vínculos con su pares y sus referentes afectivos, o sea, su familia, un amigo, y empezar a construir estrategia de organización ante este consumo".

"Eso como primero, ¿no? Que pueda sostener el tratamiento. No abordemos de una el consumo porque, bueno, hemos visto con la experiencia que no tiene sentido, terminás ahuyentando porque se frustra la persona, porque está como muy en la compulsión y para sacarle eso, que es lo único que tiene, lo único que le da placer en la vida es el consumo". (Referente institucional, OCC)

"¿Y qué sería un abordaje para el que está recién llegado? Ir a un lugar donde me puedo ir a bañar, donde me van a dar un plato de comida, donde me van a recibir bien, donde me voy a sentar a ver un programa de tele. Para nosotros todo eso tiene que ver con empezar el proceso para que se entienda que no era tan difícil y que lo que se va a ofrecer no es tan extraño, no es la internación de un lugar exótico, de algo que no sé qué me va a pasar. Intentar que sea un lugar amigable". (Referente institucional, CBOR)

De manera transversal, se identifican intervenciones orientadas a la satisfacción de necesidades básicas como parte constitutiva del abordaje. El acceso a alimentación, higiene, abrigo y descanso aparece en los relatos no como una respuesta asistencial aislada, sino como una condición previa e indispensable para cualquier intervención en salud mental y consumos. En contextos de consumo de pipazo y situación de calle, las entrevistas muestran que intentar abordar el consumo sin atender estas dimensiones resulta insuficiente o directamente inviable.

Estas intervenciones se inscriben en paradigmas de reducción de riesgos y daños que se plantea como un enfoque que busca garantizar el acceso al sistema de salud, reconociendo a las personas que usan drogas como sujetos de derechos, con capacidad para desarrollar prácticas de cuidado y modificar conductas de riesgo. Este enfoque promueve la participación activa de las personas usuarias en el diseño e implementación de las intervenciones, prioriza el trabajo territorial y el vínculo con sus redes sociales y familiares, y desplaza el foco desde la sustancia hacia la persona y su contexto. Asimismo, se distancia de las miradas prohibicionistas y abstencionistas, al considerar que condiciones estructurales como la pobreza, la criminalización y la discriminación inciden de manera central en las prácticas de consumo y en el acceso a derechos (Rossi, 2016).

De manera estrechamente relacionada, se destaca la centralidad del vínculo como estrategia de intervención. Las prácticas de acompañamiento se sostienen a partir de la construcción progresiva de vínculos que no responden a tiempos institucionales rígidos ni a trayectorias lineales. Por el contrario, las organizaciones describen recorridos intermitentes, con entradas y salidas de los dispositivos, donde la continuidad del lazo se valora aun cuando la participación se ve interrumpida. En este sentido, el vínculo no solo constituye una modalidad de abordaje en sí misma, sino también una condición de posibilidad para cualquier otra intervención, especialmente en trayectorias atravesadas por múltiples expulsiones de los sistemas familiar, educativo, laboral y de salud.

"De "che el terapeuta que me acompaña, que empieza estrategias conmigo, que está ahí en el cuerpo a cuerpo, bueno, es también el que me ayude en esto, conseguir un pastillero, limpiar algo, generar condiciones en mi casa mejores, participó conmigo en un taller, jugamos un juego..." "Bueno, creo que también eso genera un tipo de confianza, de vínculo sano, de vínculo emocional, que para mí viene a suplir un poco esto que te hablaba al principio de la rotura del vínculo afectivo que no tienen en su vida cotidiana" (Psicóloga, OCC).

Jones y Cunial (2020) señalan que indagar la dimensión afectiva en las intervenciones supone ampliar la noción de tratamiento más allá de los enfoques clínicos tradicionales. El compromiso afectivo puesto en juego en el cuidado de la salud no es concebido por los actores involucrados como contradictorio con la experticia y la competencia terapéutica

profesional. Por el contrario, médicos/as, psicólogos/as y operadores socioterapéuticos desarrollan un trabajo emocional entendido como una acción intencional orientada a incidir sobre las emociones de personas con padecimientos crónicos, como quienes viven con VIH o presentan consumos problemáticos de sustancias. Estas intervenciones buscan promover la adherencia a los tratamientos a partir de una comprensión empática de las trayectorias y experiencias de las personas, así como mediante la construcción de expectativas de futuro más alentadoras.

En este marco, el establecimiento de un vínculo emocional aparece como un componente clave para sostener la continuidad terapéutica. De modo concordante, en los dispositivos de atención a las adicciones relevados, la dimensión afectiva ocupa un lugar central, complementando el saber técnico-profesional a través de la construcción de vínculos que habilitan la empatía y, en algunos casos, la expresión corporal del acompañamiento.

Otra tipo de intervención relevante que emerge es el acompañamiento territorial y cotidiano. Las entrevistas dan cuenta de intervenciones que exceden el espacio físico del dispositivo y se despliegan en el territorio, incluyendo acompañamientos a instituciones de salud, gestiones administrativas y presencia frente a situaciones críticas. Estas prácticas se caracterizan por su flexibilidad y por una fuerte impronta artesanal, basada en la inserción en el barrio y el seguimiento de las trayectorias singulares de las personas. Asimismo, las organizaciones señalan la articulación en red como una modalidad clave de abordaje, particularmente a través del trabajo conjunto con hospitales generales, servicios de salud y otras organizaciones del territorio.

"Esta red surge del Hospital Misericordia, del servicio de medicina familiar forman parte varios servicios, el servicio social, el servicio de salud mental y surge con esta intención de ver cómo acompañar y qué se puede hacer para contener o para dar respuesta de alguna manera a casos que llegaban al Misericordia relacionados al consumo y al consumo de pipazo". (AT, OCC)

Estas redes no surgen como resultado de políticas públicas planificadas, sino como construcciones de redes necesarias frente a la dificultad aparejada de la problemática..

Finalmente, emerge con fuerza el reconocimiento de los límites del abordaje institucional. Las organizaciones expresan la falta de herramientas específicas para el abordaje del consumo de pipazo, la imposibilidad de realizar intervenciones integrales en soledad y el desgaste de los equipos frente a la magnitud de la problemática. Este reconocimiento no se presenta como un fracaso, sino como una lectura crítica de las condiciones estructurales en las que se inscriben las intervenciones y como una demanda de políticas públicas integrales que acompañen y fortalezcan el trabajo comunitario.

"Eh, a nosotros se nos quemó un poco los papeles, se nos quemaron los papeles porque son casos muy complejos de abordar. Eh... y si bien tenemos una trayectoria y experiencia en acompañamientos relacionados al consumo y al policonsumo sobre todo, a mí me parece que deberíamos de rever el abordaje con lo que tiene que ver con el pipazo porque me parece que no está a nuestro alcance". (AT, OCC)

En conjunto, las modalidades de abordaje e intervención que emergen de las entrevistas se caracterizan por su carácter comunitario, vincular y territorial, y por una orientación centrada en la restitución de lazos, el acompañamiento y la garantía de condiciones mínimas de existencia. Estas prácticas desplazan el foco exclusivo de la sustancia y permiten comprender el consumo de pipazo como un fenómeno complejo, estrechamente vinculado a procesos de exclusión social y vulneración de derechos.

Entre los principales obstáculos identificados, se destaca la estigmatización social asociada al consumo de pipazo, así como los procesos de auto-estigmatización que afectan a las personas usuarias.

"El concepto de pipero está mucho en el barrio, eso es increíble cómo desde el estigma, cómo ya vas a definir el sujeto en la sustancia ¿no? Sos pipero" (Trabajadora Social, OCC).

Estas representaciones negativas operan como barreras para el acceso y la permanencia en los dispositivos de salud y acompañamiento. Por otra parte, las entrevistas evidencian una fuerte fragmentación institucional y la falta de políticas públicas integrales y sostenidas en el tiempo, lo que dificulta la continuidad de los acompañamientos y tensiona el trabajo comunitario. Las respuestas estatales son caracterizadas mayoritariamente como insuficientes, discontinuas o de carácter punitivo.

CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación permiten dar cuenta de que el consumo de pipazo en la ciudad de Córdoba es comprendido por los y las profesionales y referentes entrevistados/as como un fenómeno social complejo, inseparable de las condiciones estructurales de pobreza, exclusión y vulneración de derechos que atraviesan las trayectorias de las personas usuarias. Lejos de concebirse como un problema individual o meramente asociado a la sustancia, el pipazo aparece inscripto en historias de vida marcadas por rupturas vinculares tempranas, violencias múltiples, expulsiones institucionales y un progresivo deterioro de las condiciones materiales y simbólicas de existencia.

En este marco, las concepciones sobre las personas que consumen pipazo resultan centrales para comprender las modalidades de abordaje desplegadas. Las y los entrevistados/as las reconocen como titulares de derechos, atravesadas por una degradación acelerada de la salud física, psíquica y vincular, con escaso registro del riesgo y grandes dificultades para sostener tratamientos tradicionales.

Las modalidades de intervención relevadas se inscriben mayoritariamente en enfoques de reducción de riesgos y daños, y se caracterizan por su impronta comunitaria, territorial y vincular. El abordaje del consumo se articula con la satisfacción de necesidades básicas (alimentación, higiene, etc) entendidas como condiciones indispensables para cualquier proceso de cuidado y acompañamiento. Asimismo, la centralidad del vínculo emerge como una estrategia transversal, en tanto posibilita sostener la continuidad de los lazos aún en trayectorias marcadas por la intermitencia, la expulsión y el rechazo institucional. En este sentido, el trabajo afectivo y el compromiso cotidiano de los equipos se constituyen como elementos clave para la accesibilidad efectiva a los dispositivos.

A pesar de esto, el estudio también pone en evidencia los límites y tensiones de estos abordajes. Las organizaciones comunitarias asumen gran parte de la responsabilidad del acompañamiento en contextos de extrema vulnerabilidad, muchas veces sin recursos suficientes, con escaso respaldo estatal y frente a una fuerte fragmentación institucional. La ausencia de políticas públicas integrales y sostenidas en el tiempo, así como la persistencia de respuestas punitivas o discontinuas, restringen la posibilidad de construir intervenciones articuladas que aborden de manera integral la complejidad del fenómeno. A ello se suma el peso del estigma social asociado al consumo de pipazo, que opera tanto en el entorno comunitario como en los propios dispositivos de atención, reforzando procesos de exclusión y estigmatización.

Entre las limitaciones del estudio, se destaca la imposibilidad de acceder a funcionarios estatales vinculados a la gestión de políticas públicas en consumos problemáticos, lo que impidió profundizar en el análisis de las concepciones y estrategias desde las esferas de gestión de la política pública. Sin embargo, las voces recuperadas de profesionales y referentes comunitarios aportan un conocimiento valioso sobre las prácticas de intervención existentes en los territorios. Como líneas futuras de trabajo, resulta deseable incorporar las voces de las personas consumidoras de pipazo.

Como desafío pendiente, se señala la necesidad de fortalecer políticas públicas intersectoriales que aborden el consumo de pipazo como problemática frente a los riesgos inminentes que dicha problemática trae aparejada. El alto nivel de degradación generalizada de las vidas de las personas apremia respuestas que restituyan aspectos básicos de la salud, tanto física como mental. Resulta imprescindible avanzar hacia estrategias amplíen la accesibilidad a los servicios de salud mental y consoliden abordajes integrales, flexibles y territorializados, orientados a la restitución de derechos y a la reconstrucción de lazos sociales en contextos de alta vulnerabilidad, fortaleciendo fuertemente el trabajo que las organizaciones realizan en los territorios.

REFERENCIAS

- Cagide, M. R. (2020). Nuevas estrategias para viejos sujetos: aportes para analizar el vínculo entre vulnerabilidad social e intervención estatal en consumo de drogas (Argentina, 2013-2019) [Trabajo Integrador Final, Facultad de Ciencias Sociales-UBA]. Archivo digital. <http://repositorio.sociales.uba.ar/items/show/2320>.
- Camarotti, A. y Capriati, A. (2018) El día que se acabó la guerra contra las drogas. Revista Bordes, Universidad Nacional de José C. Paz. Candil, A., & Macías, C. (2022). *Consumos problemáticos de drogas de mala calidad: Aportes a los procesos de intervención del Trabajo Social*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.
- CELS. (2015). El impacto de las políticas de drogas en los derechos humanos. La experiencia del continente americano. CELS.
- Cofreces, P., Azzato, F., Castilla Lozano, M. R., & Milei, J. (2022). *Pasta base de cocaína (paco): Estado de situación desde un enfoque global*. Revista de la Asociación Médica Argentina, 135, 7–16. Asociación Médica Argentina
- Comes, Y. & Stolkiner, A. (2005). “Si pudiera pagaría”: Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. Anuario de Investigaciones, 12, 137-143.
- Cordeiro, A., Galante, A. y Rossi, D. (2014). Personas que usan estupefacientes en Argentina. Una matriz «prohibicionista-abstencionista». En C. PÉREZ CORREA y C. YOUNGERS (Eds.), En busca de los derechos: usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina (pp. 37-50). CIDE.
- Di Iorio, J. (2019). *Situación de calle-espacio público-uso de drogas: Una aproximación al problema*. Intercambios Asociación Civil
- Di Iorio, J. (2023). *Intersecciones entre salud mental y situación de calle: una aproximación desde la perspectiva de derechos humanos*. Cuestión Urbana, 13, 66–73. Universidad Nacional de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Centro de Estudios de Ciudad.
- Duffy, D., & de Lellis, M. (2014). Concepciones de los profesionales del sistema de salud sobre el consumo de alcohol. Anuario de Investigaciones, XXI, 207-2015.

- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies of qualitative research*. New York: Aldine.
- Jones, D., & Cunial, S. L. (2020). *Los vínculos afectivos en la adherencia a tratamientos por VIH y por consumos problemáticos de drogas (Argentina, 2014–2016). Cuadernos de Saúde Pública*,
- Ressia, I. D. V y Sanchez, M. D. L. A. (2015). Una aproximación a las concepciones de salud mental en profesionales de la salud en la ciudad de San Luis. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología–Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires
- Salvia, A., Bonfiglio, J., & Rodríguez Espínola, S. (2015). *Aumento del tráfico de drogas en los barrios, problemas de adicciones severas en las familias y poblaciones en riesgo. Barómetro del Narcotráfico y las Adicciones en la Argentina: Serie del Bicentenario (2010-2016), Informe n.º 1* (Documento de trabajo / Informe técnico). Acta Académica. <https://www.aacademica.org/agustin.salvia/330>
- Vasilachis, I. (2007) *Estrategias de investigación cualitativa* (coord.). Buenos Aires: Gedisa.

Fuentes normativas:

- Ley Nro. 26934. “Ley Plan Integral de Abordaje de los Consumos Problemáticos” (Plan IACOP). Boletín Oficial de la República Argentina, 29 de mayo de 2014. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=230505>
- Ley Nro. 26657. “Ley Nacional de Salud Mental”. Boletín Oficial de la República Argentina, 3 de diciembre de 2010. Recuperado de: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175_977/norma.htm

EXPERIENCIAS INSTITUCIONALES Y COMUNITARIAS

Saberes organizacionales y comunitarios en comedores de la ciudad de Córdoba

Agustina Ravalli Yenaropulos¹

Resumen: La asistencia alimentaria en Argentina ha adquirido una creciente centralidad en contextos de aumento de la pobreza, precarización laboral y reconfiguración de las políticas sociales. En este escenario, los comedores comunitarios se consolidan como espacios territoriales que garantizan el acceso a alimentos y sostienen redes de cuidado en los sectores populares urbanos. Este artículo analiza los saberes organizacionales y comunitarios que intervienen en las prácticas de asistencia alimentaria en comedores comunitarios de la ciudad de Córdoba, con el objetivo de comprender cómo estos conocimientos contribuyen a la sostenibilidad de dichas iniciativas. La investigación adopta un enfoque cualitativo basado en trabajo de campo realizado entre 2024 y 2025, que incluyó cuestionarios semiestructurados aplicados a 13 comedores comunitarios, entrevistas en profundidad a referentes territoriales de cuatro espacios, observación participante en un comedor de la ciudad y análisis documental de políticas públicas vinculadas a programas de asistencia alimentaria. Los resultados permiten identificar cuatro dimensiones de saberes: comunitario-territoriales, organizacionales, político-institucionales y de cuidado y reproducción de la vida. Asimismo, el análisis sugiere que estos saberes no emergen como consecuencia de las políticas públicas estatales, sino que se apoyan en experiencias preexistentes construidas en los territorios. En conjunto, los hallazgos contribuyen a los debates sobre economía popular, organización comunitaria y políticas sociales al mostrar cómo los saberes territoriales operan como infraestructuras organizativas que permiten sostener la reproducción cotidiana de la vida en contextos de vulnerabilidad social.

Palabras clave: economía popular; comedores comunitarios; asistencia alimentaria; trabajo de cuidado; políticas públicas.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la problemática del acceso a la alimentación ha adquirido una centralidad creciente en el debate público argentino, en un contexto marcado por el aumento de la pobreza, la precarización laboral y la retracción de diversas políticas de asistencia social. En la ciudad de Córdoba, un relevamiento realizado por la Municipalidad identificó un total de 1.833 espacios comunitarios que brindan asistencia alimentaria a 153.654 personas (Cuellar, 2025). Al mismo tiempo, distintos informes periodísticos y relevamientos sociales advierten una disminución de donaciones privadas y una reducción significativa en los programas de asistencia alimentaria. En particular, en 2024, el presupuesto nacional destinado a comedores comunitarios se redujo un 65% en términos reales, alcanzando su nivel más bajo desde 2016 (Marina, 2025).

¹ Lic. En Psicología, MP: 12979, agustinaravalli@unc.edu.ar

Estas dinámicas se inscriben en transformaciones estructurales del mundo del trabajo. Diversos autores han señalado que las reconfiguraciones del capitalismo contemporáneo han producido una creciente heterogeneización de las formas de empleo y la expansión de trayectorias laborales precarias e informales. En Argentina, estas tendencias se profundizaron durante y después de la pandemia de COVID-19. En el Gran Córdoba, por ejemplo, la informalidad laboral alcanzó el 55 % de la fuerza de trabajo durante el período de aislamiento social (Ciuffolini *et al.*, 2020). En este escenario, amplios sectores de la población sostienen su subsistencia a través de una economía familiar, comunitaria y territorial que se desarrolla por fuera de la relación salarial tradicional.

En este contexto, los comedores comunitarios constituyen organizaciones territoriales que dan respuesta a necesidades alimentarias y sociales en barrios populares. Más allá de su función alimentaria, estos espacios funcionan como ámbitos de sociabilidad y cuidado donde se articulan diversas formas de trabajo comunitario (Auyero & Servián, 2023). La mayor parte de estas iniciativas son sostenidas por mujeres que combinan tareas de cuidado doméstico, trabajo remunerado precario y trabajo comunitario en los espacios barriales, configurando lo que diversos estudios describen como una “triple jornada” de trabajo. Asimismo, en estos territorios se entrecruzan desigualdades vinculadas con clase social, género y origen migratorio que demandan un análisis interseccional.

Otras investigaciones han interpretado estas experiencias como parte del repertorio de prácticas de la economía popular y de las estrategias colectivas de sobrevivencia que emergen en contextos de exclusión social (Svampa, 2017; Coraggio, 2020). Desde esta perspectiva, los comedores comunitarios pueden comprenderse como fenómenos organizacionales territorializados que articulan redes sociales, prácticas comunitarias y vínculos políticos en el ámbito barrial. En estos espacios se movilizan saberes construidos en la experiencia cotidiana de trabajo, cuidado y organización colectiva, que permiten sostener prácticas de asistencia alimentaria incluso en contextos de recursos institucionales limitados.

Sin embargo, pese a la relevancia que los comedores comunitarios poseen en la provisión de asistencia alimentaria en contextos de crisis socioeconómica, aún resulta necesario profundizar el análisis de los saberes organizacionales y comunitarios que sostienen su funcionamiento cotidiano. Analizar estos conocimientos situados permite comprender cómo se organizan las prácticas de asistencia alimentaria, cómo se transmiten y articulan distintos repertorios de saberes en el territorio, y de qué manera contribuyen a la sostenibilidad de las estrategias colectivas de acción comunitaria.

A partir de estas consideraciones, el objetivo del estudio es analizar los saberes organizacionales y comunitarios que forman parte del repertorio de estrategias utilizadas en las tareas de asistencia alimentaria en comedores comunitarios de la ciudad de Córdoba, explorando su interacción y su contribución a la sostenibilidad de estas prácticas.

METODOLOGÍA

La investigación se desarrolló mediante un enfoque cualitativo orientado a comprender las prácticas organizativas y los saberes comunitarios que intervienen en las tareas de asistencia alimentaria en comedores comunitarios de la ciudad de Córdoba. Este enfoque resulta adecuado para el estudio de fenómenos sociales situados, permitiendo analizar experiencias concretas en su contexto territorial y temporal (Vasilachis de Gialdino, 2007). El estudio se inscribe en una perspectiva constructivista que entiende el conocimiento como un proceso de interacción entre quien investiga y la realidad social analizada (Ema López, 2009).

La unidad de análisis estuvo constituida por comedores comunitarios ubicados en barrios urbanos de la ciudad de Córdoba que brindan asistencia alimentaria gratuita a población de su entorno barrial. Se consideraron especialmente espacios con funcionamiento sostenido en los últimos años, con el fin de analizar prácticas organizativas consolidadas y experiencias acumuladas en la gestión de la asistencia alimentaria.

La estrategia de investigación combinó distintas técnicas de producción de información, con el objetivo de triangular fuentes y perspectivas analíticas.

En primer lugar, durante el año 2024, se aplicaron cuestionarios semiestructurados a referentes de trece comedores comunitarios de la ciudad de Córdoba. Estos instrumentos permitieron relevar información sobre la organización del trabajo cotidiano, las estrategias de asistencia alimentaria y los saberes movilizados en dichas prácticas.

En segundo lugar, durante el año 2025, se realizaron entrevistas semiestructuradas en profundidad a referentes de cuatro comedores comunitarios ubicados en los barrios Yapeyú, San Jorge, San Roque y Nuestro Hogar III. Estas entrevistas permitieron profundizar en las trayectorias organizativas, los procesos de transmisión de saberes y las estrategias desplegadas para sostener la asistencia alimentaria en contextos de recursos limitados.

La investigación incluyó también instancias de observación participante en uno de los comedores comunitarios, donde se realizaron registros de campo de carácter etnográfico sobre las prácticas cotidianas vinculadas a la preparación de alimentos, la organización del trabajo y las dinámicas de cuidado comunitario. Asimismo, se llevaron a cabo observaciones participantes en actividades comunitarias y eventos territoriales, como celebraciones del Día de las Infancias, que permitieron ampliar la comprensión de las dinámicas organizativas y de los vínculos comunitarios.

Además, se realizó un análisis documental orientado a relevar las políticas públicas e iniciativas de apoyo dirigidas a comedores comunitarios en la ciudad de Córdoba. Este análisis incluyó la revisión de información pública sobre programas sociales y fuentes periodísticas que permitieron reconstruir la cobertura, evolución y características de los dispositivos de asistencia alimentaria vigentes en el período 2024–2025.

El análisis de la información se realizó mediante un enfoque interpretativo, articulando los distintos materiales empíricos obtenidos en el trabajo de campo con la literatura especializada sobre economía popular, organización comunitaria y saberes socialmente productivos. A partir de este proceso analítico se construyó una tipología de saberes organizacionales y comunitarios que intervienen en las prácticas de asistencia alimentaria, presentada en los resultados de la investigación.

RESULTADOS

Las prácticas de asistencia alimentaria desarrolladas en comedores comunitarios se inscriben en un conjunto más amplio de estrategias de sobrevivencia que emergen en territorios urbanos populares. Desde esta perspectiva, la pobreza no se comprende únicamente como una condición de carencia material, sino como un campo de prácticas en el que individuos y colectivos despliegan esfuerzos para sostener y mejorar sus condiciones de vida. Estas estrategias combinan decisiones deliberadas, aprendizajes acumulados y respuestas prácticas frente a situaciones de incertidumbre construidas en la experiencia cotidiana (Auyero & Servián, 2023).

En las periferias urbanas latinoamericanas, estas estrategias suelen materializarse en diversas formas organizativas que articulan redes territoriales, prácticas comunitarias y

vínculos políticos. En este sentido, los movimientos y organizaciones territoriales han sido interpretados como formas de autogestión de redes de proximidad social y espacial orientadas a mejorar las condiciones de vida de la comunidad, situando al barrio como espacio privilegiado de organización colectiva (Svampa, 2017). Desde esta perspectiva, las organizaciones comunitarias no constituyen unidades aisladas, sino nodos dentro de tramas organizativas más amplias que articulan territorio, fenómenos organizacionales, comunitarios y políticos (San Emeterio, 2014).

En Argentina, los comedores comunitarios forman parte de estas estrategias territoriales y constituyen una de las respuestas más extendidas frente a situaciones de vulnerabilidad social. Su expansión se vincula con distintos momentos de crisis socioeconómica, como la hiperinflación de fines de los años ochenta y la crisis de 2001, así como con transformaciones en la organización social del cuidado asociadas a la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo y a la progresiva visibilización de las tareas de reproducción social como responsabilidades colectivas (Fournier, 2017).

Estas experiencias pueden comprenderse dentro del repertorio de la economía popular, entendida como el conjunto de actividades, valores y redes de cooperación que actores populares desarrollan para sostener la reproducción material y social de sus comunidades (Coraggio, 2020). En este marco, los comedores comunitarios constituyen espacios donde se movilizan saberes acumulados en experiencias de trabajo, organización y cuidado, configurando formas de acción colectiva que combinan dimensiones económicas, sociales y políticas. Desde una perspectiva epistemológica, estos conocimientos pueden interpretarse como saberes socialmente productivos, en tanto se generan en prácticas situadas y producen efectos materiales, organizativos y simbólicos en la vida colectiva (Marengo, 2022).

Al mismo tiempo, el funcionamiento de los comedores comunitarios se encuentra atravesado por el entramado institucional y de políticas públicas que enmarca su existencia. Las iniciativas estatales y no estatales destinadas a apoyar estos espacios constituyen un componente relevante del ecosistema organizacional en el que operan, al proveer recursos materiales, establecer condiciones de acceso y definir mecanismos de regulación y seguimiento. En América Latina, diversos estudios han señalado que las políticas sociales orientadas a la asistencia alimentaria y a la economía popular suelen implementarse en interacción con organizaciones territoriales, generando formas híbridas de gobernanza que combinan intervención estatal, mediación institucional y autogestión comunitaria (Hintze & Danani, 2011).

En Argentina, la expansión de programas sociales vinculados a la asistencia alimentaria y al sostenimiento de organizaciones territoriales ha sido significativa desde comienzos del siglo XXI, aunque su alcance ha variado según los contextos políticos y económicos (Svampa, 2017). En los últimos años, y especialmente a partir del cambio de ciclo político iniciado en 2023, diversos programas de transferencia y asistencia social han experimentado procesos de reducción, reconfiguración o discontinuidad, lo que ha impactado en las condiciones de funcionamiento de los comedores comunitarios y en las estrategias desplegadas por las organizaciones territoriales para sostener la asistencia alimentaria.

Con el objetivo de relevar las políticas públicas e iniciativas de apoyo dirigidas a comedores comunitarios en la ciudad de Córdoba, el trabajo de campo identificó los principales programas e instrumentos vigentes durante el período 2024–2025. Como se presenta en la Tabla 1, estos dispositivos incluyen transferencias monetarias, entrega de módulos alimentarios y programas de recuperación y redistribución de alimentos provenientes del circuito comercial, configurando el marco institucional de recursos dentro del cual se desarrollan las prácticas de asistencia alimentaria de las organizaciones comunitarias.

Tabla 1. Programas públicos e iniciativas no estatales dirigidas a comedores comunitarios en la ciudad de Córdoba (2024–2025)

Institución	Programa	Origen y objetivos del programa	Tipo de recurso asignado	Organizaciones alcanzadas	Frecuencia	Condiciones de acceso y seguimiento	Observaciones de implementación
Secretaría de Políticas Sociales y Desarrollo Humano (Municipalidad de Córdoba)	Tarjeta Activa	Programa municipal creado en 2021 en el contexto de la pandemia para fortalecer la economía comunitaria y facilitar el acceso a alimentos y otros insumos para organizaciones territoriales.	Transferencia monetaria mediante tarjeta (\$200.000 – \$250.000 mensuales).	1833 comedores geolocalizados en 2025 (pico de 2600 en 2024).	Mensual	Registro como simple asociación; declaración jurada de funcionamiento; visitas de control y geolocalización municipal.	Referentas territoriales señalan demoras en los pagos y dificultades para utilizar la tarjeta en comercios de cercanía.
Ministerio de Desarrollo Social y Promoción del Empleo (Provincia de Córdoba)	Asistencia económica a comedores comunitarios (<i>sin denominación oficial identificada</i>)	Programa provincial de apoyo económico a espacios comunitarios de asistencia alimentaria.	Transferencia monetaria (\$100.000 – \$200.000 mensuales).	Entre 270 y 428 organizaciones según registros periódicos (2024–2025).	Mensual	Requisito de simple asociación. No se registran mecanismos públicos sistemáticos de seguimiento.	Referentas territoriales informaron el cese del beneficio a partir de agosto de 2025.
Ministerio de Desarrollo Social y Promoción del Empleo (Provincia de Córdoba)	Módulos alimentarios para comedores comunitarios (<i>sin denominación oficial identificada</i>)	Programa provincial de distribución de alimentos básicos para organizaciones comunitarias.	Módulos con productos alimentarios básicos (aceite, harina, fideos, arroz, entre otros).	Entre 120 y 213 organizaciones según registros periódicos (2024–2025).	Mensual	Requisito de simple asociación. No se registran mecanismos públicos sistemáticos de seguimiento.	En 2025 se incorporó leche al módulo; referentas indican que su entrega no siempre es regular.

Banco de Alimentos Córdoba	—	Organización no gubernamental, fundada en 2002, que recupera alimentos fuera del circuito comercial para redistribuirlos a organizaciones sociales y promover alimentación saludable.	Módulos de alimentos recuperados.	Entre 542 y 566 organizaciones.	Mensual	Funcionamiento regular del comedor, condiciones sanitarias adecuadas y aceptación de auditorías institucionales.	En 2025 se registró una caída del 30 % en alimentos recuperados y listas de espera de hasta 100 organizaciones. Referentas señalan que en los últimos meses se han distribuido alimentos menos adecuados para la preparación de comidas.
Cáritas Argentina	Programa de Seguridad Alimentaria	Programa de asistencia alimentaria impulsado por Cáritas con apoyo de organismos internacionales para atender necesidades nutricionales de poblaciones vulnerables.	Módulos alimentarios y refuerzo de merienda.	Entre 130 y 187 organizaciones según fuentes periódicas (2025).	Eventual	Sin información pública.	Las fuentes disponibles señalan una reducción de la cobertura durante 2025.

Fuente: elaboración propia a partir de documentos institucionales, fuentes periodísticas y entrevistas realizadas durante el trabajo de campo (2024–2025). Las fuentes documentales e institucionales se utilizaron para reconstruir características y antecedentes de los programas (Municipalidad de Córdoba, 2021; Legislatura de la Provincia de Córdoba, 2025), mientras que las fuentes periodísticas permitieron relevar información sobre cobertura, evolución reciente y condiciones de implementación de los dispositivos de asistencia alimentaria (Cañas, 2024; Cuellar, 2025; Cadena 3, 2025).

El análisis de estas políticas permite observar que el sostenimiento de los comedores comunitarios depende de una combinación de apoyos estatales, iniciativas del tercer sector y estrategias de gestión desarrolladas por las propias organizaciones territoriales. En este sentido, el entramado de programas de asistencia no constituye un sistema homogéneo ni plenamente institucionalizado, sino un conjunto heterogéneo de dispositivos que interactúan con las capacidades organizativas de los actores locales.

El trabajo de campo permitió identificar, además, que el acceso efectivo a estos recursos requiere de conocimientos prácticos sobre el funcionamiento de las instituciones y de redes territoriales que faciliten la circulación de información. En numerosos casos, la información sobre programas, requisitos de acceso o modalidades de implementación no se encuentra disponible de manera sistemática en fuentes públicas, sino que circula principalmente a través de referentes comunitarios, funcionarios o redes organizativas territoriales.

Asimismo, tanto las fuentes periodísticas como las entrevistas realizadas coinciden en señalar una tendencia general de reducción en el alcance de las ayudas alimentarias y transferencias destinadas a comedores comunitarios durante el período analizado. Este proceso se expresa en disminuciones en la cobertura de algunos programas, demoras en los pagos o discontinuidad de ciertos dispositivos de asistencia. Un hallazgo relevante es que ninguno de los comedores consultados reportó recibir recursos provenientes de programas nacionales durante el período 2024–2025, lo que refuerza el peso relativo de las políticas provinciales, municipales y de iniciativas no estatales en el sostenimiento de la asistencia alimentaria en la ciudad de Córdoba.

En este contexto, las prácticas de asistencia alimentaria se sostienen a partir de la combinación entre los recursos disponibles y las capacidades organizativas desarrolladas por las propias organizaciones territoriales. A partir del trabajo de campo y del diálogo con la literatura especializada, la investigación identificó una tipología de saberes que intervienen en la gestión cotidiana de los comedores comunitarios de la ciudad de Córdoba.

Los saberes identificados se articulan en cuatro grandes dimensiones: saberes comunitario-territoriales, saberes organizacionales, saberes político-institucionales y saberes de cuidado y reproducción de la vida. Esta tipología permite examinar los procesos mediante los cuales estos saberes adquieren valor práctico en las tareas de asistencia alimentaria y de qué manera contribuyen a la construcción y sostenibilidad de estrategias colectivas de acción comunitaria.

Por un lado, los saberes comunitario-territoriales refieren a conocimientos construidos en la experiencia cotidiana del territorio que permiten interpretar el entorno social y organizar respuestas frente a necesidades locales. En primer lugar, el conocimiento territorial se expresa en la capacidad de identificar actores relevantes del barrio, reconocer familias en situaciones de mayor vulnerabilidad y priorizar la distribución de recursos de acuerdo con criterios situados. Este tipo de conocimiento se basa en redes de proximidad y capital social territorial que permiten a las organizaciones comunitarias movilizar recursos y coordinar acciones de manera flexible (Gavazzo & Nejamkis, 2021). En segundo lugar, la memoria barrial remite a saberes sedimentados en trayectorias organizativas previas, en los que se combinan experiencias personales de participación comunitaria con aprendizajes colectivos generados en crisis anteriores. Estas memorias funcionan como repertorios de acción que orientan las estrategias actuales de organización comunitaria (Magliano & Perissinotti, 2024). Finalmente, los saberes migrantes-experienciales incorporan prácticas y conocimientos provenientes de trayectorias migratorias que inciden en modos de alimentación, cultivo y organización doméstica, ampliando los repertorios culturales que sustentan la asistencia alimentaria. En contextos urbanos caracterizados por la diversidad cultural, estos saberes

contribuyen a fortalecer la cohesión comunitaria y a diversificar las estrategias alimentarias disponibles (Perissinotti, 2022).

Una segunda dimensión está constituida por los saberes organizacionales, entendidos como competencias colectivas que permiten sostener en el tiempo el funcionamiento de los comedores comunitarios. En este nivel se identifican, en primer lugar, las rutinas de trabajo y mecanismos de decisión que estructuran la organización cotidiana de tareas. Estas rutinas se caracterizan por modalidades cooperativas y flexibles de coordinación que permiten distribuir responsabilidades y resolver problemas operativos mediante acuerdos entre las integrantes del espacio comunitario. Este tipo de organización del trabajo se aproxima a lo que la sociología del trabajo ha identificado como saberes prácticos contruidos en la experiencia laboral y orientados a resolver situaciones no previstas por estructuras formales (Dejours, 2009). En segundo lugar, se observan saberes autogestivos, de resiliencia y creatividad organizativa, asociados a la capacidad de sostener el funcionamiento del comedor en contextos de recursos limitados mediante estrategias de adaptación y resolución práctica de problemas. Estas prácticas se vinculan con formas de organización propias de la economía social y solidaria, donde la continuidad de las iniciativas depende de la cooperación y del compromiso colectivo con la reproducción de la vida comunitaria (Coraggio, 2020). Finalmente, los saberes organizacionales también incluyen dimensiones de cultura, identidad y aprendizaje organizacional, vinculadas con la construcción de identidades colectivas basadas en valores de solidaridad, reciprocidad y ayuda mutua. Estas prácticas constituyen una cultura organizacional que orienta la acción y facilita la transmisión intergeneracional de saberes dentro de los espacios comunitarios (Schein & Schein, 2019).

Una tercera dimensión corresponde a los saberes político-institucionales, que refieren a las capacidades desarrolladas por las organizaciones para interactuar estratégicamente con actores estatales y otros actores institucionales. En este sentido, la gestión burocrática y la mediación estatal constituyen competencias centrales para acceder a programas públicos y gestionar recursos. Diversos estudios han mostrado que la implementación de políticas sociales implica procesos de mediación en los que actores territoriales interpretan normativas, negocian con funcionarios y adaptan procedimientos burocráticos a las condiciones locales (Perelmiter, 2016). Junto a estas capacidades de mediación institucional, el análisis también identificó prácticas de construcción política “desde abajo”, que incluyen estrategias de reclamo, visibilización y movilización orientadas a defender derechos y disputar recursos para la comunidad. Estas prácticas se inscriben en tradiciones de organización popular que reconocen a los actores territoriales como productores de conocimiento político y como protagonistas de procesos de acción colectiva (Natalucci & Llamosas, 2022). Asimismo, los comedores comunitarios desarrollan capacidades para articular redes territoriales con otras organizaciones sociales, iglesias o instituciones locales, lo que permite coordinar acciones y compartir recursos en el barrio. Estas redes constituyen infraestructuras sociales fundamentales para sostener iniciativas comunitarias en contextos de vulnerabilidad (Magliano & Perissinotti, 2024). Por último, se identifican prácticas de participación ciudadana y representación que se desarrollan en espacios institucionales como centros vecinales o mesas territoriales, lo que permite ampliar la visibilidad pública de los comedores y fortalecer su capacidad de incidencia (Natalucci & Llamosas, 2022).

Por último, la investigación identificó un conjunto de saberes vinculados al cuidado y la reproducción de la vida, que remiten a conocimientos históricamente asociados a la división sexual del trabajo y que adquieren una dimensión comunitaria en los comedores. En primer lugar, los saberes alimentarios y de reproducción material de la vida se expresan en la capacidad de planificar menús, administrar insumos y garantizar la producción de alimentos en contextos de escasez. Estas prácticas constituyen formas de trabajo reproductivo orientadas a

sostener materialmente la vida cotidiana de las comunidades (Esquivel, 2011; Ruiz Paz *et al.*, 2023). En segundo lugar, se identifican saberes de gestión colectiva del cuidado que permiten articular responsabilidades familiares y comunitarias, transformando tareas tradicionalmente domésticas en infraestructuras colectivas de cuidado. La literatura sobre economía del cuidado ha mostrado que estas prácticas comunitarias amplían el alcance del cuidado más allá del hogar, generando redes de apoyo que sostienen la reproducción social en contextos de vulnerabilidad (Esquivel, 2011). Finalmente, los comedores también articulan saberes sobre la contención social y cohesión comunitaria, donde se producen vínculos de acompañamiento y pertenencia que fortalecen la trama social del barrio (Gavazzo & Nejamkis, 2021).

En conjunto, las prácticas de asistencia alimentaria se sostienen a partir de la interacción dinámica entre distintos tipos de saberes. Los saberes comunitario-territoriales permiten identificar necesidades y recursos locales; los saberes organizacionales estructuran el funcionamiento cotidiano de los espacios comunitarios; los saberes político-institucionales facilitan el acceso a recursos y la articulación con actores externos; y los saberes de cuidado sostienen material y afectivamente la reproducción de la vida comunitaria. Esta interacción evidencia un proceso de articulación entre saberes que configuran el repertorio de prácticas que sostienen la asistencia alimentaria en los comedores comunitarios analizados.

Para cerrar, el trabajo de campo evidenció que las tareas vinculadas a la organización cotidiana del comedor, la preparación de alimentos y la gestión de vínculos comunitarios son realizadas por mujeres. Este rasgo coincide con lo señalado por estudios sobre economía del cuidado y reproducción social, que muestran cómo las iniciativas comunitarias de asistencia alimentaria se apoyan en saberes y prácticas históricamente asociados a la división sexual del trabajo. En este sentido, las prácticas de cuidado que sostienen los comedores comunitarios pueden comprenderse como una extensión territorial de tareas tradicionalmente desarrolladas en el ámbito doméstico (Esquivel, 2011; Fournier, 2017).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio permiten interpretar a los comedores comunitarios como espacios donde se articulan saberes comunitarios, organizacionales, político-institucionales y de cuidado. La asistencia alimentaria no se sostiene únicamente por la disponibilidad de recursos materiales, sino también por repertorios de saberes que permiten interpretar el territorio, organizar el trabajo comunitario y coordinar respuestas frente a situaciones de crisis. Estos saberes se activan en la gestión cotidiana y constituyen formas de conocimiento práctico acumuladas en la experiencia colectiva. En este sentido, pueden comprenderse como saberes socialmente productivos, en tanto se generan en prácticas situadas que producen efectos materiales, organizativos y simbólicos en la vida comunitaria (Marengo, 2022).

Los resultados sugieren que estos saberes no emergen como consecuencia directa de las políticas públicas, sino que preexisten en las prácticas organizativas de los territorios. Se trata de conocimientos que se sedimentan históricamente en experiencias comunitarias, se transmiten generacionalmente y se reactivan frente a crisis socioeconómicas. En este sentido, las políticas públicas tienden a apoyarse en capacidades organizativas previamente existentes para implementar dispositivos de intervención social (Magliano & Perissinotti, 2024). El funcionamiento de los comedores comunitarios se sustenta así en trayectorias colectivas de organización territorial que anteceden a la intervención estatal.

El análisis del entramado institucional relevado en la ciudad de Córdoba refuerza esta interpretación. Los programas identificados durante el período 2024–2025 muestran un sistema de apoyo caracterizado por la coexistencia de iniciativas municipales, provinciales

y acciones del tercer sector. Este escenario configura una forma de gobernanza híbrida en la que las organizaciones territoriales cumplen un papel central como mediadoras entre el Estado y la población. La literatura sobre políticas sociales en América Latina ha señalado que la implementación de programas suele depender de actores territoriales que traducen requisitos administrativos, gestionan recursos y articulan redes locales (Hintze & Danani, 2011; Perelmiter, 2016). En este contexto, los comedores comunitarios funcionan también como nodos organizativos que conectan programas institucionales con necesidades territoriales.

En este marco adquieren especial relevancia los saberes político-institucionales identificados en el estudio. Los resultados muestran que el acceso a programas de asistencia requiere conocimientos sobre el funcionamiento de las instituciones y redes territoriales que faciliten la circulación de información. En numerosos casos, la información sobre programas o requisitos de acceso no se encuentra disponible de manera sistemática en canales formales, sino que circula a través de redes comunitarias y vínculos con funcionarios. El acceso a políticas sociales depende así también de capacidades organizativas situadas que permiten interpretar normativas, mediar con instituciones y sostener la gestión cotidiana de recursos públicos.

Otro hallazgo relevante refiere a la centralidad del trabajo de cuidado en la organización de la asistencia alimentaria. Los comedores comunitarios funcionan como espacios de gestión colectiva del cuidado sostenidos mayoritariamente por mujeres, donde se articulan saberes vinculados a la preparación de alimentos, la organización doméstica y el acompañamiento comunitario. Estos conocimientos constituyen saberes históricamente contruidos en el marco de la división sexual del trabajo. Al integrar el trabajo de cuidado en el análisis de las relaciones de producción y reproducción social, es posible advertir que estas prácticas implican una transferencia de valor desde la vida doméstica hacia la reproducción ampliada de la sociedad. El trabajo de cuidado no remunerado que realizan mayoritariamente mujeres funciona así como un subsidio a la acumulación económica, al sostener parte de la infraestructura social que permite el funcionamiento del sistema productivo (Fournier, 2017).

Finalmente, los resultados permiten situar estas prácticas en un escenario marcado por tensiones entre retracción estatal y resiliencia organizacional. El relevamiento realizado evidencia una tendencia a la reducción o reconfiguración de dispositivos de asistencia alimentaria durante el período analizado (2024–2025), lo que incrementa la presión sobre las organizaciones territoriales que sostienen la asistencia cotidiana. En este contexto, las políticas sociales se apoyan en saberes territoriales y capital social previamente contruidos por organizaciones comunitarias, sostenidas en gran medida por mujeres, que garantizan la reproducción cotidiana de la vida en territorios atravesados por crecientes condiciones de vulnerabilidad.

CONCLUSIONES

Este estudio permitió identificar que las prácticas de asistencia alimentaria se apoyan en la interacción entre recursos institucionales y un repertorio de saberes territoriales acumulados en experiencias organizativas comunitarias. Estos saberes operan como capacidades prácticas que permiten interpretar dinámicas locales, coordinar el trabajo colectivo y sostener redes de apoyo en contextos de alta incertidumbre. En este sentido, el estudio contribuye a los debates sobre economía popular y acción colectiva al mostrar cómo estos conocimientos situados funcionan como infraestructuras organizativas que hacen posible la implementación cotidiana de la asistencia alimentaria, incluso en escenarios de disponibilidad limitada de recursos.

Asimismo, la investigación destaca la relevancia social del trabajo comunitario desarrollado en los comedores, sostenido mayoritariamente por mujeres de sectores populares.

Estos espacios no solo garantizan el acceso a la alimentación en contextos de creciente precarización social, sino que también constituyen redes territoriales de cuidado, sociabilidad y organización colectiva. Reconocer estos procesos resulta clave para comprender el papel de las organizaciones comunitarias en la sostenibilidad de la vida en los márgenes urbanos y para avanzar hacia políticas públicas más sensibles a las dinámicas territoriales y a las formas de trabajo que sostienen la reproducción social.

Entre las limitaciones del estudio se encuentra el carácter exploratorio del trabajo de campo y el recorte territorial de la investigación, centrado en comedores comunitarios de la ciudad de Córdoba. Futuras investigaciones podrían profundizar el análisis del modo en que las políticas públicas producen determinadas configuraciones organizativas y habilitan ciertos tipos de sujetos colectivos en los territorios, particularmente en el contexto de reconfiguración reciente de las políticas sociales en Argentina. Asimismo, resulta relevante ampliar el diálogo con actores estatales y del tercer sector con el fin de comprender de manera más integral las dinámicas institucionales que atraviesan estos espacios.

Por último, los resultados invitan a reflexionar críticamente sobre el papel de las políticas públicas en la organización social del cuidado. Si bien las iniciativas de asistencia alimentaria resultan fundamentales para garantizar condiciones mínimas de subsistencia, también es necesario avanzar hacia políticas que fortalezcan la autonomía de las organizaciones comunitarias y promuevan formas más equitativas de distribución del trabajo de cuidado, evitando reproducir la histórica feminización y precarización de estas tareas.

REFERENCIAS

- Auyero J. y Servián S. (2023). *Cómo hacen los pobres para sobrevivir*. Siglo XXI.
- Cadena 3. (2025, 21 de diciembre). *Del desperdicio al plato: la misión del Banco de Alimentos de Córdoba*.
https://www.cadena3.com/noticia/comprometidos/del-desperdicio-al-plato-la-mision-d-el-banco-de-alimentos-de-cordoba_500640
- Cañas, J. (2024, 9 de junio). *Comedores: En Córdoba Capital, 2.600 centros tienen asistencia económica estatal*. La Voz del Interior.
<https://www.lavoz.com.ar/politica/en-cordoba-capital-2600-centros-tienen-asistencia-economica-estatal/>
- Ciuffolini, M. A., Avallé, G., de la Vega, C., Villegas Guzmán, S. M., Fondo, S., Ferreiro, E., Ferrero, M., Hernández, J., Ávila Castro, M. P., Azarian, F., Reinoso, P., Caccia, A. C., Alonso, M. C., Godoy, L. N., Nahas, E., Marini, J., Fernández, V., Dellea, G., Whitney, L., & de Goycoechea, V. (2020). *La foto revelada: Informe sobre la situación social, conflictividad y medidas gubernamentales en la Córdoba de la pandemia*. Fundación El Llano (CEPSAL).
- Coraggio, J. L. (2020). *Economía social y economía popular: Conceptos básicos*. Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social (INAES), Ministerio de Desarrollo Productivo. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/coraggio.pdf>
- Cuellar, B. (2025a, 8 de marzo). *Emergencia alimentaria: A tres de cada cuatro comedores comunitarios de Córdoba ya no les alcanzan los alimentos*. La Voz del Interior.
<https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/a-tres-de-cada-cuatro-comedores-comunitarios-de-cordoba-ya-no-les-alcanzan-los-alimentos/>
- Dejours, C. (2009). *Trabajo vivo: Trabajo y emancipación* (Vol. 2). Topía.

