

IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología  
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos  
Aires, 2017.

## **“No en mi patio trasero”: el enfoque comunitario como alternativa a los procesos de estigmatización social.**

Vázquez, Andrea Elizabeth.

Cita:

Vázquez, Andrea Elizabeth (2017). *“No en mi patio trasero”: el enfoque comunitario como alternativa a los procesos de estigmatización social. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-067/71>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRer/fcO>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# “NO EN MI PATIO TRASERO”: EL ENFOQUE COMUNITARIO COMO ALTERNATIVA A LOS PROCESOS DE ESTIGMATIZACIÓN SOCIAL

Vázquez, Andrea Elizabeth  
Universidad de Buenos Aires. Argentina

---

## RESUMEN

En la Argentina, es difícil encontrar estudios que analicen no solo los procesos de estigma social sobre la problemática sino, también, alternativas en las cuales las comunidades tengan un lugar central. Generalmente se han relevado diferentes manifestaciones comunitarias de resistencia a la creación de lugares de atención para personas con consumos problemáticos y/o para personas con sufrimientos psíquicos, pero no se ha llamado la atención sobre los modos en que se han llevado adelante esas propuestas. A lo largo de la historia, hay evidencia de reacciones sociales contrarias a la instalación de plantas contaminantes (el conflicto con la papelera Botnia en la frontera Argentina-Uruguay es solo una de las más recientes), centrales nucleares, centrales energéticas y basureros, entre otras. Estas reacciones sociales, se han reconfigurado en lo que podría llamarse una segunda generación de oposición, ahora dirigida contra dispositivos de atención social (como cárceles) o de salud (destinados a la atención de personas con problemáticas específicas), que ha configurado un verdadero fenómeno social conocido como NIMBY. Sigla que se configura con las iniciales de la frase “Not In My Back Yard”. Frase que podría traducirse como: no en mi patio trasero.

## Palabras clave

Consumos, Drogadependencia, Comunidad, Estigmatización

## ABSTRACT

“NOT IN MY BACK YARD”: THE COMMUNITY APPROACH AS ALTERNATIVE TO SOCIAL ESTIMATION PROCESSES

In Argentina, it is difficult to find studies that analyze not only the processes of social stigma about the problem but also, alternatives in which the communities have a central place. There have been a number of community manifestations of resistance to the creation of places of care for people with problem drinking and / or people suffering from mental illnesses, but attention has not been drawn to the ways in which these proposals have been carried out. Throughout history, there is evidence of social reactions that are contrary to the installation of polluting plants (the conflict with the Botnia waste bin in the Argentina-Uruguay border is only one of the most recent), nuclear power plants, power stations and landfills, between Others. These social reactions have been reconfigured into what could be called a second generation of opposition, now directed against social care devices (such as prisons) or health care (aimed at the care of people with specific problems), which has shaped a true phenomena Socially known as NIMBY. Acronym that is confi-

gured with the initials of the phrase “Not In My Back Yard”. Phrase that could be translated as: not in my backyard.

## Key words

Consumption, Drug Dependence, Community, Stigmatization

## Introducción

El artículo, aborda una de las dimensiones profundizadas en la tesis doctoral de la autora[1].

La definición del consumo problemático y la drogadependencia como construcción social conlleva implícita la pregunta de: ¿para quién es un problema?

En la Argentina, es difícil encontrar estudios que analicen no solo los procesos de estigma social sobre la problemática sino, también, alternativas en las cuales las comunidades tengan un lugar central.

## “No en mi patio trasero”

Generalmente se han relevado diferentes manifestaciones comunitarias de resistencia a la creación de lugares de atención para personas con consumos problemáticos y/o para personas con sufrimientos psíquicos, pero no se ha llamado la atención sobre los modos en que se han llevado adelante esas propuestas. Estas resistencias no son procesos exclusivos de nuestro país, sino que configuran una preocupación para otros países del mundo.

