

IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología  
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos  
Aires, 2012.

# **Concepciones de sujeto/paciente en salud sexual y reproductiva: acceso a la anticoncepción quirúrgica.**

Perrotta, Gabriela Viviana.

Cita:

Perrotta, Gabriela Viviana (2012). *Concepciones de sujeto/paciente en salud sexual y reproductiva: acceso a la anticoncepción quirúrgica*. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-072/295>

*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>.*

# CONCEPCIONES DE SUJETO/PACIENTE EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: ACCESO A LA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA

Perrotta, Gabriela Viviana

UBACyT, Doctorado UBA y Salud Investiga

---

## Resumen

En el marco de la investigación para la tesis de doctorado sobre “Concepciones de sujeto/paciente en salud sexual y reproductiva”, este trabajo se propone visualizar diferentes concepciones de sujeto que tienen los/as profesionales de salud en la atención de la salud sexual y reproductiva de la población, focalizando en el acceso a la anticoncepción quirúrgica. La conquista de los derechos de las mujeres no garantiza el acceso igualitario a los derechos sexuales y reproductivos. Al analizar en particular el acceso a la anticoncepción quirúrgica nos encontramos con el trato diferencial que reciben mujeres y varones por parte de los/as médicos/as, cuestionando la decisión de las mujeres y no la de los varones, por un lado, y reforzando el estereotipo de género al esperar siempre de la mujer que se ocupe del cuidado anticonceptivo, por otro.

Los hallazgos de esta investigación refuerzan la idea de la importancia de la capacitación de profesionales en perspectiva de género y derechos y, especialmente, del trabajo en un equipo interdisciplinario con participación de profesionales de salud mental para tener en cuenta las singularidades de los sujetos que demandan atención en salud sexual y reproductiva y aportar con su posición para mejorar la calidad de atención.

## Palabras Clave

sujeto AQ género derechos

## Abstract

CONCEPTIONS OF SUBJECT/PATIENT IN SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH CARE: SURGICAL CONTRACEPTION'S ACCESS

In the frame of the study for doctoral thesis on “Conceptions of subject / patient in sexual and reproductive health care”, in this paper we propose to visualize different conceptions of subject that health professionals have in the attention of sexual and reproductive health care, focusing in surgical contraception's access. Women rights' conquest does not guarantee egalitarian access to the sexual and reproductive rights. By analyzing surgical contraception's access we find the differential treatment received by women and men from doctors, questioning women decision and not men's, on the one hand, and reinforcing gender stereotype always hoping that woman deals with contraceptive care, on the other.

Findings of this study reinforce the idea of the importance of professionals' training in rights and gender perspective and, specially, the importance of working in an interdisciplinary equipment with

mental health professionals to recognize subjects' singularities in sexual and reproductive health care and to favor improvement of health care's quality with professionals' position.

## Key Words

subject SC gender rights

## Introducción:

Este trabajo se enmarca en un Proyecto UBACyT (1), en un Proyecto desarrollado en el marco de la Comisión Nacional Salud Investiga (2) y en la tesis de Doctorado de la autora, para la que se tomaron datos de las investigaciones en las que ha participado en los últimos años (3). El objetivo del trabajo es identificar concepciones de sujeto/paciente de las/os profesionales de salud en la atención de la Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) que favorecen u obstaculizan el acceso al sistema de salud y a una atención de calidad, así como también al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Nos centraremos en particular en un área de la salud sexual y reproductiva como es el acceso a la anticoncepción quirúrgica (AQ), para tomarlo como ejemplo de diferentes concepciones de sujeto que tienen las/os profesionales de salud acerca de las personas que atienden y de la manera en que la perspectiva de género y derechos atraviesa esas diferentes concepciones, favoreciendo u obstaculizando el acceso al sistema de salud, especialmente a su SSyR.

## Derechos de las mujeres

Tomaré dos momentos históricos para recordar el proceso de reconocimiento de los derechos de las mujeres y reflexionar acerca de los estereotipos de género que la sociedad y la cultura a veces sostienen, a pesar de la garantía de derechos que se permite el avance del marco legal, tanto nacional como internacional.

El primer momento se ubica a fines del siglo XIX: en el texto “Inferioridad jurídica y encierro doméstico”, Dora Barrancos se refiere a dos artículos de la Ley de Matrimonio Civil, incorporada al Código Civil en 1882, que justifican la subordinación de las mujeres (Barrancos, 2000). Los artículos son el artículo 55 que declaraba la incapacidad relativa de la mujer casada y el artículo 57 inciso 4, que la ponía bajo la representación necesaria del marido.