- Ema López, J. E. (2009). Una mirada materialista sobre los debates epistemológicos en la psicología social. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5(2), 225–239. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3423293>
- Esquivel, V. (2011). *La economía del cuidado en América Latina: Poniendo a los cuidados en el centro de la agenda* (Colección Atando cabos, deshaciendo nudos). PNUD. <https://base.socioeco.org/docs/laeconomadelcuidadoenamrlicalatina.pdf>
- Fournier, M. (2017). La labor de las trabajadoras comunitarias de cuidado infantil en el conurbano bonaerense: ¿Una forma de subsidio de “abajo hacia arriba”? *Trabajo y Sociedad*, (28), 83–108. <https://www.redalyc.org/pdf/3873/387349334005.pdf>
- Gavazzo, N., & Nejamkis, L. (2021). “Si compartimos, alcanza y sobra”. Redes de cuidados comunitarios entre mujeres migrantes del Gran Buenos Aires frente al COVID-19. *REMHU: Revista Interdisciplinaria de Movilidad Humana*, 29(61), 97–120. <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006107>
- Hintze, S., & Danani, C. (2011). *Protección y seguridad social en la Argentina: Desigualdad, informalidad y fragmentación del sistema*. Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Legislatura de la Provincia de Córdoba. (2025, 20 de febrero). *Legisladores se interiorizaron sobre los programas alimentarios de la Secretaría de Desarrollo Social*. <https://legislaturacba.gob.ar/legisladores-se-interiorizaron-sobre-los-programas-alimentarios-de-la-secretaria-de-desarrollo-social/>
- Magliano, M. J., & Perissinotti, M. V. (2024). Entre lo público y lo común: Comedores comunitarios y política pública ante los desafíos de la pandemia en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Investigaciones Regionales – Journal of Regional Research*, (61), 191–202. <https://doi.org/10.38191/iirr-jorr.24.03>
- Marengo, R. (2022). Los saberes socialmente productivos: Del análisis pedagógico a las prácticas del trabajo. *Revista Argentina de Investigación Educativa*, 2(3), 210–229. <https://portalrevistas.unipe.edu.ar/index.php/raie/article/view/141/330>
- Marina, R. (2025, septiembre 10). *Comedores comunitarios: el Gobierno se comprometió a asistir a 5 mil, pero en lo que va de 2025 le giró fondos a un 30%*. Chequeado. <https://chequeado.com/el-explicador/comedores-comunitarios-el-gobierno-se-comprometio-a-asistir-a-5-mil-pero-en-lo-que-va-de-2025-le-giro-fondos-a-un-30>
- Municipalidad de Córdoba. (2021, 11 de junio). *Llaryora anunció la entrega de becas a 529 comedores y merenderos a través de la Tarjeta Activa*. <https://cordoba.gob.ar/llaryora-anuncio-la-entrega-de-becas-a-529-comedores-y-merenderos-a-traves-de-la-tarjeta-activa/>
- Natalucci, A., & Llamosas, G. (2022). Debates actuales sobre las organizaciones sociales, los sindicatos y la política. *Cuestión Urbana*, (12), 24–36. <https://www.relatsargentina.com/documentos/RA.1-ESS/2024.ESS.Natalucci1.pdf>
- Perelmiter, L. (2016). *Burocracia plebeya: La trastienda de la asistencia social en el Estado argentino*. UNSAM Edita.
- Perissinotti, M. V. (2022). La composición migrante de la economía popular en Argentina: Saberes experienciales y trayectorias vitales en trama con la política local. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 67(246), 299–319. <https://doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.2022.246.79644>

Ruiz Paz, D., Massei del Papa, L., Ferreyra, M., & Johnson, C. (2023). Alrededor del comedor: mujeres sosteniendo la vida en el territorio: Sección Perspectivas.

Cuadernos De Coyuntura, 8(continuo), 1-15. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/CuadernosCoyuntura/article/view/43038>

San Emeterio, C. P. (2014). La delimitación contingente del espacio organizacional basada en procesos de saber. *Contaduría y Administración*, 59(2), 41–63. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0186-10422014000200003&script=sci_abstract&tlng=pt

Schein, E. H., & Schein, P. (2019). *Cultura organizacional y liderazgo* (5ª ed.). Wiley.

Svampa, M. (2017). Movimientos sociales, tradiciones políticas y acción colectiva en América Latina. En *Los saberes múltiples y las ciencias sociales y políticas* (pp. 31–64). Universidad Nacional de Colombia.

Vasilachis De Gialdino I. (2007). Capítulo I: Investigación cualitativa. En *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.

Encuentros con la Tecnología: una experiencia de promoción de salud/salud mental en el Servicio de Medicina Familiar-Hospital Nacional de Clínicas

Georgina Noelia Vaccaro¹

Resumen: El siguiente artículo se elaboró en el marco de una beca de investigación otorgada por el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. Tuvo lugar en los Encuentros con la Tecnología del Servicio de Medicina Familiar del Hospital Nacional de Clínicas durante el periodo enero-diciembre de 2024. Tuvimos como objetivo general comprender los sentidos construidos en torno a los Encuentros con la Tecnología por parte de sus participantes. Nuestro posicionamiento teórico, epistemológico y político se basó en la Salud Colectiva, tradición en la que se reconocen autores y actores que conforman el campo de la Salud Mental. A nivel metodológico, nos basamos en el Enfoque Cualitativo y nos servimos de la Teoría Fundamentada, estrategia que nos permitió enriquecernos a partir de los emergentes que surgieron del campo y discutir con nociones que sustentamos a partir de lecturas previas. Las técnicas de construcción de datos que utilizamos fueron la entrevista semiestructurada, la observación participante y talleres participativos. La conclusión de nuestro trabajo da cuenta de la polifonía de sentidos que emergieron sobre los Encuentros con la Tecnología: se los reconoció como espacio de encuentro y desencuentro, de creatividad en tanto invención de nuevos posibles y transformación de realidades y como lugar para promover, visibilizar y construir redes vinculares-afectivas de sostén y apoyo cotidiano. A su vez, este recorrido nos permitió reflexionar sobre nuestra formación y posición ético-políticas como profesionales del campo de la salud. Esta investigación se llevó a cabo cumpliendo con los establecidos por las normas éticas y deontológicas del ejercicio profesional en el campo de la investigación.

Palabras claves: Salud Colectiva – Salud- Salud Mental–Personas Mayores- Tecnologia

INTRODUCCIÓN

La siguiente producción corresponde a los resultados obtenidos en una investigación realizada en el marco de una beca otorgada por el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, durante el periodo enero-diciembre de 2024. La indagación se realizó en el el Hospital Nacional de Clínicas -Servicio de Medicina Familiar (HNC-SMF), específicamente en los Encuentros con la Tecnología (ELT), talleres que articulan cultura y tecnología, propuestos por el equipo del SMF, estudiante y docentes de la Universidad Nacional de Córdoba, abiertos a toda la comunidad. El objetivo general fue comprender los sentidos construidos en torno a los ELT por sus participantes. Los específicos fueron describir la historia, características y modos de funcionamiento de los ELT; Indagar acerca de los significados en relación a

¹ Lic. En Psicología, MP: 14185, vaccarogeorgina@gmail.com

los objetivos de los ELT que construyen usuarios, trabajadores del SMF y otros actores del HNC; Identificar los aspectos positivos y negativos atribuidos por los diferentes actores en relación a los ELT y por último analizar los sentidos acerca de la salud/enfermedad/cuidados que construyen los distintos actores vinculados a los ELT. Congruente con ello, recurrimos a una estrategia metodológica inscripta en la tradición cualitativa, ya que propone como foco de análisis la complejidad de las interacciones sociales que se expresan en la vida cotidiana y el significado que le atribuyen los actores a las mismas (Vasilachis de Gialdino, 2006). Tomamos, específicamente, aportes de la Teoría Fundamentada, método que plantea una “relación estrecha y abierta entre la recolección de datos, el análisis y la teoría que surgirá a partir de ello” (Strauss & Corbin, 2002, p.20). Nuestra referencia teórica se nutrió del movimiento de la Medicina Social (MS) y la Salud Colectiva (SC), corrientes que surgen en la década de 1960/1970 en Latinoamérica ante la incesante crisis tanto de la salud pública como del Modelo Médico Hegemónico (MMH) (Stolkiner & Ardila, 2012). A su vez, asumimos que si bien la salud mental se constituye como un subcampo específico de la salud, quienes conformamos y nos desempeñamos en este ámbito, debemos trabajar para la completa desaparición de esta subdivisión a los fines de que las prácticas en salud se realicen desde una perspectiva integral y superadora de las dicotomías y fragmentaciones que hoy persisten. Esto implica, trabajadores de la salud comprometidos en humanizar sus prácticas, es decir, poner en el centro de su trabajo cotidiano a los sujetos, sus padecimientos y subjetividades.

METODOLOGÍA

En este trabajo partimos de los supuestos del Enfoque Cualitativo de investigación. Consideramos que resultó pertinente para nuestra producción ya que esta perspectiva muestra particular interés por las formas en que el mundo social es interpretado, comprendido, explorado y construido a la vez que le incumbe el modo en que se producen la complejidad de las interacciones sociales y el significado que les atribuyen los actores (Vasilachis de Gialdino, 2006). En consecuencia, la indagación se produce en situaciones naturales con el objetivo de interpretar el sentido subjetivo que otorgan las personas a los fenómenos (Vasilachis de Gialdino, 1992). Estos sentidos y significados se construyen, a su vez, en constante tensión con la determinación social de los sujetos, es decir, con la realidad material que se vincula dialécticamente con las producciones subjetivas. Siendo coherentes con el objetivo que nos planteamos y con las concepciones que orientaron nuestra indagación, el enfoque cualitativo nos proporcionó herramientas para explorar los significados construidos por sujetos inmersos en contextos socio-históricos concretos, configurados a partir de redes vinculares y afectivas. En este sentido, el aporte central del Enfoque Cualitativo para este trabajo radicó en la noción de significado que, siguiendo a Maxwell “(...) incluye cognición, afecto, intenciones, y todo aquello que puede ser abarcado en lo que los investigadores cualitativos refieren a menudo como perspectiva del participante” (1992, p. 4). Es decir, se interesa por los sentidos que cada participante aporta al fenómeno estudiado y analiza cómo esa comprensión influye sobre el comportamiento de los sujetos (Maxwell, 1996).

Dentro de las estrategias metodológicas que se proponen en el Enfoque Cualitativo, utilizamos la Teoría Fundamentada (TF). La definimos como “una teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación” (Strauss & Corbin, 2002, p.20). Siguiendo a los autores, en este método la recolección de datos, el análisis y la teoría que surgirá de ellos, guardan estrecha relación entre sí. Utilizamos, entonces, la TF como orientación metodológica porque asumimos que es imprescindible dejarse sorprender por los emergentes del campo de estudio a partir de las interacciones de y con otros. A su vez, nuestra elección de estrategia metodológica también se fundamentó en el lugar que se le otorga a la literatura. Es decir, la investigación no inicia con una teoría

preconcebida y acabada a partir de la cual se interpreta, reflexiona y analiza el campo de estudio, por el contrario, emerge a partir de la información que se construye (Strauss & Corbin, 2002). Así, la bibliografía consultada tiene la función de estimular la sensibilidad teórica para producir algunas hipótesis que permitan interpretar el campo (Páez Veracieta, 2011).

Decisiones de muestreo

Utilizamos el Muestreo Teórico, congruente con la TF. Implica una recolección de datos guiada por los conceptos derivados de la teoría que se está construyendo y basada en el concepto de hacer comparaciones (Strauss & Corbin, 2002). Tal y como plantean los autores, el objetivo es acudir a lugares, personas o acontecimientos que maximicen las oportunidades de descubrir variaciones entre los conceptos y que hagan más densas las categorías en términos de sus propiedades y dimensiones. Este tipo de muestreo evoluciona durante el proceso de investigación; se basa en conceptos que emergen del análisis y que parecen ser pertinentes para la teoría que se está construyendo.

La población que participó de nuestra investigación fueron usuarios del servicio de salud que asisten al SMF-HNC y que participan de los talleres ELT. Se caracterizan por ser principalmente Personas Mayores que rondan entre los 50 y 70 años. Los usuarios que se encuentran jubilados cuentan con la obra social llamada Programa de Atención Médica Integral (PAMI) y el resto de las personas no tiene cobertura de salud. Fueron un total de 5 personas. También formaron parte diferentes profesionales de salud del equipo del SMF-HNC y otros servicios del HNC, de los cuales 3 fueron médicos, 1 enfermera y 1 psicóloga.

Técnicas de construcción de datos

En el marco de la propuesta metodológica que describimos, utilizamos tres técnicas de recolección de datos. Consideramos que nos permitieron captar los sentidos que cada sujeto otorgaba a diferentes vivencias cotidianas. A su vez, también pudimos capturar significaciones tanto individuales como colectivas.

Por un lado, utilizamos la observación participante, realizada en el espacio de los talleres. Semanalmente asistíamos a los ELT, espacio que tenía una duración de dos horas aproximadamente. Esta técnica nos posibilitó la implicación en las actividades ligadas a la situación a estudiar, así como su observación y registro en detalle (Vallés, 1999). Anguera Argilaga (1995) la define como aquella en la cual quien observa juega un rol activo en el desarrollo de las actividades y eventos del campo, y mantiene una relación estable con los sujetos observados, lo que da lugar a un registro sistemático y no intrusivo.

Por otro lado, realizamos entrevistas semiestructuradas para las que elaboramos una guía con dimensiones preestablecidas como cuidado, condiciones de vida, vínculos, participación, toma de decisiones, diseño y producción de los ELT, a los fines de orientar el intercambio. El diálogo con nuestros entrevistados tuvo una duración promedio de cuarenta a sesenta minutos. Consideramos que el uso de esta técnica nos permitió recabar información y hechos relatados desde la perspectiva de los actores (De Souza Minayo, 2009). Establecimos un modo de interacción social en el que se produjo la comunicación e intercambio de significados (Rodríguez, Gil Flores & García Jiménez, 1991). Pudimos acceder a una parte del universo simbólico de nuestros participantes y conocer sus propias formas de comprender y categorizar el mundo y, de este modo, encontramos una vía para conocer los significados contruidos en torno a los ELT.

Por último, propusimos talleres participativos, metodología de trabajo grupal utilizada en distintos ámbitos de intervención como el educativo, sanitario, recreativo, comunitario,

laboral. Se fundamenta en la idea de la práctica compartida para el cumplimiento de objetivos grupales y, para tal fin, se busca generar espacios de encuentro con el otro, que permitan la expresión, comunicación, el conocimiento y la acción colectiva (Bonvillani, 2016).

Coincidimos con la autora que los talleres participativos nos posibilitaron recuperar situaciones de la vida cotidiana, colectivizarlas, reflexionar sobre ella y desmitificar los hechos concebidos desde lo “natural e individual” para identificar la raíz social, material y construida de las situaciones. Así, se generaron múltiples interacciones e intercambios entre distintos participantes tanto verbales, gestuales, dramáticas, visuales en las que se elucidaron la configuración de un tejido semántico, es decir, construcciones de sentidos tanto individuales como colectivos (Riaño Alcalá, 2000). Se realizaron un total de 4 encuentros en el marco de los talleres ELT.

HALLAZGOS/DISCUSIONES

Algunas consideraciones sobre los objetivos de los Encuentros con la Tecnología

A partir del análisis de los datos y la puesta en discusión con bibliografía de referencia, emergieron algunos posibles sentidos que los entrevistados atribuyeron a los ELT. Se identificó que los objetivos que atribuían a los talleres se asociaban principalmente a dos líneas de sentidos.

Por un lado, muchos de los participantes plantearon que las actividades de los talleres eran terapéuticas. Lo relacionaban con poder encontrarse con ellos mismos, realizar un trabajo de introspección para reconocer(se) en emociones, sensaciones y sentimientos que no podían en otros momentos de su día o vida por falta de tiempo y espacios que lo promuevan. A su vez, realizaron una autoevaluación desde el momento que iniciaron su participación en los talleres hasta cuando fueron entrevistados y concluían que, según su percepción, trabajaron positivamente sobre aristas emocionales y vinculares de su vida. Por ejemplo, una participante nos contó que se animó a realizar una videollamada mediante la app de meet con su hija quien reside en otro país “este aparato (celular) me dominaba, siempre pensaba que iba a tocar algo y romperlo” (participante ELT, entrevista n°9). Consideramos que la noción de lo terapéutico en los decires de nuestros entrevistados, remite al encuentro con emociones, deseos, placeres, tanto individuales como grupales y se identifican a partir de una suerte de introspección habilitada por el encuentro y la dinámica del grupo. En este sentido, consideramos que la construcción de la significación en torno a lo terapéutico se aleja de nociones hegemónicas como por ejemplo las que proponen terapias alternativa que definen a lo terapéutico como herramientas para facilitar la expresión y resolución de emociones y conflictos emocionales o psicológicos (Quinteros Cabrera, 2017). Por el contrario, se asocia estrechamente a que lo generado en los talleres y los procesos que en consecuencia se habilitan, permiten a los participantes elaborar situaciones problemáticas, críticas, de gran sufrimiento y transformar la realidad en un mejor lugar (OPS, 2009). Es decir, el tejido vincular y afectivo que se fue tramando en los ELT generó las condiciones para que los padecimientos fuesen colectivizados, compartidos y transitados con otros.

Por otro lado, plantearon a los talleres como un medio para generar vínculos, visibilizar y tender redes, promover el encuentro. En ese sentido, quienes estaban a cargo de la coordinación compartían que la estructura y dinámica de los ELT no se centraba en un proceso pedagógico, el objetivo no era que los participantes adquiriesen cierta expertise en el uso de tecnologías:

"(...) el espacio del taller no es que únicamente vamos a aprender utilizar celulares, computadoras y app. Sucede que es lo que convoca, pero no es sin encontrarnos, tener un rato para compartir. Muchas de las mujeres que participan viven solas, no tienen familia y son mayores. Entonces, esperan este día con muchas ansias para poder verse entre todas, más allá de que sé que se juntan mucho por fuera" (profesional de la salud SMF-HNC, entrevista n°10).

En consecuencia, tomamos el planteo de Anahí Sy (2016) quien propone que implementar el arte en el campo de la salud tiene por fin promover la creación de lazos sociales para los usuarios, favoreciendo las transformaciones individuales, colectivas y sociales. Si bien la autora se refiere al arte específicamente, creemos que el constructo es aplicable a los talleres ELT ya que es un espacio que se constituye como una herramienta promotora y generadora de redes vinculares-afectivas.

Consideramos que ambas líneas de sentido se encuentran vinculadas: lo terapéutico se significa como espacio de encuentro y transformaciones subjetivas e intersubjetivas. En esta última dimensión se juega la posibilidad de construir y visibilizar redes de contención y acompañamiento. Por tanto, asumimos que existe una relación dialéctica entre los objetivos atribuidos, donde se logra la promoción de vínculos afectivos como medio para el cuidado de la salud mental (Bang, Stolkiner y Corin, 2016). Entonces la promoción y el cuidado de la salud mental se vuelve, implícitamente, parte de los objetivos de los ELT.

Un espacio de encuentro, un espacio de afecto y cuidado

A lo largo del análisis y construcción de datos, surgió un emergente de gran interés: los ELT se significaban también como espacio de encuentro. Nos referimos a la vivencia del encuentro con lo múltiple, lo ajeno y lo distinto, con la construcción de pertenencia a un lugar (Barrault, 2003). En este sentido, una entrevistada nos planteó que sentía que todas las personas que iban al taller se habían convertido en sus amigos y ser parte de esta actividad la hacía sentirse bien y contenida (participante de los ELT, entrevista n°5). En consecuencia, creemos que estas manifestaciones revelan uno de los tantos modos de apropiarse, hacerse parte, en este caso, de los ELT.

A su vez, Barrault (2003) destaca que los espacios de encuentro tienen por cualidad "la posibilidad de lo imposible, creación de espacio y tiempo, el saludo entre los próximos (...)" (p.14). Esta característica consideramos que es la más significativa de los ELT, ya que en las entrevistas se acentuaban una y otra vez que en el día y horario del taller evitaban cualquier otra actividad "mi hija sabe que vengo acá, así que le doy la llave para que espere en mi casa si llega antes. Está avisada jajaja" (participante de los ELT, entrevista n°7).

Por otro lado, ubicamos que dos vivencias son las generadoras y facilitadoras del encuentro: el afecto y el cuidado. En relación a lo primero, lo entendemos como aquello del orden emocional que emerge en las subjetividades al vivir una experiencia de gran intensidad (Laplanche & Pontails, 2004). Emociones ligadas al compañerismo, la tranquilidad, el disfrute, al amor, la ternura, la paz, el extrañarse, se pusieron en juego una y otra vez en el diálogo con los entrevistados cuando caracterizaban lo que sucedía y les sucedía en los ELT. Este vivir, permitió que las personas sostuvieron su participación y que el taller mutara de ser un agrupamiento de personas a un grupo, es decir, que cada uno se volvió discernible para el otro a partir de sus singularidades, se instaló cierta complicidad y entendimiento entre los integrantes que configuraban un modo de organización particular a partir de redes identificatorias y transferenciales (Fernández, 1989).

El segundo elemento que identificamos como promotor del encuentro fue el cuidado. En el campo de la salud/salud mental consideramos que está íntimamente relacionado con la recuperación de la dimensión subjetiva y el reconocimiento de la centralidad del vínculo afectivo en el cotidiano (Merhy, 2006). Los ELT se configuraron como un espacio colmada de afecto que les permitió compartir con sus compañeros su sentir y pensar. Eso se posibilitó por la dinámica colectiva propuesta en cada encuentro. Una médica del equipo nos compartió que una participante del taller a quien le hacía seguimiento médico, realizó ciertos movimientos subjetivos valorados por ambas como positivos en el paso por los talleres “cuando empecé con los espacios grupales le costaba entrar al lugar físico. Hoy, ella viene al taller, interactúa, habla, disfruta del encuentro con los otros. Eso es la marca de la red colectiva. Ahora viene a consultar cosas muy mínimas” (profesional de la salud del SMF-HNC, entrevista n°2). A su vez, la noción de cuidado implica que las prácticas que hacen a esta dimensión se despliegan en el vivir cotidiano de las sociedades y los sujetos y no son exclusivas de las instituciones de salud (Stolkiner & Ardila, 2012). En ese sentido, si bien el taller se realiza dentro del HNC, lo producido en los ELT como la construcción de una red vincular, promovida por el afecto, desbordó los límites del hospital. Esto se materializó en que los integrantes del grupo se juntaban y acompañaban cotidianamente a compartir un desayuno o almuerzo y se invitaban entre ellos a participar de alguna festividad o celebración, lo cuál trajo efectos en su cotidianeidad, constituyéndose así como protector de salud/salud mental.

Entonces, los ELT en tanto espacio de encuentro generado y sostenido por las vivencias del afecto y el cuidado operan como un espacio de promoción y protección de la salud/salud de sus participantes. A continuación, trabajaremos en algunas puntualizaciones respecto de los alcances en lo específico de salud mental, reconociendo al mismo tiempo que no se pierde una mirada integral desde la cual la salud mental no es más que la dimensión subjetiva del proceso salud enfermedad cuidado (Stolkiner, 2021).

Algunas consideraciones en torno a la salud mental

A lo largo de nuestras entrevistas, emergieron diversas concepciones en torno a la salud mental e identificamos en ellas una marcada tensión entre definirla como una categoría aislada de la salud general y, por otro lado, como parte del proceso salud enfermedad cuidado.

Por un lado, hubo quienes expusieron esta categoría como un constructo aislado de la salud general, caracterizada como el reservorio de emociones y sentimientos y, en ocasiones, la cabeza era el lugar de referencia que alojaba la psiquis “miles de cosas que a mí me harían sentir bien, a mi cabeza le harían tener menos preocupaciones o estar bien” (Profesional de la salud- HNC, entrevista n°4), “de la salud en general lo más importante es la salud mental (...) pero si yo estoy bien de la cabeza por lo general eso [se refiere a dolores corporales] pasa como a un segundo plano y estoy más saludable” (participante ELT, entrevista n°8). Desde nuestro análisis, estas definiciones son efecto de la vigencia y resonancia tanto del biologicismo como de la fragmentación y dicotomía que sostiene el MMH. En algunas entrevistas, se planteó que tener salud mental implicaba una constante homeostasis, equilibrio, eje, armonía, es decir, que es necesario que persista un estado que no debe alterarse. Es decir, se anula la posibilidad de que el sufrimiento psíquico adopte diversas maneras y sea parte de los procesos vitales, al igual que se generan las condiciones para la patologización del conflicto, siendo este último inherente y constitutivo de la vida (Stolkiner, 2013). Así, la angustia, ansiedad y episodios de tristeza fueron significados como desequilibrio o enfermedad. En consecuencia, se refuerza aquello que muchos autores llaman medicalización de la vida cotidiana, es decir, la transformación en enfermedades o cuadros psicopatológicos de episodios que forman parte de la cotidanei-

dad de los sujetos, comportamientos que pasan a ser explicados y abordados como enfermedades cuando antes solo eran acontecimientos habituales (Sy, 2018). De este modo, algunos de los entrevistados nos compartieron que llegaron a la consulta clínica con el SMF presentando un diagnóstico elaborado por ellos. Nombraban sufrir de: hipertensión, problemas cardíacos, ataques de pánico, estrés, e, incluso, con el tratamiento que debían hacer, principalmente, a base de medicamentos: “yo suponía, si soy hipertensa tengo que tomar una pastilla para la tensión, me parece. Y si lloro mucho habrá alguna pastilla para que no llore tanto” (participante ELT, entrevista n°1). De esta manera creemos que se plasma la vigencia de la biomedicalización, es decir, la internalización de la necesidad de autocontrol y vigilancia por parte de los individuos mismos, no requiriendo necesariamente la intervención médica (Stolkiner, 2013).

Por otro lado, emergieron concepciones sobre salud mental como parte del PSEC y desde una perspectiva vinculada a la determinación social de la salud. Los entrevistados manifestaban una conexión constante entre las condiciones en que se desarrollaba su vida cotidiana, sus circunstancias laborales, económicas y habitacionales y sus sentimientos y emociones. En este sentido, coincidimos con Cecilia Augsburgers (2002) quien señala que reconocer las condiciones concretas de vida como productoras de sufrimiento le otorgan un carácter procesual e histórico a la vez que se despatologizan situaciones conflictivas de la vida cotidiana. En este sentido, uno de los médicos entrevistados, nos indicó que para él la salud mental y su cuidado era muchas cosas: tener un mejor lugar donde trabajar, que el HNC estuviese en mejores condiciones para les usuaries, tener tiempo para hacer cosas que le gusten, contar con un sueldo digno (profesional de salud HNC, entrevista n°3). De este modo, en el análisis de estas entrevistas reconocemos, al menos, una marcada tensión entre dos paradigmas vigentes en el campo de la salud/salud mental: de un lado la propuesta del MMH y del otro los postulados de la MS/SC.

CONCLUSIONES

El recorrido realizado nos abre interrogantes, discusiones, nuevos sentidos y posibles articulaciones construidos desde la voz de los participantes de los ELT. Volviendo sobre nuestro objetivo general, a saber, comprender los significados que se construyen en torno a los ELT, creemos que, por un lado, lo planteado por Barrault (2007) permite reconocer en las significación de los ELT un espacios de y para el encuentro con lo múltiple, lo ajeno y lo distinto, en el que se creó tiempo y espacio. Quienes participaron encontraron, además, la posibilidad de tejer una red vincular que rebasó las paredes del HNC y se materializó en celebraciones en día festivos, meriendas, almuerzos, es decir, acompañamiento en el cotidiano. Así, los ELT fueron productores y producidos por el afecto y el cuidado, dos vivencias que se gestaron a partir del taller pero que son responsables de que el encuentro se produzca.

Por otro lado, creemos necesario poner en valor la articulación entre proceso salud enfermedad cuidado, salud mental y ELT. Este entramado creemos que responde a lo compartido por los participantes quienes manifestaron experiencias de bienestar, tranquilidad, afecto por otros, alegría y construcción de vínculos. De este modo, tal y como lo plantea Galende (1990), es preciso y urgente que el campo de la salud mental se aborde de manera interdisciplinaria e intersectorialmente, por un lado, por la complejidad que le es inherente y, por el otro, como estrategia superadora de la psiquiatría tradicional.

Para concluir, esta investigación puso de manifiesto que actualmente, en el campo de la salud/salud mental, persisten al menos dos paradigmas -el MMH y el de la MS y SC- en constante tensión, que construyen prácticas y sentidos. Así, consideramos que los ELT que se sostienen desde el SMF se constituyen como una propuesta de resistencia a la fragmen-

tación de la salud y el lazo social que se sostiene desde el discurso hegemónico, abonando al encuentro con los otros, a lo colectivo, a la construcción de red como política y, por lo tanto, como un proceso protector dentro del enfoque de la promoción de la salud integral.

REFERENCIAS

- Anguera Argilaga, MT. (1995). La investigación cualitativa. *Revista educar*, 10, 23-50.
- Augsburger, A.C. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos Médicos Sociales*, 81, 61-75.
- Bang C.; Stolkiner, A., & Corin, M. (2016). Comunicação, Saúde, Educação. Cuando la alegría entra al centro de salud, 20(57), 463-473. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0582>.
- Barrault, O. (2007). Los espacios de encuentro en la psicología comunitaria y sus implicaciones en la subjetividad. *Revista Ciencias Humanas*, 37, 155-168.
- Bonvillani, A. (2016). Travesías grupales. Algunas coordenadas para trabajar/pensar con grupos. Córdoba: Editorial Brujas
- De Souza Minayo, M.C. (2009). La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar.
- Fernandez, A. M. (1989). El campo grupal. Nota para una genealogía. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Flick, U. (2004). Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Morata.
- Galende, E. (1990). Psicoanálisis y salud mental. Por una crítica a la razón psiquiátrica. 1er ed. Buenos Aires: Paidós.
- Laplanche, J. & Pomtails, J.B (2004). Diccionario de psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.
- Maxwell, J. A. (1996). Propósitos: ¿por qué hace este estudio? Diseño de investigación cualitativa, un enfoque interactivo [Traducido al español de Qualitative Research Design. An Interactive Approach (pp. 1-13). California: Sage Publications.
- Maxwell, J. A. (1996). Métodos: ¿Qué hará realmente? Diseño de investigación cualitativa, un enfoque interactivo [Traducido al español de Qualitative Research Design. An Interactive Approach] (pp. 1-13). California: Sage Publications.
- Merhy, E. (2006). Salud: cartografía de trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). En declaración de Alma Ata. Recuperado de <https://bit.ly/2lxTVYB>
- Páez Veracierta, J.G. (2011). Copernico. Strauss vs Glasser: Dos discursos para una tradición, 7 (14) ,32-40.
- Quintero Cabrera, E. (2017). El arteterapia como estrategia de Intervención con personas con diversidad funcional desde el trabajo social. (Tesis de grado). Universidad de la laguna. España.
- Riaño Alcalá, P. (2000). Memorias metodológicas. *Revista De Estudios Sociales*, 1(7), 48-60. <https://doi.org/10.7440/res7.2000.05>
- Rodríguez Gomez, G., Gil Flores, J. y García Jiménez, E. (1996). Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Aljibe
- Stolkiner, A. & Ardila, S. (2012) Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde la medicina social/salud colectiva en latinoamérica. *Vertex-Revista Argentina de Psiquiatría*, XXIII, (101), PP.53-56.

- Stolkiner, A. (2013). Novedades Educativas. Las formas de transitar la adolescencia hoy, y la salud/salud mental: actores y escenarios, 25 (268), 40-45
- Stolkiner, A.(2021). Prácticas en salud mental. Buenos aires: Noveduc.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativas. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Antioquia: editorial universitaria de Antioquia.
- Sy, A. (2016). Una aproximación a la diversidad de perspectivas en torno a la atención del sufrimiento psíquico desde el arte. Revista de Salud Pública, 20, 22-39.
- Sy, A. (2018). La medicalización de la vida: hibridaciones ante la dicotomía Naturaleza/Cultura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23 (5), 1531-1539. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.10212016>
- Vasilachis de Gialdino, I. (1992). Métodos Cualitativos I: Los problemas teóricos epistemológicos. Buenos Aires: Centro de editor de América Latina. S.A.
- Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.). (2006). Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa.
- Valles, M. S. (1999). Técnicas cualitativas e investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Editorial Síntesis.

La Ley de Salud Mental en la formación universitaria: experiencias extensionistas y desafíos pedagógicos

Nahuel Ceferino Flores¹

Resumen: El presente proyecto tuvo por objetivo analizar los aportes de dos proyectos extensionistas de Compromiso Social Estudiantil (CSE) “Con-ciencia social en salud mental” y “La salud mental está en los derechos” en la formación de grado de lxs estudiantes que participaron, respecto de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM). Se utilizó una metodología exploratoria de carácter cualitativo. Para la recolección de datos se realizaron diez entrevistas en profundidad a estudiantes que participaron como colaboradores o para acreditar horas de CSE, y se entrevistó a un director de los proyectos. La observación participante incluyó la asistencia al Encuentro de Usuarios de Salud Mental y a las reuniones preparatorias y de evaluación de los proyectos. Los hallazgos indicaron que la LNSM se aborda principalmente en materias de los años superiores (especialmente en Psicología Sanitaria) y que su tratamiento fue percibido como escaso o superficial en los primeros años. Lxs estudiantes señalaron una débil articulación teórico-práctica entre la ley y los contenidos disciplinares, así como limitaciones en las estrategias docentes para promover la apropiación de la normativa. Por otro lado, valoraron positivamente la experiencia extensionista e indicaron que los proyectos de CSE favorecieron un aprendizaje significativo y la comprensión situada de la LNSM, especialmente a través del contacto directo con usuarixs y la participación en el Encuentro. Entre las propuestas emergentes se destacaron la necesidad de mayor articulación entre materias, más actividades prácticas vinculadas a la LNSM y espacios que promuevan el protagonismo estudiantil. Estos resultados se discuten en relación con los desafíos de integrar perspectivas de derechos en la formación y el lugar que las prácticas extensionistas deberían ocupar en la currícula.

Palabras clave: Ley de Salud Mental; Extensión Universitaria; Formación de Grado; Estudiantes de Psicología.

INTRODUCCIÓN

En Argentina, es posible situar la consolidación del enfoque de derechos a partir del año 2003, con la sanción y vigencia de determinadas leyes nacionales, como la Ley de Matrimonio Igualitario (2010), la Ley de Identidad de Género (2012), la Ley de Protección Integral a Niños, Niñas, y Adolescentes (2005), entre otras. Estos marcos normativos apuntan no solo a la ampliación de derechos, sino también a la garantía de los mismos en diferentes instituciones, como la universidad, la escuela en sus niveles obligatorios, los centros de salud, entre otras.

¹ Lic. En Psicología, MP: 13800, ceferino.flores@unc.edu.ar

En ese contexto, en el año 2010 se sanciona la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657, que tiene como objetivo construir una política pública de salud mental desmanicomializada, encuadrada en la estrategia de atención primaria de la salud y que plantea su campo de manera compleja, al reconocer 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” (LNSM, art. 3). De este modo, la LNSM busca “garantizar el derecho al acceso de los servicios de salud mental en todo el territorio nacional, a todos los ciudadanos” (Buriyovich, 2015, p.139).

Esto implica la incorporación de un enfoque de derechos humanos, que propone sacar al usuario de salud mental como un objeto de intervención, correr el eje del manicomio como dispositivo asistencial y comenzar a pensar en prácticas e intervenciones profesionales respetuosas de tales derechos. Además, el artículo 33 de la LNSM plantea como una obligación ética de las instituciones y de los profesionales conocer las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental.

Este cambio en la concepción de sujeto, desde la lógica de beneficiarios a la de “sujetos de derecho”, implica concebirlos como agentes activos en su consecución y ejercicio, sujetos capaces de pensar, discernir, decidir y actuar en favor de su desarrollo y su salud, con pleno derecho a la participación en sus tratamientos, en los servicios y en las políticas. Como argumenta Stolkiner (2012):

“Consideramos que introducir la “idea fuerza” de derechos se sitúa en el polo subjetivante del antagonismo central de las prácticas en salud: el que se tensa entre la objetivación que conllevan los procesos de medicalización-mercantilización y las prácticas subjetivantes que ponen en el centro de la escena la dignidad como categoría (...) Desde nuestra disciplina, esto implica el innegable reconocimiento de la voz y la palabra del sujeto en todo proceso que lo implique” (Stolkiner, 2012, pp. 1-2).

La Facultad de Psicología de la UNC en su plan de estudios vigente, en el ANEXO OHCD N° 01/2019 incorpora a la Ley de Salud Mental como un eje transversal de la currícula de las carreras. Dado que esta institución forma a muchos de los profesionales que luego intervendrán en las instituciones con las personas usuarias de los servicios de salud mental, resulta de importancia investigar cómo está siendo dicha incorporación del marco normativo vigente.

A partir de los objetivos propuestos, esta investigación se estructura en torno a una serie de interrogantes que buscan problematizar la formación académica actual en relación con la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM). En primer lugar, cabe preguntarse: ¿cuáles son los conocimientos previos que han construido los estudiantes sobre la LNSM a partir de los contenidos ofrecidos en las materias de la carrera de grado? Asimismo, resulta fundamental indagar: ¿de qué manera la participación en proyectos extensionistas permite reconocer y construir nuevos saberes vinculados a la LNSM, y qué limitaciones identifican los propios estudiantes en el marco de estas experiencias? Finalmente, se planteó: ¿qué propuestas pueden recuperar los estudiantes para fortalecer su futura formación profesional desde una perspectiva de derechos, tomando como eje las prácticas en terreno?

Teniendo en cuenta la masividad estudiantil de la Facultad de Psicología, se decidió trabajar con estudiantes que tuvieron una experiencia en dos proyectos extensionistas cuyo marco teórico y paradigma de trabajo resultaba afín a la Ley Nacional de Salud Mental: los

proyectos de Compromiso Social Estudiantil (CSE) titulados “Con-ciencia social en salud mental”² y “La salud mental está en los derechos”³.

En el marco de esos proyectos, se realizaron talleres de discusión y problematización entre estudiantes, docentes, organizaciones sociales y el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos sobre “Derechos en salud mental” a los fines de conocer cuánto sabían de salud mental lxs estudiantes y establecer una base de conceptos en común, tomando como punto de partida las experiencias que los diferentes actores habían tenido con el sistema de salud mental de Córdoba. Luego de los talleres, lxs estudiantes realizaron visitas a diferentes dispositivos de salud mental, con el objetivo de conocer las dinámicas de funcionamiento de tales dispositivos y, a su vez, extender la invitación al “V Encuentro de Usuarios de Salud Mental”, que se constituyó en la actividad principal que vertebró las acciones de los referidos proyectos de CSE. Dicho Encuentro se realizó en septiembre de 2023 y lxs estudiantes tuvieron un rol protagónico en diferentes tareas organizativas, tales como las inscripciones, la logística del almuerzo, el acompañamiento en los plenarios y el trabajo en comisiones con usuarios y actores de diferentes organizaciones sociales.

Para indagar sobre la brecha entre la teoría curricular y la praxis pre-profesional, nos preguntamos cuál es la perspectiva de este grupo de estudiantes sobre su formación como profesionales en salud mental, luego de su participación en esta experiencia extensionista. En concreto, en esta investigación se buscó indagar sobre la enseñanza teórica de la LNSM en la currícula de la carrera y reflexionar sobre los aportes de la extensión universitaria, concebida como un dispositivo pedagógico vital para la construcción de una ética profesional basada en los derechos humanos. En ese marco, se recuperó la voz de lxs estudiantes como agentes activos en los procesos de desmanicomialización y se revalorizó su participación social en este campo.

Tomamos como antecedentes de este estudio el trabajo de Cristian Furfaro (2016) “La extensión universitaria y el nuevo plan de estudios de la carrera de Abogacía en la Universidad Nacional de La Plata”, que reflexionó acerca de la inclusión en dicho plan de estudios de prácticas extensionistas, así como el trabajo de Perez (2009) que analizó la participación protagónica de estudiantes en proyectos extensionistas de la Universidad de San Cristóbal.

Para dar cumplimiento a los propósitos de este trabajo, el artículo se organiza de la siguiente manera: en primer lugar, se detallará la metodología de corte cualitativo, basada en entrevistas en profundidad y observación participante en los proyectos de CSE. Luego, se presentan los resultados y hallazgos estructurados en tres ejes que analizan desde los conocimientos previos de lxs estudiantes en el ciclo básico y superior, hasta la valoración de la articulación teórico-práctica en territorio. Finalmente, se ofrecen las discusiones y conclusiones donde se tensionan las dificultades de la formación académica actual frente a la potencia de las experiencias extensionistas como espacios de aprendizaje significativo y transformación profesional en salud mental.

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación de carácter exploratorio de tipo cualitativa, que se consideró apropiada a los fines de este trabajo en tanto habilita el estudio de las relaciones sociales, la diversidad y pluralidad de estilos y modos de vida, para estudiar nuevos contextos y perspec-

² Proyecto de CSE “Con-ciencia social en salud mental: información y comunicación para la promoción de derechos”, dirigido por el Lic. José Ignacio Páez y co-dirigido por la Dra. Solana Yoma.

³ Proyecto de CSE “La salud mental está en los derechos”, dirigido por la Mgter. Jacinta Burijovich y co-dirigido por la Mgter. Cecilia Berra.

tivas sociales, como así también conceptos sensibilizadores (Valles, 1999). En este sentido, el proyecto no buscó la generalización, sino la particularización sobre los fenómenos estudiados. La población estuvo conformada por estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNC que participaron en los proyectos de Compromiso Social Estudiantil (CSE) “Con-ciencia social en salud mental” y “La salud mental está en los derechos”.

En principio, se elaboró un instrumento de entrevista en profundidad entendiendo que -como argumenta Vallés (1999)- sus ventajas residen en el estilo abierto de la técnica, que permite la obtención de una gran riqueza informativa, en palabras y enfoques de los entrevistados. Además, permite formular preguntas de forma espontánea (en contraparte a su vertiente estructurada) y aporta flexibilidad, diligencia y economía en su implementación. Se llevaron a cabo 10 entrevistas con estudiantes que participaron como colaboradores en los proyectos de CSE y a estudiantes que participaron para acreditar sus horas de CSE. Para enriquecer la perspectiva institucional, se entrevistó también a uno de los directores de los proyectos.

Durante la etapa de elaboración de instrumentos el investigador concurrió al “Encuentro de Usuarios” en donde participaron los estudiantes extensionistas y participó como observador participante en las reuniones previas al “Encuentro de Usuarios” y en las posteriores en las cuales se evaluaron ambos proyectos. La participación en estos encuentros fue fundamental para la elaboración de la guía de entrevistas y permitió una inmersión profunda del investigador en el contexto estudiado. A diferencia de la observación pasiva, el observador participante se involucra activamente en las actividades de la comunidad o grupo que investiga, lo que le permite obtener una comprensión más rica y contextualizada de los fenómenos sociales.

Según Angrosino (2007), el investigador en este enfoque no solo es un observador distante, sino también un participante que se integra en el entorno, lo que le proporciona acceso a las interacciones cotidianas y a los significados que los miembros del grupo otorgan a sus experiencias. Este enfoque no solo enriquece la interpretación de los datos, sino que también ofrece una perspectiva más holística y menos sesgada sobre la realidad que se estudia.

La información recolectada fue procesada mediante un análisis de contenido cualitativo. Los datos provenientes de las entrevistas y los registros de observación fueron organizados y codificados en función de los objetivos específicos de la investigación, estructurando los hallazgos en tres ejes temáticos: conocimientos previos sobre la LNSM, aportes de la experiencia extensionista y propuestas de fortalecimiento profesional.

La investigación se rigió por los principios éticos y deontológicos que regulan la práctica profesional y la investigación psicológica. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los participantes, asegurando que la información brindada fuera utilizada exclusivamente con fines académicos. Asimismo, se contó con el consentimiento informado de cada entrevistado, respetando su autonomía y el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento.

RESULTADOS

Conocimientos previos a la experiencia de CSE respecto de la Ley de Salud Mental

El primer objetivo específico planteado fue “indagar acerca de los conocimientos previos sobre la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) por parte de los estudiantes que participaron en los proyectos de CSE, a partir de los contenidos ofrecidos en las materias de sus respectivas carreras de grado”.

La indagación se centró en la incorporación obligatoria de la Ley de Salud Mental que se propone en el nuevo plan de estudios de la carrera. Los interrogantes planteados fueron: ¿Cómo

se ha realizado esta incorporación? ¿Qué dificultades han identificado los estudiantes que participaron en la investigación? ¿Cuáles son las materias que abordan esta incorporación?

Estos interrogantes permitieron identificar dos aspectos clave para comprender cómo está siendo incorporada la Ley en el plan de estudios, según la perspectiva de los estudiantes. En primer lugar, se desarrollará un análisis sobre las materias en las que, según la experiencia y percepción de los estudiantes entrevistados, la ley está presente y de qué manera. En segundo lugar, un aspecto interesante que surgió de forma repetida en las entrevistas y que constituye un hallazgo novedoso para este trabajo, fue la importancia de la articulación teórico-práctica entre los contenidos de las materias y la Ley de Salud Mental.

a) Incorporación de la ley en las materias como contenido obligatorio

El plan de estudios de la Licenciatura en Psicología se encuentra dividido en dos ciclos: el ciclo básico y el ciclo superior. Cada ciclo contempla, además de las materias, “talleres de problemáticas actuales” y “espacios de aprendizajes intensivos y tutorados”. El plan se encuentra en proceso de implementación.

Acerca de los “talleres de problemáticas actuales” y “espacios de aprendizajes intensivos y tutorados” lxs estudiantes no los registraron como espacios significativos durante las entrevistas. Sin embargo, sí se refieren a la materia “Psicología Sanitaria” como la principal asignatura que aborda en profundidad la Ley de Salud Mental entre sus contenidos obligatorios.

"La materia Sani fue como... Sanitaria, como la más, la que más abordó el tema en sí..." (E1).

"¿El trabajo con la ley en la cursada? Sanitaria, más que nada en Psicología Sanitaria..." (E2).

"Yo siento que asocio mucho el proyecto con haber cursado sanitaria el mismo año, y también porque los profes eran parte de la cátedra y siento que antes del proyecto como que teníamos esta idea de que la prioridad de la ley era la desmanicomialización y un poco hablándolo en el proyecto..." (E3).

"Principalmente creo que la que más se aborda obviamente es, bueno, Psicología Sanitaria (...) pero sobre todo desde Psicología Sanitaria, como que se inculcó mucho las concepciones" (E4).

La materia “Psicología Sanitaria en Salud Pública, Salud Colectiva y Salud Mental” incluye dentro de su programa como un eje central a la Ley de Salud Mental, tanto en los contenidos, como en la perspectiva de la cátedra y en las problemáticas que se abordan.

Además de esta materia, lxs entrevistadxs identifican que la Ley de Salud Mental también se aborda en otras materias de los últimos años.

"Entonces fue apareciendo a lo largo de la cursada más que nada como que lo tengo muy presente a partir de tercero en adelante". (E2)

"La estudié en Clínica, en Psicología Clínica, en cuarto año. La estudié en Deontología, en quinto año. La estudié también en una materia electiva, en Drogodependencias, no recuerdo si la estudié en segundo año, por ejemplo" (E8).

"No sé si de haberla trabajado tan en profundidad, por lo menos en los primeros años no recuerdo haberme vinculado mucho más que decir “che, esta ley se promovió en 2010” y eso fue todo..." (E3).

En tales relatos, se identifica que la Ley de Salud Mental es abordada principalmente en materias de los últimos años de la carrera, donde los estudiantes consideran que se trata de manera más profunda. Esto plantea una pregunta interesante sobre el papel que juega la ley en la formación del ciclo básico en la Licenciatura en Psicología, donde su tratamiento es concebido como escaso o superficial, por lo que cabe preguntarse ¿Cuáles son las dificultades en las materias de los primeros años para trabajar la incorporación de la Ley entre sus contenidos?

b) Articulación teórico-práctica entre los contenidos de las materias y la Ley de Salud Mental

Una de las principales reflexiones que realizaron lxs entrevistadxs se vincula a la forma en que se incorpora la ley a partir de su obligatoriedad en los contenidos de las materias. Esto es así dado que, en ocasiones, la LNSM puede encontrarse incluida en el programa, pero no es considerada un contenido obligatorio para los exámenes parciales o finales. A su vez, refieren una dificultad en la articulación de los contenidos de la LNSM con las temáticas específicas de muchas materias.

"Y creo que en general igual pasa eso, como que está la ley, vos si quieres la lees o no, pero después no te hacen articular. ¿O cuál es la relación curricular de los contenidos específicos de la materia con la ley? Y creo que eso es una gran falta en general como que es la ley, los artículos totalmente descontextualizados de los contenidos de cada materia..." (E4).