A lo largo de la historia, hay evidencia de reacciones sociales contrarias a la instalación de plantas contaminantes (el conflicto con la papelera Botnia en la frontera Argentina-Uruguay es solo una de las más recientes), centrales nucleares, centrales energéticas y basureros, entre otras. Estas reacciones sociales, se han reconfigurado en lo que podría llamarse una segunda generación de oposición, ahora dirigida contra dispositivos de atención social (como cárceles) o de salud destinados a la atención de personas con problemáticas específicas que ha configurado un verdadero fenómeno social conocido como NIMBY. Sigla que se configura con las iniciales de la frase “Not In My Back Yard”. Frase que podría traducirse como: *no en mi jardín* (Romaní, 2008, p.17) o *no en mi patio trasero*. Diferentes autores han enfocado su interés en estudiar los procesos de implantación conflictiva de dispositivos de atención de problemáticas sociales, tales como a la que hacemos referencia en este trabajo, pero extensivo a otros colectivos considerados marginales (Sepúlveda, Báez y Montenegro, 2008, p.31).

Estos procesos, se caracterizan por la aparición de situaciones de confrontación entre un grupo de ciudadanos y propuestas gubernamentales de creación de determinado tipo de dispositivo asisten-

cial, con base en una interpretación de la comunidad que percibe como riesgosa o peligrosa la implantación cercana de tales centros (en general las reacciones no cuestionan tanto la creación de los centros asistenciales como el lugar de su funcionamiento). No obstante, estos estudios elaboran propuestas en que las comunidades recuperan un protagonismo que les permitiría estar sensibilizados en la temática y ser parte de un proceso que concluya no en una reacción de rechazo y exclusión, sino en la mejora de la inclusión social de estas personas.

### **Análisis de casos**

En un trabajo previo sobre el tema (Vázquez y Román, 2012), se analizaron y compararon los dichos de los vecinos de los barrios en que se encuentran estos servicios de salud[ii] y se analizaron también los discursos de los profesionales que allí trabajan. Se observó la presencia de discursos estigmatizantes sobre las personas que se atienden en estos dispositivos. Prevalció una representación ligada a la desviación, la peligrosidad y la potencial relación con hechos delictivos y de inseguridad ciudadana. Quedando en evidencia que la reproducción de la estigmatización construida socialmente, podría colaborar en la producción de barreras de accesibilidad a la atención en salud, específicas para esta población. Configurando verdaderos procesos de exclusión social que se suman a otros ya existentes para esas personas.

En el estudio de caso de Barcelona[iii], en la visión del vecindario se analizó la persistencia de diversos grados de rechazo o estigmatización sobre las personas que asisten a un centro de Reducción de Daños[iv] y, por extensión, a todas las que usan drogas. Los entrevistados lo manifestaron de la siguiente manera:

*“La drogodependencia es más grande de lo que se cree. Es tabú en la familia, aceptar a ese nivel es muy difícil. Hay gente que aún tiene prejuicios y cree que es por vicio (...)” (Profesional 2 CAS). “Aquí en nuestro entorno tiene que ver con las actitudes de poco respeto de los usuarios con el medio, pero va ligado al consumo. (...)” (Profesional 3 Sala Baluard)*

Sobre la persistencia de un ideario del drogadependiente que podría transmitir enfermedades:

*“Sobre las personas que tienen Sida... se ven por ejemplo tabúes como un capuchón de jeringuilla me puede transmitir el Sida (...). Pero sobretodo les da mucho miedo el robo con intimidación que creen que pueden sufrir en cualquier instante”. (Profesional 2 Sala Baluard).*

Acerca de las sensaciones de que el barrio es un lugar inseguro, lo cual no siempre se corresponde con los niveles ciertos de inseguridad ciudadana:

[En referencia a una sala de venopunción asistida[v]] *“Hay una parte del barrio que lo ve como una solución (...) pero hay otra parte del barrio que le genera mucha inseguridad saber que a pesar de que no estén ahí fuera pero hay un tránsito continuo de personas entrando y saliendo aquí, y todo el miedo que genera este lugar que*