Estos artículos legislan sobre el ámbito privado y público y sobre lo que hoy llamamos “derechos personalísimos” ya que una mujer casada no podía ser sujeto de contrato sin la autorización del marido,

no podía elegir ni estudiar una profesión y tampoco podía administrar sus bienes, incluidos los propios y los gananciales. Si no podía elegir si estudiar o no o qué estudiar, menos podía decidir sobre su cuerpo y su vida: si tener hijos o no, cuándo y cuántos, ni sobre su deseo sexual, y hasta podríamos decir que tampoco sobre su elección de un hombre para casarse ya que antes del casamiento eran los padres o hermanos quienes decidían por ellas y seguramente eso implicaba muchos casamientos “por conveniencia”. La mujer era entonces un concreto objeto de intercambio, por un lado, y, si podemos decir que se la consideraba sujeto, no un sujeto de derecho sino que entraba en la figura que aún en muchos ámbitos se llama de “menores e incapaces”, que supone que la mujer tiene “menos” capacidad que el hombre y no puede decidir sobre ella misma ni sus bienes.

Por otro lado, si reflexionamos acerca de la violencia contra las mujeres, podemos imaginarnos en este contexto normativo las situaciones de violencia que las mujeres sufrían dentro de sus matrimonios, sin poder reclamar, denunciar ni demandar a sus maridos por esto, salvo privilegiadas excepciones.

Esta situación de tutelaje e incapacidad jurídica, civil, etc., continuó hasta el año 1936, cuando se reformó el Código Civil.

El segundo momento que tomaré se ubica en la década del '80, en el siglo XX, con la “Segunda Ola del Feminismo”. Podemos hablar de ella principalmente en los países centrales y de América Latina, salvo en países como la Argentina, Chile y Uruguay, donde esta segunda ola quedó pospuesta por la necesidad de ocuparse de los derechos humanos en general, ante las dictaduras existentes. En esta segunda ola, las demandas de los movimientos feministas se orientaron hacia los derechos sexuales y reproductivos especialmente. Ya no se defendía el maternalismo o la maternidad como característica femenina sino que se defendía el derecho al cuerpo, al deseo y al control de la reproducción.

En la Argentina particularmente, la diáspora y el exilio de muchas mujeres hizo que la democracia les permitiera retornar a muchas de ellas con la vivencia del feminismo de otros países y que trajeran con ellas las ideas para generar una nueva agenda: la del derecho al cuerpo, al deseo y a la reproducción elegida.

El movimiento feminista en Argentina va de la mano de la conquista de una serie de leyes que garantizan los derechos de las mujeres. Todo esto se da en el marco de las conquistas de los movimientos sociales a nivel internacional y de los encuentros internacionales que contribuyeron a consagrar derechos y fomentar políticas, como son la CEDAW (Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer) y las Conferencias Mundiales de la Mujer de Naciones Unidas.

En la Argentina, las leyes nacionales y muchas provinciales garantizan los derechos sexuales y reproductivos (incluido el acceso a la anticoncepción quirúrgica), el matrimonio igualitario, la identidad de género y el intento de erradicar la violencia contra la mujer.

De todas maneras, sabemos que esos logros “legales” no son suficientes: los movimientos de mujeres deben continuar la lucha y muchas veces también el monitoreo de los mecanismos del Estado para garantizar el cumplimiento de las leyes. Lamentablemente, no siempre se aplican esas leyes como deberían y los derechos de las mujeres a elegir libremente cuándo y con quién tener hijos, a no sufrir

situaciones de coerción ni violencia, a acceder a una atención en salud de calidad (incluida la salud sexual y reproductiva), no siempre están garantizados.

## **Estereotipos y Autonomía de género**

Cuando hablamos de estereotipos de género nos referimos a la construcción social y cultural de los géneros que implica suponer características, roles, derechos diferenciales para las mujeres y los varones.

Tradicionalmente se atribuyen a las mujeres roles pasivos, de cuidado de los otros, de mayor sensibilidad y básicamente se espera que sean madres y esposas y se remitan al ámbito de lo privado. Mientras que a los hombres se les atribuye la actividad, el poder, la fuerza y el rol de proveedores y se les otorga el ámbito de lo público. Estas atribuciones de mujeres y hombres, de lo que se espera de la femineidad y la masculinidad de cada uno, han sido sostenidas por hombres y mujeres a lo largo de la historia, y son cuestionadas por los estudios de mujeres y luego por los estudios de género debido a las desigualdades sociales que implican, especialmente la desigualdad de las mujeres como sujetos de derecho.