"Pero lo que recuerdo en primer año es como que apareció la ley en la bibliografía y, por ejemplo, me acuerdo de ver, no sé... las corrientes epistemológicas, de pronto la ley de salud mental, o sea, como no pudiendo quizás esto de poder verlo de manera más involucrada no a los contenidos, sino ver a la ley..." (E5).

Por otra parte, la exigencia de la obligatoriedad no alcanza para establecer una relación clara con los contenidos de las materias ni con los conceptos clave que se están enseñando. En otras palabras, no se ve a la ley como algo que se pueda vincular de forma más directa y significativa con los aprendizajes que se transmiten desde las diferentes cátedras.

Además, si bien en los programas de muchas materias está presente la ley, aparece de forma aislada, sin contextualización o explicaciones sobre su relevancia en la práctica o en lo específico de cada asignatura, lo que puede generar una comprensión superficial de su importancia.

"No digo que esté mal aprender leyes, sino que es esto de que no se está articulando o no se está explicando la importancia de eso que se te manda a estudiar. Creo que tiene que ver con la forma en la que se da. Capaz que está en un alcance suficiente en los contenidos de las materias, pero tiene que ver con cómo se está enseñando..." (E8).

Así, lxs entrevistadxs mencionan que la forma de enseñar influye mucho en el aprendizaje, y esto es señalado como una limitación, lo que provoca que la ley no se "entienda" o "aprecie" en su totalidad, sino que quede en un plano superficial.

Teniendo en cuenta estos relatos, emergieron los siguientes interrogantes ¿Cuál es la mejor manera de implementar contenidos obligatorios en toda una carrera? ¿Cómo generar apropiación en los docentes de las diferentes cátedras?

Importancia de los proyectos extensionistas

El segundo objetivo específico se vinculaba a “Reconocer los conocimientos construidos por los estudiantes en el marco de su participación en los proyectos de CSE en relación con la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM), e identificar las limitaciones que los estudiantes perciben en relación con dichos proyectos”. En este apartado, los principales hallazgos se centran en la valoración positiva que los estudiantes expresaron respecto del trabajo extensionista.

Por un lado, el investigador presenció y participó en las actividades desarrolladas por los proyectos de CSE, así como en las devoluciones realizadas por lxs estudiantes al finalizar el proyecto. Además, se entrevistó a los estudiantes acerca de lo que consideraban más valioso de la experiencia extensionista y los desafíos que enfrentaron durante la misma y para futuros proyectos de CSE.

Las respuestas de lxs estudiantes estuvieron relacionadas con la importancia que tuvieron estos proyectos para su formación como profesionales de la salud mental. En particular, destacaron cómo les permitieron conocer realidades que no estaban presentes en su formación académica formal y valoraron positivamente la articulación entre la universidad, las organizaciones sociales y los usuarios del sistema de salud.

"Yo creo que la Ley de Salud Mental la conocí mucho más en el CSE, en relación a sus perspectivas y demás, y esto de que... bueno, es algo inherente a la persona y es un derecho. Entonces yo creo que lo más importante y lo que más me atravesó y me hizo cuestionarme incluso mi formación fue esa, la experiencia en el CSE, básicamente". (E1).

"Creo que principalmente es poder contextualizar y bajar los artículos que tenemos como aislados a terreno. Más que nada lo que creo que más valoro del proyecto es esto de apelar a la perspectiva de los usuarios, o sea, de conocer cuáles son sus deseos, cuáles son las necesidades, que es lo que están atravesando en voz de ellos, que bueno... la ley en teoría busca este reconocimiento de la participación y como que en la cursada se ve poco esta idea, era como más el reconocimiento que como profesional tenemos que darles y no el reconocimiento de ellos ocupando un lugar" (E4).

Se reconoce de estos proyectos, en particular, la experiencia en CSE como aprendizaje significativo, donde se destaca que fue a través de ellos que adquirieron un conocimiento más profundo y práctico sobre la Ley de Salud Mental. Además, a través de esta experiencia se resalta la importancia de integrar actividades prácticas que vinculen los contenidos teóricos de la ley con su aplicación en el trabajo con usuaries en el campo profesional.

"Las materias estaría bueno que haya como más actividades prácticas de articulación con la ley" (E2) .

Otro punto importante que se valoró positivamente por lxs estudiantes fue la importancia de escuchar directamente a las personas usuarias en el “Encuentro de Usuaries”, lo cual es uno de los pilares de la Ley de Salud Mental, que promueve su participación activa.

Esta perspectiva y este trabajo resultó como un antes y un después para muchxs de lxs estudiantes que participaron de la propuesta debido a que, según su percepción, es insuficiente para comprender la ley leer sólo algunos aspectos de la teoría y no complementarlos con la práctica.

Propuestas estudiantiles

Con respecto al último de los objetivos de este proyecto, “recuperar propuestas de los estudiantes sobre cómo fortalecer su formación profesional en relación con la LNSM, a partir de experiencias extensionistas”, consideramos que fue uno de los aspectos más complicados de responder. Se encontraban muchos silencios cuando se interrogó acerca de ¿Qué propondrías? o ¿Cuál pensás que es tu rol como estudiante en este proceso?

Sin embargo, sí se lograba elaborar estas respuestas a partir de críticas a los modos de enseñanza actuales, al abordaje del plan de estudios por parte de la Facultad y a los desafíos que se encuentran por delante.

"Pero siento que es como esto de seguir siempre hablando de los mismos temas, diciendo lo mismo, leyendo lo mismo, como en la no actualización por ahí de la bibliografía, siento que hay también de no ver el contexto actual, las leyes actuales y demás. Para mí va por ese lado..." (E3).

"Estaría bueno como una articulación por ahí entre materias, y que no sea sólo cuestión de correlativas, sino de ver, qué sé yo, a partir de Psicología Social qué aporta a Criminología, y ahí meter la ley en las articulaciones. No sé si sería una posibilidad realmente" (E3).

"Yo creo que algunos profes tampoco llegaron como a cuestionarse tanto los contenidos de la ley ni nada por el estilo, no sé, pero yo creo que es más algo que bastante utópico plantear de que cada uno conozca el campo desde esta perspectiva, digamos. Pero bueno, no sé si eso se puede llegar a lograr. Me parece que la postura de los profesores como que imponen bastante en nosotros" (E1)

De esta manera, se puede observar las críticas a una educación que se percibe como estática, desconectada del contexto actual y de la realidad interdisciplinaria, y carente de un enfoque crítico en la enseñanza de la ley y otros contenidos. Esto genera una sensación de rigidez y falta de participación activa en los procesos de aprendizaje.

Surge la necesidad de preguntar ¿Cuál es la importancia de que exista creatividad estudiantil para construir una mejor formación? ¿Qué lugar ocupan lxs estudiantes en su propia formación en la actualidad?

CONCLUSIONES

Las conclusiones, en sintonía con los hallazgos, serán abordados a partir de los objetivos que tuvo este proyecto de investigación. En cuanto al primero de los apartados desarrollados “Conocimientos previos a la experiencia de CSE acerca de la Ley de Salud Mental”, se encuentran dificultades en la articulación de la ley y las materias, sobre todo en las materias de los primeros años, incluso existen materias en las que directamente no aparece en el programa tampoco.

A partir de este eje, quedan interrogantes tales como ¿cuáles son las dificultades en las materias de los primeros años para trabajar la incorporación de la Ley?; ¿la obligatoriedad de los contenidos de la Ley de Salud Mental realmente puede ser incorporado en todas las materias? Es una pregunta interesante, ya que tensiona la libertad de cátedra. ¿Cuáles son las materias que serían relevantes para construir un perfil profesional enfocado en la perspectiva de derechos que esté incluida pero relacionando los contenidos? No fueron abordados en esta investigación, pero sería importante poder trabajarlos.

Sobre el segundo apartado acerca de “los aportes de los proyectos extensionistas”, lxs estudiantes valoraron positivamente la práctica de CSE para su formación como agentes de salud. Ahora bien, estos proyectos no son en sí mismos una práctica de grado específica de la carrera de la Licenciatura en Psicología. Aún así, los diferentes relatos de lxs estudiantes no refirieron como aporte principal el trabajo extensionista de la Universidad en la comunidad, sino que lo valoraron por ser una práctica durante la carrera. Esto resulta un punto de observación, ya que el espíritu de la práctica extensionista se trata de la acción a través de la cual las universidades se conectan con la sociedad, no solo en la transmisión de conocimiento, sino también en la resolución de problemas concretos, colaborando en la mejora de la vida comunitaria (Aguirre, 2003, p. 47).

Probablemente estos proyectos extensionistas hayan suscitado esta consideración de “práctica” por parte de lxs estudiantes en relación al trabajo con usuaries de salud mental. Esta hipótesis no se puede comprobar o desarrollar ya que para esta investigación se trabajó con dos proyectos de CSE, por lo cual no se puede comparar con las experiencias de estudiantes en otros CSE con prácticas diferentes. Esta sería una de las limitaciones que se encuentran dentro de la investigación debido a lo específico de la población con la que se trabajó.

La Facultad de Psicología tiene grandes desafíos con respecto al trabajo de articulación teórica/práctica en la formación de grado, lo que abre interrogantes que serían interesantes abordar ¿Cuáles son las causas de estas dificultades? ¿Qué lugar deberían ocupar los proyectos extensionistas y qué lugar efectivamente ocupan en la formación de lxs estudiantes?

Un aspecto no abordado en los hallazgos pero que resulta importante destacar es que los proyectos de CSE se llevaron adelante por la voluntad de docentes y egresades *ad honorem* con interés de que la voz de lxs usuarixs sea escuchada y valorada por futuros profesionales de la salud mental. Aun así, ningún estudiante mencionó nada de eso, ni en los encuentros de cierre de los proyectos extensionistas, ni en las entrevistas. ¿Se encuentra una naturalización de estas propuestas extensionistas? Esta inquietud surge debido a que existe una valoración positiva del trabajo de lxs docentes y egresadxs que realizaron el proyecto y aun así no hayan podido hacer una lectura de esta situación, cuestión de relevancia para lxs docentes y egresadxs que participaron de los proyectos.

Por último, se trabajó con propuestas estudiantiles para afrontar esta problemática que, como se mencionó en los hallazgos, lxs estudiantes logran elaborar críticas a la enseñanza actual, a cómo aborda el plan de estudios la Facultad y cuales son los desafíos por delante, aunque se encuentran con dificultades para desarrollar propuestas. Interrogantes que pueden enriquecer la formación pueden ser ¿Cuál es el lugar que ocupan lxs estudiantes en la formación? ¿Qué políticas se contemplan en el plan de estudios que propongan protagonismo estudiantil?

REFERENCIAS

Aguirre, C. A. (2003). La extensión universitaria como vínculo entre la universidad y la sociedad. *Revista de Educación y Pedagogía*, 15 (30), 45-58.

Angrosino, M. (2007). *Doing ethnographic and observational research*. Sage Publications.

Burijovich, J. (2015). *Mirar tras los muros. Situación de los derechos humanos de las personas privadas de libertad en Córdoba*. Universidad Nacional de Córdoba. Recuperado de <https://www.unc.edu.ar/sites/default/files/Mirar%20tras%20los%20muros%20II-%202014.pdf>.

Furfaro, C. (2016). La extensión universitaria y el nuevo plan de estudios de la carrera de Abogacía en la Universidad Nacional de La Plata. *Redalyc*.

Ley N° 26.657. (2010). *Derecho a la Protección de la Salud Mental*. Congreso de la Nación Argentina. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>.

Pérez, M. (2009). La participación estudiantil en el proceso de extensión universitaria. Una estrategia para la carrera de estudio sociocultural de la sede universitaria municipal de San Cristóbal. *Ra Ximhai*, 5(3), 429-438.

Stolkiner, A. (2012). Nuevos actores del campo de la salud mental. *Revista Intersecciones Psi*, 2(4), 1-13.

Valles, M. S. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Editorial Síntesis.

MUJERES, GÉNERO Y DIVERSIDADES

Accesibilidad y desigualdades de género: trayectorias de mujeres usuarias en dispositivos de salud mental en Córdoba

María Luján Bassi¹

Resumen: El presente trabajo analiza las experiencias de acceso a servicios de salud mental de la ciudad de Córdoba por parte de mujeres adultas, desde una perspectiva de género y de derechos. A partir de un diseño cualitativo, el estudio se desarrolló en dos etapas: en primer lugar, se trabajó con los aportes producidos en los Encuentros de Usuarías de Salud Mental realizados en 2023 y 2024; en una segunda etapa, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a mujeres participantes de dichos espacios, con el objetivo de ampliar y profundizar los temas emergentes. El análisis permitió identificar que las barreras de acceso a la atención en salud mental no se limitan a dimensiones organizativas o administrativas, sino que se inscriben de manera significativa en el plano simbólico, relacional y material, los cuales producen efectos concretos sobre la vida cotidiana, los vínculos afectivos y las posibilidades de autonomía de las mujeres. Los resultados muestran que las prácticas institucionales, en algunos casos, reproducen mandatos de género, medicalizan el sufrimiento y generan procesos de deslegitimación de la palabra, lo cual afecta especialmente el ejercicio de derechos de las usuarias. Asimismo, emerge con fuerza la centralidad del trabajo y del acceso al dinero como dimensiones clave para la construcción de autonomía, reconocimiento social y vida independiente. Finalmente, el estudio destaca el valor de las estrategias colectivas y comunitarias como formas de resistencia y producción de sentido frente a lógicas tutelares, y señala la necesidad de políticas integrales que articulen salud mental y derechos sociales desde un enfoque de género.

Palabras clave: Salud mental; Género; Accesibilidad a los servicios de salud; Derecho a la salud; Mujeres.

INTRODUCCIÓN

El acceso a la salud integral constituye hoy uno de los principales desafíos del campo sanitario, especialmente en lo que respecta a la salud mental. Desde una perspectiva crítica, la salud no puede reducirse a una condición individual ni exclusivamente biomédica, sino que debe entenderse como un proceso histórico y social atravesado por relaciones de poder, condiciones materiales de existencia y estructuras de desigualdad que inciden en los modos de enfermar, atender y cuidar (Casallas Murillo, 2017; Almeida Filho, 2020). Si bien el acceso a los servicios de salud ha sido abordado por referentes del campo de la salud comunitaria y de la salud mental (Comes et al., 2007; Garbus, 2010; Solitario, Garbus y Stolkiner, 2008), es importante destacar que este ocupa un lugar central en la agenda de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Ambas instituciones reconocen el acceso a la salud como un derecho universal que debe garantizar la atención integral, continua y de calidad, orientada a

¹ Lic. En Psicología, MP: 13987, lujanbassi@outlook.com

responder a las necesidades de las personas y a reducir las desigualdades sociales en salud (Dmytraczenko y Almeida, 2015). Sin embargo, el acceso no puede ser entendido únicamente como la disponibilidad de servicios, sino como un proceso complejo que exige considerar las dimensiones culturales, subjetivas y simbólicas que atraviesan a quienes transitan los dispositivos de salud mental (Comes y Stolkiner, 2005).

Incorporar una perspectiva de género en este análisis permite visibilizar cómo las relaciones de poder, las jerarquías y los estereotipos socioculturales estructuran de manera desigual el acceso, el trato y los efectos de la atención en salud mental; es por eso que las desigualdades en el acceso a la salud no pueden entenderse de forma aislada ni exclusivamente desde lo biomédico, sino como producto de relaciones históricas de poder que atraviesan los actos de salud. Estas relaciones configuran prácticas institucionales que muchas veces reproducen sesgos androcéntricos y excluyen o patologizan las experiencias de las mujeres (Lenta, 2021).

En el caso de las mujeres, estas trayectorias se ven atravesadas por mandatos de género, desigualdades estructurales y formas específicas de regulación de sus cuerpos y subjetividades, que inciden tanto en la forma en que se experimenta el padecimiento como en las posibilidades de ser escuchadas, cuidadas o legitimadas en el espacio sanitario (Bianchi y Sabin Paz, 2023; Valero y Faraone, 2019).

En los últimos años, distintas investigaciones han abordado las barreras y facilitadores del acceso a los servicios de salud mental, así como las desigualdades de género que atraviesan dicho acceso. Estos estudios han permitido visibilizar obstáculos que afectan especialmente a las mujeres y han aportado marcos teóricos valiosos para comprender cómo se configura el derecho a la atención en contextos atravesados por desigualdad social.

En particular, las investigaciones sobre el acceso a la salud en mujeres de sectores populares muestran cómo las barreras organizativas, territoriales y simbólicas limitan el ejercicio efectivo del derecho a la atención, especialmente en el ámbito de la salud mental. Freidin, Ballesteros y Wilner (2019) exploraron las experiencias de mujeres adultas en un barrio del conurbano bonaerense (Argentina), identificando obstáculos como la escasa disponibilidad de profesionales, la falta de coordinación entre niveles del sistema y los extensos tiempos de espera. Estas barreras no solo vulneran el derecho a una atención integral, sino que refuerzan la inequidad estructural que atraviesa a las mujeres en situación de desventaja socioeconómica.

En un estudio cualitativo realizado en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Comes y Stolkiner (2004) investigaron la accesibilidad simbólica a los servicios de salud en mujeres usuarias pobres del sistema público. A partir de entrevistas semiestructuradas, identificaron que muchas mujeres asociaban la atención gratuita no a un derecho ciudadano, sino a una forma de caridad ligada a su condición de pobreza. Esta concepción da cuenta de las barreras simbólicas que atraviesan las formas de vincularse con el sistema de salud y que se sostienen en desigualdades estructurales, estigmatización de la pobreza y ausencia de participación activa como ciudadanas de pleno derecho. El estudio aporta claves fundamentales para comprender cómo el acceso a la salud está mediado por construcciones subjetivas e históricas que exceden lo normativo o lo institucional.

A pesar de los múltiples estudios que abordan el acceso a los servicios de salud mental desde enfoques de género y derechos, la trayectoria de mujeres adultas por los distintos dispositivos del sistema de salud mental de Córdoba continuaba siendo una dimensión poco explorada. Por eso, este estudio buscó dar cuenta de los sentidos que las propias mujeres atribuyen a su paso por los servicios, al cuidado y a los vínculos, con el objeto de ampliar la comprensión de la accesibilidad más allá de las definiciones normativas o técnicas.

En concreto, la investigación que dio origen a este escrito se propuso como objetivo general comprender las experiencias de acceso a los servicios de salud mental en la ciudad de Córdoba desde la perspectiva de mujeres adultas², atendiendo a los sentidos y recorridos que configuran sus trayectorias en el sistema de salud. Para ello, en primer lugar, se procuró caracterizar las formas en que las mujeres adultas se aproximan a los servicios de salud mental, considerando los motivos de consulta y las personas o instituciones que mediatizan sus primeros contactos. En segundo lugar, se buscó describir las barreras que pudiesen obstaculizar su acceso efectivo a los servicios de salud mental. Finalmente, se planteó analizar la atención recibida en tales servicios, contemplando sus experiencias positivas y negativas de atención.

METODOLOGÍA

Se trabajó con una perspectiva cualitativa de investigación, inscripta en el paradigma interpretativo comprensivo (Vasilachis, 2006), que concibe el conocimiento como una construcción situada, relacional y contextual. Desde este enfoque, el estudio se orientó a recuperar las voces de mujeres adultas usuarias de los servicios de salud mental de la ciudad de Córdoba, para poner en el centro sus experiencias situadas.

El diseño metodológico se organizó en dos etapas complementarias. En una primera etapa, se trabajó con el análisis de los registros producidos en el marco de los Encuentros de Usuaries de Salud Mental realizados en los años 2023 y 2024. Estos encuentros constituyen espacios colectivos de participación que reúnen a personas usuarias de distintos servicios públicos y privados de salud mental de Córdoba, con el objetivo de problematizar sus experiencias de atención y acceso al sistema desde una perspectiva situada. A través de dinámicas grupales y dispositivos participativos, los Encuentros habilitan la producción de relatos, opiniones y demandas vinculadas a los recorridos institucionales, las barreras encontradas y las formas de atención recibidas.

Durante el período 2023–2024, los Encuentros se desarrollaron en articulación con equipos de investigación y extensión de la Universidad Nacional de Córdoba y con colectivos del campo de la salud mental, lo que permitió fortalecer su carácter participativo y generar insumos relevantes para el análisis (Yoma y Berra, 2025). Desde este enfoque, la metodología cualitativa no fue concebida únicamente como un conjunto de técnicas para la recolección de información, sino como un modo de construir preguntas y herramientas de investigación que recuperan la perspectiva de las propias personas usuarias. En este sentido, el trabajo metodológico implicó una reflexión situada sobre los modos de producción de la información, orientada a comprender las experiencias, percepciones y significados atribuidos a los dispositivos y políticas de salud mental desde la voz de quienes los transitan, promoviendo instancias de participación activa en la interpretación de lo vivido (Arnao Bergero, 2025).

Para este estudio se analizaron específicamente dos talleres correspondientes a subgrupos de mujeres adultas, conformados en clave de género y edad. El primer taller se realizó en septiembre de 2023 y contó con la participación de diez mujeres de entre 45 y 70 años, usuarias de distintos dispositivos de salud mental, entre ellos instituciones privadas, espacios comunitarios y casas de convivencia. El segundo taller tuvo lugar en septiembre de 2024 y estuvo integrado por nueve mujeres del mismo rango etario, usuarias de talleres socio-laborales, centros de día, casas de medio camino y espacios comunitarios de la ciudad de Córdoba y del interior provincial.

² La categoría “mujeres adultas” incluyó a aquellas personas que se autopercebían como mujeres (cis y trans), en un rango etario de entre 45 a 70 años.

Durante los talleres se trabajó mediante técnicas de mapeo cartográfico y grupos focales, orientadas a identificar los servicios de salud mental transitados, las barreras de acceso encontradas y las experiencias positivas y negativas de atención. Los intercambios grupales y las instancias plenarias fueron registrados mediante grabaciones de audio y soportes gráficos, tales como afiches y notas de campo, que conformaron el corpus empírico de esta primera etapa.

En una segunda etapa, y con el objetivo de profundizar y ampliar los temas emergentes de los espacios colectivos, se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas a mujeres que habían participado previamente de los Encuentros. Estas entrevistas permitieron indagar con mayor detalle los sentidos atribuidos a las experiencias de atención, el impacto de las prácticas institucionales en los vínculos afectivos y familiares, así como las formas de agencia y resistencia construidas a lo largo del tiempo. La selección de las participantes se realizó mediante un muestreo intencional-teórico (Valles, 1999), priorizando la diversidad de trayectorias institucionales, edades, dispositivos de atención y experiencias vinculadas a la vida independiente. Se realizaron cuatro entrevistas individuales semiestructuradas a mujeres que habían participado previamente de los Encuentros. Las entrevistadas presentaban edades diversas (48, 59, 62 y 70 años) y trayectorias diversas en el sistema de salud mental. En relación con sus condiciones de vida, dos de ellas residían en un departamento alquilado de manera compartida con una tercera persona y asistían a un hospital de día; otra vivía con su hermana mayor y participaba de un dispositivo sociolaboral; mientras que la cuarta residía sola en la vivienda familiar y concurría a un dispositivo comunitario.

En todos los casos, se garantizó la participación voluntaria de las mujeres mediante la presentación y firma de un consentimiento informado, y se resguardó el anonimato y la confidencialidad de las participantes a través del uso de seudónimos y la omisión de datos que pudieran permitir su identificación.

Se llevó a cabo un análisis cualitativo de los datos, mediante un proceso inductivo y continuo que buscó ordenar, clasificar y dotar de significado a la información obtenida en el marco de esta investigación. Dicho proceso implicó el desarrollo de codificaciones con códigos de bajo nivel de abstracción que luego se reagruparon entre sí para apreciar tendencias, contrastes y similitudes de la información generada hasta ese momento, mediante un proceso de codificación axial. En este marco, las primeras rondas de codificación de los materiales producidos en los Encuentros de Usuaries (talleres de mapeo y grupos focales) permitieron orientar decisiones respecto de la continuidad del trabajo de campo y de los tópicos a profundizar en las entrevistas con las mujeres. A su vez, la realización en simultáneo de las tareas de análisis y construcción de información en la segunda etapa de la investigación, permitieron refinar el listado de códigos y continuar con el análisis hasta alcanzar el criterio de saturación por reincidencia de informaciones.

RESULTADOS

La vida en suspenso: trayectorias prolongadas en el sistema de salud mental

En los relatos producidos tanto en los Encuentros de Usuaries como en las entrevistas individuales, aparece de manera reiterada la referencia a trayectorias prolongadas en el sistema de salud mental, que incluyen internaciones y permanencias extensas en distintos dispositivos. Las mujeres sitúan sus experiencias en una temporalidad amplia, de más de cinco años de duración. En muchos casos organizan el relato de su vida en torno a episodios de internación, crisis o primeros diagnósticos.

Estas trayectorias prolongadas no aparecen como acontecimientos aislados, sino como procesos que se inscriben en momentos en los que las mujeres vieron profundamente alte-

rada su vida cotidiana. En varios relatos, la internación emerge asociada a situaciones en las que ya no podían sostener las exigencias vinculadas al trabajo doméstico, a las tareas de cuidado o a los roles asignados socialmente, volviendo visible un padecimiento que hasta entonces permanecía naturalizado o invisibilizado en el ámbito familiar y/o social.

Asimismo, las experiencias institucionales que mencionan incluyen referencias a prácticas vividas como violentas, despersonalizantes o difíciles de tramitar, que se suman a las violencias previas experimentadas por las mujeres. En este sentido, las trayectorias de internación aparecen atravesadas no sólo por el padecimiento psíquico, sino también por dinámicas institucionales que, lejos de interrumpir esas violencias, en ocasiones las profundizan. En algunos casos, las experiencias recuperadas dan cuenta de recorridos de institucionalización tan prolongados que ya no se sienten preparadas para (o no recuerdan siquiera) otras formas de vida. Como ilustran los relatos: “Estuve internada muchos años. Primero fueron más de diez y después estuve alrededor de treinta años en otro hospital” (Sandra, 70 años, E.U 2023). Olga nos relata:

“Llevo más de veinte años como usuaria de salud mental. Empecé en un lugar privado (...) cuando no pude pagar más, me derivaron a un hospital público para continuar el tratamiento. Desde muy niña tenía en claro que iba a necesitar ayuda para salir adelante; pasé por situaciones de abuso y de violencia, entonces siempre supe que iba a necesitar ayuda, y así fue: busqué por mi cuenta” (Olga, 48 años, 2025)

Estas trayectorias prolongadas de atención y, en particular, las experiencias de internación, se configuran como hitos centrales en la construcción de sentido sobre el propio padecimiento, tal como expresa una de las participantes al señalar que “desde el 2007 que estoy en tratamiento, pasé por muchos lugares...” (Julia, 59 años, 2025). Desde esta perspectiva, los recorridos extensos por dispositivos de salud mental pueden leerse a la luz de lo que Tisera et al. (2013) conceptualizan como procesos de habituación institucional, en los que la progresiva reducción de redes sociales, habitacionales y laborales incide en las posibilidades de autonomía. Lejos de tratarse de un efecto individual, estos procesos interrogan las prácticas e intervenciones que promueven —o limitan— la apropiación del tratamiento por parte de las personas usuarias y su reconocimiento como sujetos de derecho.

En el campo de la salud mental, las lógicas tutelares y asilares consolidaron dispositivos disciplinarios que produjeron prácticas de disciplinamiento moral y aislamiento del mundo social. La internación prolongada en una institución monovalente instauraba para la persona con padecimiento mental una relación tutelar que implicaba la restricción de derechos (Amarante, 2009).

Este recorrido permite comprender que las experiencias institucionales analizadas no se inscriben únicamente en el ámbito de la atención en salud mental, sino que atraviesan de manera transversal la vida social de las mujeres. En este sentido, los procesos de atención prolongados configuran un trasfondo desde el cual se redefinen vínculos, roles y posibilidades de acción. Este marco resulta central para comprender los sentidos que adquieren, en los apartados siguientes, la maternidad, los cuidados y el trabajo como dimensiones clave de la experiencia de las mujeres usuarias de salud mental.

El costo afectivo del encierro: vínculos y barreras simbólicas

Si las trayectorias prolongadas de atención reconfiguran roles y posibilidades de acción, también dejan huellas en el plano afectivo. En las experiencias recuperadas, el encierro institucional aparece asociado a transformaciones profundas en los vínculos familiares y sociales de las mujeres, lo que da lugar a sentimientos de pérdida, distancia y ambivalencia.

En varios de los relatos, las instituciones aparecen como espacios que ofrecen cierta estabilidad o resguardo frente a situaciones de extrema vulnerabilidad, tales como la falta de vivienda, la ausencia de redes de apoyo o contextos de violencia. Sin embargo, esta función de sostén convive con experiencias de distanciamiento, interrupción o debilitamiento de los lazos afectivos, particularmente con hijos y familiares cercanos. Algunas mujeres expresan que la permanencia en dispositivos de mediana o larga estadía fue acompañada por un progresivo distanciamiento de su entorno social previo, así como por cambios profundos en sus vínculos, vividos como ajenos a sus propios tiempos y decisiones.

La maternidad emerge como una dimensión central en las experiencias de atención que las mujeres ponen en palabras. En sus relatos, la distancia con sus hijos y las dificultades para sostener el vínculo materno en contextos de internación ocupan un lugar significativo. Estos procesos se configuran progresivamente a lo largo del tiempo, a partir de prácticas institucionales que, aun sin nombrarse explícitamente, generan silenciamientos, interrupciones y reconfiguraciones profundas de los lazos familiares.

Estas experiencias se expresan con particular fuerza en los relatos de las propias mujeres, que dan cuenta del impacto del encierro institucional y de determinadas prácticas de atención en sus vínculos más cercanos. En algunos casos, las intervenciones profesionales son recordadas como instancias que, lejos de acompañar procesos vitales complejos, produjeron cuestionamientos y deslegitimaciones de decisiones personales, especialmente en situaciones atravesadas por violencia. Como relata una de las mujeres entrevistadas:

“Durante mucho tiempo me atendió un profesional que, lejos de acompañarme, me cuestionaba lo que yo le decía. Cuando le dije que me iba a divorciar porque venía sufriendo episodios de maltrato me respondió ‘vos no podés divorciarte en este momento; hay tratos que pasan porque no te pueden controlar en las crisis’ y esas son palabras que nunca voy a olvidar” (Olga, 48 años, 2025).

Este testimonio pone en evidencia cómo ciertas prácticas profesionales pueden reforzar dinámicas de control y silenciamiento, generando marcas subjetivas duraderas que inciden en la manera en que las mujeres evalúan sus vínculos y decisiones. Esta ambivalencia también se expresa en el siguiente relato:

“Toda mi problemática estaba en mis ámbitos familiares, sociales, de mi divorcio, que no podía vender la casa. Médicos, psicólogos, asistentes sociales, todos me consiguieron ahí para que yo esté en ese lugar (...) yo no tenía donde estar y ahí empecé a organizarme la vida (...). Pero bueno, no veo a mis hijos, no veo a ningún familiar, pero ahí adentro me tienen tranquila, estoy medicada (...)” (Carolina, 48 años, EU 2024).

La ambivalencia que atraviesa este relato —entre el alivio que ofrece la institución y el costo afectivo del distanciamiento familiar— da cuenta de las tensiones que caracterizan las trayectorias de atención de muchas mujeres.

Asimismo, la incompreensión y deslegitimación provenientes del entorno familiar emergen como experiencias reiteradas, que profundizan sentimientos de culpa y aislamiento, especialmente en relación con la maternidad. Una de las mujeres entrevistadas lo expresaba del siguiente modo:

“Mi familia no me comprendía, minimizaban mi dolor (...) mi hijo se alejó mucho de mí, él me decía que no pensaba en él cada vez que tenía un intento de suicidio, me sentía muy culpable de no poder estar bien” (Olga, 48 años, 2025).

En conjunto, sus relatos permiten comprender que el costo afectivo del encierro no se limita a la separación física de los vínculos, sino que se articula con prácticas institucionales y discursos familiares que impactan de manera profunda en la vida emocional de las mujeres y en su posibilidad de sostener relaciones significativas.

En este marco, el costo afectivo del encierro institucional puede ser situado en un entramado más amplio de prácticas sanitarias y desigualdades de género. En este sentido, los relatos de las mujeres dialogan con los aportes de Yoma y Burijovich (2023), quienes señalan que el sistema de salud tiende a medicalizar e invisibilizar los malestares de las mujeres sin cuestionar las condiciones sociales que los producen, contribuyendo de este modo a la reproducción de desigualdades de género e inequidades en salud. Las experiencias recuperadas muestran que determinadas prácticas de atención, lejos de acompañar procesos vitales complejos, operan como instancias de control, silenciamiento y deslegitimación de sus decisiones, particularmente en contextos atravesados por violencia.

En este marco, una de las dimensiones donde estos procesos adquieren mayor relevancia es la maternidad, que emerge en los relatos no sólo como vínculo afectivo, sino también como un eje de regulación institucional y social. Yoma, Buhlman y Burijovich (2021) advierten que la maternidad opera como un elemento clave tanto en los procesos de ingreso como de egreso de las mujeres a las instituciones psiquiátricas. Por un lado, la internación pone en evidencia el lugar social asignado a las mujeres como cuidadoras; por otro, la intersección mujer–usuaria de hospital monovalente–madre expone la ausencia de políticas integrales e intersectoriales con perspectiva de género que contemplen estos entrecruzamientos. Estos señalamientos permiten comprender por qué, en los relatos analizados, la maternidad aparece reiteradamente asociada a experiencias de pérdida, culpa y distanciamiento vincular durante las trayectorias de internación. Tajer (2020) profundiza este análisis al advertir que, en el caso de mujeres con discapacidad o padecimientos psíquicos, opera con fuerza la presunción de incapacidad para ejercer tareas de cuidado, lo que justifica intervenciones que privilegian la separación por sobre el acompañamiento y el fortalecimiento de la agencia.

El impacto subjetivo de estos procesos se articula con lo que Fernández (2005) conceptualiza como el dispositivo cultural de la culpa femenina, que enlaza maternidad, sacrificio y padecimiento, construyendo a las mujeres como responsables morales de sostener los vínculos familiares aun en contextos de violencia o desigualdad. Desde esta perspectiva, los sentimientos de culpa y reproche que atraviesan los relatos no pueden ser leídos como vivencias individuales, sino como efectos de mandatos de género profundamente arraigados.

Salud mental y acceso a derechos

El acceso efectivo a los servicios de salud mental no depende únicamente de la existencia formal de dispositivos o prestaciones, sino de las condiciones concretas en las que las mujeres usuarias pueden ejercer su derecho a ser atendidas con dignidad. Estas condiciones están profundamente atravesadas por desigualdades estructurales de género: precariedad habitacional, ingresos bajos o nulos, sobrecarga de cuidados y dependencia económica. Estos factores no solo limitan la capacidad de las mujeres para trasladarse o sostener sus tratamientos, sino que también refuerzan su subordinación en las decisiones sobre su propia vida y salud. Como advierten Valero y Faraone (2023), estas desigualdades configuran verdaderas *capas de violencia*, donde las condiciones materiales, simbólicas e institucionales se superponen, profundizando la exclusión y el sufrimiento.

En las trayectorias de las usuarias, emergen con fuerza las barreras geográficas, económicas y simbólicas que las obligan a sostener su atención a costa de su autonomía, sus recursos y sus vínculos. Estas barreras, lejos de ser inevitables, son producto de prácticas institucionales que reproducen la lógica manicomial, aún en ámbitos comunitarios o alternativos, y naturalizan relaciones de dependencia y sometimiento (CELS, 2021).

Los relatos dan cuenta de esta realidad: las dificultades para cubrir traslados y la ausencia de políticas efectivas que garanticen transporte gratuito afectan la continuidad de sus tratamientos:

“A mí me han hecho todo el trámite de la tarjeta para viajar en colectivo, pero no me la han autorizado, no sé por qué. —¿Y cómo hacés para ir si no tenés la tarjeta? —En remis, pero es caro. Cada una lo paga con su platita” (Roxana, 53 años, EU 2024).

La situación descrita muestra que los derechos que debieran estar garantizados —como la gratuidad del transporte para personas usuarias— se ven vulnerados por la persistencia de barreras estructurales, lo cual desplaza la carga hacia las propias mujeres, que deben resignar otras necesidades para poder sostener la atención. Lejos de promover autonomía, la institución las coloca frente a nuevas formas de vulnerabilidad económica. Estos tipos de obstáculos son invisibles en los discursos normativos, pero son centrales en la experiencia cotidiana de quienes transitan los dispositivos.

A su vez, este tipo de prácticas institucionales se conjugan con manifestaciones sistemáticas de una lógica tutelar que asume que las mujeres no son capaces de administrar sus propios recursos económicos. Como evidencian los testimonios, esta dinámica refuerza relaciones de poder que despojan a las mujeres de su autonomía económica y las mantienen en un estado de dependencia y subordinación:

“A mí me gustaría volver a tener el manejo de mi dinero, pienso que eso me daría libertad. Hace mucho no tengo el control de mi plata, antes era mi familia, después profesionales de los distintos lugares en los que pasé. Antes lo podía hacer bien, yo creo que podría volver a aprender”. (Rosa, 62 años, 2025)

El CELS (2021) describe este tipo de dinámicas como prácticas tuteladas y abusivas que, aunque normalizadas, vulneran derechos fundamentales y socavan las posibilidades de autonomía económica y subjetiva. Es así como Valero y Faraone (2023) mencionan que los tratos genéricos e impersonales legitiman la exclusión y la dependencia, naturalizando un estado de subordinación como si fuera parte inevitable del padecimiento psíquico.

En clave de género, estas prácticas revelan que la vulneración económica no es neutral: se inscribe en relaciones históricas que han asignado a las mujeres una posición subordinada en lo económico y dependiente en lo afectivo. Las usuarias no sólo enfrentan barreras materiales objetivas, sino que también ven cuestionada su capacidad de tomar decisiones, administrar dinero y sostener vínculos familiares, precisamente porque el estigma social las despoja de su condición de ciudadanas plenas.

Este punto es especialmente problemático cuando se considera la contradicción con el marco normativo nacional en vigencia dado por la Ley N°26.657, que establece en su artículo n°7 que las personas usuarias deben mantener todos sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales durante la atención. Aun así, entendemos que la sanción de una ley no resulta ser condición suficiente para su traducción en políticas públicas y la instauración de cambios efectivos en acciones (Faraone, 2012). Respecto de esta cuestión, una usuaria expresa:

“Yo siempre trabajé, hasta que me enfermé y de ahí no pude volver, decían que podía ser peligroso. Yo antes trabajaba en servicios domésticos, limpiaba, cuidaba a niños o a señoras, fue una linda época de mi vida, me iba bien (...) ahora por mi enfermedad no podría” (Julia, 59 años, 2025)

Lo que estos relatos permiten visibilizar es que las barreras económicas y simbólicas no sólo limitan el acceso a la atención en salud mental, sino que también inciden de manera directa en las posibilidades de ejercer otros derechos sociales fundamentales. En particular, el acceso al trabajo y el manejo del dinero emergen como aspectos centrales para la construcción de autonomía, frecuentemente obturada por prácticas institucionales que refuerzan la dependencia económica y la tutela sobre las decisiones de las mujeres. En este sentido, los servicios de salud mental no operan únicamente como dispositivos de cuidado, sino que, en determinadas condiciones, funcionan también como barreras para el acceso efectivo a otros derechos, profundizando situaciones de vulnerabilidad y exclusión. Pensar otras formas de cuidado que promuevan la autonomía material y simbólica de las mujeres, en lugar de reproducir estas restricciones, constituye uno de los principales desafíos que los testimonios analizados interpelan a asumir.

CONCLUSIONES

La investigación llevada adelante permitió comprender cómo se configuran las experiencias de acceso y permanencia de mujeres adultas usuarias en los servicios de salud mental de la ciudad de Córdoba, poniendo en primer plano sus trayectorias institucionales, los efectos de las prácticas de atención y los sentidos construidos en torno al cuidado, los vínculos y la autonomía. A partir del análisis de los talleres, grupos focales y entrevistas individuales, se identificó que las barreras de acceso no se reducen a aspectos organizativos o administrativos, sino que se inscriben de manera significativa en el plano simbólico y relacional, produciendo efectos concretos sobre la vida cotidiana de las mujeres.

Los resultados muestran que, si bien los dispositivos de salud mental pueden constituirse en espacios de sostén, contención y reconstrucción subjetiva, también reproducen prácticas que deslegitiman la palabra de las mujeres, refuerzan mandatos de género y, en algunos casos, invisibilizan las violencias estructurales que atraviesan sus padecimientos. En este sentido, las experiencias relatadas evidencian cómo ciertas intervenciones profesionales —lejos de habilitar procesos de autonomía— pueden operar como barreras simbólicas que profundizan la culpa, la dependencia y el silenciamiento.

Particularmente en este artículo, se visibilizaron los efectos que estas prácticas institucionales tienen sobre los vínculos afectivos y familiares. En los relatos, la maternidad emerge como un eje central que organiza las experiencias de atención, no sólo como vínculo afectivo, sino como un lugar cargado de exigencias, evaluaciones y costos subjetivos, a partir del cual se juzgan las decisiones vitales de las mujeres y se regulan sus trayectorias institucionales.

Asimismo, en los relatos de todas las mujeres entrevistadas emerge con fuerza la centralidad del trabajo —y del acceso al dinero— como un eje significativo de sus experiencias y como una dimensión clave en la construcción de autonomía y en el ejercicio de derechos. Más allá de las trayectorias institucionales diversas, en todas las entrevistas aparece el deseo de volver a trabajar, de generar ingresos propios y de recuperar la autonomía económica como un horizonte significativo. En este punto, el dinero se configura como una dimensión clave del derecho a la vida independiente y como un eje inseparable del derecho a la salud mental.

Al mismo tiempo, los relatos analizados permiten reconocer que las trayectorias de las mujeres no se reducen a la pasividad frente a las barreras identificadas. A lo largo de sus expe-

riencias emergen estrategias individuales y colectivas orientadas a sostener la vida cotidiana, reconstruir vínculos y disputar sentidos en torno al cuidado y la autonomía. La participación en espacios grupales, talleres sociolaborales y dispositivos comunitarios aparece como una vía para recuperar la palabra, construir apoyos entre pares y ensayar formas alternativas de cuidado basadas en la horizontalidad y el acompañamiento mutuo. Estas prácticas, lejos de constituir meros recursos terapéuticos, pueden leerse como formas de resistencia cotidiana frente a lógicas tutelares y medicalizantes, que habilitan la producción de agencia y la re apropiación de proyectos de vida.

En cuanto a las limitaciones del estudio, es necesario señalar que la investigación se circunscribe a un número acotado de entrevistas y a mujeres adultas que participaron de espacios colectivos específicos, lo cual no permite generalizar los resultados a la totalidad de mujeres usuarias de los servicios de salud mental. Asimismo, el trabajo se centra en las experiencias narradas por las mujeres, sin incorporar la perspectiva de los equipos profesionales ni el análisis de políticas públicas específicas, lo que constituye una línea posible de profundización futura.

No obstante, estas limitaciones no invalidan los aportes realizados, sino que abren nuevos desafíos de investigación. En particular, los resultados señalan la necesidad de seguir indagando en la articulación entre salud mental y derechos sociales, especialmente en lo que respecta al acceso al trabajo y a la autonomía económica de las mujeres usuarias. En este sentido, la recurrencia de este eje en los relatos refuerza la pertinencia de ampliar la mirada hacia el análisis del acceso a derechos sociales.

Finalmente, este trabajo se inscribe en un posicionamiento ético y político que entiende la investigación en salud mental no sólo como producción de conocimiento, sino como una herramienta para visibilizar desigualdades, disputar sentidos y aportar a la transformación de las prácticas institucionales. Recuperar la voz de las mujeres usuarias, situar sus experiencias y reconocer tanto sus demandas como las estrategias que despliegan para sostener la vida cotidiana constituye una apuesta por una salud mental con enfoque de derechos y perspectiva de género, que no se limite al tratamiento del padecimiento, sino que promueva condiciones reales de autonomía, inclusión y vida digna.

REFERENCIAS

- Almeida-Filho, N. (2020). *Desigualdades de salud en función de las condiciones de vida: análisis de la producción científica en América Latina y el Caribe y bibliografía anotada*. Organización Panamericana de la Salud.
- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio: salud mental y atención psicosocial*. (Editorial no especificada).
- Arnao Bergero, M. (2025). Metodologías cualitativas y análisis en salud mental: la experiencia de usuarias y agentes de salud. En S. M. Yoma (Ed.), *Los servicios de salud mental en primera persona: recorridos y experiencias en clave interseccional* (pp. xx-xx). Editorial de la Universidad Nacional de Córdoba.
- Argentina. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657*. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/32829/20101202>
- Bianchi, E., & Sabin Paz, L. (2023). *Género, salud y educación permanente: una mirada crítica a las prácticas institucionales*. Editorial Universidad Nacional de Lanús.
- Centro de Estudios Legales y Sociales. (2021). *Relaciones vinculares en instituciones psiquiátricas: el derecho a la vida familiar y a la vida íntima*. CELS.

- Comes, Y., et al. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, 14, 201–209.
- Comes, Y., & Stolkiner, A. (2005). “Si pudiera pagaría”: estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Anuario de Investigaciones*, 12, 137–143.
- Dmytraczenko, T., & Almeida, G. (2015). *Medición de la cobertura universal de salud en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/769>
- Faraone, S. (2012). El acontecimiento de la ley nacional de salud mental: los debates en torno a su sanción. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 2(4). http://trabajo-social.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/08_Faraone.pdf
- Fernández, A. M. (2005). *La mujer de la ilusión: pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Paidós.
- Freidin, B., Ballesteros, M., & Wilner, A. (2019). Navegando por los servicios de salud públicos: experiencias de mujeres de sectores populares en la periferia de Buenos Aires. *Saúde & Sociedade*, 28(4), 73–86.
- Garbus, P. (2010). Consideraciones sobre las categorías de acceso a la atención en salud y procesos de estigmatización en personas externadas de instituciones de salud mental. *Anuario de Investigaciones*, 17, 309–316.
- Lenta, M. M. (2021). Perspectiva de género, diversidad e interseccionalidad en los actos de salud. *Revista Argentina de Medicina*, 9(3), 141–145. <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s26184311/rutojra3f>
- Tajer, D. (2020). Género, discapacidad y salud mental: tensiones entre tutela, cuidado y derechos. En D. Tajer (Comp.), *Género y salud mental: perspectivas críticas desde América Latina*. Lugar Editorial.
- Tisera, A., et al. (2013). Salud mental y desinstitucionalización: resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones en Psicología*, 20(1), 251–258.
- Valero, V., & Faraone, M. (2023). *Las capas de la violencia: género, encierro e instituciones psiquiátricas*. Secretaría de Derechos Humanos de la Nación.
- Vasilachis, I. (2006). La investigación cualitativa. En I. Vasilachis (Coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 23–64). Gedisa.
- Yoma, S. M., & Berra, C. E. (2025). Los encuentros de usuarias de salud mental: sinergias entre activismos, investigación y extensión. En S. M. Yoma (Ed.), *Los servicios de salud mental en primera persona: recorridos y experiencias en clave interseccional* (pp. 9–21). Editorial de la Universidad Nacional de Córdoba.
- Yoma, S. M., Buhlman, S., & Burijovich, J. (2021). Aún no estamos todas... a algunas no nos ven: las mujeres en los hospitales psiquiátricos. En M. Herrera, S. Fernández, & N. de la Torre (Dirs.), *Políticas públicas y multidisciplinas: tratado de géneros, derechos y justicia* (pp. 151–166). Rubinzal-Culzoni.
- Yoma, S., & Burijovich, J. (2023). Las múltiples desigualdades en salud. En M. I. Peralta & P. Gramaglia (Comps.), *Desigualdades, territorios y política(s)*. Editorial de la Universidad Nacional de Córdoba.

Activismos y acción colectiva juvenil vinculados al género y la sexualidad en la ciudad de Córdoba

Keila Danae Omar¹

Resumen: El presente trabajo analiza procesos de activismo y acción colectiva vinculados al género y la sexualidad de jóvenes cordobeses, con el fin de comprender sus demandas, intereses y repertorios de acción en el contexto sociopolítico de 2025. A partir de un trabajo donde se realizaron notas de campo, fotografías, entrevistas individuales y grupales, así como un breve seguimiento de activismos juveniles en plataformas digitales, se construyeron matrices de datos que fueron analizados mediante el enfoque de la teoría fundamentada. Además, se tomaron aportes de la psicología social crítica latinoamericana y los debates en torno a la juvenilización de los feminismos en Córdoba, Argentina. Los hallazgos permiten identificar múltiples formas de acción colectiva juvenil, coexistiendo las clásicas, con aquellas que continúan abonando a una reconfiguración de las formas tradicionales de hacer política y se caracterizan por dinámicas fluidas, horizontales, informales, situadas, ya sea territoriales y/o digitales. En este sentido, algunas juventudes privilegian la participación política en función de causas puntuales que sostienen, por sobre la identificación estable y amplia con categorías que responden a dinámicas de organización y/o partidarias. La crisis socioeconómica, el avance de discursos y crímenes de odio, el desfinanciamiento de programas y políticas públicas en materia de derechos de las minorías sexogenéricas, entre otras, posicionan a la coyuntura sociopolítica actual como clave en relación a los activismos juveniles, que la vivencian como un clima de pérdida de lo conseguido, generando esto ambivalencias, tensiones y debates en torno a la acción colectiva. En este contexto -identificado como hostil e individualista-, las emociones operan de manera clave en los procesos de politización feminista, ya sea motivando acciones, modificando prácticas y discursos, desplegando nuevas estrategias de cuidado colectivas y/o promoviendo nuevas formas de organización al interior de los espacios juveniles.