*nadie sabe cómo funciona...” (Profesional 1 Sala Baluard).*

En la Ciudad de Buenos Aires, se analizó un relato reiterado durante las entrevistas, referido a uno de los proyectos que circuló para ocupar un pabellón que se encontraba desocupado de un Hospital general. El mismo, proponía destinarlo a la atención de personas drogadependientes. Al relevar los motivos por los cuales se rechazó el proyecto de creación de un servicio de atención de personas drogadependientes se detectó que esta categoría condensó la mayor cantidad de percepciones estigmatizantes. Se destacaron dos versiones: aquellos que decían que el rechazo provino de los vecinos del barrio, y los que decían que la comunidad hospitalaria se opuso a la concreción de la propuesta

En algunos casos, aparecieron percepciones asociadas a la delincuencia, la violencia y a la transmisión del VIH-SIDA:

**Profesional 1:** *“(...) por esta construcción, a veces válida por casos que se han dado de delincuentes y situaciones de violencia en el contexto de drogas (...), por lo tanto entiendo el por qué de esto: mejor lejos”.* **Profesional 10:** *“Puede haber sucedido de que el rechazo haya aparecido por ahí en forma espontánea, porque hay como un cierto rechazo en la mayoría de los casos, es como el rechazo de lo que te decía del VIH”.*

**Profesional 12:** *“Es miedo, primero es miedo porque por ahí es una población, o por ahí está el prejuicio, es una población que tal vez no es fácil tratar, pongamos, no es el paciente obediente”.*

En otros casos, aparecieron ideas acerca de las personas drogadependientes como *población riesgosa*:

**Profesional 2:** *“No sé si por parte del barrio, pero por lo menos de la comunidad hospitalaria seguro (...) Seguramente pensando en el elemento que circularía por el hospital, los riesgos que todo esto podría tener”.*

**Profesional 8:** *“Hay un jardín de infantes donde los profesionales de acá del hospital tenemos la posibilidad de dejar a los chicos, (...) entonces hubo un momento donde realmente se armó un problema que era real, yo lo había visto: fumaban, se ponían a fumar marihuana ahí, a media cuadra del jardín, con lo cual esto generó toda una pregunta en relación al cuidado de los chicos y bueno, cierta paranoia en los padres”.*

Solo algunos incluyeron una visión crítica sobre la estigmatización de estas personas:

**Profesional 5:** *“No conocía esa opinión del vecindario, pero en realidad, seguramente piensan que puede haber mayor índice de conflicto de tipo social, de inseguridad, una serie de cosas que... bueno yo no comparto”.*

**Profesional 9:** *“porque este es un hospital que está relacionado con lo que tiene que ver con las enfermedades infecciosas, que en realidad en el representativo social, era un hospital para tuberculosis, también tiene que ver con la estigmatización, que después costó mucho que fuera un hospital general, en un momento dado se pensaba que era un hospital que podía ser también para la atención*

del VIH, y entonces esto y adicciones, algo así como si siguiera la misma cadena de algo que es estigmatizante”.

**Profesional 11:** “... me hace acordar a la época del SIDA, que la gente del (Nombre de hospital) se movilizó en contra del grupo que trabajaba con HIV, o sea nosotros también tenemos nuestros propios sistemas rechazantes en cuanto a qué es lo que hay que asistir”.

Un último grupo hizo referencia al rechazo social que producen:

**Profesional 6:** “un pabellón de adictos trae aparejado toda una situación bastante grave, que es que llega la droga a los lugares donde están internados (...) este hospital es de la comunidad, en un hospital, por un foco de adicciones, del cual mucha gente no es responsable de nada y que a lo mejor ya no va a querer asistirse”.

**Profesional 7:** “yo podría asociarlo con los leproarios en su momento, y con que este hospital para los tuberculosos en su momento, donde ciertas patologías son toleradas como patologías (...) hay otras patologías que por las propias vivencias y por los propios miedos, generan una cuestión de aislamiento, de distancia”.

## Discusión

En el caso de Barcelona, se evidenció que la mayor responsabilidad del acceso suele depositarse en la persona que se acerca al servicio y que estas imágenes producen una barrera de accesibilidad. Asimismo se analizó que los imaginarios de los profesionales en cuanto a sus visiones académicas y/o a reproducción de imágenes sociales junto a la ausencia de expectativas de cambio de estas personas (en cuanto a su consumo), también afectan la accesibilidad (Sepúlveda, 2010).