Palabras clave: Activismos–Juventudes–Género–Feminismos

Llovizna desde hace unas horas,
trajimos paraguas, papeles y
unos fibrones,
y el nombre de cada una y de todas.
Paro nacional
por cada una, por todas,
estamos aquí junto a tantísimas compañeras
y en nosotras recordamos a Lucía Pérez y a Chiara Paez,

¹ Lic. En Psicología, MP: 12113, keilaomargilli@gmail.com

y cientos y cientos de mujeres que ya no están.
 Desconsuela el final de sus vidas.
 Mañana saldrá el sol. Basta de feminicidios.
 Que sea ley. Vivas las mujeres de mi patria.
 Ahora sí que nos ven.
 Nos reunimos y nos sentimos montaña,
 mar, pastos crecidos, viento que arrolla, soltura, alimento,
 vivas y libres nos queremos.
 No es luto la palabra,
 llevamos el negro para reconocernos
 para señalar la crueldad, el hostigamiento,
 la violencia contra las mujeres y las disidencias
 de todo el continente.
 La coyuntura nos mueve al hartazgo,
 el vacío es un abismo,
 y hartazgo y vacío se vuelven
 marcha, danza, alud, detención,
 organización,
 reconocimiento de las viejas y nuevas
 tradiciones políticas.



Pesclevi, Gabriela (2021). "19 de octubre de 2016. (Marcha del colectivo Ni una menos. Paro nacional de mujeres)". Marchar. La Plata, 2021. Ediciones La Chicharra.

INTRODUCCIÓN

En sintonía con la literatura que nos invita a situar y conceptualizar a las juventudes desde la pluralidad, alejándonos de perspectivas reduccionistas y evolutivas, reconociendo la vasta diversidad de maneras de "ser joven" (Vázquez y Spataro, 2025), el presente informe adopta un enfoque de construcción social de las juventudes (Duarte, 2001) que resulta clave para analizar sus formas de participación social y política. Dicha configuración es posible por una

multiplicidad de contextos, agentes sociales, modos de producción (Urresti, 1996), y una serie de elementos vinculados con el género, la generación, la clase y la raza-etnia, entre otros. Para Lugones (2008, citado en Tomasini, Bertarelli y Morales, 2017) estos elementos se constituyen en “marcas potentes” de sujeción o dominación que siguen una lógica de constitución mutua.

Los estudios de las juventudes, como categoría social vinculada a los movimientos sociales, adquiere en Argentina una relevancia particular en el período comprendido en las primeras dos décadas del siglo XXI. Se advierte así, en la primera década, la reemergencia y relegitimación de formas de participación juvenil clásicas, asociadas a espacios políticos institucionalizados (Vommaro, 2015); mientras que hacia la segunda década del actual siglo, se visibilizan nuevas modalidades de participación juvenil, heterogéneas y diversas pero principalmente distanciadas de las maneras tradicionales de hacer política (Larrondo y Ponce, 2019; Ramírez Varela, 2020). En años recientes aparece con fuerza en Argentina la figura de las jóvenes mujeres en relación a su participación en el proyecto político y cultural feminista y algunas autoras (Faur, 2018; Bianciotti, 2020) invitan a situar desde una perspectiva interseccional, cuáles fueron aquellas mujeres jóvenes, para evitar la universalización de esa imagen desde lo porteño, blanco y clase media.

Esta creciente politización del género y la sexualidad en la última década, en tanto ejes centrales de las agendas juveniles en sus contextos de socialización y participación, dio lugar a un prolífico campo de investigaciones que ha contribuido de manera significativa a los estudios de juventudes, de género y feministas. Entre estos estudios se destacan aquellos que indagaron alrededor de la “revolución de las hijas” (Peker, 2019), “la marea verde adolescente” o “el protagonismo de las pibas” (Tomasini, 2022). Estas perspectivas sitúan la emergencia del sujeto político joven y femenino, que “no es esencial, ni estable, ni totalmente representable” (Butler, 2007, citado en Larrondo y Ponce, 2019), en torno a las movilizaciones de *Ni Una Menos* a partir de 2015 en adelante -con especial mención al momento de debate político y legislativo en torno a la interrupción voluntaria del embarazo en 2018-, ya que habilitan la apertura de nuevas categorías analíticas para la indagación del fenómeno. Entre ellas, las “marcas generacionales” de los activismos feministas juveniles contemporáneos, inscriptas en un contexto sociopolítico caracterizado por el avance de las derechas y el retroceso de derechos (Morán Faúndes, 2023; Stefanoni, 2021). Asimismo por la proliferación de discursos de odio (INADI, 2023) que toman como objeto a mujeres, personas de la comunidad LGTBTTIQ+ y otros grupos históricamente vulnerabilizados, mediante narrativas que encarnan prejuicios y estereotipos, agudizando situaciones de opresión, violencia y desigualdad social. Siguiendo a Torres Carrillo (2009), en este tipo de escenarios marcados por la vulneración de derechos, acciones como la organización y la movilización colectiva se han constituido históricamente como mecanismos eficaces para la visibilización de conflictos, injusticias y exclusiones sociales, como para la impugnación de las arbitrariedades de los gobernantes.

METODOLOGÍA

El estudio se enmarca en la metodología cualitativa que enfatiza en la realidad construida socialmente y los significados que los sujetos le dan a ella (Denzin y Lincoln, 1998). Esto implica que existen múltiples realidades, construidas y situadas contextualmente, en donde investigación y sujetos de conocimiento interactúan en la producción del mismo. En la presente investigación se utilizaron técnicas de registro, en particular, notas de campo y fotografías en convocatorias públicas masivas donde participaron jóvenes, vinculados a activismos de género y sexualidad. Se realizaron 17 entrevistas breves individuales y 4 entrevistas gru-

pales a jóvenes que asistieron a convocatorias públicas masivas²¹ vinculadas al género y la sexualidad. Se indagaron ejes como la adscripción al feminismo, intereses y demandas por los cuales asistían a las movilizaciones, las maneras de organizarse, lecturas del contexto, afectos que se ponían en juego durante las mismas, sentidos que atribuían a su participación y las maneras de definir las según las categorías clásicas y/o adscripciones emergentes. Con posterioridad a dichas entrevistas, se seleccionaron dos personas previamente entrevistadas y se realizaron dos entrevistas en profundidad individuales y virtuales a referentes de espacios organizados de Córdoba, vinculados a un centro de estudiantes de un colegio secundario y a una organización partidaria. En estos casos, se tomaron como referencia las entrevistas previamente realizadas y se les pidió a lxs entrevistados que profundicen en sus respuestas, marcando contrapuntos si fuera posible respecto a distintos posicionamientos existentes en sus contextos de socialización, organización y/o con otrxs jóvenes de espacios políticamente más alejados de sus entornos. En este proceso emergieron nuevos ejes de análisis como “cuidados” y formas organizativas de los grupos y/o colectivos de jóvenes ante disensos y posicionamientos ante demandas y reivindicaciones feministas actuales. Además, se realizó un seguimiento de las publicaciones de grupos y/o colectivos de jóvenes feministas en redes sociales, lo que derivó en una entrevista virtual individual con una activista en temas de género en plataformas digitales. La muestra estuvo conformada por jóvenes de 16 a 24 años de edad. Algunxs poseen participación en distintas marchas y eventos públicos masivos vinculados a la organización, movimientos sociales y acción colectiva, otrxs, poseen menos experiencia y/o trayectoria en ello y otrxs enmarcan su activismo específicamente en plataformas digitales. Para analizar los datos surgidos de las entrevistas, se utilizaron los procedimientos de la Teoría Fundamentada (Glaser y Strauss, 1967) que mediante el análisis inductivo, permite reconstruir significados a partir de los datos recolectados y las teorías y perspectivas teóricas de referencia. Esto permite construir categorías y subcategorías a partir del análisis de los registros y las entrevistas realizadas con los respectivos emergentes que proporciona el trabajo de campo y articularlas con las teorías de referencia.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los modos de participación juvenil son dinámicos, se configuran en la medida en que producen contexto y a su vez, son producidos por la coyuntura sociopolítica, cultural, económica en la que se inscriben. Como parte del dinamismo que los caracteriza, Rodríguez (2005) identifica un quiebre entre los movimientos sociales y los colectivos juveniles, expresado en una suerte de tránsito de los primeros hacia los segundos. Mientras los movimientos sociales presentan una ideología fuerte, formalización y estructuras organizativas propias del mundo adulto (Garcés Montoya, 2010), los colectivos juveniles se distinguen por dinámicas informales, formas de organización horizontal y consignas colectivas vinculadas a la vida cotidiana como la cultura, el reconocimiento de identidades disidentes y la defensa de los derechos humanos. Los activismos, definidos como procesos de acción colectiva en los que, diferentes agentes sociales orientan sus acciones para impulsar transformaciones sociales, políticas y culturales (Gohn, 2017, citado en Larrondo y Ponce, 2019), son capilares en múltiples ámbitos como las calles, las redes, escuela, la familia, espacios de sociabilidad, diversión y salidas nocturnas (Tomasini, 2020). Estos pueden darse en los territorios -referenciados por algunxs jóvenes como activismos “de calle”- y también en plataformas digitales -mencionados como activismos digitales-. Betancor Nuez y otrxs (2024) plantean

² Los eventos remiten a la “Marcha Federal lgbtiqnb+, Antifascista y Antirracista del 1 de febrero de 2025 en Córdoba Capital; la marcha convocada por colectivos feministas conocida como “8M” el 8 de marzo de 2025 en Córdoba Capital y un evento denominado “Pueblada Fest”.

que las juventudes han encontrado en la protesta, las redes digitales y las nuevas formas de organización, espacios para expresar su disidencia y para construir alternativas políticas y sociales, que cuestionan las formas tradicionales de configurar la política.

Más allá de las adscripciones: “hoy tenemos que estar acá”

En relación a las categorías por medio de las cuales definen su participación, se advierte la coexistencia de múltiples maneras de nombrar la acción política. En muchas ocasiones, las juventudes entrevistadas refieren que les resulta “indistinto” y en otras, se alejan de aquellas tradicionales como la militancia y/o las emergentes que remiten al activismo, para expresar que participan en estas marchas “simplemente para apoyar”; también bajo la figura de “autoconvocadxs”, dejando en claro que admiten una distancia entre su acción “puntual” de apoyar una causa específica -como



“la diversidad” y/o el reclamos por “los femicidios”- y la adscripción a un partido político. Respecto al activismo, un sector entrevistado relaciona dicha categoría con algo “más constante en el tiempo” y que requiere de “poner mucho el cuerpo”, diferenciándolo de su participación política por ser algo más puntual, desanclando su participación de lo que podría implicar pertenecer a un grupo social más amplio, estructurado,

tradicional o realizar más acciones similares sostenidas en el tiempo y de manera colectiva con otros sujetos políticos. Sin embargo, estas apreciaciones coexisten con otros relatos de jóvenes que vinculan la noción de activismo con la difusión de mensajes, en este caso considerados feministas, en las redes sociales digitales, dando cuenta de cómo el uso de las mismas se configura como un espacio clave para la generación de jóvenes de la época, marcada por una fuerte socialización virtual. Según Betancor Nuez y otrxs (2024), existe un gran impacto de la digitalización y de la interacción online en las militancias juveniles, en especial, post pandemia por covid-19, se observó un crecimiento significativo en la participación cívica online. Esto significó que las redes sociales digitales fueron escenario para “protestas virtuales, difundir información y generar presión política” (p. 7). Para Ramírez Varela (2020), dicha generación de jóvenes, encuentra en las plataformas digitales un espacio privilegiado para la promoción, difusión y coordinación de acciones organizadas. En particular, en la Marcha Federal lgbtiqnb+, Antifascista y Antirracista del 1 de febrero de 2025 en Córdoba Capital, algunas juventudes entrevistadas expresan: ‘yo nunca milité ni nada así, pero mirame, tengo puesta la bandera trans, entonces cuando empecé a ver que todos compartían la marcha, dijimos “tenemos que ir”. Te guste o no Milei, porque tengo mucha gente de mi familia y mis amigos que sí apoyan, sobre todo en lo económico, lo de Davos fue la gota que rebalsó el vaso, entonces dije “yo tengo que estar acá”. Es mi primera vez en una marcha como esta, nunca me imaginé que íbamos a estar acá. Me llamó mucho la atención porque cuando empecé a compartir sobre esta marcha, también quise compartir muchas más cosas, contenidos, cosas que pasan y que a nadie le llegan. Bueno, yo a lo de Davos lo vi por *ree/s*. Mucha gente reaccionó mal como “¿por qué te politizas?”’. El recorte al que se hace referencia corresponde a un discurso que dio el presidente

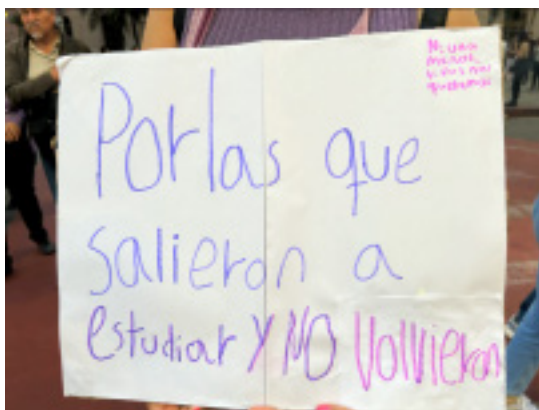
Javier Milei en el Foro de Davos, el 23 de enero de 2025, convirtiéndolo su oposición, en una de las principales consignas para la convocatoria a dicha marcha. En ediciones anteriores del mismo Foro, entre diferentes posicionamientos, Milei reivindicó el “modelo de la libertad” y el modelo capitalista de libre empresa, contraponiendo el “colectivismo” y la “justicia social”, aclamando que ésta es violenta e injusta de la manera en que se plantea desde un Estado interventor. En 2025, sostuvo aquellas reivindicaciones y avanzó en sus declaraciones con expresiones como “Foros como éste han sido protagonistas y promotores de la agenda siniestra del *wokismo* que tanto daño le está haciendo a Occidente” y desplegado discursos de odio hacia: “el gran yunque que aparece como denominador común en los países e instituciones que están fracasando, es el virus mental de la ideología *woke*. Esta es la gran epidemia de nuestra época que debe ser curada, es el cáncer que hay que extirpar”, mencionando que la propagación de dicha ideología es parte de un proceso de “colonización” que “daña”, ubicándola como un “mecanismo de subversión cultural”. Otras declaraciones se centraron en que la justicia social es “siniestra, injusta y aberrante”. Se pronunció en contra del feminismo radical, relativizó los femicidios y la brecha laboral de género. Desplegó una serie de declaraciones en contra de la diversidad, llegando a plantear que “en sus versiones más extremas la ideología de género constituye lisa y llanamente abuso infantil”. Durante dicha manifestación, la presencia de jóvenes en las calles fue alta y su participación se liga con el descontento y rechazo al gobierno actual, particularmente a la línea que sostienen en torno al género y la sexualidad.

Entre la etiqueta y la causa

En relación a la adscripción al feminismo, aparecen diversos posicionamientos, representaciones y sentidos. Algunas jóvenes entrevistadas refieren que son feministas, vinculándolo a una fuerte tradición familiar que luego se renueva y reconfigura en sus contextos más próximos de socialización y acción colectiva: “mi mamá es feminista, mi hermana es feminista, yo también soy feminista. Mi mamá me llevaba a las marchas pero ahora vengo a las marchas así, venimos a todas las marchas que podemos” y expresiones vinculadas a convicciones personales y colectivas “soy feminista porque quiero poder existir tranquila”. Entre los motivos que expresan, toman fuerza aquellos vinculados a la lucha por la eliminación de las violencias de género, la necesidad de apoyar a un movimiento que reivindica los derechos humanos, el deseo de poder hacer actividades cotidianas sin miedo, el reclamo por el aumento de mujeres en espacios de representatividad y decisión política, los reclamos por la efectiva implementación de leyes como la interrupción voluntaria del embarazo y la educación sexual integral, el reclamo por las formas comunicativas de los medios masivos y hegemónicos de comunicación.



Algunas jóvenes expresan que “ser feministas” es fruto de haber realizado “un trabajo interno” que permite una transformación: identificar incomodidades, distanciarse de personas específicas como amistades, profesores y/o familiares, apoyar la lucha de las mujeres y disidencias por más derechos, estar en contra de la violencia de género, entre otras. Por otro lado, en entrevistas a jóvenes en las marchas del 8M y 3J como en entrevistas virtuales, algunxs jóvenes referencian realizar acciones en torno al género y la sexualidad sin ser feministas, junto a distintos motivos. Una referente de un espacio de mujeres que nuclea jóvenes expresó: “el feminismo nos atravesó a las mujeres, yo jamás en mi vida había tenido conversaciones con mi abuela, mi mamá, mis amigas pero no me resuena la cuestión de la militancia, nunca me he definido como militante y ahí es donde aparecen organizaciones que te ofrecen una aproximación a todo eso sin tener que llamarte militante, sin llamarte feminista. Nunca he sentido la necesidad de llamarme a mí misma feminista, la organización me permitió abrazar las luchas históricas y las preocupaciones contemporáneas del feminismo sin necesariamente llamarme a mí misma feminista, ¿y la verdad? Siempre me ha interesado lo vinculado a las mujeres, pero no desde un punto de vista feminista, sino político y de mercado, nosotras estamos preocupadas y queremos que las mujeres tengan mejor educación financiera, queremos conocer cuántas tienen acceso a una cuenta en el banco con su propio nombre”. Otra joven expresaba: “yo no soy feminista, no creo que tengas que ponerte la etiqueta para estar acá y apoyar a que deje de existir la violencia”. La anterior cita corresponde a una entrevista tomada en la manifestación del 8M, donde hubo una marcada expresión tanto en carteles como en el discurso que se pudo recoger mediante fotografías y entrevistas, de gran cantidad de jóvenes que se encontraban conmovidxs por el reciente feminicidio de una estudiante universitaria que encontró una gran mediatización en la escena pública de Córdoba. El reclamo por la violencia de género, sumado al de la educación pública convergieron en carteles de muchxs jóvenes durante las marchas en 2025, siendo ambos sentidos la principal respuesta al interrogante ¿por qué estás acá hoy?



Politización y afectos en la juvenilización feminista cordobesa

En algunos relatos de lxs jóvenes entrevistadxs, se renuevan viejos sentidos vinculados al rechazo con las palabras “militancia” y “política” asociando a éstas con cierta peligrosidad y con la idea de “ser muy chica para estar politizada”, una joven expresaba: “Para hoy hicimos carteles, busqué un pañuelo, elegí una campera violeta por el Ni Una Menos, porque es el color que representa a la marcha y quise venir haciendo un poco de ruido desde mi casa. Siempre que vengo a la marcha por lo general vengo en bondi y siempre me gritan algo, hoy me llevé bastantes miradas enojadas y tuvo que acompañarme mi papá a la parada por las dudas, le daba cosa que me pase algo por tener el pañuelo”. En sintonía, en la marcha del 3J, NiUnaMenos, se vivió un clima de tensión durante el evento, ya que la policía rodeó la misma

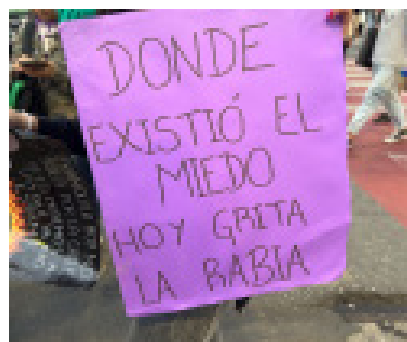
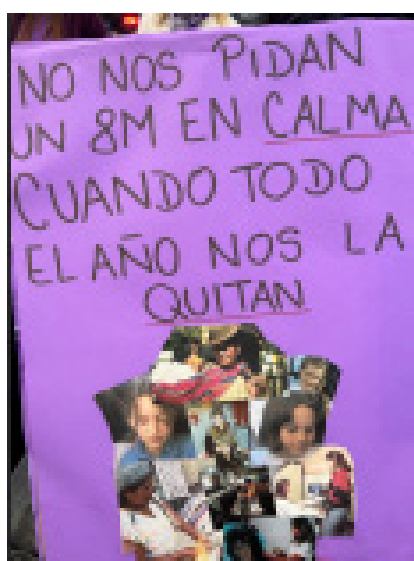
y valló su final. En este escenario, una joven relataba: “Somos muy pocas personas, muy pocas. Me da miedo, pero me da más bronca, mi mamá no quería que viniera, la convencí, a ella le daba miedo y yo le decía que nunca me sentí más segura que en una marcha, pero hoy no es así, venir a apoyar una causa justa te da miedo”. Por otro lado, algunxs jóvenes mencionan sentir seguridad, contención y tranquilidad, como puede verse en un cartel que llevaba una joven durante la marcha del 8M:



En este sentido, algunas jóvenes expresan: “Acá todos están en grupo, pero tampoco es incomodo estar sola, siempre hay un calorcito” y “La calle en contexto de marcha es un lugar muy seguro, creo que es una trinchera, estamos rodeados de cana, estaba llegando a la marcha y me sorprendió la cantidad de policías que hay, pero es Córdoba, y es re loco porque hay un montón de casos de violencia institucional, donde es la policía la que violenta. Pero dentro de todo esto, que rodea la cana hay una trinchera, una resistencia, que nos mueve desde la ternura, el amor y el afecto”. En torno a las estrategias colectivas de cuidado y organización, una joven rela-

taba: “Nosotros a la hora de organizarnos tenemos un protocolo de seguridad, si hay

un problema nos vamos porque tenemos otra forma de militancia, pero últimamente los problemas son muy difíciles de evitar. En el último tiempo se vio mucho más complicado todo, con las marchas a media calzada es difícil acordonar y mantener, hay que estar muy al tanto, alertas. No se puede estar tanto en la marcha en sí, sino cuidando y que no pase nada. Nos molestan las motos de los policías siempre pegadas a nuestras columnas”. Además del miedo, se mencionan emociones como la bronca, sensaciones como el hartazgo y cansancio, el “miedo a vivir con miedo a existir” son motores de la

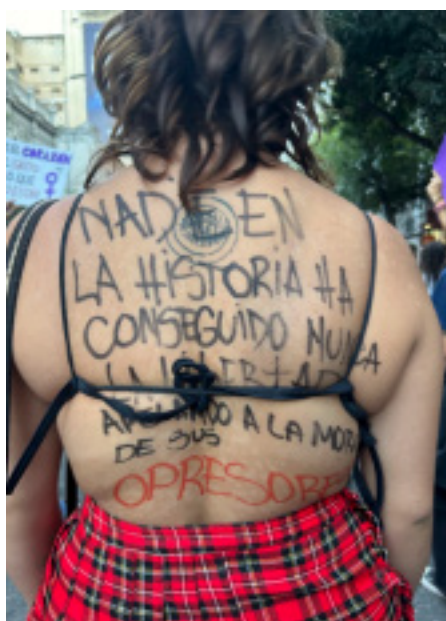


participación en el actual contexto, del cual mencionan recientes eventos vinculados a crímenes de odio a disidencias, como detonantes de su conmoción y sensibilidad.

Durante dos de las principales marchas con demandas, reclamos y consignas vinculadas a los feminismos, los relatos de lxs entrevistadxs se tiñeron en gran medida de felicidad por el hecho de encontrarse físicamente en la calle junto a otrxs feministas. Al comenzar a hablar, muchxs jóvenes se “quebraban” y hacían referencia a ello: “Me emociona estar hoy acá”. La emoción a flor de piel, los ojos “vidriosos”, la palabra poco articulada por el nudo en la garganta: “Hace mucho que no nos encontramos así”, “Siento que necesitamos este espacio porque es una respuesta”, “Nunca había venido a una marcha y me emociona estar acá con ellos”, son algunos de los relatos que circulaban en aquellos eventos, recogiendo el clima afectivo de acompañamiento, contención y ternura: “Me pasan un montón de cosas, me encanta que un lugar con tanta locura como es la ciudad se frene y se generen estas cosas, ver a la gente dándose afecto, charlando, siento que acá la ternura rebalsa, lo siento, lo veo y me siento muy segura”.

Resonancias del contexto

Lxs jóvenes señalan que el contexto sociopolítico actual, caracterizado como “hostil, individualista y de derecha” opera, por un lado, produciendo un repliegue y desincentivando el activismo y por otro, como un catalizador que fortalece al movimiento, en tanto impulsa el activismo, la lucha y la posibilidad de pluralización de sus espacios de participación. Esta tensión aparece en algunos relatos de jóvenes y se vincula con experiencias previas de vaciamiento del espacio público y debilitamiento de lo colectivo, asociadas en muchos casos a la pandemia por covid-19, en sintonía con la creciente crisis socioeconómica y la derechización de los discursos y prácticas de gobierno. En este sentido, algunxs jóvenes expresan sentimientos de tristeza ante la menor presencia de personas y/o colectivos en las manifestaciones públicas: “las marchas no están teniendo convocatoria, para mí por el contexto político y económico, de tomarse dos bondis para venir, es un montón para mucha gente. También el contexto social, hoy estar en una marcha es estar mal, estás equivocado si estás marchando, cortar la calle ya está mal, entonces creo que es un poco eso que tiene que ver con la convocatoria. Hoy estamos sufriendo una crisis económica que lo ves en la gente”.



Acerca de las lecturas que lxs jóvenes hacen del contexto, aparece con fuerza la desconfianza hacia las instituciones y el sistema político actual, junto a la preocupación por un estado de retracción de derechos antes conseguidos: “estamos en un momento donde lo que habían conseguido hace 20 años atrás se está perdiendo, lo están arruinando”. A su vez, para algunxs jóvenes el mismo contexto funciona como principal motor del activismo: “Estoy acá por el contexto en el que estamos hoy, el gobierno que tenemos constantemente atenta y recorta los derechos de los más vulnerables, hay que salir a las calles y ocupar la calle que es nuestra porque a nosotras como mujeres nos afecta la violencia de género todo el tiempo, todos los días”. En sus reclamos, lxs jóvenes incluyen pancartas, carteles, collages, pintadas en los cuerpos con referencias a artistas internacionales y nacionales que combinan arte y activismo en consignas vinculadas a los derechos humanos:



El contexto también es asociado a un aumento de la violencia de género y a la falta de acompañamiento institucional a juventudes, especialmente en el ámbito educativo. Refieren la proliferación de los discursos de odio con efectos claros en la vida cotidiana: “lo que pasa hoy, con el presidente o algunas personas del gobierno hace que se avale la violencia”. Al respecto, algunxs jóvenes expresan que en el último tiempo, están teniendo nuevos cuidados para sus activismos. Entre las acciones que identifican se encuentran: no escribir la dirección de encuentro previo a actividades, específicamente en redes sociales digitales; intentar “neutralizar” el lenguaje en publicaciones, manifestando desconfianza y miedo a los comentarios que puedan surgir en espacios de socialización virtual; reconfigurar la manera de hacer red desde las plataformas digitales: sacar los links directos a grupos de whatsapp de organizaciones juveniles, mostrando preocupación por posibles inconvenientes: “al link [del grupo de whatsapp de la organización] lo tuvimos que sacar porque se unía gente a molestar, sentíamos que nos complicaba más pero tuvimos que hacer todo más difícil y pasar el grupo uno a uno si lo pedían”. Al respecto, lxs jóvenes mencionan haber recibido insultos, ataques, ridiculización, bromas, y contenido de sexualización de mujeres jóvenes. En cuanto a esto, manifiestan: “Son comentarios que deslegitiman, nos sacan valor a lo que hacemos”. Además, expresan: “Tenemos cuidado, intentamos no hacer tanta campaña política en las redes porque nos lo reprochan, tratamos de ser más neutros”.

Entre los intereses y preocupaciones que reconocen en sus espacios, mencionan: “En este contexto estamos luchando bastante por las identidades trans que sentimos que son las más vulneradas actualmente. En relación a la esi, casi en ningún colegio se da, si ya era algo tabú ahora es peor. Hace años hicimos muchas sentadas por eso, pero este año estuvimos tan preocupados por otras cosas que nos pasaron que es como si se nos fuera eso de la agenda” y “Estamos más preocupados por el gobierno, por salir a desmentir, por informar, por aclarar que no estamos de acuerdo, salir a decir que están vulnerando a los jóvenes, le sacan peso a nuestras actividades, no tienen en cuenta que son importantes las juventudes en la política. Ser joven pasó a ser el insulto como que sos zurdo”. Por otro lado, lxs jóvenes referencian preocupación por “Los discursos que deslegitiman la educación pública, las universidades, nos preocupa salir de la secundaria y no tener dónde y cómo estudiar”. Vinculan estas preocupaciones con acciones de reetracción de derechos y discursos de odio del actual gobierno, manifestando su rechazo y orientando su acción colectiva en pos de la transformación de éstos hacia horizontes más igualitarios, justos y democráticos.

CONCLUSIONES

Motivada por el interrogante inicial en torno a ¿cómo se configura el activismo y la acción colectiva en torno al género y la sexualidad de las juventudes cordobesas en el contexto actual? El presente trabajo buscó captar algunas de las demandas, consignas, interpelaciones que movilizan a jóvenes, dinámicas de organización y formas de acción política en temas de género y sexualidad en la ciudad de Córdoba. Así también, la manera en la que se dan éstas, cómo son nombradas por los diferentes sujetos, grupos y colectivos, los afectos que vinculan a ellas. Este estudio da cuenta de un recorte que no pretende ni puede significar universalización alguna, más bien permite capturar algunas voces y resonancias de jóvenes en torno a sus experiencias activistas vinculadas al género y la sexualidad en la coyuntura sociopolítica de la Córdoba de 2025. En este sentido, existe un acceso sumamente desigual de las juventudes a los puntos céntricos de la ciudad, eventos y convocatorias públicas masivas y/o a la realización de acciones de visibilización política en redes sociales digitales, espacios desde los cuales se contactó a las juventudes entrevistadas. La posibilidad de contar con información y/o formación política, tiempo -no destinado a tareas de cuidado, por ejemplo-, dinero -para organizarse y movilizarse por la ciudad-, acceder a transporte, ganas y deseo -en términos de la disponibilidad subjetiva que implica organizarse- entre otros aspectos, que permite analizar la perspectiva intersectorial, dan cuenta de limitaciones de este estudio. Tanto las marcas intersectoriales, como la manera de narrar la coyuntura sociopolítica de los meses que comprendió esta investigación son clave en la comprensión de cómo algunas juventudes significan, nominan, interpretan y vivencian sus experiencias activistas y de acción colectiva. Hablar de activismos -en plural- implica reconocer la heterogeneidad y pluralidad de prácticas, acciones y sentidos que históricamente alberga su significado, desde las voces de quienes invisten aquellas. Es posible definir a los activismos como acciones que se diseñan y llevan a cabo de manera colectiva, produciendo diferentes formas de organización para un sinfín de objetivos que se definen al interior de los espacios/grupos/colectivos. Se trata de acciones profundamente políticas, ya que buscan revertir, cuestionar y/o transformar las cosas del mundo; se configuran como prácticas polisémicas y heterogéneas en su génesis y modos de intervención. Al no ser homogéneos, revisten una basta cantidad de matices, zonas “grises”, contradicciones y tensiones. Estos coexisten con acuerdos, reflexiones, intereses que pueden motivar a acciones que busquen objetivos comunes de visibilización, denuncia, reivindicación, alteración y/o transformación de una situación específica. Son móviles, flexibles, receptivos como también pueden ser rígidos, estructurados y expulsivos. Una de las principales características de los activismos actuales es su pluralidad y esto los hace profundamente complejos. Como sostienen Betancor Nuez y otrxs (2024) la diversidad de contextos de politización y formas de participación política actual, permite comprender las prácticas colectivas de jóvenes en transición frente a crisis globales y sociopolíticas. Tanto el espacio -territorial, digital y/o mixto-, como el vínculo leído que se establece con el cuerpo -mayor o menor proximidad presencial con otrxs, maneras de estar y de decir- se vuelven clave para posicionarse como activistas o no en temas de feminismo, género y sexualidad, ligado a las acciones que se realizan, emociones que las mueven y causas que interpelan. Esto toma sentido cuando consideramos al cuerpo-territorio como una categoría analítica clave para los feminismos, al ser “el punto de partida de la reflexión y la acción” (Garita, 2019, p. 13) de los mismos (Omar, 2024). La indagación sobre las formas actuales de participación y socialización política juvenil, en especial en tiempos de renovación constante de escenarios sociopolíticos y consignas, demandas e intereses se torna relevante en pos de que permite captar el espectro del activismo juvenil contemporáneo (Betancor Nuez y otrxs, 2024), donde las formas de participación política juvenil continúan en constante transformación, privilegiando espacios más flexibles, horizontales y cercanas a la vida cotidiana, ya sea para el activismo presencial como para el digital, que entre otros factores, cumple con

las características mencionadas anteriormente. Más allá de las adscripciones que encarnan como sujetos y/o grupos de jóvenes, la participación política se estructura desde el compromiso con las causas que sostienen, reivindican y por las que luchan. Aparecen formas de participación más espontáneas y situadas, muchas veces activadas por hechos concretos que generan bronca, preocupación y/o indignación, especialmente a partir de eventos de los que se toma noción por la circulación de recortes de los mismos en redes sociales digitales. El activismo se vive como algo que atraviesa la vida de jóvenes, donde las emociones, las experiencias personales y el “estar con otrxs” adquieren un rol central. Los afectos sostienen en gran medida la pertenencia y la acción colectiva, en especial, en contextos hostiles, de fragilización de vínculos y retracción de derechos. El clima político produce ambivalencias en las experiencias subjetivas juveniles, genera miedo, cansancio, necesidad de construir estrategias colectivas nuevas en torno a cuidados, tanto en las manifestaciones presenciales como en las plataformas digitales; por otro lado, ante discursos y prácticas que consideran injustas y violentas -desde crímenes de odio hasta recortes y/o eliminación de programas y políticas públicas vinculadas a género y la sexualidad-, muchxs jóvenes encuentran en la participación, una posibilidad de respuesta política, trinchera afectiva y acción colectiva frente a un contexto que lxs atraviesa, afecta y enciende hacia la acción colectiva.

REFERENCIAS

- Betancor Nuez, G., Gómez Nicolau, E., y Agudo Arroyo, Y. (2024). Activismos juveniles: Debates para abordar la acción colectiva juvenil en un mundo en transformación. *RECERCA. Revista de Pensament i Anàlisi*, 29(2).
- Bianciotti, C. (2020). Se va a caer: Un análisis de la marea verde en Argentina como un drama social ritual [Ponencia]. V Jornadas de Innovación Investigativa: Género, territorios y movimientos feministas en América Latina, RED HILA–Red Iberoamericana de Ciencias Sociales con Enfoque de Género y Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia.
- Denzin, N. K., y Lincoln, Y. S. (1998). El panorama de la investigación cualitativa: Teorías y problemas. Sage.
- Duarte Quapper, K. (2001). ¿Juventud o juventudes? Acerca de cómo mirar y remirar a las juventudes de nuestro continente. En S. D. Burack (Comp.), *Adolescencia y juventud en América Latina* (pp. 57–74). Libro Universitario Regional.
- Faur, E. (2018). La catedral, el palacio, las aulas y la calle: Disputas en torno a la educación sexual integral. *Mora*, 25, 227–234.
- Garcés Montoya, A. (2010). De organizaciones a colectivos juveniles: Panorama de la participación política juvenil. *Última Década*, 32, 61–83.
- Glaser, B. G., y Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine.
- INADI. (2023). Una aproximación a los discursos de odio: Antecedentes de investigación y debates teóricos.
- Larrondo, M., y Ponce Lara, C. (Eds.). (2019). *Activismos feministas jóvenes: Emergencias, actrices y luchas en América Latina*. CLACSO.
- Morán Faúndes, J. M. (2023). La tercera ola neoconservadora en Latinoamérica: Ofensivas contra los derechos sexuales y reproductivos. *Iztapalapa. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 95, 349–376.

- Omar, K. (2024). El cuerpo en las epistemologías feministas críticas: Reflexiones en torno al conocimiento situado y la interseccionalidad [Trabajo no publicado, seminario de doctorado]. Centro de Estudios Avanzados, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba.
- Peker, L. (2019). La revolución de las hijas. Paidós.
- Rodríguez, E. (Coord.). (2005). Organizaciones y movimientos juveniles en América del Sur: Estado de situación y bases para un programa de fortalecimiento institucional. CELAJU–UNESCO–Banco Mundial.
- Stefanoni, P. (2021). ¿La rebeldía se volvió de derecha? Cómo el antiprogresismo y la anti-corrección política están construyendo un nuevo sentido común (y por qué la izquierda debería tomarlos en serio). Siglo XXI Editores.
- Tomasini, M. (2020). ¿Qué mueve a las jóvenes a participar? Activismo de género y construcción de identidades en estudiantes de escuelas secundarias de Córdoba, Argentina. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 10(2), 123–149.
- Tomasini, M. E., Bertarelli, P., y Morales, M. G. (2017). Género, racialización de la clase e identidades: Las categorías “negros” y “negras” en jóvenes de sectores populares de Córdoba. *Psicoperspectivas*, 16(2), 9–19.
- Tomasini, M. E., y Morales, M. G. (2022). “La marea verde violeta”: Feminismo, juventudes y escuela secundaria en Córdoba, Argentina. *Izquierdas*, 51, 1–18.
- Torres Carrillo, A. (2009). Acción colectiva y subjetividad: Un balance desde los estudios sociales. *Folios*, 30, 51–74.
- Urresti, M. (1996). La juventud es más que una palabra: Ensayos sobre cultura y juventud. Biblos.
- Varela, F. R. (2020). Juventud y movimientos sociales: Reflexiones sobre la generación global latinoamericana. *Revista Argentina de Estudios de Juventud*.
- Vázquez, M., y Spataro, C. (2025). Sin padre, sin marido y sin estado: Feministas de las nuevas derechas. Siglo XXI Editores.

Aplicación de adaptaciones específicas del entrenamiento en habilidades de Terapia Dialéctico Conductual en personas trans* de Córdoba.

Natalia Monteoliva (Becaria)¹

Lucca Aromando (Colaborador)²

Resumen: Esta investigación surge a partir de la observación de la recurrencia de manifestaciones de autolesiones, ideación suicida y altas tasas de suicidio en personas trans* como consecuencia de la desregulación emocional (DRE). El objetivo general de esta investigación fue explorar y describir el impacto de la utilización del entrenamiento de habilidades del modelo DBT estándar con adaptaciones específicas para el abordaje de desregulación emocional en un grupo de personas trans* de la ciudad de Córdoba. Encontramos evidencias sobre la relación entre el modelo explicativo del estrés de minorías (Meyer, 2003), el modelo de estigma sexual (Herek et al, 2009) y la teoría biosocial de Linehan (1993) para el abordaje de la salud mental de la población trans*. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de un formulario para datos sociodemográficos que diseñamos para tal fin; la observación participante de la aplicación del entrenamiento en habilidades de DBT; la aplicación de herramienta de autorregistro y la realización de entrevistas individuales semiestructuradas al inicio y al final del entrenamiento. Las principales reflexiones que derivan de este estudio dan cuenta que el grupo de entrenamiento en habilidades para personas trans* con DRE, pensado por y para esta población, de manera situada y con adaptaciones específicas, es significativamente efectivo y se convierte en un aporte concreto a la accesibilidad de la salud mental. La propuesta desarrollada favoreció la adherencia y participación al reducir factores de invalidación y barreras en la contención, evitando el impacto de violencias diferenciales a las que está constantemente expuesta esta población.

Palabras clave: salud mental; población trans*; terapia dialéctico conductual; desregulación emocional .

INTRODUCCIÓN

Tanto a través de la experiencia personal como del trabajo en atención clínica, pudimos observar la recurrencia de desregulación emocional manifiesta en autolesiones, ideación suicida y altas tasas de suicidio en personas trans*.

Nos referimos a población trans* como aquellas personas que tienen una vivencia interna e individual del género (identidad de género) que no se corresponde con el sexo asignado al nacer. Son, por ejemplo, las identidades trans, travestis, transgénero, y quienes expresan un

¹ Lic. En Psicología MP: 12276, MAIL: lic.natalia.psico@gmail.com

² Lic. En Psicología MP: 14594, MAIL: lucca.aromando@mi.unc.edu.ar,

género no binario o no se identifican necesariamente con una categoría de género, aunque ninguno de estos términos es equivalente ni intercambiable. El asterisco funciona “como una marca escritural de una diversidad irreductible”, a la vez que indica la posibilidad de tener luchas en común sin dejar de reconocer otras cuestiones en las que no hay un consenso acerca de lo que supone ser trans* (Platero, 2015; Radi, 2019, citado en Aromando y Ortega, 2022)

Basándonos en la información recopilada por Berkins (2007); el Indec e Inadi (2012); ATTTA y Fundación Huésped (2014) entre otros, podemos afirmar que las personas trans* pertenecen a un grupo poblacional que ve permanentemente amenazados y vulnerados sus derechos en función de su identidad de género, incluso por parte de aquellas instituciones que deberían garantizarlos (Aromando y Ortega, 2022), lo cual les “genera múltiples obstáculos para el acceso a la educación, el trabajo, la vivienda y la salud, que a su vez se traducen en marginalización y exclusión y tienen un impacto negativo en su salud física y mental, generando una expectativa de vida menor a la de la población cisgénero. En particular, en mujeres o femineidades trans, se estima que esta es de 40 años aproximadamente” (Fundación Huesped, 2021, p.5).

En Argentina, contamos con la Ley 26.743 de Identidad de Género aprobada en 2012, la cual fundamenta y reconoce el derecho de las personas a vivir libremente de acuerdo a su género autopercebido. Sin embargo, su puesta en práctica con su concomitante (y necesaria) formación de profesionales de la salud en consonancia con lo que estipula, es todavía lenta y con resultados desiguales. “En particular, una de las áreas de mayor vacancia de conocimiento y en la que las personas trans se encuentran más relegadas es la salud mental” (Aristegui, Zalazar, Radusky & Cardozo, 2020, p.22).

Es debido a la constante estigmatización experimentada y/o percibida, sumado a la internalización de ella como así también de normas y expectativas de género, que muchas personas trans* tienden a sentir malestar y tener un autoconcepto negativo de ellas mismas, implicando sentimientos de vergüenza, culpa, soledad, enojo, tristeza, auto-rechazo y auto-desvalorización. Asimismo, aquellas experiencias y percepciones previas de estigma y rechazo provenientes del entorno, llevan a que las personas trans* adquieran actitudes hipervigilantes y evitativas, anticipándose a reacciones negativas, incluso antes de experimentar hechos de prejuicio o rechazo, llevando a una autoexclusión y autoaislamiento. La conjunción de estos fenómenos representa un “exceso de estrés crónico” conocido como *estrés de minorías*, implicando un deterioro del bienestar psicológico y generando problemas de salud mental como ansiedad y depresión, entre otros (Fundación Huésped, 2021; Aristegui et al, 2020).

Dentro de este panorama de vulneraciones, también el acceso a la salud mental se encuentra obstaculizado. Existen múltiples desencuentros entre los servicios de salud mental y las personas trans*, no sólo por la escasa existencia de profesionales en instituciones públicas en general sino también por la falta de conocimiento y la tendencia a la patologización hacia esta población por falta de formación en perspectiva de género.

Otro dato importante en relación a este punto es la escasa presencia de información y datos científicos sobre salud mental (y de suicidabilidad) de la población trans* no sólo en nuestro país, sino también en Latinoamérica, lo cual evidencia una invisibilidad de las necesidades de esta población, llevando a un desconocimiento de las particularidades epidemiológicas y obstaculizando así el desarrollo de orientaciones específicas para su abordaje, como así también se dificulta la aplicación de programas y políticas públicas específicas (Aristegui et al 2020; Tomicic, Gálvez, Quiroz, Martínez, Fontbona, Rodríguez, Aguayo, Rosenbaum, Leyton & Lagazzi, 2016).

Según un estudio realizado por la Fundación Huesped y ATTTA (2019) acerca del estado de la salud integral y derechos de 415 masculinidades trans e identidades no binaries reali-

zados en Buenos Aires y el interior del país. Con respecto a la salud mental, resaltan que casi la mitad de la muestra (48,3%) indicó que los intentos de autolesión estaban vinculados a cómo se sentían con su identidad de género y que más de la mitad (58%) reportó haber tenido al menos un intento de suicidio en su vida.

Otro trabajo perteneciente a la Fundación Huesped (2021) que, si bien indaga acerca del impacto del acceso a terapias hormonales en la salud y bienestar psicológico de personas trans*, también nos brinda algunos datos importantes con respecto a la salud mental general de esta población. Con respecto a esto, postulan que “la prevalencia de intento de suicidio en la población trans oscila entre 25% y 30%” (p.11), mientras que otro estudio estima las tasas de suicidio a nivel internacional entre el 30 y el 80% (Aristegui et al, 2020).

A estos estudios, se suma otro a nivel internacional, el cual consistió en una revisión de una década de investigación (2004-2014) acerca de suicidio en

poblaciones de lesbianas, gays, bisexuales y trans (LGBT) a nivel mundial, en donde se halló que más de la mitad de los estudios analizados “aportan con evidencia al modelo de estrés de minorías, planteando en términos generales que identificarse como LGBT constituye un predictor de tendencias suicidas” (Tomicic et al, 2016, p.731).

En esta línea, cabe mencionar que en el año 2003 la Organización Mundial de la Salud declaró al suicidio como un problema de salud pública, ubicando dentro de los grupos de riesgo con más elevada prevalencia en este problema a las poblaciones de personas LGBT. Como ya venimos desarrollando, la asociación entre esta población y el riesgo suicida es entendida desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud, teniendo en cuenta la alta prevalencia de problemas de salud mental relacionados con la discriminación y el estigma (Tomicic et al, 2016).

Son estas dos últimas problemáticas, discriminación y estigma que, en relación a la identidad de género, se hallaron directamente asociadas a un mayor uso de sustancias, más síntomas ansiosos, depresivos y de estrés postraumático como así también a mayor ideación e intento suicida. A esto, podría sumarse el enfoque de la interseccionalidad, en donde “el estigma por identidad de género interactúa con otros estigmas que las personas trans padecen (por ejemplo, relacionados con el trabajo sexual, el ser migrante y el VIH), lo que potencia e intensifica su impacto adverso en la salud mental” (Aristegui et al, 2020, p.24).

Si bien sabemos que los procesos de construcción identitaria no conllevan necesariamente un estado de padecimiento, la concepción binaria y (cis)heterosexista en los servicios de salud continúan predominando, generando contextos o situaciones en que las personas ocultan su identidad de género o la visibilizan de manera selectiva (Ministerio de salud de la Nación, 2020).

Teniendo en cuenta esto, resulta de gran valor incorporar perspectivas que nos permitan abordar la complejidad de esta relación entre las personas trans* y los contextos. La Terapia Dialéctico Conductual (DBT por sus siglas en inglés) es un modelo de tratamiento basado en la evidencia científica, desarrollado a finales de la década del 70’ en Estados Unidos de la mano de un equipo de investigadores dirigido por Marsha Linehan, aunque fue recién a inicios de la década del 90’ en que se publica un artículo considerado fundacional (Boggiano y Gagliesi, 2018) donde desarrolla la teoría biosocial como modelo explicativo. En este modelo, la desregulación emocional es definida por Linehan como “la incapacidad, incluso cuando se lo intenta seriamente, para cambiar o regular las claves, las acciones, las respuestas verbales y no verbales emocionales cuando esto es necesario” (Linehan, Bohus & Lynch, 2007 citado en Boggiano y Gagliesi, 2018).

Desde la perspectiva de la terapia DBT, los patrones de comportamiento observados en los consultantes son resultado de la transacción en el tiempo entre una vulnerabilidad emocional y un ambiente invalidante, dado que el proceso es interactivo, recíproco e interdependiente. Una hipótesis central es que los consultantes no sólo tienen vulnerabilidad emocional sino que carecen de las habilidades necesarias para regularlas. Para esta investigación se desarrolló el programa de Entrenamiento en Habilidades de DBT como intervención exclusiva para la DRE, dada la evidencia de efectividad registrada (McMail, 2017 citado en Boggiano y Gagliosi, 2018) donde por medio del grupo de entrenamiento se busca el aprendizaje de nuevas maneras de pensar, sentir y actuar que reemplacen gradualmente a aquellas conductas ineficaces y poco habilidosas.

A lo largo del tiempo, la transacción entre vulnerabilidad emocional con una invalidación ambiental continua, puede resultar en dudas acerca de sí mismo, evitación de las experiencias internas y estar muy atento a las señales que puedan indicar la existencia de invalidación. Si bien este proceso muchas veces se entiende desde el contexto inmediato (familia y amigos), Linehan (1993) extiende esta idea a niveles sociales y culturales diciendo que habría aspectos de un sexismo estructural en donde se originan malestares concretos para diferentes grupos poblacionales, como por ejemplo, los constrictivos roles de género.

De forma similar, Herek et al. (2009) destacan las formas en que la discriminación y los prejuicios de base social pueden influir en el sentido de sí mismo de una persona LGBTQ+ a través de la internalización. Existen paralelos significativos entre los dos modelos, ya que ambos teorizan cómo el estigma y la invalidación ambiental interactúan con la experiencia intrapersonal y la identidad de los individuos (citado en Skerven, Whicker & LeMaire, 2019, p.6).

Meyer (2003) desarrolla un abordaje psicosocial de la problemática, entendiendo que las personas pertenecientes a grupos minoritarios, socialmente objeto de prejuicios, se ven expuestas a estresores sociales, definidos por sus grupos de pertenencia. Nos referimos entonces al concepto de “estrés de las minorías” (minority stress) para describir un tipo particular de estrés que cumple con las siguientes características: 1) es único, en tanto es aditivo al estrés vivido por las personas en general y requiere un esfuerzo adicional para hacerle frente; 2) es crónico, dado que las posiciones sociales derivadas de estas categorías tienden a ser permanentes; y 3) tiene una base social, es decir, deriva de procesos sociales, instituciones y estructuras, más allá de los acontecimientos individuales. Desde esta perspectiva, la hostilidad del contexto social activaría una actitud vigilante derivada de la percepción de discriminación sobre el grupo social al que se pertenece (minorías sexuales), a partir de la cual se pueden anticipar reacciones negativas de los miembros del grupo dominante, aun cuando no se ha sido víctima directa de prejuicio sexual (citado en Gómez y Barrientos, 2012).

Existe una gran cantidad de datos que relacionan el estigma interiorizado con un impacto negativo en la salud mental, demostrando que los altos niveles de autoinvalidación están asociados con depresión, ansiedad, trastornos por consumo de sustancias, comportamientos sexuales de riesgo, escaso apoyo social, ocultación, problemas de imagen corporal, alteración de la identidad y el acceso a la atención sanitaria (Skerven, Whicker & LeMaire, 2019, p.4-5).

Como ya hemos desarrollado anteriormente, la población trans* es blanco cotidiano de un estigma estructural que cercena derechos y desgasta su salud mental. Así, nos servimos también del modelo de estigma sexual presentado por Herek (2009), que propone que la discriminación y prejuicios de origen social pueden ser invalidantes y asociados a la internalización del estigma en personas lesbianas, gays y bisexuales. Este modelo describe el estigma en dos niveles: macro (estigma estructural) y micro (en acto, sentido e internalizado). Siguiendo la propuesta de Skerven, Whicker & LeMaire (2019), traspolamos este modelo propuesto por

Herek para el estigma por orientación sexual, al estigma por identidad o expresión de género, ya que creemos que las habilidades efectivas pueden ser compartidas en ambos casos.

Dado que las personas que han experimentado una invalidación significativa pueden tener dificultades con el tratamiento puramente basado en el cambio, DBT agrega como elemento fundamental la validación (que ha sido efectivo para el abordaje del suicidio y la desregulación emocional, demostrando que también disminuye los síntomas de ansiedad, depresión y TEPT) (Clarkin et al., 2007; Feigenbaum et al., 2012; Linehan et al., 1991, citado en Cohen et al., 2020).

Sumamos a continuación dos artículos donde se establece la relación entre el modelo explicativo del estrés de minorías (Meyer, 2003), el modelo de estigma sexual (Herek et al., 2009) y la teoría biosocial de Linehan (1993), y se delinea la importancia de las adaptaciones específicas.

El primer artículo es “Applying dialectical behaviour therapy to structural and internalized stigma with LGBTQ+ clients” (Skerven, Whicker & LeMaire, 2019). Aquí desarrollan conceptualizaciones de caso a partir de una combinación de consultantes con los que han trabajado en tratamientos ambulatorios, incluyendo antecedentes, información, objetivos primarios y secundarios conceptualizados desde una perspectiva DBT, y un ejemplo de un análisis de cadena y análisis de solución.

A partir de ello, desarrollan estrategias potenciales para aplicar las habilidades de DBT orientadas a mejorar las intervenciones para interactuar efectivamente con la invalidación de entornos caracterizados por el estigma estructural (Skerven, Whicker & LeMaire, 2019) y así fortalecer sus habilidades de auto-validación para afirmar su propia orientación sexual e identidad de género. En las discusiones finales, los autores remarcan cómo las intervenciones afirmativas -derivadas de la singularidad de las experiencias de esta población- reducen el impacto negativo del estigma estructural e internalizado (Herek et al., 2009). Es por esto que sostenemos la importancia, no sólo de dar respuesta a la demanda de la población trans* en lo que refiere a la atención de su salud mental, sino en poder crear modos de trabajo donde se ponga al centro sus propias experiencias y necesidades particulares.

El segundo artículo es una investigación titulada “Affirmative Dialectical Behavioral Therapy Skills Training With Sexual Minority Veterans” (Cohen et al., 2020) donde se establece la relación entre estrés de minorías y altos niveles de desregulación emocional derivados de los contextos invalidantes específicamente. En esta investigación se trabaja con un estudio de caso de 6 veteranos de guerra que pasan por el entrenamiento de habilidades, a quienes se realizan evaluaciones antes y después sobre regulación emocional, ansiedad y depresión. Se adapta el módulo de habilidades de regulación emocional para apuntar a factores de riesgo específicos que se condicen con el modelo de estigma sexual (Herek et al., 2009) y crear habilidades Afirmativas. Los resultados sugieren que la intervención es efectiva para disminuir la desregulación emocional y los síntomas de depresión. Este estudio demuestra que el entrenamiento en habilidades afirmativas en DBT es un enfoque novedoso y eficaz para mejorar la regulación emocional de las personas LGBTQ+.

Siguiendo estos aportes, el trabajo a partir del entrenamiento en habilidades afirmativas adaptadas sobre la invalidación que viven las personas trans*, permite combatir los efectos del estigma internalizado: *“el antídoto de la invalidación es la validación”* (Cohen et al., 2020).

De todo esto, se desprende que la pregunta problema guía de esta investigación fuera *¿De qué modo el entrenamiento en habilidades del modelo DBT estándar con adaptaciones específicas contribuye a la disminución de la desregulación emocional de un grupo de personas trans* de la ciudad de Córdoba?*

METODOLOGÍA

Consideramos que la metodología se trata de una elección no neutral, sino pensada en función de las características y problemática que hacen al objeto de estudio en cuestión. Nuestro posicionamiento ético y político trata, por un lado, de dar voz a los sujetos como protagonistas de la construcción del conocimiento. Por otro lado, las lógicas de este método conlleva en sí, cierta reflexividad necesaria para evitar reproducir relaciones jerárquicas que niegan la posibilidad de revertir las lógicas opresores/oprimidos, existentes muchas veces en la producción de conocimientos.

Desarrollamos una investigación cualitativa con estudio de caso a partir del cual buscamos obtener un conocimiento concreto, contextual y en profundidad sobre el impacto del entrenamiento en habilidades de DBT con personas trans*. Se trabajó exclusivamente con el dispositivo de intervención grupal, por un período de 9 meses, donde se desarrollaron encuentros semanales de dos horas de duración. El estudio de las dimensiones de esta entidad en particular sirve como medio para alcanzar la comprensión de un fenómeno general que involucra, como uno de sus elementos o nexos, el caso estudiado (Stake, 1998). Este tipo de diseño nos permite explorar las características, significados e implicaciones claves del caso.

En cuanto a la muestra, ésta fue homogénea ya que tuvo por objetivo la descripción de un subgrupo en particular que “poseen un mismo perfil o características, o bien comparten rasgos similares. Su propósito es centrarse en el tema para investigar o resaltar situaciones, procesos o episodios en un grupo social” (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2014, p.388). La caracterización sociodemográfica quedó definida de la siguiente manera: sobre la identidad de género, dos se identificaron como masculinidad trans/no binarie, tres como no binaries, tres como varones transgénero, uno como identidad travesti y uno como género fluido; el rango etario fue entre los 22 y los 31 años, habiendo cuatro personas con 23 años; frente a la indagación de tentativas de suicidio, ideaciones suicidas y/o autolesiones, 7 de 10 participantes reconocieron que sí. Nos parece importante detenernos en este punto ya que es un número alto que refuerza y demuestra gran parte de lo que desarrollamos anteriormente en cuanto a DRE de esta población.

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de un formulario para datos sociodemográficos que diseñamos para tal fin, la observación participante de la

aplicación del entrenamiento en habilidades de DBT, la aplicación de herramienta de autorregistro para revisar agenciamiento, impacto subjetivo y feedback; y la realización de entrevistas individuales semiestructuradas al inicio y al final del entrenamiento.

La información aquí surgida fue tratada en estricto cumplimiento de lo dispuesto en el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, la Ley Nacional de Protección de Datos Personales N° 25.326. Todos los participantes fueron informados desde el inicio del proceso que dicha información sería utilizada con el fin de producir esta investigación, les pedimos el consentimiento y la participación activa en tanto colaboradores de la producción de conocimiento.

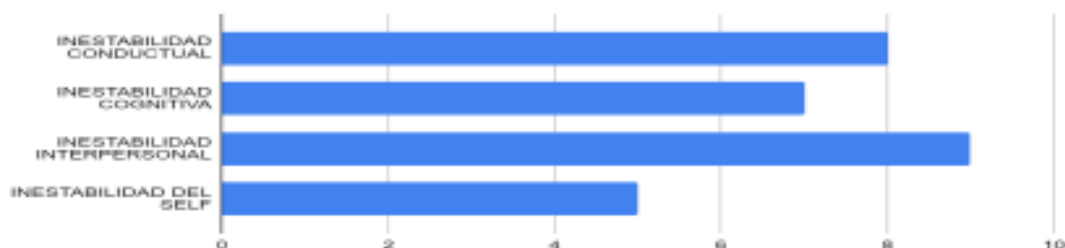
RESULTADOS

El acceso a la salud integral, y específicamente a la salud mental, se encuentra muchas veces limitada para las personas trans*. Por un lado, por la falta de propuestas en el sistema público de salud (muchos de los participantes se encuentran en condiciones laborales muy precarizadas); por otro lado, por la falta de formación específica para el trabajo con personas trans* y más aún con la especificidad del abordaje de la DRE. Un aporte que llamó nuestra atención en relación a la accesibilidad, tiene que ver con la posibilidad de que los participantes

compartieran con otras personas de su círculo afectivo aquellas habilidades aprendidas. En varios encuentros contaron que pudieron “calmar crisis” de amigos, compartir algunas de las actividades o tareas, recomendar ejercicios o acompañar a otros. Si bien esto no reemplaza la necesidad de revisar la accesibilidad a la atención (pública-privada) en salud mental, trabajar grupalmente en clave de aprendizaje de nuevas habilidades ha permitido que les participantes repliquen y compartan en sus contextos estas herramientas, lo que genera al mismo tiempo un aporte en la salud de esas redes vinculares. El grupo de pares permitió también que les participantes compartan recursos de atención de salud integral para personas trans*, teniendo en cuenta sugerencias y recomendaciones a partir de sus experiencias personales.

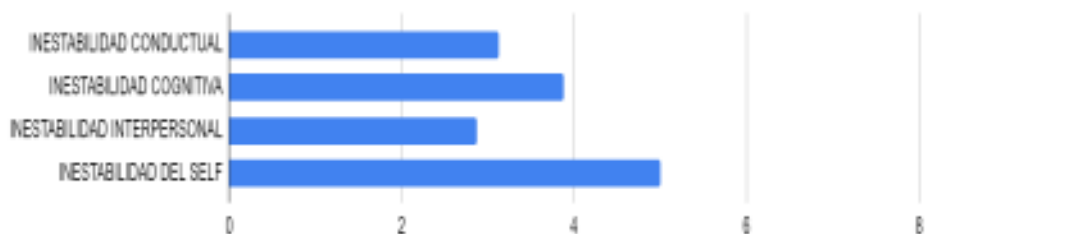
Motivados por la falta de datos específicos en relación a la manifestación de la DRE en la población trans*, elaboramos los siguientes gráficos a partir de las entrevistas de admisión y la información obtenida en los primeros encuentros grupales, para lo cual se utilizó una escala likert basada en el autorregistro, donde 0 representa nada desregulado y 10 totalmente desregulado.

En relación a las 4 áreas indagadas y consideradas para la admisión al espacio (conductual, cognitiva, interpersonal y del Self), observamos que las de mayor complejidad fueron la interpersonal seguida de la conductual.



[GRÁFICO N°1. Áreas de manifestación de DRE. Resultado del promedio de las respuestas de los participantes]

Luego de tres meses de finalizado el proceso, volvimos a realizar entrevistas individuales a los participantes para evaluar el impacto del entrenamiento en sus vidas y el sostenimiento o no de las habilidades incorporadas. Para esto, usamos de referencia la estructura de la entrevista de admisión y las categorías de los indicadores que construimos a partir de ella. Lo primero que observamos fue el cambio en el autorregistro respecto de las áreas de manifestación de la DRE, a partir de una primera aproximación donde ellos manifestaban que tan desregulados se percibían (según escala likert: 0= nada inestable / 10= muy inestable).



[GRÁFICO N°2. Áreas de manifestación de DRE. Resultado del promedio de las respuestas de los participantes]

En comparación al inicio del proceso, podemos observar un impacto positivo respecto del registro y autovaloración de los participantes, donde el promedio de la DRE previo al entrenamiento era igual o mayor a 5 puntos en todas las áreas (siendo las áreas interpersonales, conductuales y cognitivas las más elevadas). Actualmente, ninguna de las áreas supera los 5 puntos promedio, y las áreas interpersonales y conductuales que presentaban el mayor desafío para los participantes (y que más trabajo demandaron en el entrenamiento) lograron reducirse significativamente.

En las entrevistas de cierre indagamos, también, acerca del nivel de cumplimiento de expectativas con el espacio y cuál fue el módulo más significativo. Con respecto al primero, la mayoría (5 de 7) dijo que el espacio superó sus expectativas, tanto por el valor de transitar el proceso en sí mismo como por los cambios logrados, incluso en participantes que tenían una marcada resistencia al inicio (*“no creía que me fuera a servir, yo estaba paranoico a exponerme y creía que me iba a hacer peor incluso, sin embargo, me sirvió y cambio una bocha”*). En relación a los módulos significativos, el más nombrado fue efectividad interpersonal, lo cual tiene sentido a partir del registro de los participantes donde reconocían que lo más afectado en la mayoría era esta dimensión. A éste le siguió conciencia plena, tolerancia al malestar y regulación emocional (que nos permitió abordar la inestabilidad cognitiva y conductual) en la misma medida.

Con respecto a la dimensión psicoeducativa del entrenamiento en habilidades, rescatamos la potencia de generar autonomía en los participantes luego de finalizado el proceso; más allá de que no pudieron apropiarse de todas las habilidades compartidas, sí sostuvieron a lo largo del tiempo aquellas más significativas para su vida/necesidades lo que incrementa su dominio y su autoconfianza (*“Puedo seguir sin el espacio y no sentirme del orto. Seguir con las amistades y redes”*).

A mitad del proceso, en el marco del segundo paso por el módulo de conciencia plena, incluimos un trabajo grupal respecto al impacto del entrenamiento en habilidades en su vida cotidiana. Esto nos permitió una primera aproximación a su evaluación y recuperar información relevante. Se indagó acerca de si habían *registrado la aplicación de habilidades* en este tiempo o si notaron momentos en donde *harían algo diferente aunque todavía no lograrán aplicar las habilidades*. Al respecto, contestaron que notaban un incremento en su habilidad de observación y registro/descripción de sí mismos (lo que se corresponde al entrenamiento de conciencia plena). Esto permitió que pudieran hacer algo con lo que registraban -o registrar que querían hacer algo diferente aunque aún no puedan hacerlo-, en contraposición a la impulsividad/paso al acto que muchos manifestaron en el inicio. Algunos compartieron que la práctica de conciencia plena les permitió reconocerse sin juzgar, lo que les acerca un poco más a una mayor autovalidación y aceptación de sí. Esto les permitió incrementar el registro de sus necesidades y límites personales de autocuidado, lo que facilitó la aplicación de algunas habilidades de efectividad interpersonal.

También se propuso un ejercicio como herramienta de autorregistro para revisar agenciamiento, impacto subjetivo y feedback que denominamos “carta a los coordinadores”. Allí indagamos sobre estos aspectos mediante tres preguntas: *¿Ha cambiado algo de tu vida en alguna dimensión?*; *¿Qué fue lo más significativo para vos?*; *¿Qué dice este proceso de vos?*. Las respuestas a las mismas fueron sistematizadas en categorías construidas a posteriori, que describimos a continuación:



REFERENCIAS: a. autoconfianza/seguridad, b. vínculos/comunicación/límites, c. autovalidación, d. aceptación, e. confianza en otros/en contexto, f. herramientas, g. notar/registrar/conciencia, h. regular emociones intensas

[GRÁFICO N°3. Registro de los cambios personales en su vida]



REFERENCIAS: a. herramientas concretas efectivas, b. apañe/grupalidad, c. autorregistro/autoconocimiento, d. autorregulación, e. mayor registro de otros, f. puesta de límites, g. autocompasión, h. pedir ayuda

[GRÁFICO N°4. Registro de lo más significativo del espacio]

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al momento de realizar la experiencia, si bien existían referencias en Córdoba de grupos de entrenamientos de habilidades desde el modelo de DBT, no encontramos ningún espacio específico para el acompañamiento de personas trans*. A partir de esto, decidimos crear un espacio destinado exclusivamente para esta población, pero no sería un Entrenamiento de DBT “estándar” sino adaptado a partir del conocimiento en primera persona de las invalidaciones y condiciones estructurales a las cuales estamos expuestos habitando una identidad (sexo)genérica por fuera de la norma. Siendo conscientes de estas condiciones, queríamos también que fuese un espacio accesible económicamente, favoreciendo y promocionando una accesibilidad a la salud mental, sobre todo para aquellas personas que no estuvieran pudiendo acceder a los espacios de acompañamiento psicológico públicos (limitados) o privados (caros). A su vez, este espacio contaba con el objetivo de que fuera también un espacio de apañe, de encuentro y de un acompañamiento real, desde el conocimiento acerca de lo que implica vivir siendo trans* y con desregulación emocional en una sociedad heterocis binaria y capacitista.

Resulta imprescindible resaltar la relevancia de este proyecto a partir del aporte concreto a la vida de las personas trans*. Cuando observamos el impacto objetivo y subjetivo de las violencias exponencialmente diferenciales a las que está expuesta esta población, podemos

notar que esa precarización de sus vidas se traduce en un detrimento de la salud mental llegando a puntos de crisis de DRE agudas y/o sostenidas.

Si bien el modelo DBT estándar ha evidenciado ampliamente su eficacia para acompañar a personas con DRE, nos parece sumamente importante pensar los proyectos situados, contemplando las características particulares de la población con la que trabajamos y los atravesamientos locales. En este caso, el trabajo previo de lectura de esta población y en particular del grupo de personas con las que realizamos el proceso, sumado a las condiciones concretas de existencia (exclusión/accesibilidad) en Córdoba, nos permitió posicionarnos de manera activa para realizar adaptaciones y ajustes necesarios que garantizaron la aplicabilidad. Nos encontramos con desafíos surgidos entre el contraste de la rigidez propia del modelo desarrollado en EE.UU. y las necesidades de los participantes que, por el deterioro de los lazos interpersonales y la vulnerabilidad ante el contexto, demandaban un espacio seguro de encuentro. Ante esto, y para garantizar la adhesión al proceso, adoptamos una posición flexible desde la coordinación para alojar dicha demanda, al mismo tiempo que desplegamos distintos recursos para trabajar en clave de encuentro y grupalidad, que exceden al modelo DBT estándar.

Iniciamos el entrenamiento con mayor manifestación en los participantes de inestabilidad interpersonal y conductual. A lo largo del proceso con la incorporación de las herramientas del módulo de efectividad interpersonal y conciencia plena eso se redujo y permitió observar un poco más en profundidad la inestabilidad cognitiva. Al finalizar, nos encontramos con esas tres dimensiones mucho más reguladas, a diferencia del autorregistro de la inestabilidad del self. Aquí vemos un límite de abordaje que posiblemente pueda tener relación con que muchos en ese momento no contaban con un espacio individual de psicoterapia para ahondar en estos temas y no haber hecho una segunda vuelta de los módulos de trabajo como se propone en DBT estándar para profundizar. Como posible línea de trabajo futura, consideramos la posibilidad de pensar adaptaciones específicas para que en esa segunda vuelta, además de seguir afianzando las habilidades estratégicas para acompañar la RE, puedan trabajarse esas dimensiones más subjetivas (algo solicitado también por los participantes).

Otro aspecto positivo a destacar, fue la adaptación del modelo desde el enfoque transafirmativo, que nos permitió trabajar grupalmente la validación de sus identidades, el recuperarse de la invalidación externa y el fortalecimiento de su autovalidación, lo que posibilitó que muchos disminuyeran su vulnerabilidad al encuentro con las estructuras heterocispatriarcales. Aquí queremos subrayar que si bien fue una decisión a priori la apuesta por el encuentro y la construcción de grupalidad para el entrenamiento, encontramos con sorpresa que uno de los elementos más significativos fue la contención del grupo en sí mismo, lo que nombraban muchos como “apañe” (6 de 8 participantes lo resaltaron).

En esta investigación reafirmamos que DBT se constituye en un modelo capaz de abordar la salud mental en, al menos, dos ejes: asistencia y prevención. Si bien el desarrollo de esta intervención estuvo guiada mayormente por la asistencia de la DRE en personas trans*, un eje central en este modelo es la psicoeducación. A esto se sumó también el hecho de que los participantes compartieran ciertas habilidades y herramientas concretas con sus círculos más cercanos, ya sea en forma de información y/o para acompañar diversas crisis, incluso excediendo aquellas relacionadas a la DRE. De esta manera, se abordaría al menos parcialmente, el eje de prevención, desbordando los objetivos propuestos inicialmente por nosotros, fomentando incluso cierta autonomía y posibilitando que la persona pueda prescindir del espacio teniendo ya en su bagaje algunas herramientas útiles y adaptadas a sus necesidades y demandas.

En relación al alcance y generalización de esta investigación, sabemos que es acotada, teniendo en cuenta que se trata de un estudio de caso de un grupo de 9 personas trans*. Sin embargo, resulta significativo esta primera aproximación en tanto nos permitió poner a prueba un modelo de trabajo con adaptaciones específicas que luego puedan ser replicadas y ampliadas para un mayor y más efectivo alcance de trabajo con personas de la población trans*. Quedaría pendiente para futuras líneas de trabajo la posibilidad de indagar más ampliamente acerca de características generales de salud mental de la población trans* de la ciudad de Córdoba, cómo se manifiesta la DRE en esta población, y seguir contrastando y evaluando la efectividad de las adaptaciones.

Finalmente queremos remarcar que proyectos como éste, donde se logra recoger el sufrimiento de poblaciones altamente vulneradas y con escasa accesibilidad a un abordaje pertinente y efectivo de la salud mental, se vuelven no sólo necesarios sino urgentes en contextos socio-políticos como el que estamos transitando. Ante propuestas que atacan explícitamente a la población trans*, el recrudecimiento de la discriminación, la exclusión, la precarización y la amenaza de retroceso en derechos conquistados, el malestar subjetivo tiende a incrementarse; y en ese contexto la DRE tiende a acentuarse.

Por esto, seguir construyendo espacios grupales de encuentros es una apuesta ética-política que nos marca el camino. Y para nosotres, como equipo de coordinación, un espacio de cuidado y resistencia.

REFERENCIAS

- Aristegui, I., Zalazar, V., Radusky, P. D., & Cardozo, N. (2020). De la Psicopatología a la Diversidad: Salud Mental en Personas Trans Adultas. *Perspectivas En Psicología*, 17(1), 21-31. Recuperado a partir de <http://perspectivas.mdp.edu.ar/revista/index.php/pep/article/view/467>
- Aromando, L. & Ortega, M.F. (2022). Accesibilidad a la salud en personas trans*: Estrategias de agenciamiento colectivo en el activismo de la población LGTBIONBA+ para garantizar el acceso a la salud integral de personas trans* en la ciudad de Córdoba. Universidad Nacional de Córdoba.
- Boggiano, J.P. y Gagliesi, P. (2018). *Terapia Dialéctico Conductual: Introducción al Tratamiento de Consultantes con Desregulación Emocional*. EduLP: Buenos Aires.
- Cohen, J.M., Norona, J.C., Yadavia, J.E. & Borsari, B. (2020). Affirmative Dialectical Behavior Therapy Skills Training With Sexual Minority Veterans. *Cognitive and Behavioral Practice*; Volume 28, Issue 1, 77-91.
- Fundación Huésped (2014). Análisis de la accesibilidad y localidad de atención de la salud para la población lesbiana, gay, trans y bisexual (LGBT) en cinco regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires: informe de resultados. <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2017/04/Informe-Salud-LGBT>
- PciaBsAs-FINAL.pdf
- Fundación Huésped (2021). *Terapia hormonal y bienestar psicológico. Resultados de un estudio sobre el efecto de la Terapia Hormonal Cruzada en la salud integral de las personas transgénero*. Disponible en: <https://www.huesped.org.ar/materiales/guias/>
- Gómez, F. & Barrientos, J. (2012). Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de gays y lesbianas, en la ciudad de Antofagasta, Chile. *Sexualidad, Salud y Sociedad REVISTA*

- Herek, G. M., Gillis, J. R., & Cogan, J. C. (2009) Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 32–43. doi:10.1037/a0014672
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Sexta Edición. Editorial McGraw-Hill. *México*.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*; 129 (5): 674-97.
- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Géneros y Diversidad (2020). *Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias. Guía para equipos de salud*. 2da. Edición. Disponible en : <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/guia-salud-personas-tran-s-travestis-nobinarias.pdf>
- Skerven K., Whicker D.R, & LeMaire K.L. (2019). Applying dialectical behaviour therapy to structural and internalized stigma with LGBTQ+ clients. *The Cognitive Behaviour Therapist* (2019), vol. 12, e9, 1-19. 10.1017/S1754470X18000235
- Stake, R.E (1998). *Investigación con estudios de caso*. Madrid: Ediciones Morata.
- Tomicic, A., Gálvez, C., Quiroz, C., Martínez, C., Fontbona, J., Rodríguez, J., ... & Lagazzi, I. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista médica de Chile*, 144(6), 723-733.

INFANCIAS Y JUVENTUDES

Experiencias juveniles, sufrimiento social y saberes sensibles

Catalina Albrisi¹

Resumen: En este artículo, nos proponemos conocer acerca de los saberes sensibles que desarrollan las juventudes de la localidad de Unquillo desde sus experiencias de sufrimiento social. Indagamos en torno a los escenarios de producción de tales experiencias y las disposiciones corporales que se activan en la búsqueda de alternativas que aminoren sus impactos subjetivos. Partimos del supuesto de que los escenarios de producción de subjetividad neoliberal generan condiciones para acelerar y profundizar el sufrimiento social. Trabajamos desde un enfoque biográfico como estrategia metodológica dado que la narración habilita el registro de las afectividades que se juegan en las experiencias sociales. Se propone analizar las experiencias de sufrimiento social desde las perspectivas de las juventudes. Luego buscamos discutir en torno al valor de los registros sensibles y repertorios emocionales como orientaciones para la construcción de modalidades de cuidado, protección y alivio en la tarea de afrontar condiciones mortíferas del contexto en donde despliegan sus biografías.

Palabras clave: juventudes–sufrimiento social–cuerpo y emociones -cuidado

INTRODUCCIÓN

En este artículo se analizan las perspectivas de jóvenes en torno a sus experiencias de sufrimiento social y las disposiciones corporales que, como sujetos agentes, construyen en sus trayectorias biográficas. La elección por esta temática responde a los desafíos existentes en torno a la relación entre juventudes y salud mental que presenta el contexto de producción de este trabajo. El paso de la pandemia evidenció el aumento de problemáticas vinculadas a la salud mental de las juventudes tales como el consumo problemático de sustancias, autoleSIONES e ideaciones suicidas, relacionadas directamente con las condiciones sociales de vida. Este tipo de situaciones se vinculan a experiencias de desigualdad asociadas a la violencia patriarcal, estereotipos de género y a un alto nivel de conflictividad familiar (Coccaro et al, 2020; Saravi, 2020). Actualmente, entre las causas de muerte de las juventudes, el suicidio se encuentra en el segundo puesto, luego de los accidentes viales (Ministerio de Salud de la Nación, 2022), lo cual representa una problemática relevante en el contexto de salud pública.

Desde diferentes organismos que orientan abordajes psicosociales en materia de salud (OPS, OMS; 2023) el suicidio se comprende como una violencia autoinfligida y su abordaje se ancla en el contexto donde la misma se produce. Entendiendo al suicidio como una manifestación extrema de sufrimiento reconocemos la importancia de indagar en torno a las experiencias de sufrimiento de las juventudes como una producción socio histórica, basada en la desigualdad y la fragmentación del lazo social y las sensibilidades. Las condiciones estructurales de las que parte el neoliberalismo se articulan con atravesamientos hetero-

¹ Lic. En Psicología, MP: 10625, catalina.albrisi@gmail.com

sexistas, coloniales, racistas, adultocéntricos y patriarcales en la desigual distribución del sufrimiento según la posición de los sujetos. Por sus características, este contexto socava las posibilidades de las juventudes de proyectarse en el tiempo (Valenzuela Arce, 2015). El sufrimiento social se presenta como una condición necesaria para la producción de opciones de muerte por parte de las juventudes, dado que el malestar se encadena a condiciones sociales que parecen no revertir estos escenarios.

El presente artículo se ordenará en cuatro apartados. En el primero, da cuenta del diseño metodológico y sus fundamentos. En el segundo, se trabajará en torno a los escenarios de producción de experiencias de sufrimiento social que las juventudes seleccionaron en la construcción de sus relatos biográficos. En el tercero, se analizará el sufrimiento social desde los repertorios afectivos desplegados en las narraciones. Por último, se trabajará en la recuperación de actos, gestos y disposiciones corporales que les jóvenes despliegan para hacerle frente a ese sufrimiento.

METODOLOGÍA

Este trabajo se sustenta en una propuesta metodológica cualitativa, enmarcada en la construcción de relatos biográficos. Este tipo de metodologías tienen una larga trayectoria en estudios sociales y antropológicos (Muñoz, 2002) que han tomado relevancia en el último tiempo para la producción de conocimiento de carácter singularista (Sautu, 1999). La construcción de relatos biográficos implica mirar desde la subjetividad los procesos estructurales e institucionales en donde transcurre la trayectoria biográfica. Esta estrategia supone la elaboración conjunta entre entrevistado y entrevistadora de relatos sobre las biografías de los jóvenes a partir de la identificación de acontecimientos significativos que marcan las trayectorias biográficas.

El tipo de muestreo fue intencional, por propósitos y con criterio de pertinencia con el objetivo de garantizar la heterogeneidad de la muestra (Valles, 2003). Se trabajó con 3 jóvenes (un varón cis, un varón trans y una mujer cis) incluidos o no en el sistema educativo y/ o en el sistema laboral cuyos cursos de vida se despliegan en condiciones de vulnerabilidad social en la localidad de Unquillo. Los relatos se construyeron a partir de encuentros con cada uno de los jóvenes donde se identificaron acontecimientos significativos (Leclerc-Olive, 2009) de su trayectoria biográfica. A partir del relato de cada uno se estructuró la historia de vida.

RESULTADOS

Producción social de sufrimiento y juventudes

El barrio, la escuela y la familia se presentaron como escenarios sociales relevantes en la producción de experiencias de sufrimiento social en la vida de los jóvenes con los que trabajamos. En este apartado recuperaremos de cada relato biográfico las experiencias singulares que nos permiten poner en foco esta cuestión.

En el relato de Darío el acontecimiento *rozar la calle* tiene el escenario barrial como protagonista de experiencias vinculadas a la sociabilidad (Martuccelli, 2012), la lucha por el reconocimiento (Honneth, 1997) y a las violencias (Duarte Quapper, 2005) que devienen en sufrimiento social. El barrio se presenta como un escenario social donde conviven múltiples lógicas de interacción como el autoritarismo o la descalificación que van modelando las relaciones sociales (Di Leo y Camarotti, 2013, Gentile, 2017). Para Darío, su experiencia de habitar la calle es significada como una consecuencia del abandono escolar, mediado por sentimientos de inferioridad y necesidades de supervivencia. *Rozar la calle*, convierte

el territorio barrial en un organizador de su trayectoria biográfica. Este escenario está cargado de experiencias vinculadas a la construcción de códigos de pertenencia e interacciones vinculares en donde se va jugando su inscripción subjetiva a través de acciones que tienen por objetivo “ganarse el respeto”:

"Y yo creo que con miedo los haces que te respeten más, te guardan odio pero el miedo es un límite en el ser humano (...) hacer que tengan miedo te protege, a tu entorno también, protege tus pasos, protege tu respeto" (...) de los quince a los dieciocho que fueron los tres peores años en los que caí en la droga, en la delincuencia, o sea robar, a buscar amparo para crecer en ese status social y hasta llegue a ganarme el respeto del más jodido del barrio que era el negro kiki (...)."

Paulin (2015) trabaja sobre la categoría de “hacerse respetar” para referirse al ejercicio de la fuerza y la corporalidad. Incluye la noción de respeto mediada por la imposición del miedo que opera como salvaguarda de sí mismo y de los cercanos. En este sentido, el acceso a prácticas de criminalidad y ganarse el respeto *del más jodido del barrio*, es significado por Darío como una posibilidad de consolidar un status en el territorio. Se habilitan lógicas de protección y les dan sentido a las experiencias. El reconocimiento juvenil en el espacio barrial podría asociarse a las formas de construir reputación mediante prácticas atemorizantes (Carreras y Paulin, 2015). Las experiencias de sufrimiento se significan desde la sensación de persecución que se construye en los códigos de interacción del escenario de la calle. Darío hace referencia a la identificación de situaciones que configuran escenas de peligrosidad. Entre sus preocupaciones destaca la protección de su familia y su propia vida. Se retoman algunos fragmentos:

"A mí me daba miedo, me daba miedo morir en ese momento. Me daba miedo morir, porque ya estabas muy cerca, cuando te metes en una casa a robar no sabes si el de adentro ya te escucho, que estabas abriendo sigilosamente la puerta y te podría cagar de un tiro en el pecho cuando abris la puerta, o puede ser por perros, puede ser por cualquier cosa. Cuando sos vulnerable a la muerte sabes que sos vulnerable a la muerte. A veces dependes de una suerte, de un hilo me entiendes. (...) todo puede pasar en una noche de esas y vos te craneas todo, porque la cabeza cuando está rebobinando rebobina mucho. Entonces esos eran mis miedos, morir o poner vulnerable a mi familia".

La potencia de este fragmento radica en la visibilización del registro sensible del miedo como indicador de las situaciones de peligrosidad. La certeza de Darío de ser vulnerable a la muerte marca un límite que configura lo peligroso. Este registro del miedo permite identificar cómo *rozar la calle* se va constituyendo en parte, como una experiencia de sufrimiento social:

"En la calle te enfermás respecto de todo. Puede ser con eso, puede ser con traición, te enfermás porque todo el tiempo las personas te traicionan o que todo el tiempo vas a vivir una situación violenta. Por eso te prevenís, empezás a querer comprarte armas, empezás a andar con chicos que estén dispuesto a pegar por vos porque sobre-pensas todos esos pensamientos. La cabeza se te enferma, entonces es difícil sacarlo de ese estado porque no sale, no sale. Es como que vos decís no, nonono, ya no lo haces, dejaste esos hábitos gestualmente pero tu cabeza sigue maquinando eso".

Darío, manifiesta que se le enferma la cabeza y con ello hace referencia al sufrimiento que le supone los pensamientos persecutorios y la sensación de impotencia de no poder *salir de ese estado*. Da cuenta de un repertorio emocional vinculado al miedo, a la desesperación, la humillación y el menosprecio que son significadas como determinantes en la producción de sufrimiento. La construcción del respeto pone en juego experiencias de violencia entre pares y entre diferentes generaciones que movilizan disposiciones afectivas que regulan los vínculos y los conflictos en el escenario barrial.

En el caso de Julieta las experiencias que transcurren en el ámbito familiar son nombradas con mayor envergadura en la producción de sufrimiento en su historia de vida por las violencias que se juegan (Das, 2010; Duarte Quapper, 2005) y la modulación afectiva que opera en su subjetividad. Ella eligió como acontecimiento significativo *“el día que mi tío salió de la cárcel”* para dar cuenta simultáneamente de las experiencias de sufrimiento en el ámbito familiar y las formas de protección que habilitó el vínculo con su tío. En el siguiente fragmento la joven relata situaciones de violencia mediadas por vínculos de parentesco significativos para ella:

“Una vez mi mamá estaba chupada y me dijo “fue lo peor que hice tener-te a vos”, y yo me sentí mal, y me fui y me dijo fuiste mi peor error, no sé qué me dijo porque estaba chupada y yo agarre y me fui, me largue a llorar y me fui”

Esta experiencia de menosprecio muestra la exposición a situaciones de vulnerabilidad en la que se encontraba donde se advierten violencias que calan y deterioran su subjetividad. Advertimos en el fragmento una serie de disposiciones corporales que aparecen ante la experiencia de sufrimiento a modo de protección de sí. Llorar e irse de la situación se constituyen como respuestas ante la violencia devaluante ejercida por su mamá.

En el caso de Román, la escuela aparece como escenario protagonista de las experiencias de sufrimiento en tanto se dirime la disputa por su identidad de género (Butler, 2001) en un contexto de heteronormatividad obligatoria. El relato biográfico de Román expone su proceso de transexualidad como columna vertebral en su construcción subjetiva, mediada por la dinámica de la experiencia-de-sí en relación al reconocimiento con-otros (Eyheremendy et al, 2019). Le llama *descubrimiento* al acontecimiento biográfico que describe esta transición. Este proceso, sin dudas vinculado al ejercicio performativo que adquiere la mirada de los otros, encuentra a la escuela como principal escenario de producción de experiencias de sufrimiento social:

“En el colegio tuvimos un problema con la preceptora de mi curso que no quería hablarme así, como que no quería respetarme porque yo en el DNI era tal y iba a ser así, porque sus creencias no le permitían, así que bueno estuvo ella (la psicóloga) con todo eso. Un día hablaron y le llevaron ¿cómo se dice? eh, un papel legal E: una ley R: si una ley donde dice que a las personas trans se las debe tratar con el nombre que prefieran, aunque no tengan DNI o coso. (...) y me sentía mal, me sentía incómodo. Bueno era una preceptora, y yo también tengo una vida por delante con muchas personas así, no solamente ella. Entonces yo me sentía mal, un poco retraído, tenía miedo y hasta aceptaba que me llamaran así para no generar más problemas”.

La dificultad que supone enfrentarse con adultos para decir quién es y ser llamado como tal remite a una situación de exposición que provocan sufrimiento. El hecho de pedirle a otros que lo nombren como varón, supone la visibilización de su posición diferente a la hetero-

normatividad obligatoria, lo expone como distinto, es un acto de enunciación que implica su institución como varón.

A su vez, hace referencia al sufrimiento en la asociación entre la falta de reconocimiento y la negación de la subjetividad. De este modo se expresa una relación social marcada por el desprecio, la exclusión y la eliminación de la otredad (Kaplan, 2021). En este sentido, menciona la importancia que adquiere la dimensión jurídica como soporte del acto de reconocimiento de su identidad. En el relato cuenta que apela a la psicóloga del centro de salud de su barrio para que lo acompañe en ese proceso mediante el respaldo de la ley de identidad de género como discurso legítimo y ordenador de las prácticas de reconocimiento. El dispositivo jurídico supone, en este caso, un requisito para organizar una estrategia que reduzca la resistencia conservadora de la preceptora de la escuela, quien encarna las relaciones de poder que pujan por mantener un orden social heteronormativo. Por último, en la cita trabajada, Román hace referencia a los efectos de inhibición en su cuerpo mediante la aceptación y soportabilidad de las emociones (Scribano, 2019) con el fin de minimizar conflictos. Ante la negación de la preceptora, su disposición corporal supone invisibilizarse como estrategia para pasar desapercibido. De este modo, la falta de reconocimiento se constituye como una operatoria funcional al padecimiento, el aislamiento y la producción de experiencias de sí a partir del desprecio (Eyheremendy et al, 2019). Retomamos las palabras de Román:

"Ella me empezó a decir que me iba a llamar como tenía el DNI y que en la lista estaba así yo le dije que bueno que, que si ella ya sabe que yo me quiero llamar así pero dice "esta lista está renovada y dice tu nombre así" y le dije que "todos los profesores agarraron el liquid paper y tacharon y volvieron a escribir el nombre que yo quería, usted también puede hacer eso, no hace falta que venga el presidente" (risas) y dijo que no, (...) y yo le dije que también la podría denunciar por no respetarme así que mejor que no hagamos el problema más grande porque yo no, no le convenía, y bueno".

El sufrimiento causado en Román por la violencia ejercida por la preceptora es absolutamente evitable. Esta evitabilidad del sufrimiento lo convierte en una producción social, en tanto se relaciona a la trama de sentidos que se construyen colectivamente.

Experiencias de sufrimientos hechos cuerpos

Nombrar el sufrimiento social no implica necesariamente diferenciarlo de otras acepciones del sufrimiento. Lo que interesa es poner de manifiesto la relación entre las condiciones sociales y la producción del malestar. De este modo, pensamos al sufrimiento social como la acumulación de las afectaciones que devienen de la posición desventajosa de los sujetos en sus contextos de existencia que provoca un aplanamiento de la potencia subjetiva para las expectativas de recomposición futura (Bleichmar, 2002; Das, 2012; Hurtado, 2017; Le Breton, 2012). Según lo analizado por les jóvenes, este tipo de sufrimiento se juega en su evitabilidad y en su desigual distribución.

En algunas circunstancias lo afrontan mediante conductas de riesgo que establecen un vínculo real o simbólico con la muerte, con la intención de poner en juego la vida (Le Breton, 2012). Se trata de restituir sentidos en torno a la existencia situado en determinados escenarios sociales. Tanto Julieta como Román, utilizan los cortes en la piel como una estrategia para aminorar el sufrimiento y de ese modo, controlarlo:

"Yo me corté los brazos cuando estaba ahí adentro (Residencia) E: y ¿por qué te cortabas? No sé, porque era como que no se, yo me sacaba la bronca

cortándome, (...) eran como cinco minutos que ellas (las cuidadoras) no sabían lo que estaba haciendo. Yo me metía al baño y me hacía eso. El encierro y lo que me sentía mal, o sea también como que no podía decir lo que me pasaba, o sea no quería hablar con nadie. Solo quería hablar con mi mamá, pero no podía".

El encierro, sentirse mal y no poder hablar, pareciera describir la impotencia que circula en el fragmento de Julieta. También refiere que los cortes aportan en reducir la circulación de la bronca que le supone esa situación de impotencia. En este sentido Román manifiesta efectos corporales como ataques de ansiedad y autolesiones ante la emoción de bronca:

"(los ataques de ansiedad) me pasa bastante seguido, eh es como que, respiro muy agitado y a veces como que me mareo y lloro muy fuerte y no puedo dejar de temblar no puedo tranquilizarme no puedo respirar bien, tengo que intentar relajarme de cualquier forma E: ¿Qué te calma? R: eh, en esos momentos a veces llego al extremo de hacerme daño llego al extremo porque es algo que me supera E: y ¿cuál es el extremo? R: cuando me lastimo, eso me tranquiliza, es como si te concentraras literalmente en otra cosa, en lo que me estoy haciendo".

Estas experiencias habilitan emociones caracterizadas por la impotencia, el miedo y la ira. El daño a sí mismo se desencadena luego de un intenso sufrimiento. Esta intensificación de los afectos pareciera desplegar prácticas que inscriben el dolor en la superficie de la piel. A través del corte del cuerpo se reemplaza el sufrimiento inaprensible por el dolor físico posible de controlar (Le Breton, 2012; Kaplan, 2019). *Concentrarse en otra cosa* pareciera ser una necesidad fundamental para Roni en la tarea de ponerle límite al sufrimiento. La herida en la piel los tranquiliza.

Interpelando el cuidado en jóvenes vulnerabilizados

Ante las narraciones sobre las experiencias de sufrimiento de las juventudes, nos preguntamos por las estrategias de agenciamiento que despliegan para afrontar esas condiciones y los modos en que estas estrategias podrían configurar modalidades de cuidado, de protección o de alivio.

En primer lugar, trabajamos sobre las disposiciones corporales que, mediante la circulación de emociones, configuran distancias y proximidades a determinadas situaciones o personas. En segundo lugar, tomamos aquellas referencias a los "refugios" como espacios subjetivos en donde se encuentra una suerte de protección, calma o reparación ante experiencias de sufrimiento. Finalmente, mostramos algunos soportes institucionales y vinculares que potencian el despliegue de la subjetividad de estos jóvenes.

Con disposiciones corporales, aludimos a aquellas configuraciones que se juegan entre las distancias y proximidades que les jóvenes instrumentan ante situaciones adversas. La percepción de la experiencia y la circulación de emociones que desencadena se entrecruzan en los registros corporales (Rolnik, 2019). De esta manera, el registro de la afectividad guarda una potencia para el análisis de las disposiciones sociales porque permite trazar una cartografía situada sobre la distribución de lugares, jerarquías, representaciones y sentidos que circulan en sus biografías. Darío menciona:

"Yo creo que lo mejor es escuchar. La calle te hace llegar a tus oídos lo que te va a pasar. La calle es bulla, toda la bulla de todos los pendejos que están igual que vos, entonces vos vas y te paras en la esquina y uno viene y te cuenta que el de allá se cago un tiro hace rato y después pasa

de nuevo y te cuento que no lo mataron, y después dice no, ¡y van a venir acá abajo a ver quién tiró el tiro anoche y vos decis no! fui yo, te vas, ya sabes que te andan buscando, entonces te vas abobinando (Darío, 22 años)"

Disponerse en el espacio público para advertir señales de riesgo es una práctica que Darío identifica como protectora. La posición del cuerpo en la calle le permite saber cómo vienen los grados de conflictividad y de violencia en su territorio. En este sentido, Román manifiesta que, ante algunas situaciones de incomodidad, elige alejarse de algunas personas o situaciones:

"Bueno en ese entonces era como evitar preguntas, evitar cosas que me iban a hacer mal. como que había mucha gente que hacía preguntas incómodas o me decía, tenía varios amigos en su momento o personas cercanas o gente conocida que a veces me negaban mi identidad, me decían "no, vos no sos hombre porque no tenes pito" y que aunque te hicieras la operación, no sé, eso una vez me lo dijo un amigo y yo le dije que me iba a ir. Porque me había invitado a su casa a merendar y yo le dije bueno y me empezó a decir esas cosas y yo dije no, entonces le dije, me voy a ir a mi casa. En un momento yo, lo que usaba para refugiarme, para no sentirme mal, era más que nada el humor y entonces veo como vienen las cosas (...) Porque cuando la gente lo dice como intentando encasillarse o negarte hay gente que lo hace así y otra gente que no y lo hace sin querer".

En este fragmento Román describe las interpretaciones corpo-afectivas que se acumulan en sus experiencias. La alusión a la dimensión cómodo-incómodo que realiza Román pone en evidencia la inscripción corpórea de las sensibilidades que se tejen en las relaciones inter-subjetivas. En el fragmento distingue aquellas expresividades que hacen referencia a negarle su identidad como productoras de sufrimiento. Ante ellas, el humor no es un recurso que alcance para cuidarse, por lo tanto, opta por retirarse. El afecto circula de diferentes maneras según su producción situada. El sufrimiento se constituye como tal en su inscripción en una trama simbólica y discursiva que habilita su contexto de producción (Correa, 2017). Es decir, en sí misma, las situaciones de incomodidad no tienen efecto sufriente, el efecto se produce en situación, según las disposiciones afectivas de otros y la historia de experiencias previas. Julieta también opta por retirarse de las situaciones en donde no se siente bien:

"Ella siempre me pegaba, me trataba mal me decía que yo era un error en su vida. O sea, yo me sentía mal entonces me escapaba. Me estaba haciendo mal estar ahí. C: ¿y a donde te ibas? Yo a la casa de la Titi. Era mi amiga, hasta que un día la Vane estaba chupada y me fue a buscar con la policía y yo y la Titi corríamos porque me tenía que escapar (risas) y yo le decía "dale que nos va a agarrar la policía y nos va a llevar de las clínicas a las dos juntas".