En el estudio de la Ciudad de Buenos Aires, se relevaron discursos estigmatizantes sobre las personas drogadependientes. Prevalció una representación ligada a la desviación, la peligrosidad y la potencial relación con hechos delictivos y de inseguridad ciudadana. Quedó en evidencia que la reproducción por parte de profesionales de la salud de la estigmatización construida socialmente, podría colaborar en la producción de barreras de accesibilidad específicas para esta población.

Pareciera que la persistencia de los discursos de estigma por parte de las instituciones obligadas a dar cuidado operara como una herramienta contradictoria. Declarativamente se cuestionan estos procesos pero a la vez se da una resistencia al vaciamiento del discurso atemorizante como si perderlo supusiera quedar sin herramientas para la acción (Romaní, 2006). Identificar barreras de accesibilidad a la atención en salud contribuye a monitorear la equidad en salud como un elemento imprescindible para la mejora del acceso de toda la población y “(...) para reducir las inequidades sociales y de salud” (Hirmas Aday y otros, 2013, p.228). El planteo central que motoriza estos estudios, es que la accesibilidad adecuada y oportuna, en igualdad de derechos, favorece la disminución de la condición de marginalidad de estas personas (Sepúlveda, 2010). Es decir, logra mejorar su inclusión social.

La revisión de los modos en que se realizan de las intervenciones comunitarias aparece como un elemento clave para mejorar la inclusión social y facilitar el ejercicio de la ciudadanía desde una perspectiva de derechos.

## NOTAS

[i] Proyecto UBACyT 20020130100543BA. Directora: Alicia Stolkiner. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

[ii] Los fragmentos seleccionados corresponden a servicios del estudio de caso en la Ciudad de Barcelona y de un Hospital General de la Ciudad de Buenos Aires.

[iii] “Volem un barri digne (“Queremos un barrio digno”). Se trata de la leyenda que se muestra en pancartas colgadas en los alrededores del Servicio y que denota un mayor rechazo a la existencia de la Sala en el barrio. Para ampliar el tema del rechazo social a la implementación de dispositivos de atención de drogadependencias, véase el trabajo de Sepúlveda, Báez y Montenegro, 2008, Op. Cit.

[iv] La perspectiva de reducción de daños, asume el hecho de que hay personas que no pueden o no quieren dejar de consumir y se plantean acciones dirigidas a disminuir los daños asociados al consumo de drogas. Tanto desde un nivel de políticas en salud, como asistencial, esta orientación privilegia el acercamiento de las personas a los servicios de salud.

[v] Las salas de venopunción higiénicas, mal llamadas “narcosalas” (Romaní, 2008, p.305) son servicios en los cuales se permite el consumo higiénico de drogas que fueron obtenidas previamente bajo la supervisión de un profesional. Estas salas son, principalmente, un lugar de intervención en salud, donde se privilegia el contacto y se aprovecha el encuentro para favorecer la educación en salud. Para ampliar véase Ilundain y Márquez, 2005. Op.Cit.

## BIBLIOGRAFÍA

- Hirmas Aday M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerral, Vega Morales J. (2013) Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Pública*. 33(3):223-9.
- Ilundain, E. y Márquez, I. (2005) Salas de consumo: entre innovación y mal menor en políticas de drogas. *Adicciones*, 17 (2), 287-297.
- Romaní, O. (2006). Problemas de drogas, ¿qué problemas? Trabajo presentado en Congreso Sociedad, Familia y Drogas, Madrid, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Romaní, O. (2008) Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva*, 4 (3), 301-318.
- Sepúlveda, M. (2010). (Coord.) Informe Final: La accesibilidad a los recursos de atención de drogodependencias de mujeres usuarias de drogas ilegales en situación de exclusión social. Barcelona: Grup Igia.
- Sepúlveda, M., Báez, F., Montenegro, M. (2008): “No en la puerta de mi casa”. Implantación no conflictiva de dispositivos de drogodependencia. Barcelona: Grup Igia.
- Vázquez, A., Romaní, O. (2012) Drogadependencia, estigma y exclusión en salud. Barreras de accesibilidad de drogadependientes a Servicios de Salud en las ciudades de Barcelona y Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*. Facultad de Psicología. UBA, XIX, 159-166.