En este fragmento, Julieta alude al escape como práctica protectora. No es lo mismo irse que escaparse, en tanto la primera posición que refiere Román, alude más bien a la decisión autónoma de retirarse de un espacio dañino. En cambio, escaparse pareciera ser significado como un acto de supervivencia, como si no hubiera otra opción para construir formas de autoprotección. En este fragmento se observa que Julieta se va a la casa de su amiga y, juntas, escapan de la persecución policial.

Pareciera que *abobinarse*, la evitación y el escape, son operaciones que van desplegando los cuerpos en función de experiencias sensibles que marcan un camino y desde ahí orientan las prácticas. Estos relatos dan cuenta de una apropiación de lo vivenciado como memoria

de aquello que hay que evitar. Las estructuras de las sensibilidades (Scribano, 2019) dan cuenta de su incidencia en las distancias/proximidades que, desde las energías corporales, establecen modos de sociabilidad entre los cuerpos. Las sensibilidades acercan y alejan a los sujetos haciendo del cuerpo un mapa donde se encuentran pistas que sirven como orientaciones para protegerse del sufrimiento.

En segundo lugar, les jóvenes identificaron una serie de espacios, prácticas y algunos vínculos donde encuentran una suerte de protección, calma o reparación ante experiencias de sufrimiento. La cualidad *refugiante* que pudimos distinguir se produce en relación a la situación en la que se inscriben. La dimensión afectiva que se juega en esas experiencias permite la significación de la misma como refugio, lo cual le aporta un carácter dinámico al espacio, vínculo o práctica que le dé entidad.

Ante las situaciones de violencia que vivía Julieta en el ámbito familiar, manifestó que se escapaba de la casa de la madre y se refugia en la casa de una amiga del barrio. Continúa relatando:

"Yo a la casa de la titi. Era mi amiga. Nada, o sea me brindaba su casa, me dejaba quedar ahí y todo eso pero vivía chupando con la titi porque nos íbamos de joda y todo eso. Y me prestaba su ropa, que yo no llevaba porque me había escapado de la Vane. Y bueno cuando estaba en la casa de la Titi hacía todo ahí, comía y todo eso"

Estar en la casa, compartir la comida, la ropa y las salidas se significa en el relato de Julieta como una instancia que le hace tope a las situaciones de violencia en las que se encontraba. Darío expone una situación parecida y agrega la dimensión de *desestresarse* como cualidad *refugiante*:

"Tuve varios lugares así, en los que yo me desestresaba. Por ejemplo, cuando vivíamos con él Juan nosotros nos refugiamos en la casa del frente. Que era un vecinito de dos padres, hijo único, pero él tenía play, tenía todo. Empezamos ahí con él pero de chiquitos, cuando vivíamos con el Gomez, Juan es el Gomez. Cuando vivíamos esa violencia nos desahogamos ahí".

En la casa del amigo contaba con dos adultos y recursos materiales que él no tenía y con los cuales podría "desestresarse". La circulación del afecto, las prácticas de juego que se despliegan, definen a ese lugar como un refugio subjetivo dado que habilita un descanso de la violencia cotidiana.

Román en cambio, hace referencia a las prácticas artísticas como instancia en donde podía reparar situaciones dolorosas:

"A veces lo dibujo porque es lindo, no se me hace sentir tranquilo cuando lo dibujo, porque es algo que he dibujado tantas veces que sus facciones me traen como una clase de tranquilidad a la hora de dibujar, estuvo muy marcado en lo que sería la parte artística de mí".

En este fragmento, Román hace referencia al dibujo de un personaje de una serie de anime que resultó muy significativo en su historia. Hasta acá hemos identificado que, ante distintas situaciones de sufrimiento, les jóvenes se movilizan a espacios donde se sienten a salvo.

En tercer lugar, los soportes constituyen una suerte de sostén donde aferrarse para afrontar los desafíos de la existencia. Operan a través de la construcción de un entramado que contribuye a contrarrestar los sentimientos de soledad y crea un tejido existencial que da sentido al mundo (Martuccelli, 2007). En relación a los espacios institucionales, en los

relatos de Julieta y Román se identifican el hospital y el centro de salud local como espacios de cuidado:

"Una vez que lo internaron y lo acomodaron al Brian yo pedí hablar con la doctora, yo pedí hablar con ella porque yo les quería contar algo, de cómo se cayó el Brian que yo estaba ocultando algo y necesitaba hablar si o si. O sea antes a mí cuando mi abuelo se abusó de mí ellas me atendieron a mí en el hospital y bueno y quería hablar con ellas y ellas vinieron y me ayudaron y yo les conté que no fue así, o sea que, no fue que yo me caí con el Brian sino que el Ramiro me había pegado y yo me caí con él, con él bebe y bueno que también me obligaba a tener relaciones sexual obligada y todo eso y ellas me dijeron bueno ahora venimos, te vamos a ayudar y bueno después hable con la psicóloga del dispensario y de ahí me ayudaron y me hicieron un montón de cosas y dije toda la verdad"

El hospital y el centro de salud de su barrio, son espacios por los que Julieta transitó en muchas situaciones ligadas a experiencias de sufrimiento social. La posibilidad de hablar con personal de salud se habilita desde experiencias previas donde se sintió protegida ante otras situaciones de violencia. La confianza construida habilitó la posibilidad de hablar y con ello pedir ayuda para ponerle límite a las violencias cotidianas. En este sentido, Román hace referencia al centro de salud como un espacio en donde era reconocido como varón, lo cual habilitó el despliegue de la confianza como base del cuidado:

"Yo ahí empecé a conocer a Maca y sabía que era psicóloga y yo tenía ganas de empezar un tratamiento y quería venir y bueno empecé con Maca. E: ¿y ese tratamiento de que se trataba? R: y bueno tenía que ver con cómo me sentía yo, el tema de la transición y también con otras cosas de mi persona y ahí bueno ella me estuvo ayudando mucho con el tema de mis padres, hablamos mucho y también fuimos con mi mamá a varios encuentros así de personas trans (...) También me ayudó con el tema de acá el dispensario con las hormonas, con el nombre, ellas siempre me anotaban con el nombre que yo había elegido".

En estos fragmentos se observa la producción situada y relacional de los espacios que operan como refugios subjetivos en las trayectorias biográficas de les jóvenes. Los despliegues afectivos en la producción del cuidado, se encuentran ligadas a la protección, a la seguridad y al acompañamiento como significantes. El hecho de poder hablar de sí, de sentirse acompañado, de sentirse reconocido opera como un límite a las experiencias de sufrimiento.

Los soportes también se juegan en los vínculos que se inscribieron como significativos en los relatos biográficos. Julieta, elige el momento en el que su "tío salió de la cárcel" como acontecimiento. Román le llama "año nuevo" a un período de tiempo en que construye una relación de pareja que repara experiencias dolorosas previas y lo habilita a experiencias de reparación. Darío, elige "rescatarse" como un conjunto de acciones destinadas al cese del consumo de drogas y las prácticas de criminalidad en las que se involucró en *rozar la calle*:

"Año nuevo fue en inicio del 2023, que al conocerlo a él conocí nuevos lugares, fui conociendo lugares que yo no conocía, tuve experiencias que nunca había tenido, con él fui a parques de diversiones, atracciones que nunca había ido. Con él fui a mi primer concierto, de mi banda favorita, de Miranda. Entonces yo estaba conociendo demasiadas cosas nuevas y positivas por eso fue un año nuevo. Además de dejar cosas atrás, ese año me trajo cosas muy positivas. A veces, o sea con él me siento cuidado en muchas ocasiones (...) es una persona que escucha y está ahí. Porque

más que nada que esten ahí y que compartan conmigo me hace sentir eso. Yo no necesito un psicólogo o un amigo psicólogo que me hable y me hable, sino que están ahí y que compartan conmigo y que realmente quieran compartir conmigo".

La posibilidad de amplificar sus horizontes de vida, conocer cosas nuevas, son significadas por Román como un año nuevo. Dejar cosas atrás aparece como un efecto de las nuevas experiencias. Su pareja funciona como soporte en tanto se siente acompañado y escuchado. Estas características también son identificadas por Julieta como significativas en el vínculo con su tío:

"Porque, o sea, de parte de mi papá solamente él se acercó. Porque todos los otros dicen que no soy hija de mi papa porque soy negra (...) o sea yo cuando viene él y todo eso yo me siento tranquila, o cuando vamos en el auto también me siento así como tranquila. E: ¿y que te da tranquilidad? y con él se puede hablar y me hace reír y él siempre me cuida. Una vez íbamos, o sea, que se yo una vez estaba por cruzar la calle y esperame me dice, ahí voy yo quiero ver cómo cruzas la calle por las dudas que venga un auto. "No me cuides" le decía yo que no me va a chocar un auto, tampoco soy tan boluda (risas) y le decía "no pero por las dudas" decía "vienen algunos locos que manejan muy fuerte y por ahí no frenan, así que tene cuidado, cuando no venga ningún auto ahí tenes que cruzar" me decía y yo le decía "bueno bueno", para que se vaya, para que se vuelva al auto y cruzaba yo y después cuando justo él me veía que salía del kiosco ahí nomás se iba con el auto a ver a que cruce. O sea en todo momento".

El reconocimiento del tío implica la aceptación y la inscripción del cuidado en el plano socioafectivo. La posibilidad de hablar y de reírse integran la experiencia de cuidado que tiene con su tío. Por otra parte, Darío, en rescatarse describe una secuencia de situaciones que operaron como soportes para su propio rescate. Ante un conflicto que marco un límite en su ámbito familiar, acudió a una tía quien le ofreció una casa en donde quedarse y le dijo:

"A mí no me molesta que fumes porro, pero deja la merca, las pastillas todo eso porque eso no va. Necesito que te pongas a escribir", la chabona me regaló un celular me paso una netbook, me instalo en la casa, me ayudó a poner la luz, la puso a mi nombre empecé a pagar la luz, empecé a laburar y la chabona me empezó a meter en la música, me pidió mucha responsabilidad empecé a conocer a mi pareja actual, porque estaba en una época en la que me quería rescatar en ese momento, necesito concentrarme en otra cosa, ya me había aliviado, entonces yo me sentía una persona más sana, no tomaba drogas no fumaba, no tomaba pastillas, no tomaba alcohol, me volví a hablar con mi vieja, así que estaba bien".

La función de soporte que esta persona tiene para Darío se vincula a la adjudicación de responsabilidades, le confía la capacidad de "rescatarse" y de alguna manera eso colabora en los procesos de subjetivación que Darío despliega. Desde los fragmentos analizados podemos afirmar que los jóvenes identifican que para afrontar las formas de sufrimiento social no alcanza con el cuerpo propio y se disponen a la búsqueda de otros.

CONCLUSIONES

Las experiencias de los jóvenes permiten evidenciar la articulación de dimensiones sociales en la configuración del sufrimiento. En el caso de Darío, sus narrativas en torno a

la construcción de su masculinidad y su acceso a la vida adulta se encuentra inscrita en el escenario barrial, producto del desanclaje de su trayectoria educativa y las necesidades económicas que tenía en su ámbito familiar. En su experiencia de *rozar la calle* se configuran modalidades de sufrimiento a través de prácticas de sociabilidad que suponen proteger el respeto y devienen en la advertencia de ser vulnerable a la muerte. Esa identificación de peligrosidad, se torna enfermante ante la impotencia de no poder salir de ese ámbito. Julieta reconoce situaciones de violencia que devienen en sentimientos de humillación y vergüenza. El sufrimiento social se inscribe en el cuerpo, no sólo por los golpes recibidos, sino por la disposición corporal que eso delinea. El retraimiento producto de la vergüenza se inscribe en escenarios sociales de precarización y desigualdad. Utiliza las autolesiones como modalidad de descarga de situaciones de angustia. Finalmente, Román hace referencia a la escuela como un escenario heterogéneo, en donde su inscripción como varón supuso enfrentarse a estructuras sociales determinadas por la heteronormatividad obligatoria que devienen en procesos de negación de su identidad.

A partir de estas experiencias podemos afirmar que les jóvenes construyen saberes específicos y situados. En sus vidas cotidianas realizan un sinnúmero de acciones para resolver sus necesidades ante las situaciones de malestar que identifican. Se proveen entre sí de formas de protección y seguridad, y en esos actos van configurando pertenencias y resistencias en un mundo que se presenta como incierto y hostil (Reguillo, 2020).

En relación a las inquietudes planteadas en este artículo en torno a las prácticas de cuidado, desde los registros de la afectividad, advertimos acciones con características situadas y dinámicas. Reconocemos que cuando las experiencias de sufrimiento social se vuelven insoportables, no alcanza con el propio cuerpo y buscan acercarse a otros.

Sostenemos que esas agencias constituyen actos de cuidado en tanto empiezan y terminan en la acción que desarrollan. Estos actos se orientan por sabidurías prácticas (Reguillo, 2007) que se acumulan en los cuerpos y las sensibilidades. Hemos observado el despliegue de un conjunto de herramientas aprendidas en las experiencias sensibles que disponen de la corporalidad para configurar lógicas de distancias y proximidades entre les jóvenes, los espacios, algunos vínculos y determinadas actividades. Estos registros operan en la producción de cuidado de las juventudes cuando se configuran situaciones donde se reconoce la propia subjetividad, lo cual supone su imbricación en el lazo social. El cuidado se dirime en el acto de reconocimiento de la subjetividad de un otro. En el cuerpo se alojan pistas para identificar aquello que cuida y repara las experiencias de sufrimiento. En este contexto, donde la fragmentación del lazo social deviene en su estallido, se vuelve imperioso seguir indagando sobre los saberes que se imprimen en el cuerpo como potenciadoras del fortalecimiento de las tramas comunes que sostienen la vida.

REFERENCIAS

- Ahmed, S. (2021). *La promesa de la felicidad: Una crítica cultural al imperativo de la alegría*. Caja Negra.
- Arce Castello, V., Arias, L., Caparelli, M. F., Carreras, R., D'Aloisio, F., García Bastán, G., & Paulín, H. L. (2020). *Contar la vida en tiempos difíciles: Experiencias juveniles en sectores populares*. Grupo Editor Universitario.
- Arfuch, L., Catanzaro, G., & Di Cori, P. (2002). Identidades, sujetos y subjetividades (pp. 19–41). Prometeo Libros.
- Bleichmar, S. (2002). *Dolor país*. Libros del Zorzal.

- Butler, J. (2007). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.
- Carreras, R. A., & Escobar González, S. (2022). Entre el reconocimiento y las trayectorias biográficas. *Última Década*, 30(59), 246–265.
- Carreras, R. A., Paulín, H. L., García Bastán, G., D'Aloisio, F., Arce Castello, V., Caparelli, M. F., & Arias, C. L. (2020). Experiencias juveniles y relato biográfico: vivencias entre el reconocimiento social y la vulneración de derechos. [s. n.].
- Cóccaro, P. E., Deambrossi, A., Iribarne, M., & Sozzi, A. (2019). De la caracterización a la intervención... Ponencia presentada en el *1º Congreso Internacional de Ciencias Humanas*, Universidad Nacional de San Martín.
- Correa, A. M. (2017). Politización del sufrimiento... Repositorio institucional. <https://doi.org/11086/14318> (revisar DOI correcto)
- Das, V. (2012). *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 154. UNESCO.
- De Gaulejac, V. (2015). *Las fuentes de la vergüenza*. Sapere Aude.
- Di Leo, P. F. (2011). Subjetividades, instituciones y biopolítica: un análisis de las formas de gobierno y las experiencias de jóvenes en escuelas medias. En P. F. Di Leo y S. C. Azpiazu (Comps.), *Subjetividades juveniles: recursos y experiencias en contextos de exclusión* (pp. 45-68).
- Di Leo, P. F., & Camarotti, A. C. (2013). *Quiero escribir mi historia: Vidas de jóvenes en barrios populares*. Biblos.
- Di Leo, P. F., Güelman, M., & Sustas, S. (2018). *Sujetos de cuidado*. Grupo Editor Universitario.
- Dirección Nacional de Salud Mental. (2023). *Programa de abordaje integral...* Ministerio de Salud de la Nación.
- Duarte Quapper, C. (2005). Trayectorias de vida y trayectorias de participación de jóvenes en Chile: hacia una interpretación desde la exclusión y el biopoder. En G. Morales y C. Duarte (Eds.), *Juventudes y políticas públicas en Chile*. Universidad de Chile.
- Exposto, E. (2023). *Anacronismo e Irrupción*, 13(24), 77–107.
- Eyheremendy, G., Giusto, L., Sánchez, M., & Fernández, A. M. (2019). Momentos de devenires trans en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA): el reconocimiento y su potencia como punto de inflexión. [s. n.].
- Gentile, M. F. (2017). *Biografías callejeras*. Grupo Editor Universitario.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Aldine.
- Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento*. Crítica.
- Hurtado Hurtado, F. A. (2017). *Antropología Experimental*, 17.
- Kaplan, C. V., & Szapu, E. (2019). *Psicoperspectivas*, 18(1), 42–52.
- Le Breton, D. (2012). *La edad solitaria*. Nueva Visión.
- Leclerc-Olive, M. (2009). *Temporalidades de la experiencia*. Anthropos.
- Martuccelli, D., & de Singly, F. (2012). *Las sociologías del individuo*. Fondo de Cultura Económica.
- Molina-González, J. L. (2018). La humillación como herida social: Un análisis sociológico de las emociones en contextos de exclusión. Editorial Universitaria.

- Ministerio de Salud de la Nación. (2021). *Abordaje integral del suicidio...* Ministerio de Salud.
- Organización Panamericana de la Salud et al. (s. f.). *La salud mental es cosa de todas y todos*. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/2b1964e2-50cd-4f0c-9e4c-bf54ec376e8f>
- Paulín, H. L. (2015). *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 20(67).
- Reguillo, R. (2007). En *Cultura y neoliberalismo*. CLACSO.
- Rolnik, S. (2019). *Esferas de la insurrección*. Tinta Limón.
- Saraví, G. A. (2020). *La desigualdad social en América Latina*. Siglo XXI Editores.
- Sautu, R. (1999). *El método biográfico*. Lumiere.
- Scribano, A. (2019). *Sociologías*, 21.
- Scribano, A., & Cena, R. (2017). *RELACES*, 9(24).
- Scribano, A., & Lisdero, P. (2010). *Sensibilidades en juego*. CEA-CONICET.
- Sepúlveda, N. A., et al. (2020). En *Violencias y precarización de la vida*. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez / UNC / universidades asociadas.
- Sztulwark, D. (2020). *La ofensiva sensible*. Caja Negra.
- Valles, M. S. (2003). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Síntesis.
- Valenzuela Arce, J. M. (2019). *Trazos de sangre y fuego*. CALAS / Bielefeld University Press.

Entre el adultocentrismo y la accesibilidad: construcciones subjetivas de jóvenes varones en tratamiento por consumo de drogas

Lucía Peludero¹

Resumen: El siguiente artículo da cuenta de la investigación desarrollada durante el año 2024 con jóvenes de entre 18 a 25 años que realizaban un tratamiento por consumo problemático de drogas en un dispositivo ambulatorio en la ciudad de Córdoba. A través de entrevistas, se indagaron las construcciones de sentido sobre ser joven construidas por usuarios del Programa del Sol, en relación con las nociones de salud y las prácticas de cuidado presentes en el contexto de abordajes terapéuticos. Surgieron como ejes de análisis la accesibilidad a derechos, las significaciones sobre salud y consumo de drogas y los soportes relacionales presentes en los procesos de tratamiento de los jóvenes.

Palabras clave: jóvenes-consumo problemático de drogas- accesibilidad a derechos- soportes relacionales- perspectiva juvenil

INTRODUCCIÓN

Este artículo da cuenta de la investigación realizada durante el año 2024. Se busca conocer aquellos sentidos sobre ser joven consumidor de drogas que circulan entre usuarios jóvenes varones, que realizan tratamientos por consumo problemático, para desde allí dar lugar a significaciones sobre salud y prácticas de cuidado. El trabajo se desarrolla en un dispositivo de salud mental integral y consumos problemáticos de la ciudad de Córdoba, Programa del Sol, con jóvenes que realizan tratamientos.

El recorrido por el campo de estudios vinculados a la temática resulta en un encuentro con lecturas adultocentristas sobre las juventudes, donde la salud se relega a enseñanzas hacia los jóvenes, por parte de adultos, de aquello considerado “saludable”. Desde la percepción de los jóvenes como problemáticos sucede que en las investigaciones aparecen nociones que ligán las juventudes al consumo problemático de drogas y como factor de riesgo en tanto se asocia a posibles conductas de abuso y dependencia posteriores (Lucena Jurado, 2013).

La pregunta guía de la investigación es la siguiente: ¿Cuáles son los sentidos que los jóvenes en situación de consumo problemático de drogas construyen sobre sí mismos, sus condiciones de salud y prácticas de cuidado?

¹ Lic. En Psicología, MP: 13917, lupeludero@gmail.com

Desde entrevistas semi-estructuradas y la observación de emergentes hay un acercamiento al campo, con el objetivo de indagar las construcciones de sentido sobre ser joven que construyen los usuarios del Programa del Sol, en relación con las nociones de salud y las prácticas de cuidado que se entran en ese contexto de abordajes terapéuticos.

Este estudio, se propone caracterizar el espacio de tratamiento donde los jóvenes realizan sus procesos terapéuticos; identificar necesidades, barreras y condiciones facilitadoras del acceso a derechos en salud, desde la perspectiva juvenil. A través de entrevistas y acercamientos al espacio terapéutico, se analizan trayectorias juveniles vinculadas a participaciones en espacios de salud mental integral; se identifican significaciones subjetivas respecto a su(s) consumo(s) y la construcción de salud. Además, se describen y analizan los soportes relacionales, a saber, redes, repertorios terapéuticos, espacios de participación social y juvenil, que intervienen en la sostenibilidad de los tratamientos.

La construcción de la herramienta metodológica de la entrevista, como el posterior análisis, se lleva adelante a partir de supuestos teóricos, que guían el trabajo. Al hablar de consumo problemático de drogas, se hace referencia a una situación de consumo que afecta negativamente a uno o más aspectos de la singularidad de la persona, entre las que pueden incluirse su salud física o mental, sus relaciones sociales primarias, secundarias, su vínculo con la ley, entre otras. Históricamente, hay una tendencia de abordaje de las problemáticas de consumo de drogas desde el paradigma prohibicionista. En este marco, los impactos producidos desde este paradigma reproducen significaciones desde la estigmatización y el prejuicio hacia los consumidores (Touzé, et. al., 2008). El abordaje que se desarrolla en esta investigación radica en el paradigma de reducción de riesgos y daños asociados al consumo singular de cada sujeto, que permite dar cuenta del consumo problemático de drogas como una práctica social, atravesada por experiencias biográficas y momentos en las trayectorias subjetivas que son singulares y dinámicas.

Resulta importante poder analizar el uso de drogas desde la interacción de tres subsistemas (Arnau y Porras, 2000), sustancia, sujeto y contexto. Concebir la problemática de consumo de drogas como un fenómeno complejo, multicausal, heterogéneo y dinámico habilita una mirada desde la salud integral, y no desde el castigo hacia los consumidores.

En la modernidad, los Estados Nación sostienen prácticas de biopoder (Foucault, 1976; citado por Mbembe, 2011), donde la soberanía se presenta como el derecho y poder de dar vida o muerte a los diversos sectores de la sociedad; y en el marco del necrocapitalismo contemporáneo, cosifica al ser como una mercancía y presenta la acumulación de capital como fin absoluto, donde se implementan divisiones sociales, a través de diversos aislamientos reales y simbólicos, sostenidos mediante el control, la vigilancia y la separación de la población, los cuerpos y las subjetividades.

Se reconoce la importancia del proyecto desde la necesidad de mirar en las prácticas a los jóvenes como sujetos protagonistas, para tener un acercamiento sobre cómo se es joven en este contexto neoliberal, patriarcal, colonial y capitalista, atravesado por múltiples vulneraciones y exigencias sociales en los modos de ser, hacer y estar en el mundo. Particularmente, ser jóvenes que están en situación de consumo problemático de drogas agrega una cuestión estigmatizante, donde los jóvenes son relegados a las miradas adultocentristas sobre ese deber ser. Las nociones adultocéntricas invisibilizan los posibles aportes desde la perspectiva juvenil como potencia para el desarrollo de políticas en este contexto y aparta la posibilidad de generar comunidad, salud singular y colectiva.

El consumo de drogas en jóvenes es relevante socialmente en tanto resuena como problemática en mayor porcentaje en los territorios, con un uso de las sustancias a edades más tempranas y una menor participación y adherencia en los dispositivos de abordaje de

salud mental y consumo de drogas. A su vez, hay un Estado que acciona sobre la problemática desde un lugar punitivo, con políticas públicas vinculadas al ejercicio de las fuerzas de seguridad sobre los cuerpos y las subjetividades de los jóvenes, con una ley de baja de edad de punibilidad en boga, que avanza en lugar de destinar políticas que promuevan la accesibilidad a derechos.

Se desarrollan a continuación las estrategias metodológicas utilizadas, los principales hallazgos de la investigación, las discusiones con otros trabajos y por último algunas conclusiones vinculadas al estudio.

METODOLOGÍA

La investigación se desarrolló en una institución de salud mental y consumos problemáticos de drogas de la ciudad de Córdoba, a saber, la Asociación Civil Programa del Sol (en adelante Programa del Sol). La estrategia metodológica es de tipo cualitativa, desde la Psicología Social Crítica (Domenech & Ibáñez, 1998), enmarcada en la tradición de la investigación-acción con intencionalidad participativa. Se fomenta la construcción del conocimiento de manera dialéctica con los participantes de las entrevistas. A saber, se realizaron tres entrevistas con jóvenes de entre 18 y 25 años, con diversas trayectorias biográficas y subjetivas, en relación a su vida cotidiana y sus problemáticas de consumo.

El espacio institucional elegido para las entrevistas es un espacio donde la investigadora trabaja actualmente, razón que facilitó tanto el ingreso, el vínculo con los jóvenes, las entrevistas y el posterior análisis. Las narrativas se construyen desde un lugar de confianza y en conocimiento del modo de funcionamiento institucional, el posicionamiento respecto a la problemática de los consumos de drogas y la forma de trabajo general del espacio donde los jóvenes realizan sus tratamientos.

Las entrevistas tuvieron un formato semi-estructurado, con preguntas que remiten al diálogo y a la construcción de una narrativa singular. Desde una escucha atenta y respetuosa, se utiliza la narrativa episódica como herramienta metodológica emergente, es decir, con lugar a lo biográfico y situado en la propia entrevista (Flick, 2004), desde disparadores y ejes temáticos vinculados a las significaciones sobre ser jóvenes consumidores, el consumo de drogas, la construcción de salud y los espacios de tratamientos. En estas instancias, se construyen narrativas vinculadas al cuidado de sí y de otros, los diversos tránsitos por instituciones y significaciones que los jóvenes hacen acerca de sus vínculos y la salud.

Desde la Teoría Fundamentada de Glaser y Strauss (Gibbs, 2012), se utilizan los datos obtenidos en el campo para la construcción de conceptos y categorías emergentes, vinculadas a la accesibilidad a derechos, la construcción de ser joven y los soportes relacionales, relacionando éstas con el marco teórico propuesto. Para el análisis y codificación de las entrevistas, se utilizó el software Atlas.ti, que permitió profundizar en la comparación constante y la identificación de categorías y dimensiones teóricas y nativas, como emergentes que enriquecen el análisis.

El proceso de análisis implicó una codificación abierta -de lectura reflexiva e identificación de categorías-; a una codificación axial -donde toman especificidad las categorías y se establecen relaciones-; y una codificación selectiva -donde se identifican categorías centrales y sus respectivas dimensiones y la interrelación entre ellas-.

Los jóvenes entrevistados realizaban, al tiempo de la investigación, tratamiento en el módulo de jóvenes de la institución por un período de al menos seis meses, por lo que las entrevistas se enriquecen por conocer a los usuarios el vínculo establecido en instancias terapéuticas. La participación fue voluntaria, en el marco del tratamiento que los usuarios realizaban, en

un espacio acordado para la finalidad de ser entrevistados. Cada espacio fue individual y tuvo resonancias posteriores, en relación a la importancia de objetivar sus prácticas, los discursos que sostienen y que escuchan en relación a lo que hacen y los atravesamientos afectivos que emergen, por ser usuarios de drogas y ser mirados desde ese lugar.

El hecho de participar como agente institucional habilita alojar esas resonancias, escuchar a los jóvenes, hablar a otros sobre esta instancia, ver las reflexiones posteriores en las instancias terapéuticas y observar el valor que tiene el hecho de brindar un lugar específico para dar voz a lo que los jóvenes tienen para decir. Sin embargo, se presenta como condición de producción del estudio en tanto aparece una implicación particular, distinta a la que puede existir por parte de un agente externo, en la posibilidad de mirar y preguntarse.

La herramienta de la entrevista surge como parte de los procesos terapéuticos que se desarrollan, en la posibilidad de proveer un espacio de reflexividad y reconocimiento de sí mismos en sus trayectorias biográficas.

Los datos recabados en las entrevistas se utilizan a lo largo del trabajo desde el anonimato, razón por la cual se utilizan nombres ficticios, por una cuestión ética de respeto a los sujetos participantes. Además, para las entrevistas se firmaron consentimientos informados, para poder utilizar los datos para la experiencia de investigación. Se compartirá este trabajo a los participantes de la investigación y a la institución de salud, para aportar a la construcción de una perspectiva juvenil que abogue por prácticas de cuidado y salud integral, desde una perspectiva de derechos.

HALLAZGOS

A continuación, se realiza un recorrido por los hallazgos de esta investigación, donde se responde a los objetivos específicos presentados en el proyecto. A partir de la realización de las entrevistas con los jóvenes, usuarios del Programa del Sol, se abordan en el análisis tres ejes principales, a saber, las barreras y condiciones facilitadoras del acceso a derechos; la construcción de significaciones acerca del ser joven consumidor de drogas y los soportes relacionales y prácticas de sociabilidad que promueven la sostenibilidad de los tratamientos.

El análisis permite mirar a los jóvenes como sujetos sociales, cuyas subjetividades se presentan atravesadas por una multiplicidad de sentidos sobre el consumo, modos de vincularse, formas de concebir cuidados y protagonizar procesos de salud, posicionamientos en espacios sociales. Desde una perspectiva juvenil, es preciso poder dar cuenta a los jóvenes como actores sociales complejos, inmersos en relaciones de clase, edad, género, étnicas (Chávez, 2005) y de generación.

Accesibilidad a derechos: ¿cómo llegan los jóvenes a los espacios de tratamiento?

El encuentro con los jóvenes entrevistados permite el acercamiento a sus trayectorias biográficas. El acceso a la salud y a instituciones desde una perspectiva de derechos, donde sus necesidades y demandas de atención sean miradas no fue algo que apareciera como constante. En general, en sus trayectorias de consumo -iniciadas a partir de los 15 años, aproximadamente- hasta el momento de las entrevistas, los jóvenes no presentaron acceso previo a un espacio de salud -en sus edades de 18, 21 y 25 años-.

Resulta necesario vislumbrar la narrativa de los jóvenes en torno a sus maneras de habitar espacios de salud, las barreras y facilitadores presentes en sus trayectorias; las significaciones que realizan sobre la salud y los consumos de drogas y las prácticas de cuidado que construyen, significativas para sus procesos.

Barreras y facilitadores: el vínculo de los jóvenes con los dispositivos de salud

Visibilizar las maneras en que se vinculan los jóvenes con el servicio de salud respecto al abordaje de problemáticas de consumo de drogas implica dar cuenta de aquellas barreras que atraviesan sus prácticas y condiciones concretas de existencia, como también aquellos facilitadores que promueven el acceso y sostenimiento en los dispositivos. A continuación expresan aquellos elementos significativos en las entrevistas realizadas con los jóvenes usuarios.

En primer lugar, la accesibilidad espacial y geográfica se presenta como una cuestión a tener en cuenta para conocer el vínculo de los jóvenes con las instituciones de salud como espacios de acceso a derechos. Se toma la noción de accesibilidad propuesta por Barcala & Stolkner (2000), donde se retoma la dimensión relacional establecida entre los servicios y los sujetos, sumado a aquellos los discursos y representaciones sociales que se construyen y entran en esa relación.

Los jóvenes entrevistados viven en la ciudad de Córdoba, donde dos de ellos nacieron; el tercer joven entrevistado es de una provincia ubicada al sur del país. Los jóvenes viven actualmente en barrios pobres de la ciudad de Córdoba—1° de mayo y Remedios de Escalada- y Villa Allende -Cruz Alta-, respectivamente. Los que están en la ciudad de Córdoba (Joel y Roque), cuentan con escasa accesibilidad al centro, en términos de movilidad urbana; los barrios tienen un acceso restringido y se encuentran en las periferias de la ciudad (por fuera del anillo de circunvalación). Esta ubicación tiene una menor accesibilidad a productos y servicios, espacios socialización y recreación, acrecentando sus condiciones de vida precarizadas. La llegada a espacios de salud también es escasa, ya que no hay dispensarios cercanos y solo uno de los jóvenes vive cerca de un hospital provincial.

En esta misma línea, es posible decir que el acceso al espacio de tratamiento del Programa del Sol presenta ciertas dificultades, ya que para su llegada deben tomar uno o dos colectivos o contar con movilidad propia para llegar. En el proceso de tratamiento, aparecen estas cuestiones como obstáculo para la sostenibilidad y asistencia a las instancias terapéuticas.

La cercanía, entonces, reside en la posibilidad de vincularse con los espacios institucionales de manera activa; en estos casos, la proximidad a espacios de salud se presenta como barrera en el acceso a espacios de salud mental en general y particularmente a tratamientos por situaciones de consumo problemático de drogas.

Otra de las barreras vinculadas a la accesibilidad a derechos se relaciona a la mirada adultocentrista y la estigmatización respecto a los consumos de drogas, donde los jóvenes quedan relegados a decisiones “normalizadoras” y patologizantes de sus procesos de salud.

El ingreso a la institución de salud mental y consumos problemáticos de drogas Programa del Sol fue para todos los jóvenes se da por derivaciones por situaciones tales como internaciones -Joel por sobredosis y Marcos por una situación de riesgo para sí y para terceros-. Roque fue derivado por la justicia, con seguimiento de su asistencia, por una situación penal-juvenil que fue abordada la Senaf en vínculo con el Complejo Esperanza, como medida tutelar. El ingreso de los jóvenes a tratamiento tienen su curso en el marco de situaciones de urgencia u obligatoriedad:

"Yo llegué acá porque bueno estuve en el Complejo y porque andaba, me drogaba, fumaba pipazo viste, y qué se yo, bueno caí en cana todo y ahora me fui a la calle y que se yo me dejé de drogar, todo, estoy con mi familia, estoy haciendo las cosas bien todo, me entendés?" (Roque, 18 años);

"No, acá en Córdoba, en Río Grande directamente no había nada. Yo caí allá dos veces por sobredosis. Una a una clínica privada y otra al hospital y nunca recibí ayuda de nadie" (Joel, 25 años).

El momento del ingreso a la institución de salud, teniendo en cuenta el análisis de trayectorias de consumo, se presenta como una instancia importante ya que promueve o dificulta la sostenibilidad de los tratamientos, como barrera o facilitador a la hora de analizar los procesos de salud. Estos ingresos al espacio demuestran los vínculos que los jóvenes establecen con los servicios de salud mental, en tanto aparecen significaciones que los jóvenes dicen en relación a las instituciones y la posibilidad (o no) que tienen de desmitificar sentidos en-con-entre los sujetos de los espacios. En consonancia con Arias y Di Leo (2019), se sostiene que las instituciones tienen una paradoja que es fundamental, a saber, al tiempo que forman sujetos -sujetan- según el mandato institucional, donde pueden generar (o no) posibilidades de autonomía y agencia subjetiva.

Los usuarios entrevistados manifiestan que la idea acerca de llegar a una institución de salud mental resuena desde el control sobre sus cuerpos, la posibilidad de estar medicados durante el día, una perspectiva abstencionista en los abordajes y un vínculo intergeneracional distante y vertical (entre jóvenes y adultos). Las resonancias vinculadas a cómo esperaban llegar estaba atravesada por los modos en que otros los tratan por ser usuarios de drogas:

"Como que me sentía nervioso de conocer un lugar nuevo, de cómo te iba a tratar la gente. Como que la mayoría de gente te juzga viste..." (Joel, 25 años);

Falta que me quieran internar algo, yo flasheaba², por ejemplo decía yo falta que me quieran volver a medicar así de pecho porque pum, porque así me lo decían allá, me entendés?" (Roque, 18 años).

Estas expresiones de los jóvenes son ejemplo de los modos de vincularse con instituciones públicas, que en muchos casos contribuyen a profundizar fragilidades, inequidades, injusticias y violencias cotidianas (Arias y Di Leo, 2019), en lugar de promover espacios que alojan y resisten a esas vulneraciones.

Desde los sentidos sobre el consumo hacia la construcción de salud

Con respecto al objetivo de conocer los puntos de vista juveniles sobre la experiencia del consumo y el acceso a la atención en salud, es necesario dar lugar a las voces de los usuarios, historizar sus procesos, sus biografías, saber cómo se conciben y son nombrados por otros, por ser consumidores de drogas. Dar presencia a las significaciones sobre los consumos de drogas (Camarotti, 2014) precisa ahondar en torno a la imbricación con los afectos, las emociones, las experiencias de dolor y de goce y también las desigualdades. Desigualdades en términos de trayectorias, de accesos institucionales, de estigmatización y prejuicio desde donde se construyen estas subjetividades.

El hecho de ser joven consumidor implica en la mayoría de los casos ocupar un lugar de marginalidad, donde el acceso a derechos queda relegado a la urgencia y se imprime de prejuicios asociados a la peligrosidad y la responsabilidad individual:

"Por ahí, no sé, agarrás las drogas por curioso y después terminas en los problemas y como que no hay tanta ayuda. Bah, donde yo vivía no había

2 Flashear como expresión de imaginar algo disparatado, incoherente o imposible

tanta ayuda a la salud mental y a esas situaciones. Y como que eso te molesta, porque uno busca ayuda así y no la encuentra" (Joel, 25 años).

Los acompañamientos integrales de salud se encuentran empobrecidos por estar vinculados al consumo de sustancias ilegalizadas. La accesibilidad simbólica a servicios de salud (Comes, et.al., 2006) reside en visibilizar los servicios como productores de subjetividad y acompañantes en diferentes procesos de construcción de salud y nociones propias como usuarios.

En los procesos de tratamiento, los jóvenes hacen sus primeros acercamientos a la institución desde lugares que discuten los sentidos estigmatizantes sobre ser consumidores. Desde allí, resultan movimientos subjetivos que habilitan ver al proceso desde la salud:

"Y no.. eso no es estar bien de salud. Ni a palos, imaginate yo, por ejemplo yo antes cuando me iba a dormir, pasaban dos o tres días que no me quería ir a dormir; y te fumas un porro para bajar. No... yo me cortaba los brazos ¿me entendés? Según yo se me pasaba (...) Eso no es saludable, eso no es saludable. Para nada, eso es, pero es todo culpa de la droga" (Roque, 18 años).

Los jóvenes entrevistados expresan que la salud es poder sentirse tranquilo, comer sano, sentirse "limpio", hacer otras cosas en lugar de consumir. Además, uno de los jóvenes vincula la salud mental como parte de la salud integral y al bienestar:

"Y de salud ya, de salud mental... estar bien de ánimo, no sentirte depresivo y que la gente eso de que te discrimine o como que te aparte. Es cuestión de uno igual, está todo en tu cabeza. Y de salud, osea estar bien no sé, poder levantarte todos los días, caminar, poder hacer algún deporte. Poder hacer lo que quieras, porque hay gente que está postrada en la cama y así, o tiene problemas de cáncer y eso. Como que eso es no estar bien de salud. Y me imagino así una persona con cáncer y su salud mental igual, debe ser re feo (...) hay veces que uno se siente así re depresión, no tiene ganas de vivir, o no tiene ganas de existir en ese momento" (Joel, 25 años).

Prácticas de cuidado y salud integral

Habitar la institución del Programa del Sol significa para los usuarios entrevistados una manera novedosa de construir salud integral, encuentro con otros, pensar prácticas de cuidado y resistir a sentidos vinculados al ser consumidor de drogas. Resulta importante poder nombrar desde las voces de los usuarios aquellos movimientos subjetivos en términos de prácticas de cuidado que construyen en su proceso de tratamiento.

Transitar el espacio permite resignificar aquellos sentidos instituidos sobre salud mental y consumos problemáticos vinculados a la estigmatización. Desde la mirada de los jóvenes, se construyen prácticas concebidas como de cuidado, que potencian la adherencia y el sostén de los tratamientos:

"Llegás acá y pum te dicen ¿querés tomar un café? claro me entendés imaginate. Nada que ver. Ta re piola ta" (Roque, 18 años);

"En el Programa del Sol me siento muy cómodo, todos te ayudan, me hacen pasar buenos momentos, la paso lindo" (Marcos, 21 años);

"Como que sentís que todos tienen empatía" (Joel, 25 años)

Otra de las cuestiones que resuena en las entrevistas se vincula al proyecto de vida de los jóvenes construido en el proceso de tratamiento. Desde la posibilidad de reflexionar y expresar lo que les pasa en los espacios, los jóvenes proyectan sus deseos, necesidades y búsquedas singulares en términos de aquello que quieren hacer:

"La bocha es así pum, por lo menos andar en un auto, con una wacha, vas te vas al baile, no te quedés drogando" (Roque, 18 años);

"Tener mis cosas, osea si mis cosas... un trabajo, acá... no sé... movilidad... casa capaz que no porque casa tengo ahora pero si también podría ser una casa. Y estar bien de salud mental osea como que... y no consumir más ninguna droga, o tratar de no consumir ninguna droga, como que eso me haría bien. Capaz que después termina saliendo todo otra cosa, pero me haría bien" (Joel, 25 años).

Sin embargo, algo a tener en cuenta en estas proyecciones es el vínculo con lo adulto-céntrico, con cuestiones vinculadas a lo productivo y al deber ser que se asocia a la adultez, desvinculada del consumo problemático de sustancias:

"Después como que sos un adulto que tenés que hacer, ser más responsable... tampoco vas a andar drogado como cuando eras wacho, todos los días así. Que está mal igual cuando sos wacho pero no sé. Como que lo veo que capaz de niño, o de wacho o de joven si podes, bah, si querés drogarte drogarte. Te podés drogar, capaz de grande se te complica más por la salud y por el qué te va a decir la gente. Como que no te tiene que importar qué te dice la gente pero quedaría mal no sé tener 70 años y estar tomando cocaína" (Joel, 25 años).

Ser joven consumidor de drogas

Trabajar con juventudes conlleva entender la pluralidad, heterogeneidad y multiplicidad presentes en el entramado social (Duarte, 2000), donde los abordajes y miradas no son unívocas, sino integrales de los sujetos con los que se construye. Es necesario no asumir una mirada adultocentrista, que niegue a las juventudes desde su existencia social; los adultos ubican a los jóvenes como sujetos incompletos, en transición; en sostén con el modelo represivo, que acciona sobre sus cuerpos a partir de negativizar sus prácticas, por ser sujetos "problemáticos", "desviados", "rebeldes", etc. (Cháves, 2005).

Ser joven consumidor de drogas da cuenta de una multiplicidad de prejuicios y miradas estigmatizantes, que vinculan a estas juventudes a la peligrosidad, cuestión que acrecienta las barreras de acceso a derechos de los jóvenes y restringe su posibilidad de circular por espacios públicos institucionales, en muchos casos, por la expulsión social que reciben por su situación de consumo.

En este apartado, da cuenta de las significaciones que los jóvenes realizan sobre sí mismos en relación a sus identidades como jóvenes consumidores; se trabajan también las resistencias a los sentidos instituidos y a cómo influye el hecho de compartir espacios institucionales con otros jóvenes usuarios de drogas.

Significaciones sobre sí mismo

A partir de las entrevistas realizadas, es posible decir que los jóvenes construyen nociones de sí mismos como sentidos cristalizados sobre el deber ser, vinculan tanto el ser joven

como el consumo de drogas a un momento transitorio, de curiosidad y experimentación. De este modo, el consumo de drogas es más aceptado en jóvenes que en adultos:

"Como que lo veo que capaz de niño, o de wacho o de joven si podes, bah, si querés drogarte drogate. Te podés drogar, capaz de grande se te complica más por la salud y por el qué te va a decir la gente" (Joel, 25 años).

Aparece una idea de posible rescate o cambio respecto a las prácticas de consumo, que se liga al hecho de ser joven

"Yo también pienso en eso, mira el chabón lo que me está diciendo, digo el chabón la está pasando mal porque el chabón ya es grande ya, no se rescató cuando se tenía que rescatar. Y ahora es, porque si no, fue" (Roque, 18 años).

El acceso a acompañamientos integrales de salud se encuentra empobrecido por vincularse al consumo de sustancias ilegalizadas. Esto quiere decir que hay una dificultad en el acceso a servicios de salud por temor a ser juzgados o penalizados por estos consumos.

En los relatos, los jóvenes hablan sobre vivencias negativas con los servicios por ser jóvenes y consumidores.

"Ni sabían cómo tratar tampoco a uno que tuviera una adicción y una sobredosis, porque ellos esperaban hasta que me desintoxique así. Me dejaban en una sala dos o tres días, con suero hasta que se me iban todos los efectos y te daban el alta y no te decían por qué vos habías llegado a ese momento ni nada" (Joel, 25 años).

Este tipo de situaciones refuerza los sentidos cristalizados sobre la marginación de los sujetos consumidores que presentan dificultades para el acceso a espacios de tratamiento por consumo y de salud integral

Además de lo expresado, es posible identificar significaciones que negativizan a los jóvenes que consumen en afirmaciones que asocian los consumos con la peligrosidad

"La gente, hay gente que no lo entiende. Ponele, le explicas eso a mi tía y te va a decir sos un drogadicto y te va a tener como que mataste a alguien viste..." (Joel, 25 años); el delito, "A lo mejor juzgan a alguien que roba y no roba, y solo consume" (Marcos, 21 años); y el ser "muela", como expresión que alude a alguien que insiste por permanecer en una actividad o espacio -principalmente por el deseo de consumir-. "Pipero me decían antes a mí. La rata pipera (...) saben que yo después soy una muela" (Roque, 18 años).

Tensiones en torno a los sentidos instituidos y resistencias frente a los mandatos.

Los jóvenes pueden dar voz y singularidad a sus experiencias de malestar que no se vinculan directamente con aquello que otros, principalmente pertenecientes al mundo adulto, dicen de ellos, sino más bien en la construcción subjetiva que realizan y el registro sobre sus procesos de salud.

"Y más que todo, yo creo, ojalá que cambie la situación de cómo trata la gente, más que todo de tener empatía con el otro. Ponerse en la situación del otro así y decir, capaz que lo hizo, no sé, porque estaba en un momento de su vida complicado. O porque él no quiso hacerlo, lo hizo de curioso y se enganchó así. Como que la gente no entiende eso, como que lo haces porque no sé, quieres hacer maldad así, querés ser maldito" (Joel, 25 años).

Se problematiza la idea del consumo como algo necesariamente negativo, desde el hecho de que el vínculo con la sustancia puede ser problemático en algunos momentos y no en todos. Además, es posible problematizar los consumos de drogas legales, desde la premisa de ver la singularidad de cada usuario:

"No se, se cree que porque uno consumió drogas no sé, es un asesino o si un asesino es lo que creen, o que cometió algo malo viste, y nada, no cometí nada malo, solamente consumí alguna sustancia o algún producto que se yo, o el alcohol" (Joel, 25 años).

Ser parte de la institución de salud Programa del Sol y transitar un tratamiento por consumo implica para los jóvenes la reflexión en torno a la complejidad de la problemática y la posibilidad de tensionar sentidos que se asocian a la estigmatización y prejuicio hacia las personas con una problemática de consumo:

"Hay gente que vos lo ves drogándose todo, así, y vos por más que lo veas drogón, pipero, rata, me entendés, el chabón tuvo un pasado duro así, me entendés, eso fue lo que lo llevó a eso. Porque sino él estaría como la otra gente, me entendés?" (Roque, 18 años).

Soportes relacionales

En relación a los sentidos sobre la construcción subjetiva de los jóvenes, resulta importante analizar los múltiples atravesamientos y constricciones que atraviesan, a modo de "presiones" (Lahire, 2006) recibidas desde diferentes agentes socializadores como el grupo de pares, la escuela o la familia, que influyen en la construcción de ser joven en cada contexto socio-histórico en particular. En las entrevistas se expresan maneras en que los soportes relacionales -familiares, de pares e institucionales- influyen en la construcción de salud y cómo operan en relación a la (des)patologización de los consumos de drogas.

Los usuarios entrevistados, como gran parte de los jóvenes que transitan la institución, no habitan otros espacios sociales formales o informales, tienen la escuela secundaria incompleta y los vínculos presentes en el proceso de tratamiento son principalmente familiares. En este escenario, la posibilidad de poner en común discursos y sentidos sobre sus prácticas se relega a una tarea individual, que busca sostener la agencia en un cotidiano impreso de adultocentrismo, como eje para construir la propia identidad.

A continuación, se desarrollan los soportes relacionales como acompañamientos en el tratamiento, lo que favorece la sostenibilidad y la manera en que el encuentro con otros potencia la adhesión en el dispositivo de salud.

Acompañamientos

Como se planteó más arriba, los jóvenes entrevistados son acompañados al dispositivo de salud por familiares referentes en los tratamientos. La mayoría de estos familiares son adultos;

"Me acompañó mi vieja, mi tía, mi primo. Bueno mis hermanos allá en Río Grande las veces que me agarraron las sobredosis me llevaron para que no me muera. Y estuvieron ahí acompañándome, todo. Y si hubo gente, pero como que ellos no podían hacer más nada así" (Joel, 25 años);

"Mi familia entera (...) Me acompañan siempre, me apoyan, para que trabaje. Me ayudan a trabajar. Siempre me están alentando a que siga adelante, que no me drogue. Eso me hace muy bien, me hace sentir feliz" (Marcos, 21 años).

Sin embargo, los acompañamientos se sostienen mientras el usuario “cumpla” la propuesta de tratamiento, cuestión que repercute en los vínculos que establecen con el familiar usuario que transita el proceso en la institución:

"Sí, mi mamá, mi papá, siempre me traen ellos. Me segundean, no me dejan tirado, nada pero, me entendés pero porque yo me porto bien ahora. Sumo puntos me entendés? antes no, antes no pensaba en nada nada, y ahora bueno, mi mamá y mi papá más que nada están" (Roque, 18 años)

Aparecen conflictividades en los soportes relacionales de los jóvenes, donde emergen nociones patologizantes de sus consumos, que los ubican en lugares de marginalidad. Es posible decir que quienes acompañan tienen una mirada sobre los tratamientos desde la linealidad y el abstencionismo como resultado, más que como proceso de salud, en impedimento en algunos casos de acompañar las necesidades de cada usuario:

"Sí, como que te tratan de loco, como que sos un desclasado así, por haber consumido drogas en algún momento de tu vida. Y al final y al cabo todos se drogan porque la mayoría de gente consume alcohol" (Joel, 25 años)

Concebir el acceso como un derecho implica para los sujetos posicionarse desde una mirada reflexiva, transformadora. El hecho de vincularse y apropiarse de propuestas institucionales conlleva a tensionar sentidos propios con lo institucional y lo colectivo, encontrarse con otros en situaciones similares, construir redes de apoyo y dar lugar a la agencia subjetiva.

Sostenibilidad de los tratamientos

Los vínculos que se establecen entre la alteridad interpersonal de usuarios y la alteridad institucional que se ponen en juego en las experiencias (Di Leo & Arias, 2021) habilitan transformaciones en el encuentro.

Como profesionales de la salud es imprescindible dar lugar al protagonismo de los usuarios en la construcción de salud que realizan colectivamente en sus participaciones en espacios de tratamiento y en las maneras en que conciben los vínculos intergeneracionales (Duarte, 2011).

El hecho de generar vínculos de confianza en la institución hace que los jóvenes se apropien del espacio y se potencie el sostenimiento de las propuestas:

"Anduvieron en la misma, o capaz que peor, me entendés, y acá, pum, hablamos todo ¿me entendés? y no sale nada para ningún lado. Nos sacamos lo nuestro ¿me entendés? cada uno saca lo que no lo podía decir lo dice acá en el grupo ¿me entendés? y en individuales. Y eso está piola ¿o no? porque eso no lo podés ir a decir allá con los que te juntas ¿me entendés." (Roque, 18 años).

El Programa del Sol se presenta para los usuarios como una instancia diferente a otros espacios de encuentro; la mirada sobre los jóvenes consumidores no se despliega desde el prejuicio, sino desde la construcción de un lugar seguro, saludable, que construye prácticas de cuidado.

El espacio institucional trabaja desde un paradigma de reducción de riesgos y daños, cuestión que presenta resonancias positivas en los usuarios:

"Como que te aconsejan para que no corras tanto riesgo en hacer esa práctica o hacer otra cosa en vez de hacer eso. yo creo que está bien eso" (Joel, 25 años).

Ser joven con otros: prácticas de sociabilidad dentro y fuera de los espacios de tratamiento

Güelman (2012) plantea que el consumo de drogas legales e ilegales puede ser productor de vínculos de sociabilidad, remite el consumo en relación a modos de estar con otros. En la trayectoria de los entrevistados, el encuentro con otros jóvenes, se presenta principalmente en situaciones de consumo:

"Y no porque capaz, porque la junta, que se yo, yo ahora no me junto con más nadie, yo no me junto con nadie, antes sí me entendés, la junta no, te decía vamos ¿me entendés? era así, vamos a drogarnos, vamos a consumir y no volá, chomaso" (Roque, 18 años)

Las prácticas de cuidado quedan ligadas principalmente a la urgencia

"Cuando estaba allá si me hacían el aguante, cuando estaba re drogado así, caían a mi casa, me hacían el aguante. Que se yo para que no termine echando moco o giladas" (Joel, 25 años).

El encuentro entre jóvenes aparece como un lugar de resistencia a aquellos mandatos y cristalizaciones en torno al consumo y las juventudes. Los usuarios referencian al grupo terapéutico dentro del tratamiento como una instancia particularmente significativa en la construcción de resistencias de estos sentidos. Compartir vivencias de estigmatización posibilita expresar el malestar y el sufrimiento asociado a estas situaciones, para encontrarse en lugares y roles por fuera del imperativo de lo adultocéntrico. Poder contar sus vivencias habilita al verse a sí y a otros bajo los mismos imperativos sobre el ser joven y el encuentro permite construir sentidos singulares,

"No todo el mundo puede hacer eso ¿qué hace? Pum algunos que se yo, se lo guardan para ellos y van, que se yo, se toman una bolsa, se fuman un pipazo algo, y vos venís acá y lo que hablas acá te carbura me entendés?" (Roque, 18 años).

Se habilita entre ellos la reflexividad, poder hablar, construir y apropiarse de nuevos sentidos de sí mismos. Desde el encuentro también, a partir de habitar el espacio institucional, se construyen prácticas ligadas al cuidado de sí de otros y se da lugar a la reflexión en torno a la salud:

"Como que te sentís que a vos no te pasa, no sos el único que le pasan las cosas. Como que hay otra gente y te sentís un poco más acompañado capaz, o que no te sentís tan solo y decís, no a él le está pasando lo mismo y está pudiendo salir adelante. Como que hay gente que capaz la está pasando mal y te cuenta que está pasando mal y a la vez te aconseja para bien, como para que a vos no te pase" (Joel, 25 años).

DISCUSIÓN

Diversos antecedentes que ubican a los jóvenes como problemáticos sostienen al consumo de drogas en este grupo etáreo como factor de riesgo, en tanto lo asocia a posibles conductas de abuso y dependencia posteriores (Lucena Jurado, 2013).

A partir del análisis realizado, se puede inferir que los consumos problemáticos en jóvenes abordados en dispositivos de salud mental presentan una adherencia que fomenta prácticas de cuidado para el proyecto de vida. Sumado a ello, los jóvenes plantean que los consumos en personas adultas se naturalizan por tratarse en general de un vínculo con sustancias legales. Lo que aparece como riesgo es la relación con drogas ilegalizadas, que se presenta como barrera de acceso a espacios de salud por cuestiones de prejuicio y marginación.

Abordar la salud y particularmente las prácticas de consumo de drogas implica realizar una lectura crítica acerca de los enfoques centrados en los factores de riesgo -y protección-, que buscan certezas objetivas en aspectos abstractos (Boccardi y Peludero, 2023), para en su lugar poder construir nociones de salud que sean situadas, que aborden la problemática desde su complejidad. Resulta imprescindible poder ver lo problemático como algo situacional, que puede resignificarse. En este estudio, fue posible identificar el modo en que los procesos terapéuticos permiten la mirada sobre sí y sobre otros, la comprensión de las problemáticas de consumo como algo que no se limita a la persona y la sustancia, sino que abarca su contexto y la situación particular que atraviesa para que se genere una relación problemática con esos consumos.

Sobre lo situacional, se retoma una discusión que emergió entre profesionales participantes del congreso ULAPSI 2024, -*Seminario Internacional “Integración de la Psicología Latinoamericana: defensa y fortalecimiento de los derechos de los pueblos”*. En la mesa de debate sobre juventudes e infancias en América Latina, surge una preocupación generalizada en torno a los abordajes de salud con jóvenes, que insiste por el escaso acceso y permanencia de este grupo etéreo en los dispositivos.

El recrudescimiento de las condiciones socioeconómicas del contexto actual, en consonancia con un modelo neoliberal e individualista de los sujetos, lleva en muchas circunstancias a la construcción de prácticas de supervivencia, como por ejemplo el uso de plataformas digitales de juego para ganar dinero o prácticas ilegales vinculadas a la compra y venta de sustancias, que generan nuevos modos de vincularse con otros, de manera fragmentada y de riesgo. Particularmente, se incrementa el uso de plataformas de casino en línea como consumo problemático, que insiste y genera preguntas hacia el interior de los dispositivos de abordaje de los consumos, en torno al abordaje y acompañamientos posibles ante este emergente.

La pregunta que circula entre los participantes -adultos, profesionales- gira en torno a las maneras posibles de pensar hacia el interior de los dispositivos, en cercanía con los territorios, sobre qué vínculos fomentamos con los jóvenes, cuál es el modo de llegada a las problemáticas emergentes, generadoras de malestar subjetivo.

¿De qué manera se imprime el adultocentrismo en las prácticas profesionales?; ¿Desde dónde se mira a las juventudes?; ¿Cómo se valoran las prácticas de cuidado?; ¿Cómo se construyen los espacios de tratamiento?; ¿Dónde están los intereses juveniles? Puede verse que el dominio de lo juvenil está puesto en los consumos, violencias y la tecnología y resuena la pregunta sobre ¿cómo abordar esas prácticas hacia lo saludable?

En diálogo con otros profesionales, surgen como potencia para la adherencia de los jóvenes, las propuestas vinculadas con lo artístico, lo participativo, lo lúdico, donde usuarios despliegan roles protagónicos, activos. Se busca que los abordajes no tengan una linealidad específica hacia las sustancias y los consumos, sino más bien den lugar a la expresividad y las prácticas de sociabilidad entre jóvenes, en tiempos de individualismo y fragmentación de los vínculos.

Se precisa un posicionamiento desde el mundo adulto como puente, que pueda compartir y habilitar a la co-construcción de propuestas con los jóvenes y acerque las distancias que se imprimen desde el lugar adultocentrista del saber y el saber hacer, para enriquecer las prácticas desde la multiplicidad de saberes y vivencias.

Es decir, ver a las juventudes desde los múltiples atravesamientos que constituyen sus subjetividades para construir sentidos diversos en relación a sus consumos y a trayectorias biográficas, de manera que puedan ponerse en común entre ellos, coincidir o no y diversificar, de alguna manera, los mundos de significaciones instituidos. En lo que se construye

entre jóvenes, desde lo situado, las significaciones que surgen en torno al consumo habilitan a la heterogeneidad y la pluralidad, por lo que es necesario pensarlas en relación a la singularización e individuación de las trayectorias, experiencias y construcciones discursivas (Güelman, 2012):

"Contar su historia, y aconsejarlo al otro porque capaz que uno lo pasó y lo aconsejás al otro, capaz que si te escucha es problema de él viste... si te escucha te escucha, pero cada uno como que trata de hacer eso. Más en el grupo de jóvenes, decís 'no, yo me estuve drogando a full el finde' y capaz que viene uno que se droga también te dice 'no, cómo vas a hacer eso amigo si estas acá, tenés que... aguantar' vos le decís 'no, que no puedo' y salís así te dan consejos viste, 'salí a andar en bici, salí a fumarte un pucho' o giladas así, como menos nocivo que terminar tomando cocaína o pastillas" (Joel, 25 años).

Resulta interesante discutir acerca de los modos en que los jóvenes se apropian y reproducen el discurso adultocentrista, sin a veces reflexionar en torno al contenido o significaciones implicadas. Nociones en torno a la productividad y el deber ser dificultan la problematización en la singularidad de cada joven, respecto a sus prácticas de consumo y la construcción de salud.

El acceso a instituciones de salud y el encuentro con otros habilita la visibilización de los discursos construidos y según la propuesta institucional proponer nuevas discusiones. En los discursos de los usuarios entrevistados, aparecen reproducciones del mundo adultocéntrico, pero desde apropiaciones que los jóvenes hacen respecto a sus propias prácticas. En esta línea, resulta interesante poder indagar al adultocentrismo como matriz cultural o como apropiación juvenil de una autonomía responsable, en tanto tránsito subjetivo de agenciaamiento. ¿Cómo construyen los jóvenes sus proyectos en el contexto actual?

Si bien algunas significaciones pueden verse más ligadas a mandatos, es posible ver cómo atraviesa lo deseante en los jóvenes, en términos de construcción subjetiva, que se relaciona con lo propio, lo separado del ámbito familiar nuclear.

CONCLUSIONES

En este artículo se realiza un recorrido por las experiencias de los jóvenes en el acceso a derechos y dispositivos de salud mental y consumos problemáticos. La muestra de jóvenes fue pequeña, enriqueciéndose en la heterogeneidad de trayectorias, edades y procesos de los jóvenes en el espacio. Sin embargo, para un posterior proyecto, sería importante poder ampliar la muestra, en pos de profundizar en el análisis e identificar dimensiones de análisis nativas que sean relevantes para la revisión de los dispositivos. El hecho de participar de la institución donde se realizó el trabajo como trabajadora, fue por un lado una potencia que habilitó el ingreso y la confianza con los jóvenes, pero también dificultó cierta distancia en el análisis y en la profundización narrativas con los jóvenes, por los tiempos institucionales.

En el estudio realizado se presentan los siguientes hallazgos. Se identificaron barreras y facilitadores en el acceso juvenil y la construcción de sentidos sobre el consumo y la salud y las prácticas de cuidado que los jóvenes desarrollan. La accesibilidad geográfica, los soportes relacionales y los discursos en torno a la salud y los consumos operan como barrera o facilitador en cada caso singular.

Si bien los dispositivos, el Programa del Sol por un lado, pero también otros espacios que abordan el consumo problemático de drogas presentan propuestas para usuarios jóvenes, aparece una dificultad en la adherencia y permanencia en los espacios. Sobre ello, el estudio

busca acercar la discusión hacia la posibilidad de repensar las propuestas de los dispositivos, así como también el rol como profesionales de la salud.

Sobre las significaciones sobre ser joven consumidor, se desprenden discursos que interceden en el agenciamiento subjetivo de los usuarios, ya que desde el mundo adultocentrista se imprimen, en general, nociones negativas sobre las prácticas, principalmente de consumo, pero también en los modos de ser joven. Esta cuestión lleva a que el acceso y las decisiones en torno a la participación en instituciones de salud, así como los acompañamientos familiares, queden determinados por decisiones -adultocéntricas- que no contemplan los tratamientos como procesos complejos, sino más bien desde una linealidad que se guía por el cumplimiento de normas y el abstencionismo respecto al consumo.

Sobre líneas de proyección del trabajo, se considera importante utilizar como metodología espacios de entrevista colectiva que visibilicen los modos de decir y los posicionamientos de usuarios acerca de los consumos, asimismo las prácticas de cuidado de su salud en un espacio grupal con otros jóvenes varones.

También, se considera clave incluir propuestas y estrategias de los jóvenes para los dispositivos de salud mental y consumos; ya que en las entrevistas, los usuarios expresaron valoraciones positivas al espacio, pero no aparecieron propuestas que puedan ser incorporadas a los repertorios terapéuticos.

Por último, resulta relevante profundizar en el análisis sobre los vínculos intergeneracionales, las concepciones sobre los jóvenes y el abordaje con adultos que acompañan, en pos de visibilizar y desentramar los sentidos construidos en torno a los espacios institucionales, los consumos en jóvenes y las prácticas de salud.

REFERENCIAS

- Arias, A. (Dir.). (2019). Jóvenes e instituciones: El derecho a ser en barrios populares. Espacio.
- Arnau, D., & Porras, J. (2000). Niveles, ámbitos y modalidades para la prevención del uso problemático de drogas. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6456320>
- Barcala, A., & Stolkiner, A. (2000). Reforma del sector salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: Estudio de caso. En *La salud en crisis: Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*. Dunken.
- Boccardi, P., & Peludero, L. (2023). Prácticas de socialidad de mujeres consumidoras de sustancias en pandemia: Entre el riesgo y la protección [Proyecto de beca]. Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba.
- Camarotti, A. C., & Kornblit, A. L. (2015). Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: Construyendo un modelo. *Salud Colectiva*, 11(2), 211–221.
- Chaves, M. (2005). Juventud negada y negativizada: Representaciones y formaciones discursivas vigentes en la Argentina contemporánea. *Última Década*, (23), 9–32.
- Comes, Y., et al. (2007). El concepto de accesibilidad. *Anuario de Investigaciones*, 14, 201–209.
- Domènech, M., & Ibáñez, T. (1998). La psicología social como crítica. *Anthropos*, (177), 12–21.
- Duarte Quapper, K. (2000). ¿Juventud o juventudes? Versiones, trampas, pistas y ejes para acercarnos progresivamente a los mundos juveniles.
- Duarte Quapper, K. (2011). Notas generacionales para la acción comunitaria con jóvenes de sectores empobrecidos. *Revista Observatorio de la Juventud*, (29).

- Flick, U. (2004). Introducción a la investigación cualitativa. Fundación Paideia Galiza.
- Gibbs, G. (2012a). Codificación temática y categorización. En El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa (cap. 4). Morata.
- Gibbs, G. (2012b). El análisis de biografías y narraciones. En El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa (cap. 5). Morata.
- Lahire, B. (2006). Infancia y adolescencia: De los tiempos de socialización sometidos a constricciones múltiples. *Revista de Antropología Social*, 16, 21–38.
- Lucena Jurado, V. (2013). Consumo de drogas, percepción de riesgo y adicciones en jóvenes en la provincia de Córdoba [Tesis].
- Mbembe, A. (2011). Necropolítica, seguido de Sobre el gobierno privado indirecto (1999). Melusina.
- Touze, G., et al. (2008). Consumo de drogas en Argentina. En *Drogas en América Latina: Estado del arte en estudios de toxicomanía*.

Lo que hace juego, se mueve... Sistematización de dispositivos lúdicos en instituciones de salud de segundo nivel en Córdoba capital, año 2024

Marianela Michelle Mora¹

Resumen: Esta investigación se enmarca en el tránsito por la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Infanto Juvenil y se lleva a cabo en la Ciudad de Córdoba, en instituciones de Salud por las cuales se rotará en el año 2024. Se trabaja en la sistematización de dispositivos lúdicos coordinados por profesionales de salud mental del segundo nivel de atención, del sistema de salud en Córdoba capital. Esto con el propósito de realizar una indagación descriptiva que pueda dar cuenta de las distintas características y modalidades de los espacios relevados. Esto se convierte en una apuesta hacia una investigación y producción científica en el área de la SMIJ a nivel local; específicamente en los servicios de salud mental, un tópico del cual no se han podido detectar estudios previos. Este trabajo se realiza desde un enfoque de derechos humanos y de atención integral de las infancias y juventudes. Como eje metodológico, se parte de un enfoque cualitativo y se realiza una sistematización, además de análisis de registros, cuadernos de campo y la participación en encuentros de implementación de algunos de los dispositivos lúdicos en sus respectivas instituciones. Como conclusión, se reflexiona acerca de la importancia de este tipo de dispositivo de juego en este contexto y en esta población.

Palabras claves: dispositivo lúdico, atención secundaria de salud, derechos humanos, salud mental infanto juvenil.

INTRODUCCIÓN

Este proyecto de investigación se propone indagar acerca de los espacios lúdicos que se desarrollan en servicios de salud mental en el segundo nivel¹ de atención del sistema de salud en Córdoba capital, en el trayecto de 2do año de la misma de la residencia interdisciplinaria infanto juvenil (en adelante RISAMIJ) en el periodo de marzo 2024 a noviembre 2024.

De manera introductoria, cabe señalar que en el presente trabajo se parte de recuperar la perspectiva de derecho vinculada al juego de los niños, niñas, adolescentes (Convención de los Derechos del Niño, 1989; Marín, 2009; Guardia y Arrausi, 2016) y a la salud mental (Arriagada; Ceriani; Monópoli, 2013). En específico, en relación al juego, se destaca la potencia del mismo para la promoción de la salud mental en la infancia y adolescencia (Bang, 2012), y su función terapéutica en el tratamiento de patologías graves (Farah, 2017).

A nivel local en Córdoba, se identifica una vacancia de estudios previos específicos sobre la sistematización de dispositivos lúdicos en servicios de salud mental de segundo nivel. Así, el objetivo general del presente trabajo es sistematizar los dispositivos lúdicos coordinados

¹ Lic. En Psicología, MP: 13592, marianelamichellemora@gmail.com

por profesionales de salud mental durante 2024 en dos dispositivos de segundo nivel de atención de la Provincia de Córdoba. Como objetivos específicos se plantean: caracterizar los dispositivos lúdicos relevados y el contexto institucional en el cual se enmarcan; analizar el rol del/de la coordinador/a en la atención y promoción de salud mental infanto juvenil en el marco de los talleres; y, en tercer lugar, identificar la relación entre la puesta en juego de dispositivos lúdicos en Salud Mental Infanto juvenil y la urgencia subjetiva.

También, cabe señalar que en este trabajo se parte de recuperar la noción de caja de herramientas de Foucault (1994), y junto con ella la posibilidad de pensar a las teorías como herramientas sobre las que se trazan rutas teóricas que permiten ampliar en cada nuevo contexto el universo de sentidos, invitando a cuestionar aquellas nociones claves en el desarrollo de la investigación, a la vez que enriquecerlas y fortalecerlas en cada nueva posibilidad. De este modo, se trató de seleccionar cuerpos teóricos que, puestos en diálogo con este contexto y esta problemática.

Así, siguiendo a Erikson (1950), el desarrollo psicosocial implica etapas vitales donde el sujeto incorpora herramientas para adaptarse al mundo. El “dispositivo lúdico” se constituye como un espacio virtual de ficción y fantasía que permite al niño constituirse como sujeto de deseo. Por su parte, la “urgencia subjetiva” se define como un instante de ruptura de la homeostasis que implica un encuentro traumático con un real imposible de tramitar por vías habituales (Freud, 1915; Sotelo, 2015).

Todo lo previamente dicho, con el propósito de realizar una indagación descriptiva que pueda dar a las preguntas que motivan esta investigación en torno a las distintas características y modalidades de los espacios relevados, así como también indagar la relación entre la puesta en juego de dispositivos lúdicos en Salud Mental Infanto juvenil y la urgencia subjetiva.

Cabe recordar que la Declaración de Alma-Ata en 1978 (UNICEF, 1990) estableció los principios fundamentales de la atención primaria de salud y que los niveles de atención (prevención, intervención temprana y tratamiento) y complejidad (atención primaria, secundaria y terciaria) son conceptos que se han desarrollado y aplicado posteriormente en diferentes sistemas de salud en todo el mundo para organizar y mejorar la prestación de servicios de salud (Vignolo, et al. 2011). En el segundo nivel, se abordan problemas de salud mental en sus etapas iniciales, antes de que se vuelvan crónicos o más graves. Los profesionales de la salud mental y otros proveedores de atención identifican síntomas precoces y brindan apoyo y tratamiento oportuno.

Entonces, en línea con lo que se viene desarrollando hasta aquí, la presente investigación se convierte en una apuesta hacia una investigación y producción científica en el área de la SMIJ a nivel local; específicamente en salud mental en relación con dispositivos lúdicos, un tópico del cual no se han podido detectar estudios previos en Córdoba capital. Y, además, con la esperanza de que este trabajo contribuya a la sustentabilidad, crecimiento y el desarrollo de espacios lúdicos grupales en espacios de promoción, prevención y atención en salud mental que favorezcan actitudes reflexivas y creativas para el trabajo con niños, con el fin de crear y recrear espacios de intervención acordes a sus necesidades y a las características de las demandas.

METODOLOGÍA

En este estudio se opta por un método cualitativo descriptivo (Hernández Sampieri, Fernández, y Baptista, 2014) que orienta el proceso investigativo, puesto que para investigar objetos como el aquí propuesto se requieren diseños de investigación complejos e inclusivos ante los retos que despliega la compleja realidad social (González Hernández, 2005), donde

además intervienen procesos políticos y socio- culturales (Flick, 2004). Además, una ventaja fundamental que aporta la investigación cualitativa, es que permite comprometerse en una investigación que sea participativa, contemplando permanentemente las razones éticas para la incorporación de la perspectiva de los participantes (Maxwell, 1996).

Más específicamente, se toma como herramienta privilegiada la sistematización de experiencias, la cual puede considerarse un proceso de recuperación, tematización y apropiación de una práctica en específico que, al relacionar de manera sistémica e histórica² entre sus componentes, permite a los sujetos comprender y explicar los contextos, sentidos, fundamentos, lógicas y aspectos problemáticos que presenta la experiencia, con el fin de transformar y cualificar la comprensión, experimentación y expresión de propuestas (Ghiso, 2001).

Ahora bien, llegado a este punto, en cuanto a la población del presente estudio se puede nombrar a los dispositivos lúdicos de los cuales participan las personas que se encuentran en la etapa de la infancia y la adolescencia (de 3 a 21) y que son coordinados o co-coordinados por profesionales de salud mental, etapas que abordan las instituciones por las cuales rotan los residentes de la RISAMIJ que se mencionan en la primera parte de este trabajo, las cuales serán las muestras que se tomarán para la toma de datos. Estas instituciones son: Centro Infante Juvenil, casa del joven en 2do año de la residencia.

Por otra parte, podríamos decir que se opta por un muestreo teórico de tipo intencional, cuyos criterios serán estipulados en función de las preguntas de investigación. Un muestreo intencional consiste en una estrategia mediante la cual los escenarios, personas o acontecimientos son escogidos deliberadamente para proveer información importante que no puede ser adecuadamente obtenida por otras selecciones (Maxwell, 1996).

Por otro lado, en relación al análisis de datos, el mismo es definido por Mateo Pérez (2002) como un proceso circular en el que se combinan la descripción, las conexiones y la categorización, lo cual permite identificar y clasificar los elementos que van apareciendo en el campo durante la recolección de datos, descubriendo hipotéticas conexiones entre los mismos. Por ello, se seleccionaron como estrategias de análisis el análisis de documentos, ordenamiento de registros tomados a través de la observación participante y no participante, ejercitación constante en la escritura de memos que acompañará el trabajo de campo.

El estudio se realizó en consonancia con los lineamientos internacionales y nacionales vigentes que normalizan las investigaciones que involucran seres humanos. Estas aseguran los estándares internacionales de calidad ética y científica, las normativas internacionales de la Declaración de Helsinki (Di, M. D. L. Á. M., 2011), las Guías de Buenas Prácticas Clínicas (OMS 2016), Guías para Investigación en Seres Humanos (ANMAT-Res. 1480/11) y Ley Provincial 9.694/09 (2009) mediante la cual se creó el Sistema de Evaluación, Registro y Fiscalización de las Investigaciones en Salud (SERFIS) de la Provincia de Córdoba y Ley 25.326 (2000) de Protección de los Datos Personales. La adherencia a estas normativas aseguró la protección de los derechos, la seguridad y el resguardo de toda información de carácter privado e individual de los NNA, y la credibilidad de los datos generados durante la investigación.

² Durante la redacción de este trabajo, se utilizará lenguaje no sexista. Cuando se hace referencia a personas, colectivos o cargos citados en los textos en género masculino en el plural será para facilitar la lectura, debiendo entenderse como un género gramatical no marcado. En el singular será igualmente válida la mención en género femenino.

RESULTADOS

Contextualización de las instituciones

Se comienza por una necesaria contextualización institucional que hace marco a la posterior caracterización de los dispositivos. Durante los doce meses que duró la rotación por las instituciones que se contextualizan en los próximos apartados, tuve la posibilidad de participar como co-coordinadora y coordinadora en un taller de adolescentes y un grupo terapéutico, con una frecuencia semanal. En primer lugar, Casa del Joven es una institución pública de segundo nivel de complejidad para tratamientos ambulatorios, perteneciente al Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de Córdoba. La población que concurre a la Institución son jóvenes de 14 a 20 años, provenientes de diversos barrios de la Ciudad de Córdoba, los cuales presentan alguna problemática referida a la Salud Mental. Muchos/as de los/as jóvenes concurrentes se presentan bajo condiciones de vulnerabilidad, sin provisión de asistencia social y, la mayoría de ellos/as, sin cobertura de obra social.

En segundo lugar, el centro Integral Infanto Juvenil es una institución pública de segundo nivel de complejidad para tratamientos ambulatorios interdisciplinarios, perteneciente al Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de Córdoba. Es una institución pública de segundo nivel de complejidad para tratamientos ambulatorios, perteneciente al Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de Córdoba. Además, una de sus metas es propiciar el despliegue de lo simbólico a través de la palabra y de otros modos de expresión como lo corporal, lúdico y gráfico a través de diversos talleres. En este trabajo, se sistematiza uno de sus dispositivos denominado Recreanza.

Desde el centro, se considera fundamental el trabajo con los padres en el proceso psicoterapéutico ya que como expresa Pichón Riviere (1975), el paciente es un “síntoma” del grupo familiar, y será atendido como aquel capaz de denunciar con el síntoma aquello que el grupo familiar se propone negar, esconder, silenciar.

Caracterización de los dispositivos lúdicos

A manera introductoria, desde una primera aproximación, según Ana María Fernández (2008), se podría decir que un dispositivo hace referencia a “arteficios tecnológicos diseñados por los equipos técnicos en las intervenciones institucionales y/o comunitarias” (Fernández, 2008, p. 17). Respecto a esta acepción, en salud mental, se podría decir que es pensado como un artefacto que crea condiciones de posibilidad, pone en visibilidad enunciaciones posibles tanto de los sujetos, los grupos, las instituciones, comunidades. Cada dispositivo está fundado en diferentes modelos teóricos y se encuentra en constante tensión con las problemáticas que van emergiendo, por lo que deben tener la capacidad de ser flexibles (Fernández, 2008; Belladonna, Rodríguez, y Vesco, 2023).

Grupo terapéutico Recreanza

Este grupo tiene una periodicidad semanal. Cada encuentro, se comienza con una caja llena de pelotas de diferentes colores en donde cada color representa una emoción. Cada niño tiene que sacar las pelotas con las que se sienta identificado y contarle al resto del grupo el porqué. En este momento, se establece un momento de diálogo y de identificación.

Al momento de iniciar el taller, lo primero que se hace es pasar la “caja de las emociones”. Esta es una caja que hizo otro grupo de niños hace varios años. La caja está compuesta por varias pelotas de colores en donde cada color significa una emoción. Las mismas son: Rojo

significa enojo; Amarillo significa felicidad; Verde significa cansancio; Azul significa miedo; con la violeta, pueden mencionar alguna otra emoción a veces dicen aburrimiento o cansancio.

Entonces, cada uno de los niños va sacando cuantas pelotas sienta para luego contar al resto de los compañeros. A lo largo del taller, se ha podido observar, que los niños suelen sacar dos colores de pelotas.

Una vez que los niños están todos sentados, espontáneamente se dividen las tareas. Algunos, después de entrar al taller, piden hacer una de las tareas mencionadas anteriormente. Algunos, apagan las luces. Otros, prenden las velas y otros la apagan. Mientras que otros, buscan los almohadones para que al sentarse estén más cómodos.

Es así como, una vez que estamos sentados en círculo con las velas encendidas, se da comienzo a la lectura de cuentos. La elección del cuento a leer, lo deciden las profesionales del equipo en relación a los disparadores que se observan en el taller y en relación a las temáticas por las cuales los niños/as muestran interés. Particularmente durante el año 2024, los niños del taller mostraron predisposición hacia los animales. Por lo tanto, la mayoría de los cuentos leídos durante todo el año, sus personajes eran animales.

Una vez elegido el cuento, los chicos se acomodan, se ponen cómodos, y se da inicio a la lectura del cuento. La profesional que coordina, lee el cuento poniéndole voz y cuerpo, y antes de pasar la página, muestra detenidamente las imágenes. Cada uno de los niños/as se toma su tiempo para observar bien las imágenes mostrando sorpresa.

Cada cuento elegido tiene un fin para que se converse al finalizar la lectura, así como los miedos, la importancia de la familia, de los amigos, e incluso de la mascota. Una vez que se termina de leer el cuento, se apagan las velas, y se conversa del mismo. Se reflexiona junto con los niños y se realizan juegos o dibujos que se encuentren vinculados a dicha temática. Cada uno de los chicos comenta que le pareció y a partir de ahí se abren interrogantes.

Taller de Poner el Cuerpo

Este taller era coordinado por un profesor de baile, con el fin de que el joven trabaje la literalidad, las nociones básicas del espacio corporal, diferenciar partes del cuerpo y opuestos (arriba/abajo–adelante/atrás), identificar un ritmo particular, el paso básico de cada danza, el trabajo en los espacios cuando se comparte enlazados, individual o en grupo. Y otro de los objetivos relacionados a lo personal/social contempla la búsqueda personal, con respecto a lo social para que el joven vivencie una instancia fuera del área cotidiana, una instancia de danza en su vida para compartir y disfrutar. En estos encuentros se proponían clases de distintos ritmos musicales donde aprendíamos el origen de cada danza, bailábamos al ritmo de esta música y finalmente hacíamos una puesta en común donde expresamos cómo nos habíamos sentido. El espacio físico en el cual se llevó a cabo el taller fue en el Salón de Usos Múltiples (SUM) de Casa del Joven.

Aporte a la promoción de Salud mental en NNA de los dispositivos lúdicos co-coordinados

Cabe destacar que un objetivo central del Taller de Recreanza es propiciar un vínculo con la cultura a través del ofrecimiento de recursos simbólicos que permitan a los niños un hacer por la vía del deseo. De manera sintética, se podría decir que el derecho al juego viene dado por un aspecto esencial: su capacidad de creación cultural, ya que, a partir del juego en tanto práctica lúdica, los sujetos pueden construir su subjetividad, establecer lazos sociales e incorporarse a la cultura (Guardia y Arrausi, 2016).

Además, desde el taller, se tiene en cuenta esta mirada integral (OPS, 2012) de la infancia. Así, se busca fomentar el desarrollo no solo emocional, sino que también se considera la parte social, lingüística y cognitiva. Para esto es fundamental la presencia de la familia/cuidadores para trabajar temas como la crianza y la estimulación. Además, en relación al contexto del infante, es fundamental que el niño/niña viva en un entorno sano, seguro y protector para un mejor desarrollo y aprendizaje.

Es por eso que, en paralelo al taller de Recreanza, los familiares/cuidadores de los niños/as han participado de otro espacio conocido como “taller crianza” dictado por un profesional del CIIJ. Aquí se abordan temas como: Juego y aprendizaje; Autonomía; Resolución de conflictos; Comunicación efectiva.

En esta línea de sentido, siguiendo los aportes teóricos de los autores Fernández (2019) y Erik Erikson (Bordignon, 2005), desde el CIIJ y específicamente desde el taller de Recreanza, el poder trabajar en el desarrollo psicosocial del infante, le permitirá que el niño/a incorporar herramientas para adaptarse al mundo y poder ir construyendo su personalidad. Esto se puede articular a las etapas vitales desarrolladas por Erik Erikson (Bordignon, 2005), respecto a las cuales se describirán las observaciones y experiencias vividas en el taller de Recreanza para manifestar estos comportamientos en cada una de las etapas (Ovando, 2024).

La primera etapa es, confianza versus desconfianza (Bordignon, 2005). Los niños/as pequeños desarrollan un sentido de confianza en el mundo y en sus familiares/cuidadores si sus necesidades básicas son atendidas consistentemente y con sensibilidad. En el taller del CIIJ, se promueve el desarrollo de esta confianza a través de juegos, lectura y diversas interacciones con sus familiares y cuidadores. Estas actividades refuerzan el vínculo afectivo entre el niño y el cuidador.

Además, los familiares/cuidadores del niño/a participan del taller de “crianza”, mencionado anteriormente, mientras esperan a sus hijos/as que se retiren del taller. Participan de este taller con el fin de adquirir herramientas y estrategias que les permitan acompañar de manera más efectiva el desarrollo emocional y social de sus hijos e hijas. A su vez, el taller les proporciona pautas para establecer límites adecuados, fomentar la autonomía y el auto-control, y promover un ambiente familiar saludable y estimulante para el crecimiento de sus hijos e hijas.

En igual sentido, se realizó un taller en conjunto con los otros “espacios” del CIIJ. La actividad comenzó con un círculo de lectura donde los niños/niñas se sentaron en el piso en una parte de la sala de espera, mientras que las madres se sentaron por detrás en sillas. Una de las coordinadoras, presentó un fragmento del libro “El principito”. La lectura fue seguida por una actividad conjunta donde los niños/as y sus madres colaboraron en la creación de una manualidad inspirada en la historia:

“Las madres participaron activamente, ayudando a sus hijos/as a dibujar y colorear, lo que fomentó un ambiente de colaboración y apoyo mutuo. Además, todas las madres colaboran con las manualidades de los niños. En un momento del encuentro, una de las madres ayudó a L a sostener los papeles y lo alentó a pegar los papelitos, celebrando cada movimiento con entusiasmo”. (Registro 30/12/2024)

El enfoque del taller del CIIJ en el uso de juegos, lectura e interacciones afectivas con los familiares busca proporcionar un entorno enriquecedor para los niños/as, y también establece una base sólida para el desarrollo de la confianza. Más aún en estos usuarios y sus familiares que son admitidos en este dispositivo por presentar dificultad en esta etapa y en el resto de las etapas que se desarrollan a continuación.

La segunda etapa, es autonomía versus vergüenza y duda (Bordignon, 2005). En el taller de Recreanza también se promueve fomentar esta autonomía permitiendo que los niños/as tomen decisiones y elijan entre varias opciones de cuentos. Además, se anima a los niños/as a intentar nuevas tareas por sí mismos, proporcionándoles el apoyo y la guía necesarios para que se sientan seguros en el proceso.

Esto se observó durante las actividades de lectura en las cuales los niños/as pueden explorar libros por su cuenta, pasar las páginas y tratar de interpretar las imágenes y palabras, o también elegir la escena del cuento que les gustaría dibujar. (Registro, 20/09/2024).

También, se puede apreciar en el siguiente registro.

Mientras se trabajaba en un proyecto, M se encontró con varios desafíos, como pintar detalles pequeños de un dibujo. Una de las profesionales ofreció su ayuda, pero siempre alentando a M para que lo intente solo: "Podes usar otro tipo de lápiz más fino para que sea más fácil llegar a pintar en esos lugares" (Registro, 2/08/2024).

En tercer lugar, tenemos la etapa Iniciativa versus culpa (Erik Erikson, 1950 en Bordignon, 2005). Durante este periodo, los niños comienzan a desarrollar su capacidad para planificar y llevar a cabo actividades por su propia cuenta lo cual se relaciona con la cuarta etapa es *laboriosidad vs inferioridad*. En esta etapa, como se ha desarrollado, los niños/niñas buscan desarrollar habilidades y competencias, y es de suma importancia que reciban el reconocimiento y apoyo por sus logros, evitando así sentimientos de inferioridad. En este sentido, en el taller del CIIJ, se implementaron proyectos grupales e individuales que requerían el uso de diversas habilidades, desde manualidades y actividades artísticas. Cada vez que un niño completaba una tarea o mostraba progreso en una habilidad específica, se le ofrecía reconocimiento, ya fuera a través de palabras de aliento o exhibiciones grupales. Esto claramente se puede visualizar como el compilado de cuentos creados por los niños que fue expuesto a fin de año.

También se fomentó un espíritu de colaboración y apoyo mutuo entre los niños/as, enseñándoles a valorar y celebrar los logros de sus compañeros. Este enfoque integral aseguró que cada niño pudiera desarrollar el sentido de su capacidad y valor personal, con la motivación de sentar las bases para un desarrollo saludable y equilibrado durante su etapa escolar.

Entonces, podemos observar luego de este análisis como adaptar las actividades y enfoques según las etapas del desarrollo descritas por Erikson (Erik Erikson, 1950 en Bordignon, 2005) ha sido crucial para proporcionar un entorno de apoyo y enriquecimiento en el taller del CIIJ. Al entender mejor las necesidades y comportamientos de los niños en cada etapa, se pudo crear un entorno que promoviera su salud mental desde el crecimiento emocional y psicológico, apoyando su desarrollo integral.

En relación al Taller de Poner el Cuerpo, su aporte lo podríamos pensar en torno a la Expresión Corporal y el encuentro entre pares propio de la etapa adolescente (Viñar, 2013). Para poder conocer si la expresión corporal favorece o no la relación saludable con el cuerpo, se llevó adelante el encuentro "danzando activamente". El mismo no fue creado, en palabras de Villavicencio (2011) "por mera diversión o ejecución de un baile alegre para distraerlos sino una experiencia que aun haciéndola entretenida sería abordada con la intención de procurar el vínculo afectivo e iniciar el proceso de transformación de su movimiento corporal" (Villavicencio, 2011, p. 39) y el cuidado corporal (Novero y Venturelli, 2024).

En algunos encuentros, a pesar de haber acordado el ritmo musical y la canción entre todos, hubo reticencias en cuanto a lo pautado y se quiso modificarlo. Algunos jóvenes entendieron que fue una decisión conjunta, mientras que otros que no estaban de acuerdo, optaron por no bailar.

Por otro lado, en algunas semanas se realizó conjuntamente una coreografía con aportes de todos los jóvenes para el evento *Activamente*, jornada recreativa a nivel provincial. Aquí se pudo vivenciar como la expresión corporal se caracteriza por ser un proceso de intercambio y colaboración, siendo un contexto propicio para que el grupo de adolescentes, se encuentre y organice hacia algún objetivo en común (Camus, 2016). Si bien hubo muchos que se fueron sumando mientras la coreografía avanzaba, otros con el pasar de los días fueron perdiendo el entusiasmo y abandonaron; se respetaban los tiempos de interés de cada uno y el modo de participar, por ejemplo, cuando querían observar cómo sus compañeros realizaban la actividad.

Se pudo observar, en el desarrollo de cada ensayo, que entre todos se ayudaban y colaboraban para realizar la tarea. Como dice Camus (2016) la expresión corporal, tiene implícita una serie de interacciones que posibilitan la comunicación entre los individuos participantes. En ese sentido registramos que surgieron nuevos vínculos entre los jóvenes, se preguntaban cómo era este paso, se divertían, se evidenciaba predisposición y compromiso en la mayoría (Novero y Venturelli, 2024).

Al mismo tiempo se percibía que esta actividad facilitaba la expresión en los jóvenes participantes. En base a esto Camus (2016) dice que la danza permite, con las infinitas posibilidades que el cuerpo ofrece, ayudar a reafirmar la seguridad y la confianza. Por otro lado, aquellos aprendizajes relacionados con la danza y el trabajo colaborativo, eran realizados en otros espacios, más allá del hospital de día, como por ejemplo en sus hogares ensayando con sus hermanos. En ese sentido, dicha autora expresa que, frente a una misma tarea expresiva planteada, cada individuo la experimenta de forma personal (Camus, 2016). Por ello hubo jóvenes que el día de la presentación no quisieron bailar, aunque hayan participado de todos los ensayos y hasta coordinado algunos encuentros. Esto último se relaciona con lo que expresa Canales (2007) respecto a que cuando los jóvenes manifestaban una restricción motriz y eran observados por los demás, presenciar los bloqueos de los observados permite empatizar con los problemas de los compañeros, comprobando así, que el temor a ser observado es compartido por la casi totalidad de los jóvenes.

Por otro lado, en algunos ensayos se registraron conflictos entre los adolescentes que, en esta ocasión, pudieron resolverse a través del diálogo. Esta situación se vincula con lo planteado por Camus (2016), quien sostiene que el grupo, acompañado por un/a guía, puede conectarse mediante la socialización con la creatividad y la diversidad que lo constituyen. Este contexto favorece la movilización de un cuerpo en transformación en múltiples dimensiones, promoviendo procesos de reconocimiento, comprensión y valoración de sus capacidades, tanto a nivel individual como colectivo.

En resumen, el taller apuntaba a que el adolescente se posicionara como protagonista, haciéndose cargo, tal cual lo plantean Kuras y Resnizky (2005). De esta forma, haciendo puente hacia el futuro como una forma de que se responsabilicen por sus acciones y su vida. De esta manera, poder participar en la co-coordinación de este taller por estos meses me permitió reflexionar de su aporte a la promoción en la salud mental de los adolescentes y jóvenes. Así, acompañando en las actividades que se realizaban, observando momentos y tiempos de expresión de la creatividad de los jóvenes en un ambiente de cooperación y socialización, pero donde también surgían conflictos y tensiones parte de lo grupal (Novero y Venturelli, 2024).

Acerca de la puesta en juego de dispositivos lúdicos en salud mental Infanto juvenil y la urgencia subjetiva

De manera introductoria, Freud (1915) entiende a la urgencia subjetiva como un instante de ruptura, ya sea del homeostasis con el que la vida transcurría, de las relaciones con los otros, con el propio cuerpo, con el trabajo o con los lazos amorosos y/o familiares. Ruptura que implica para un sujeto el encuentro traumático con un real imposible de tramitar por las vías habituales. Esta guía al sujeto por diversos senderos, los cuales pueden conducirlo hacia conductas desesperadas que en ciertas oportunidades podrían poner en riesgo su vida o la de otras personas (Sotelo, 2015).

En este punto, es importante señalar que la urgencia no necesariamente implica lo grave, puede ser algo nimio, pero basta con que rompa la homeostasis de lo que hasta allí se venía sosteniendo con cierto equilibrio para ese sujeto en particular, produciéndose la irrupción de un sin sentido. Este conmueve el equilibrio y los puntos de referencia simbólica en los que el sujeto se sostenía. “El sujeto queda desamarrado, suelto, en una deriva de sentido que habrá que encauzar a partir del trabajo significante” tal como lo sostiene Sotelo (2009).

Adentrándonos ahora en lo específico de la urgencia subjetiva infanto juvenil, en consonancia con García Barthe (2009) considero que es importante tener una visión de contexto, incluyendo otros determinantes, además de los personales y los familiares, que entran en juego cuando pensamos en nuestros pacientes.

En esta línea de pensamiento, la antropóloga María Colángelo (2003) propone pensar la infancia como categoría socialmente construida en la que se conjugan, por lo menos, tres dimensiones de lo social: variabilidad cultural, desigualdad social y género. Esto también aplica a la adolescencia, la cual junto con la infancia determinan políticas sociales y prácticas concretas (García Barthe, 2009).

Esto lo vemos en la clínica en la diversidad de infancias y juventudes con las que trabajamos, y particularmente lo relaciono con los talleres que describo en la investigación más amplia de la cual forma parte este extracto de análisis. En estos trabajamos con población que vive en condiciones concretas de existencia precarias que intensifica las condiciones de vulnerabilidad que ya tienen si pensamos desde el enfoque de derechos y en relación a los determinantes sociales.

Así, nos encontramos con niños y adolescentes que no juegan, o que no juegan con otros, que no tienen acceso a juguetes o estímulos lúdicos, que en algunos casos tienen retraso, detenciones o inhibiciones en el desarrollo. Por eso pueden llegar a expresar su angustia poniéndose agresivos o manifestando malestares físicos, o mediante el berrinche, el grito, la descarga, o presentando crisis hetero y autoagresivas así como pasajes al acto o acting outs, como los niños y adolescentes que participan en el taller de Poner el Cuerpo y el grupo terapéutico Recreanza.

Llegado a este punto podemos articular la urgencia subjetiva infanto juvenil con el taller de Recreanza. En primer lugar, en el caso de la infancia decimos que “es tiempo de constitución de un sujeto de deseo, de construcción, de armado y de apropiación. Y es tiempo de juego. El niño surge a partir del juego, es descubierto y mirado desde las posibilidades a través de él” (Enright, 2018, p.59).

Si pensamos el juego como condición de la infancia en tanto sitúa al niño, hace al niño y le permite hacerse como tal, este dispositivo no puede quedar por fuera de la praxis clínica con ella (De Gainza y Larez, 2011). Esto también aplica a lo que se genera en el taller de expresión corporal, ya que en el caso de la adolescencia también nos es útil este dispositivo, quizá ya no por lo constitutivo, pero sí por la posibilidad del encuentro con otros, de hacer

par, lo cual aporta a uno de los trabajos que se encuentran realizando a nivel subjetivo y se aprecia en el siguiente registro:

(...) E se mueve por el espacio durante la clase de salsa que esta coordinando la AT hoy, choca a sus compañeros, inclusive en un momento muerde a M que lo empuja y le dice "para , estoy bailando" . El se posiciona en el lugar donde estaba al inicio de la actividad al lado de T, que le pega con el puño, cariñosamente, en el hombro y continúan bailando. Al final del taller. En la ronda se sientan E, T y M al lado y se hacen bromas entre sí, E se aprecia más calmo. (Registro octubre 2024)

De esta sumatoria de manifestaciones que vienen siendo desarrolladas resulta, las más de las veces, la imposibilidad de gozar en el campo de lo simbólico o del encuentro con otros. Nuestro trabajo en los dispositivos lúdicos desarrollados en la investigación más amplia (taller de cuentos y taller de juego) es restablecer la escena, al niño a su lugar en esa escena y al adolescente a su lugar en la escena con otros.

Entonces, el juego se trata de un espacio y un tiempo en el que es posible, no omitir ni negar, pero si burlar los obstáculos, las dificultades, el tiempo que pasa, y todo ello sin riesgo. Esto produce consecuencias en la posición del niño y el adolescente en el mundo, tanto en su relación con el conocimiento como en las interacciones con pares y adultos. Así, podemos decir: lo que hace juego, se mueve (Filidoro, 2018). Esto se articula con lo sucedido en el siguiente momento de Recreanza:

Momento de apertura (caja de emociones). B elige la amarilla y azul, dice que está contento por estar en el taller después de unas semanas que no pudo venir, y azul porque "hay días que mamá no puede comer para que nosotros comamos" y S la violeta porque "tengo miedo que si gana Milei mi papá no va a tener más plata en el banco". Luego realizan cuento "Dueño dueño, no me abandones" (07 de noviembre 2024)

Es un modo de hacer clínica, una intervención sustentada en la premisa del jugar como constitutivo de la infancia y el estar en un entre, hacer grupo como constitutivo de la adolescencia, intentando establecer la forma específica que este principio toma en el espacio de la salud mental (Barthes, 2009).

DISCUSIÓN

La sistematización del Taller de Recreanza (CIIJ) y el Taller de Poner el Cuerpo (Casa del Joven) permite observar cómo la teoría de Erikson se manifiesta en la práctica clínica, así como también como estos espacios se convierten en fuentes de salud mental a nivel de atención, promoción y prevención para estos NNA. Por otro lado, la articulación de estos hallazgos con el concepto de urgencia subjetiva revela que, cuando el niño o joven pierde el marco del espacio ficcional del juego, queda en lugar de objeto, sobreviniendo la urgencia.

El rol del coordinador —ya sea a través de la lectura de cuentos o la expresión corporal— es restablecer la escena lúdica. Esta intervención permite que la urgencia devenga subjetiva. Así, se valida la premisa: "lo que hace juego, se mueve" (Filidoro, 2018), permitiendo que el sujeto emerja de la parálisis del síntoma o la angustia. Y, más importante aún, sobre todo en la adolescencia, que lo haga con otros.

Como limitaciones de este trabajo, se reconoce el alcance descriptivo local y la dificultad de sostener la asistencia regular de las familias en contextos de alta vulnerabilidad social de los talleres.

CONCLUSIONES

Respecto a la importancia de la sistematización de estas experiencias demuestra el aporte a la promoción de la salud mental infantil de adaptar las actividades y enfoques en el grupo terapéutico de Recreanza según la etapa de desarrollo de cada niño. La teoría de Erikson proporciona un marco comprensivo que permite entender mejor las necesidades y comportamientos de los niños en diferentes etapas, facilitando la creación de un entorno de apoyo que promueve su desarrollo emocional y social (Erik Erikson, 1950 en Bordinon, 2005). Además, subraya la relevancia de una intervención consciente por parte de familiares/cuidadores y profesionales, para acompañar a los niños en su crecimiento y desarrollo de manera integral.

Pero, sobre todo, en el caso de ambos dispositivos se podría decir que es un modo de hacer clínica, una intervención sustentada en la premisa del jugar como constitutivo de la infancia y el estar en un entre, hacer grupo como constitutivo de la adolescencia, intentando establecer la forma específica que este principio toma en el espacio de la salud mental (Barthes, 2009).

El que “haya juego” garantiza que la urgencia y/o lo patológico no sea el único lugar posible para un niño o para el adolescente, sino una dimensión oscilatoria entre aquello “fallido” y su condición infantil o adolescente. En ese sentido, da apertura al campo del “de jugando”, allí donde solo habría patadas, ruidos, bruxismo, estereotipias, giros, babeos, hipercinesias, balanceos, aleteos, crisis de pánico, hetero y auto agresividad, pasaje al acto, acting out, etc. (Enrigh, 2018).

A modo de cierre, en relación a los desafíos pendientes a partir de esta investigación, en primer lugar, se puede mencionar el de aportar más investigaciones que aporten a la planificación de políticas públicas con el propósito de promover la creación de este tipo de dispositivos lúdicos, que hoy son apuestas por parte de algunos profesionales. En esta línea, un trabajo que podría derivar del presente es relevar los dispositivos lúdicos que se desarrollan en las instituciones de salud mental pública en los tres niveles y cómo contribuyen a la promoción de la SM de los niños, niñas y adolescentes en Córdoba, y también, más ampliamente, en Argentina.

REFERENCIAS

- Arriagada, M., Ceriani, L., & Monópoli, V. (Comps.). (2013). *Políticas públicas en salud mental: De un paradigma tutelar a uno de derechos humanos*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.
- Bang, C. L. (2012). El juego en el espacio público y la participación comunitaria: Una experiencia de promoción de salud mental en la comunidad. *Lúdicamente*, 1(2).
- Belladonna, M., Rodríguez, A., & Vesco, L. (2023). *La implicancia de las emociones en la toma de decisiones de jóvenes usuarios/as del Hospital de Día de Casa del Joven* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Córdoba].
- Bordinon, A. (2005). El desarrollo psicosocial de Erik Erikson: El diagrama epigenético del adulto.
- Camus, C. (2016). *Expresión corporal para el desarrollo integral del adolescente: Dinámicas grupales*. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/142574/mora-camus14camila.pdf>
- Canales, I. (2007). Consecuencias pedagógicas de la mirada y el tacto en la expresión corporal. http://www.tesisnaxarxa.net/TESIS_UdL/AVAILABLE/TDX-1216106-174646/Tic1de1.pdf

- Colángelo, M. (2003). La mirada antropológica sobre la infancia: Reflexiones y perspectivas de abordaje. http://www.me.gov.ar/curriform/publica/oei_20031128/ponencia_colangelo.pdf
- Convención sobre los Derechos del Niño. (1989). Naciones Unidas.
- De Gainza, P., & Lares, M. J. (1996). El juego sitúa al niño. En *Conversaciones con Jorge Fukelman*. Lumen.
- Di Marco, M. D. L. Á. (2011). Declaración de Helsinki: Principios y valores bioéticos en la investigación médica con seres humanos. *Revista Colombiana de Bioética*, 6(1), 125–144.
- Enright, P. (2018). "...Reloj no marques las horas": Acerca de los objetos en juego. En *La infancia en juego*. Letra Viva.
- Farah, A. C. (2017). Creación de dispositivos grupales hospitalarios. *Debates actuales en Psicología y Sociedad*, 1, 36–44.
- Fernández, A. M. (2008). *Política y subjetividad: Asambleas barriales y fábricas recuperadas*. Biblos.
- Fernández, L. (2019). *Ontocreatividad y acción lúdica en el desarrollo psicosocial del niño*. Nueva Visión.
- Filidoro, N. (2018). Para que el aprendizaje haga juego. En *La infancia en juego*. Letra Viva.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Morata.
- Foucault, M. (1994). *Dichos y escritos: La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad*. Gallimard.
- Freud, S. (1915/1985). De guerra y muerte: Temas de actualidad. En *Obras completas* (Vol. 14). Amorrortu.
- García, B. (2009). La urgencia en salud mental con niños y adolescentes. *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires*, 51(234).
- Ghiso, A. (2001). Sistematización de experiencias en educación popular. En *Memorias del foro: Los contextos actuales de la educación popular*.
- González Hernández, D. (2005). Más allá de un manual de introducción a la metodología: Diversidad y unidad en el campo de la investigación cualitativa. *Empiria*, 7(2), 325–340. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412005000200010
- Guardia, V., & Arrausi, L. (2016). Los espacios lúdicos como lugares de promoción de derechos. En *Infancia y juego* (Cuadernillo 1).
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). McGraw-Hill.
- Kuras, S., & Resnizky, S. (2005). Vulnerabilidad adolescente. En *Territorios en el acompañamiento terapéutico* (pp. 105–121). Letra Viva.
- Ley N.º 26.061. (2005). *Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26061-110778>
- Ley N.º 26.657. (2010). *Ley nacional de salud mental*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977>
- Ley Provincial N.º 9848. (2010). *Ley de salud mental de la provincia de Córdoba*. <https://www.justiciacordoba.gob.ar>

- Lucena Jurado, V. (2013). *Consumo de drogas, percepción de riesgo y adicciones en jóvenes en la provincia de Córdoba* [Tesis]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?codigo=68740>
- Mateo Pérez, M. A. (2002). La perspectiva cualitativa en los estudios sobre pobreza. *Empiria*, (5), 69–85.
- Maxwell, J. A. (1996). *Qualitative research design: An interpretive approach*. Sage.
- Novero, S., & Venturelli, M. (2024). *El cuidado del cuerpo en la adolescencia: Una experiencia en hospital de día* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Córdoba].
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Salud infantil en las Américas: Desafíos y oportunidades*. OPS.
- Ovando, C. (2024). *El taller de Recreanza: Una red de contención emocional y promotora del desarrollo psicosocial* [Tesis de grado, Universidad Católica de Córdoba].
- Sotelo, I. (2015). *DATUS: Dispositivo analítico para tratamiento de urgencias subjetivas*. Grama.
- Touze, G., Pawlowicz, M. P., Rossi, D., Goltzman, P., & Cymerman, P. (2008). Consumo de drogas en Argentina. En *Drogas en América Latina: Estado del arte en estudios de toxicomanía*. Ediciones UCSH.
- UNICEF. (1990). Atención primaria de la salud: Declaración de Alma-Ata (1978).
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7–11.
- Villavicencio, Y. (2011). Expresión corporal en adolescentes: Un abordaje desde el arteterapia. *Revista de la Facultad Experimental de Arte*, 37–49.

Identidades y roles de género en el consumo problemático de sustancias

Romina Pedrazza¹

Resumen: La presente investigación aborda la problemática de las adicciones, desde una perspectiva de género y a partir de un abordaje teórico-experiencial, motivada por mi rol profesional en un equipo de asistencia ambulatoria de adicciones, en la localidad de La Falda. Se propone explorar la relación entre identidades, roles de género y consumo problemático de sustancias en un grupo de pacientes que asiste a tratamiento ambulatorio en la red asistencial de las adicciones de Córdoba (RAAC) de La Falda en el año 2023. El tipo de estudio es exploratorio, con la realización de un análisis cualitativo por categorías. Se aplicaron entrevistas semi-estructuradas a pacientes: 7 varones y 3 mujeres. La muestra de tipo accidental, estuvo compuesta por el número de pacientes en tratamiento regular, de su estabilización en el consumo problemático de sustancias y la voluntad para participar. Algunos resultados relevantes obtenidos es que el género ocupa un lugar importante en la construcción de identidad, respondiendo los varones en su mayoría, a una construcción de masculinidad hegemónica evidenciada en: el mito de ganador, fuerza física, endurecimiento, afirmación masculina y homosocialidad. En las mujeres su identidad gira en torno a mandatos tradicionales de femineidad. Se detecta una relación estrecha entre identidades, roles de género y consumo problemático demostrada en los patrones de consumo: motivaciones, circunstancias, ritualizaciones e historia de consumo. Entre los estereotipos de género que pueden tener relación con el consumo problemático se revelaron en las acciones de autocuidado y en la gestión de emociones negativas. La mayoría de los entrevistados/as no percibe la influencia de roles de género en su consumo.

Palabras clave: Consumo problemático de sustancias. Identidades. Roles de género. Perspectiva de género. Estereotipos de género.

INTRODUCCIÓN

Si bien las políticas sobre adicciones poco a poco van incorporando la perspectiva de género en lo que respecta a la prevención y tratamiento, debemos construir nuevas formas de abordaje, contemplando cuestiones relevantes que posibiliten el acceso, la continuidad en los tratamientos, los factores sociales y culturales de los sujetos. Un trabajo que necesita revisar los marcos teóricos, implementar una lectura crítica de la realidad, permitiéndonos develar posiciones de desigualdad, estigmas y subordinación alrededor de los consumos problemáticos de sustancias.

En consonancia a los lineamientos establecidos por la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación (SEDRONAR, 2022) y el Ministerio de las mujeres, géneros y diversidad (MMGY) de incorporar y transversalizar la perspectiva de género y diversidad,

¹ Lic. En Psicología, MP: 4654, romipedrazza@gmail.com, Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-7716-4046>

en los procesos de atención y acompañamiento de los consumos problemáticos y de la revisión bibliográfica sobre el campo que dio como resultado escasas investigaciones recientes en Argentina, surge el interés en profundizar y analizar esta perspectiva, en una muestra de población en la ciudad de La Falda. El desarrollo de esta investigación radica en sumar aportes significativos, indagando la relación entre identidades, roles de género, estereotipos de género y consumos problemáticos, en el marco de la ley de salud mental N° 26.657.

Este estudio explora la relación entre identidades, roles de género y consumos problemáticos de sustancias, en un grupo de pacientes que asiste regularmente a tratamiento ambulatorio en la RAAC de La Falda. Asimismo, se propuso indagar el lugar que ocupa el género en la construcción de las identidades en un grupo de pacientes de la RAAC; reconocer la presencia de identidades que no responden a los roles tradicionales de género y su posible incidencia en la predisposición a los consumos problemáticos. Y finalmente, detectar estereotipos de género en el consumo problemático de sustancias a los fines de diseñar intervenciones con perspectiva de género más eficaces para los centros ambulatorios RAAC.

Este trabajo constituye un inmenso valor debido al aporte social ya que, por medio de las conclusiones obtenidas de la investigación, se mostrará la necesidad de comprender el consumo de sustancias por medio de una visión que acoja el enfoque de género y sus respectivas diferencias individuales.

METODOLOGÍA

El estudio es exploratorio, con la realización de un análisis cualitativo por categorías. Se aplicaron entrevistas semi-estructuradas individuales a pacientes mujeres y varones que realizan tratamiento ambulatorio, en un centro RAAC (Red asistencial de las adicciones de Córdoba), en la localidad de La Falda. Las entrevistas incluían datos sociodemográficos y 26 preguntas destinadas a recabar información sobre las categorías de identidad, roles de género, estereotipos y consumo problemático. Las edades de los pacientes están comprendidas entre los 25 a 50 años, con consumo de diferentes sustancias y que transitaban por distintas etapas de su tratamiento. La cantidad de los sujetos de la muestra estuvo relacionada al número de pacientes activos en el momento de aplicación de la entrevista, de su estabilización y de la voluntariedad de los mismos para participar de la investigación, resultando 7 varones y 3 mujeres.

Respecto de las consideraciones éticas, durante toda la investigación se mantuvo la discreción y confidencialidad de la información recabada, el anonimato de la información, el secreto profesional y la preservación de la identidad de los pacientes. Se diseñó un consentimiento informado con información de participación en la investigación.

Para el análisis de la información recabada, se efectuó un análisis de contenido incluyendo las categorías ya mencionadas. La metodología utilizada fue cualitativa y buscó describir, comprender e interpretar los fenómenos a través de las percepciones y significados producidos por las experiencias de los participantes. (Hernández et al. 2010).

RESULTADOS

EL GÉNERO EN LA CONSTRUCCIÓN DE IDENTIDADES

La identidad de género se construye en un contexto social y cultural. Así, se van creando modelos de lo femenino y lo masculino, que inciden en el desarrollo psicológico y social del varón y de la mujer. Las personas van recibiendo mensajes sobre expectativas y modelos diferenciales. En tanto que estos mensajes se cumplen la mujer y el varón son más valorados

y con mayor prestigio social. De esta manera, la percepción de las personas sobre la adecuación al modelo social relativo al género, está relacionada con la autoestima y el autoconcepto.

Rubin (1975) plantea que el género constituye un principio de organización social con un marcado carácter jerárquico, no es innato sino construido y por tanto modificable. El sistema de género se reproduce en las esferas más íntimas de la vida y la subjetividad de las personas, se naturaliza y se incorpora como realidad dada, invisibilizando los mecanismos por los cuales se crea y performa (Butler, 1990; De Lauretis, 1989) y dificultando su modificación efectiva. Por consiguiente, el género se inscribe en la subjetividad, genera identidad, a través de complejos mecanismos cotidianos en la vida de las personas por medio de los agentes sociales que forman el proceso de socialización (familia, grupo de iguales, medios de comunicación, escuela, estado, etc.). De este modo, se produce un universo simbólico prevaleciente que configura la subjetividad y forma de entender el mundo. Es anterior a nuestra existencia y nos configura como tales: varones y mujeres, masculino y femenino, asignando a cada uno/a un recorrido vital marcado por esta dicotomía, y produciendo expectativas sociales y de relación.

Del análisis de las entrevistas, se detecta que en este grupo de pacientes el género ocupa un lugar importante en la construcción de sus identidades, en su gran mayoría los sujetos participantes del estudio, se auto perciben con atributos asociados al imaginario simbólico prevaleciente de “ser varón o mujer”, con características antagónicas.

Se utiliza el término “masculinidad hegemónica” para aludir a la forma de masculinidad prevaleciente, ponderada, idealizada y valorada en un determinado contexto histórico y social. En nuestra sociedad no existe un único modelo de masculinidad, pero se observan una serie de atribuciones, ideas, emociones, comportamientos, etc. respecto a lo que un hombre es o debe ser y que forman el modelo de masculinidad más ampliamente aceptado, extendido y estimado como ‘lo normal’. La masculinidad hegemónica es opuesta a los nuevos modelos de masculinidad que permiten el acercamiento más igualitario en las relaciones entre varones y mujeres.

Jiménez Sánchez et al. (2009), describe las características de esta identidad masculina: el poder-dominación sobre las mujeres y otros varones, la necesidad de demostrar la “hombría”, la violencia como forma de resolver conflictos, la fuerza física. Asimismo, incluye la no expresión de las emociones ligada a la debilidad: “un varón no llora” y el control (de las situaciones, de las emociones, etc.). El endurecimiento como forma de afirmación masculina, participar en “rituales” que lo convierten en “varón”, la agresividad y la competitividad, el mito del ganador reflejado en hacer, lograr, actuar, así como cumplir el rol de proveedor de la familia.

En los participantes del estudio, se detecta que el género ocupa un lugar destacado en su identidad. En los entrevistados varones las características que lo definen responden a una construcción de masculinidad hegemónica. Entre los atributos que mencionan: trabajador, ambicioso, habilidoso, inquieto, sociable. Así, podemos reconocer el mito del ganador y la posición activa del rol de ser varón.

Una de las entrevistadas menciona características que la definen propias de lo esperable para su género: “generosa”, “empática”. Ramírez y Rodríguez Pérez (2005), plantean que los varones son socializados para desempeñar tareas instrumentales y relacionadas con los grupos exteriores y las mujeres para cumplir con papeles expresivos en los vínculos afectivos y las tareas emocionales, como mantener las relaciones y criar a los hijos. De este modo, surgen dos mandatos antagónicos que refuerzan las diferencias entre varones y mujeres y la supuesta complementariedad de un género con el otro.

Otra entrevistada menciona como parte de sí las características: “simpática, buena y alegre”. Se puede inferir que estas particularidades responden a mandatos femeninos de agradar/gustar a las demás personas. Los procesos de socialización repercuten especialmente, en el caso de las mujeres, en la concepción de estar destinadas a agradar y gustar a las demás personas. Se educa a las mujeres para que busquen gustar a las demás, pero, muy especialmente a los varones, que tienen el poder y que están ubicados por encima de ellas en la escala social. La mirada de las mujeres no se dirige hacia sí mismas, sino hacia otros, y su autoestima obedece a la validación exterior y aprobación de los otros.

Asimismo, otra entrevistada remarca como características que la definen: “graciosa”, “insegura”, “analítica”. En la primera cualidad puede presentarse el mandato de agradar y gustar a los demás y en analítica (se analiza en forma constante) e insegura, en contraposición a lo racional y la autoconfianza que se mandata a los varones (Fernández, 2000).

Las ocupaciones de los entrevistados varones en su mayoría refuerzan también una masculinidad hegemónica, ya que se desempeñan en el ámbito de la construcción (2 entrevistados), cómo técnico de boxeo y como técnico y profesor de informática. En las mujeres, dos de ellas, en sus ocupaciones responden a una identidad femenina tradicional: ama de casa, asistente geriátrica. Solo una de las entrevistadas se ocupa de ser asistente virtual, destacándose como una ocupación no vinculada hegemónicamente a un género.

Cuando se les indaga, si su forma de ser responde a características propias de su género, siete entrevistados refirieron que no, fundamentando y coincidiendo en que tanto el varón o mujer pueden tener las mismas características. Tres entrevistados refirieron que su forma de ser, sí responde a características propias de su género (dos mujeres y un varón). En este aspecto podemos visualizar una contradicción, ya que al definir sus características los varones entrevistados revelan una marcada construcción de masculinidad hegemónica y las mujeres se identifican con mandatos tradicionales femeninos.

Un entrevistado argumenta que su forma de ser responde a características propias de su género porque se relaciona con otros iguales a él que comparten formas de pensar y de ser y son del mismo género. Este aspecto hace alusión a la construcción de la masculinidad y a la influencia de la homosociabilidad definida por Welzer-Lang (2002). Es decir, las relaciones sociales entre personas de un mismo sexo que juegan un papel fundamental en la construcción subjetiva de la identidad de género. Cada etapa de la vida, cada edad, de la construcción de lo masculino está relacionada con un lugar: una habitación, un bar, un estadio de fútbol. Un lugar propio en el que la homosociabilidad puede vivirse y experimentarse en el grupo de iguales. Los mayores, fueron iniciados por los adultos, muestran, corrigen y modelizan a los aspirantes a la virilidad. En estas primeras etapas de la socialización, los niños reciben el mensaje que deben aprender a estar con los varones, sus iguales, lo que conlleva a disociarse del mundo femenino, el mundo de la otra, la otredad femenina, que denominaba Simone de Beauvoir (1949). Practican ritos, pruebas y pactos de hombría, tienen sus códigos, normas, valores y se juegan la ocupación de posiciones de prestigio o de posiciones devaluadas según sigan las reglas de juego.

Ante el interrogante de si las personas poseen determinadas capacidades o habilidades de acuerdo a su sexo biológico, seis entrevistados coinciden en que no hay capacidades o habilidades según el género, enfatizando que ambos pueden ejecutar las mismas actividades. Cuatro entrevistados sostienen una postura contraria, haciendo hincapié en la diferencia biológica y hormonal entre el varón y la mujer. De esta manera, estos entrevistados no estimarían que la perspectiva de género constituye un enfoque que posibilita desestimar lo biológico, la diferencia entre los sexos e iniciar el proceso de transformación hacia una cultura de equidad entre mujeres y varones, alejándose de las conductas reproducidas de género. Al respecto,

es importante tener en cuenta que las diferencias biológicas entre varones y mujeres fueron naturalizadas y jerarquizadas, justificando el estatus social inferior de las mujeres. Por consiguiente, se desarrolla el sexismo, que atañe a la adjudicación de capacidades y roles diferentes a varones y mujeres desde los atributos biológicos, desvalorizando las acciones de las mujeres frente a los varones, generando situaciones de inferioridad, subordinación y explotación en las mujeres (Maffia, 2020).

En las habilidades o capacidades que preponderan tanto varones o mujeres refieren a mandatos tradicionales: en los varones la mecánica, electricidad, plomería, fútbol, liderar, motivar a otros, responder bajo presión. En las mujeres, el autocontrol de emociones, la comunicación, y empatía.

Un dato significativo en todos los entrevistados es que los modelos o figuras de referencia son algún miembro femenino de su familia de origen: madre, padre, abuelas, hija. Así, la mujer aparece como referente familiar idealizado y de subjetividad, al respecto (Bonino, 2000) nos aporta que las mujeres pueden aparecer codificadas de diferentes modos, entre ellos idealizadas, donde no son visualizadas en una posición de equivalencia. Una entrevistada que menciona como referente a su hija remarca en ella: “buena madre, esposa, logró cosas que su madre nunca pudo” respondiendo a mandatos sociales hacia la mujer.

Sobre las actividades que desarrollan en su tiempo libre: los varones remarcaban actividades en consonancia a mandatos masculinos como reuniones sociales, jugar al fútbol, gimnasio, andar en moto, descansar, hacer mecánica. Las mujeres optan por actividades más introspectivas como leer de temas como espiritualidad o superación y cocinar, en concordancia a mandatos femeninos. Solo en dos entrevistados se observa diversidad de actividades que no responden a una construcción identitaria de un género en específico.

En las tareas que realizan en los distintos ámbitos que pertenecen: dos varones ejecutan tareas domésticas, los otros cinco entrevistados enfatizaron tareas vinculadas a su área laboral. Todas las mujeres aludieron a hacer tareas domésticas.

En referencia a si las personas tienen que cumplir con determinadas características, según su sexo biológico, la mayoría de los participantes coincidieron en que no, fundamentando en que por ser de determinado género no hay que tener determinadas características. Un solo participante expresó que sí, ya que “las mujeres son mejores para contener y el hombre las busca para eso”, reproduciendo los mandatos sociales por género.

Cuando se les interroga sobre lo demostrado en investigaciones: que las personas, por lo general, actúan siguiendo lo que se considera adecuado para varones y mujeres en una sociedad; siete entrevistados coinciden con lo que señalan las investigaciones. Asimismo, tres entrevistados observaron estas actitudes en su vida: “de chico querer ser bailarín y pensé que era mejor jugar al fútbol por ser hombre”, “los varones tienen más fuerza que las mujeres, ellas se destacan más en cómo se arreglan, cómo se visten” “la mujer tiene más entereza, ellas pueden contener más”. En estas expresiones se manifiestan otra vez los roles sociales por género. No obstante, las mujeres entrevistadas expresaron que en la actualidad esas imágenes estereotipadas han cambiado y un varón destacó que fue “deconstruyendo” sus comportamientos.

Acerca de esto último, Bonino (2002) ha identificado en los modelos de masculinidad, la retórica de las nuevas masculinidades, explicando que hace unos años han surgido en los países desarrollados discursos sociales (académicos y populares) que muchos varones van incorporando. Entre estos se encuentran: el nuevo varón sensible que valida el lado femenino de los varones (emocional y receptivo) ; el nuevo padre, que se relaciona emocionalmente con sus hijos y se dedica a ellos y el varón familiar, que revaloriza el hogar, decepcionado

de la vida laboral creadora de tensiones deshumanizantes. Esto ha obedecido a gestiones mediáticas sobre el imaginario social, apoyadas en la alabanza masculina, los deseos femeninos, las estrategias de modernización del patriarcado, o requerimientos del mercado, que por el deseo de los varones por la igualdad.

Los avances en materia de géneros impulsados por los movimientos feministas habilitaron incipientes intersticios para que algunos varones interpelen los propios atravesamientos del patriarcado. Dichos avances, permitieron cuestionar la masculinidad heterocispatriarcal tradicional, dejando expuestos los privilegios que gozan por su sola condición de tales. El patriarcado también les produce daño y pareciera que algunos varones han comenzado a percibirlo.

La tarea de desnaturalización presenta mayor complejidad en los sectores populares, debido a los patrones socioculturales asentados, que refuerzan roles y estereotipos de género asignados de acuerdo con el binomio varón mujer, perspectivas esencialistas y biologicistas de la diferencia sexual, como lo expresa Mabel Burín (2012). Al respecto, los sujetos de esta muestra pertenecen en su mayoría a estratos sociales de clase baja, por lo que se infiere la dificultad constatada en sus relatos de perpetuar estereotipos de género.

GÉNERO Y CONSUMO PROBLEMÁTICO

La mayoría de los participantes de la investigación admitieron que sus familias le transmitieron mensajes o consejos de cómo tiene que comportarse una persona según su género, sólo uno refirió que no. Entre los mensajes señalados resaltan: “las mujeres debían vestirse de determinada forma, no tener relaciones antes del matrimonio, hablar de determinada forma”. Dos entrevistados coinciden en que se les transmitió “ser respetuoso con las mujeres”, uno de ellos ante esto agregó no ser “machista”. Otros mensajes referidos: “la mujer debe ocuparse de la casa, las mujeres tienen que tener hijos”. Uno de los entrevistados refirió evidenciar en su familia contradicciones en que sus padres desempeñaban roles no fijos en lo laboral y tareas domésticas, y por otro lado a veces expresaban que “los varones no lloran”.

En referencia a si los mensajes de género transmitidos por su familia tuvieron alguna influencia en su consumo, la mayoría de los entrevistados señala que no. Los primeros autores en estudiar a las mujeres con adicciones señalaron el papel homogeneizador de la adicción. “Previamente al consumo de drogas existen diferencias de actitudes y conductas entre géneros, pero la droga en sí misma es un gran homogeneizador que puede ser la causante de muchas de las características uniformes de los adictos”. (Ellinwood et al. 1966) Posiblemente las diferencias de género son marcadas antes del inicio de la adicción y durante la evolución de la misma. La cronicidad y el estilo de vida ligado a la drogodependencia actuarían homogeneizando el perfil de los consumidores problemáticos. Se puede inferir que esta homogeneización probablemente influye en que las personas con consumo problemático no vislumbran diferencias de género en el consumo.

Sólo dos entrevistados refirieron que puede haber alguna influencia: una de las entrevistadas mujeres expuso que su consumo obedeció a anestesiarse su dolor y por su soledad que “siendo mujer se siente más”. El otro entrevistado, afirmó que en el inicio de consumo de cocaína, en un grupo de pares, se alardeaba del consumo como manifestación de hombría alentando a consumir más: “no seas cagón, no seas puto”, así como a la demostración de la fuerza física y poder: “te tomás una línea y sos super macho y te querés pelear con todo el mundo”.

Estas expresiones evidencian cómo afectan los condicionantes de género en el consumo, en consonancia con distintas investigaciones que comprobaron que en los varones, el que

más consume muestra más aguante, porque la exposición a situaciones de riesgo, como el consumo, muchas veces está atravesada por emociones que no se pueden expresar. A veces, un consumo oculta esa fragilidad que no puede ser demostrada, esa tristeza que no es habilitada porque “los varones “no lloran”. Esto los expone a situaciones de riesgo y violencia, en las que deben exhibir que pueden con todo.

Asimismo, estas demostraciones están en cierta forma ritualizadas y revelan la exteriorización de ausencia de temor ante situaciones de riesgo, de fuerza, de superioridad, de habilidad, de control, también son ritos de endurecimiento, que tienen como función desarrollar resistencia, especialmente al dolor, al sufrimiento y al miedo, lo que les posibilita, ser considerados varones. El papel de los demás varones es fundamental, en tanto son testigos principales de la hombría de los otros. Como sostiene Kimmel (1994), lo que necesitan los varones es la aprobación de sus congéneres.

En los discursos de quienes expresaron no percibir influencia del género en su consumo, sobresale el de una participante que enfatizó que el género en su familia, sólo giró en torno a lo doméstico y que sus consumos obedecen a otras causas, como adicciones en su familia de origen. Es probable que las personas consideren que el género solo afecta algún aspecto de la vida cotidiana como la división de tareas por sexo, siendo el género algo normalizado e interiorizado, que configura una compleja realidad que divide de forma rígida y normativa a las personas en dos posibles: varones y mujeres, que se interioriza, reproduce e incide en todos los ámbitos de la vida cotidiana. Otra entrevistada remarcó que el no seguir los mandatos familiares inculcados por su abuela como permanecer en su casa y cuidar a su pareja la llevaron al consumo. De esta manera, aquí se detecta un patrón y comportamiento de consumo de droga relacionado al mandato masculino, existiendo poca diferenciación al respecto, definido como “imitación del patrón masculino” (Martínez, 2008) o como “el espejismo de la igualdad” (Altell, 2012) que no genera por sí igualación, sino por el contrario perpetúa un escenario de masculinidad, donde la mujer es doblemente estigmatizada, en tanto mujer y consumidora.

ESTEREOTIPOS DE GÉNERO EN EL CONSUMO PROBLEMÁTICO

Entre los estereotipos de género que pueden tener relación con el consumo problemático se revelaron en las acciones de autocuidado y en la gestión de emociones negativas.

En las acciones de cuidado en la salud mental, física o en las relaciones con los demás: seis entrevistados manifiestan que, sí realizan acciones de cuidado, cuatro refieren terapia. En cambio, sólo uno de los varones refiere a prácticas de cuidado en su salud física, (chequeos y controles médicos periódicos) mientras que los demás solo lo aluden en relación al deporte o alimentación. Dos mujeres aluden a cuidarse de forma más integral: físico, mental y en las relaciones con los demás. Así, podemos encontrar que los varones no efectúan un cuidado integral, observándose poco cuidado en su salud física, respondiendo a los mandatos sociales como concebir el propio cuerpo desde un registro desafectivizado, con el objetivo de eliminar algún rastro de sensibilidad que sea asociado a lo femenino.

Bonino (2008), sostiene que en los varones las conductas son guiadas por la lógica éxito/fracaso y dirigidas a garantizar el control sobre sí y de los demás, el riesgo, la competitividad, el déficit de comportamientos cuidadosos y afectivos y la ansiedad. Este modelo de socialización y subjetivación, patriarcal y hegemónico, afecta la relación que éstos asumen con su salud, enfermedad y los procesos de atención (Soria, 2011).

Cuando se indaga en el manejo de emociones negativas, dos entrevistadas mujeres expresaron “llorar” y una poder canalizar las emociones negativas con herramientas de su psicoterapia.

Los varones entrevistados ponen de relieve la falta de autocontrol en las emociones negativas. Esto responde a los mandatos masculinos como ser principalmente racional, así como evitar las emociones y su gestión, incitada desde sus procesos de socialización. La afectividad y los sentimientos permanecen fuera de los elementos que definen la masculinidad, por lo que si un varón, muestra sensibilidad, empatía, vulnerabilidad o capacidad para dilucidar diferentes sentimientos, su identidad masculina puede ser cuestionada. Esto se convertirá, además, en un rasgo diferenciador respecto de mujeres, niños/as u homosexuales y transexuales, conllevando dificultades para reconocer e identificar los sentimientos propios y de las demás personas. Se genera un bajo nivel de tolerancia a la frustración, al no disponer de mecanismos eficaces para elaborar y gestionar sentimientos como la tristeza o el miedo y aquellos afines con la vulnerabilidad, que se confunden con debilidad". (Bergara et al., 2018). Estos autores, designan este mandato como "educación emocional de tendencia 0", dirigida a ocultar, negar o relativizar los sentimientos. No obstante, existen ciertos sentimientos y emociones que les están permitidos a los varones, como el enfado, la ira, mientras que su identidad como hombre será cuestionada si muestran alguno diferente a estos. Por consiguiente, los efectos de este mandato como la carencia afectiva, las dificultades de relación o la incapacidad para gestionar emocionalmente diferentes situaciones, suelen estar detrás de los consumos problemáticos.

IDENTIDADES, ROLES DE GÉNERO Y CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS

En este estudio se detecta una relación estrecha entre identidades, roles de género y consumo problemático demostrada en los patrones de consumo: motivaciones, circunstancias, ritualizaciones e historia de consumo.

Para Botella (2007), las motivaciones de las mujeres son diferentes para iniciarse y para mantenerse en el consumo de drogas, se asocian como respuesta ante circunstancias conflictivas a nivel personal o familiar. Esta tendencia puede observarse en el presente estudio, ya que las tres mujeres entrevistadas mencionan estas motivaciones: abuso sexual infantil, falta de contención familiar, soledad, alivio, frustración, pérdida de un ser querido.

Ortiz y Clavero (2014) concluyen que en el caso de los varones, las motivaciones de consumo están asociados a la personalidad (inseguridad, timidez o incapacidad para la relación social) o a otros factores de contexto, como el trabajo o el entorno social (amigos).

Estos resultados se replican en esta investigación, en dos entrevistados que afirmaron como motivos: "diversión", "desinhibición", sin embargo, otros dos entrevistados resaltaron factores emocionales: "frustración, malestar, tristeza, pérdida de un familiar. Asimismo, una mujer expresó que el inicio de su consumo obedeció a causas de diversión. Al respecto, Arostegui y González (2016) revelan que, en los varones, la búsqueda del placer como motivo principal del consumo es frecuente y que está socialmente aceptada. Las mujeres, sin embargo, aluden en menor frecuencia a esa causa y cuando lo hacen están más sancionadas socialmente por ello. Parece que la obtención de placer no es tan acorde con los mandatos de género femeninos, y sí lo es con los masculinos.

Otro dato distinguido, es que el inicio del consumo en las mujeres se originó principalmente en compañía de amistades, parejas y en grupos mixtos. En los entrevistados en su mayoría, los consumos se desplegaron en grupos exclusivamente de varones. Las amistades representan una importante influencia para ambos a la hora de iniciar el consumo y en el caso de las mujeres la pareja en el inicio del consumo, tiene un lugar protagonista que en los varones no se registra, salvo en un entrevistado. Nuevamente, inciden los mandatos de género ya analizados en las mujeres y varones.

DISCUSIÓN

En la presente investigación, el género ocupa un lugar importante en la construcción de la identidad, respondiendo los varones en su mayoría, a una construcción de masculinidad hegemónica evidenciada en el mito de ganador, fuerza física, endurecimiento, afirmación masculina, homosocialidad entre otros aspectos. En las mujeres, la identidad gira en torno a mandatos tradicionales de femineidad. No se reconocen la presencia de identidades que no respondan a los roles tradicionales de género, aunque pocos entrevistados aludieron a la desconstrucción de mandatos de género. Como demuestran otras investigaciones (Burin, 2012) la tarea de desnaturalización presenta mayor complejidad en los sectores populares, debido a los patrones socioculturales asentados, que refuerzan roles y estereotipos de género asignados al binomio varón/ mujer, correspondiendo esta muestra a estratos sociales populares. Se evidencia una relación estrecha entre identidades, roles de género y consumo problemático exteriorizada en los patrones de consumo: motivaciones, circunstancias, ritualizaciones e historia de consumo.

Entre los estereotipos de género que pueden tener relación con el consumo problemático se revelaron en las acciones de autocuidado y en la gestión de emociones negativas. La mayoría de los entrevistados no percibe la influencia de roles de género en su consumo, no obstante, tres pacientes reconocen la importancia de intervenciones de género en los tratamientos, de diferencias en patrones de consumo y en necesidades particulares de las mujeres en el tratamiento de adicciones, como trabajar en modalidades de grupo no mixtos y atender la estigmatización como consecuencia del consumo.

CONCLUSIONES

Se considera que los objetivos planteados para esta investigación fueron concretados, resultando un estudio enriquecedor para la práctica clínica y constituyendo una contribución para repensar y seguir investigando sobre la temática. En la sociedad capitalista y patriarcal en la que vivimos los consumos de sustancias se encuentran atravesados por múltiples factores destacándose: las identidades de género, el cumplimiento de mandatos, así como en el número inferior de mujeres que acceden a los tratamientos, puesto en evidencia en la muestra de este estudio. A partir de lo analizado, se valora la promoción de la inclusión del enfoque de género en salud para alcanzar la igualdad y equidad, como un objetivo y desafío del sistema actual de salud. De los resultados obtenidos en la presente investigación se sugieren algunas propuestas para incorporar la perspectiva de género en los centros ambulatorios RAAC.

- Planificar encuentros de sensibilización sobre cuestiones de género y adicciones, destinados a todos los profesionales que conforman la Institución.
- Generar a nivel institucional espacios de formación específica que permitan a los profesionales incorporar el enfoque de género en sus prácticas cotidianas.
- Trabajar con contenidos y procesos diferenciados para varones y mujeres, ya que responden a mandatos de género diferentes que influyen en sus actos, ideas y emociones.
- Focalizarse en las barreras que enfrentan las mujeres para buscar tratamiento, como la estigmatización y los roles de género tradicionales, principalmente a la reproducción social y los cuidados. Atender a las necesidades específicas de las mujeres.
- Realizar convocatorias específicas para travestis y trans, trabajar comunitariamente y forjar articulaciones con las organizaciones que los acompañan.
- Abordar temáticas específicas en función del género, dentro de los tratamientos y en talleres psicoeducativos grupales, como la culpa y vergüenza por no cumplir con los

mandatos de género en mujeres, y la necesidad de demostrar masculinidad y asumir riesgos en los varones. Es elemental renunciar al modelo de bidependencia y doble dependencia, y trabajar en habilidades sociales, autocuidado integral, gestión emocional y autoestima tanto en mujeres y varones.

- Trabajar en los varones la influencia del grupo de iguales como referencia de comportamiento frente a las adicciones así como la homosociabilidad.
- Centrarse en los mandatos de masculinidad que empujaron y empujan al consumo problemático de sustancias. Promover la adquisición de nuevos recursos como el autocuidado y la renuncia al estatus de género entre los varones.

REFERENCIAS

- Alasia, L., Cavalie, C., & González, M. A. (2020). *Género y adicciones: factores de riesgo, protección y tratamiento en consumidores mujeres, exploración de una desigualdad*. Revista Científica de UCES 2020. 25 (2).
- Arce, M. R., Boccardi, P., & Decca, E. (2020). *Perspectiva de géneros en abordajes por consumo problemático de sustancias*. Revista Narrativas del cuidado en escenarios turbulentos 2021. 4 (8), 310-327.
- Arostegui, E., Gonzalez de Audikana, M. (2016). *Perspectiva de género en la intervención en drogodependencias. Prevención, asistencia, formación e investigación*. España: Universidad de Deusto.
- Arce, M. R., Boccardi, P., & Decca, E. (2020). *Perspectiva de géneros en abordajes por consumo problemático de sustancias*. Revista Narrativas del cuidado en escenarios turbulentos 2021. 4 (8), 310-327.
- Arostegui, E. Gonzalez de Audikana, M. (2016). *Perspectiva de género en la intervención en drogodependencias. Prevención, asistencia, formación e investigación*. España: Universidad de Deusto. Bergara, A, Josetxu, R, & Ritxar, B (2008) *Los hombres, la igualdad y las nuevas masculinidades*. EMAKUNDE-Instituto Vasco de la Mujer.
- Borisonik, D. Bocca, L. (2017). *Hablar de diversidad sexual y derechos humanos: guía informativa y práctica*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural. Buenos Aires.
- Congreso de Argentina (2009, 19 de Noviembre). *Ley de derechos del paciente N° 26.529*. <http://www.uba.ar>
- Bonino, L. (2000) *Varones, género y salud mental. Nuevas masculinidades*. Barcelona: Ikaria.
- Bonino, L. (2002) *Masculinidad hegemónica e identidad masculina*. Universitat Jaume. Dossiers feministes. (6). 7- 35.
- Bonino, L. (2008) *Hombres y violencia de género. Más allá de los maltratadores y factores de riesgo*. Ministerio de Igualdad. Gobierno de España.
- Botello, L. (2017). *Análisis del “enojo” del varón en el contexto de la violencia contra las mujeres para trazar un marco de construcción de responsabilidad. Masculinidades y cambio social*, ISSN-e. (6) N°. 1, 2017, 39-61.
- Butler, J. (1990) *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.

- Fernández Rius, L. (2000). *Roles de género y mujeres académicas*. Ciencias Sociales, 88, 63-75.
- Guevara J. (2021). *Consumos y población LGBTI+: ¿qué se sabe hasta ahora?* XIV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista L. P. (2010). *Metodología de la investigación*. McGrawHill.
- Iris, F. E. A. (2020). *Tratamiento de mujeres con adicciones y otras patologías en Comunidad Terapéutica: el porqué de un tratamiento específico para mujeres*. Revista española de drogodependencias. 2020. 2. (45), 64-72.
- Kimmel, M S. (1994). *Weekend warriors: the new men's movement, Theorizing masculinities*, Thousand Oaks, Sage.
- Maffia, D. (2020) *Intervenciones feministas para la igualdad y la justicia*. Buenos Aires: Jusbaire.
- Martínez-Redondo, P. (2008). *Perspectiva de Género Aplicada a las Drogodependencias*. Navarra: ASECEI
- Martínez-Redondo, P, Luján-Acevedo, F. (2020). *Hombres y Adicciones. Intervención desde perspectiva de género*. Madrid: UNAD
- Mauri, E., Sicre, C (2021). *Sobre la importancia de la perspectiva de género en el abordaje de los consumos problemáticos*. IV Congreso Argentino de Abordaje interdisciplinario de los Consumos Problemáticos. Asociación Argentina de Salud Mental, Buenos Aires.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación (2015, 23 de Mayo). *Ley de Identidad de Género N° 26.743*.
- Ministerio de Salud. (2010, 2 de diciembre) *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*.
- Ministerio de Salud (2014, 30 de abril). *Ley Plan Integral de Abordaje de los Consumos Problemáticos*.
- Ministerio de Salud de la Nación (2017). *Salud y adolescencias LGBT: herramientas de abordaje integral para equipos de salud*. 1a ed. Buenos Aires.
- Ortiz García, P., Clavero Mira, E. (2015). *Estilos de consumo de sustancias adictivas en función del género. Una aproximación desde el análisis de discurso*. Acta Sociológica, (64)
- Proyecto Malva (2020). *Miradas Feministas al abordaje de drogas. Guía breve para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de drogas*. Fundación Salud y Comunidad. Barcelona.
- Romo-Avilés, N, Camarotti, A. (2015). *Haciendo género en un mundo de varones: el consumo de pasta base de cocaína entre las mujeres de la Ciudad de Buenos Aires*. La aljaba, 19, 229-235.
- Rubin, G. (1975). *El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo*. Revista Nueva Antropología, 30, 95-145.
- Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones (2020). *Lineamientos generales de la red asistencial de las adicciones de Córdoba*. Ministerio de Salud. Gobierno de la provincia de Córdoba.
- Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones. (2020). *Evaluación multidimensional y criterios de derivación a los niveles de atención de trastornos por consumos de sustancias*. Ministerio de salud. Gobierno de la provincia de Córdoba.

- Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones (2020). *Trastornos relacionados con el consumo de sustancias: Guía de recomendaciones. Módulo 2: prevención de recaídas y afrontamiento del craving*. Ministerio de Salud. Gobierno de la provincia de Córdoba.
- Sedronar. Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (2022). *Lineamientos para abordar los consumos problemáticos de sustancias desde una perspectiva de género y diversidad*. Presidencia de la Nación. Buenos Aires.
- Welzer-Lang, D. (2002). *La crisis de las masculinidades: entre cuestionamientos feministas y críticas contra el heterosexismo*. Recuperado de <http://www.jerez.es/fileadmin/>

Fe de erratas

Por un error involuntario de edición, en la versión original de este número publicada el se omitió el siguiente artículo: **Identidades y roles de género en el consumo problemático de sustancias, Romina I. Pedrazza, página 171.**



Colegio de Psicólogos
de la Provincia de Córdoba
Ley 8312

Se terminó de imprimir en mayo de 2026.
Córdoba - Argentina.

"Presentar una nueva edición de "Nuestra Ciencia" es en sí mismo un motivo de alegría y celebración; pero este número, además, tiene un significado muy especial para nuestro Colegio. Porque lo que van a encontrar aquí es el resultado de una política institucional sostenida desde el año 2017: la de apostar a la investigación y a la producción de conocimiento situado a través de nuestro programa de becas.

Sabemos que el sistema de salud y la ciencia en nuestro país atraviesan momentos complejos, por eso sostener estas cohortes de becarios ha sido una prioridad política y científica. Investigar es, para quienes integramos esta gestión, una forma de jerarquizar nuestra profesión y de brindar respuestas reales a los problemas que hoy afectan a nuestra comunidad.

En las páginas que siguen, encontrarán una selección de los trabajos finales producidos por colegas de las tres últimas cohortes. Esta selección no busca solo difundir conocimientos, sino también visibilizar el esfuerzo, la rigurosidad y el compromiso ético con que quienes integran el colectivo profesional de nuestra provincia abordan las problemáticas actuales de la salud mental y la psicología en sus diversos ámbitos.

Es importante destacar que estos trabajos constituyen solamente una muestra representativa del gran universo de producciones desarrolladas en el marco de nuestro programa; son por lo tanto un recorte de la potencia investigativa que las caracteriza.

Tenemos la convicción de que investigar no es una tarea aislada de la práctica clínica, social o institucional. Por eso los proyectos aquí presentados reflejan la diversidad temática y metodológica propia de nuestra comunidad profesional".

Del Prólogo de **Martín Cottone** MP: 4806. Sec. Científico del CPPC