La confusión de conceptos, especialmente los de sexo y género, favorece la construcción de estereotipos. La introducción del concepto de género permite instalar en el ámbito científico, académico y político la discusión acerca de la diferencia entre sexo y género, definiendo al sexo como aquello que está determinado por la naturaleza y designa las características biológicas de un ser humano al nacer y al género como la construcción social y cultural de lo femenino y lo masculino. La construcción acerca de la femineidad y la masculinidad se realiza en un entrecruzamiento entre diferentes aspectos: socioculturales, históricos, políticos, económicos, familiares. También subjetivos, singulares de cada sujeto. Y además de tener en cuenta las diferencias de género como inequidades sociales entre hombres y mujeres, es necesario pensar esas diferencias en su relación con las diferencias de clase social, edad, condiciones materiales de vida.

En la vida cotidiana encontramos múltiples ejemplos de los estereotipos y condicionamientos de género, que se reproducen de generación en generación a través de la educación y la transmisión, tanto dentro de la familia como en las instituciones y los medios masivos de comunicación: las niñas aprenden a jugar a las muñecas y los niños a la pelota; en los juegos compartidos ellas cambian pañales, limpian y hacen la comida, ellos van a trabajar o se sientan a leer el diario o mirar televisión. Los refranes siguen vigentes: “los hombres no lloran”, “las mujeres tienen instinto maternal”, “los hombres se hacen a golpes”, condicionando con esto no sólo los roles sino también muchas veces la justificación de la violencia, la discriminación y la consiguiente violación de derechos.

Si pensamos que el ejercicio de la sexualidad suele verse condicionado por la posición subordinada de la mujer y muchas veces por la definición de la identidad femenina asociada a la maternidad, debemos considerar las posibilidades de cada mujer para apropiarse de herramientas que le permitan reflexionar acerca de esos condicionamientos y elegir la manera de actuar frente a ellos.

En este marco podemos hablar de autonomía de género refiriéndonos a la posibilidad de hombres y mujeres de elegir y decidir sobre sus vidas, especialmente sobre su salud sexual y reproductiva (SSyR),

más allá de los estereotipos de género que condicionan sus roles y comportamientos.

Nos preguntamos entonces si los/as profesionales de salud, especialmente los/as médicos/as pero no sólo ellos/ellas, tienen en cuenta las condiciones de género y en qué medida favorecen o dificultan la posibilidad de autonomía de las mujeres: ¿reconocen a las personas que atienden como sujetos de derecho, portadores de saberes propios e inmersos en una cultura (o varias) y una sociedad que determina estereotipos de género?

### **Acceso a la anticoncepción quirúrgica**

Para pensar acerca de las diferentes concepciones de sujeto/paciente que tienen los/as profesionales de la salud al abordar la salud sexual y reproductiva me propongo, en este trabajo, ubicar algunos de los hallazgos de una de las investigaciones en las que he participado y de la que tomo información para mi tesis de doctorado. Se trata de un proyecto, dirigido por Mario Pecheny, que se propuso conocer la accesibilidad de mujeres y varones a servicios de salud sexual y reproductiva, particularmente a la anticoncepción quirúrgica (AQ): ligadura de trompas (LT) y vasectomía (VS).

Este tema supone la interrogación sobre el lugar que ocupa la sexualidad, particularmente la sexualidad heterosexual-reproductiva, inhibiendo o promoviendo determinadas conductas o prácticas individuales o colectivas y las respuestas a los desafíos que éstas presentan al sistema público de salud.

La Ley Nacional de Anticoncepción Quirúrgica del año 2006, N° 26.130, en teoría elimina cualquier obstáculo normativo anterior y legaliza la práctica para todas las personas mayores de 18 años que la soliciten. Pero el conocimiento y aplicación de la ley en todo el territorio y considerando todas sus disposiciones, incluyendo los requisitos incluidos y los excluidos explícitamente, aparece aún como un asunto pendiente.

Existe una clara diferencia entre los motivos de consulta registrados en servicios de SSyR, tanto en lo público (Centros de Salud y Hospitales) como en Obras Sociales (OOSS), de aquellos que llegan a los servicios de urología.

En el primer caso se trata de consultas de carácter más general por búsqueda de información, consejería y obtención de métodos anticonceptivos (MAC), controles de salud y síntomas específicos, que en su mayoría realizan mujeres que pueden llegar espontáneamente o por derivación. Algunos Centros de salud empiezan a tener apertura para escuchar consultas sobre salud sexual.

Para los entrevistados, en los servicios de urología no llegan consultas por SSyR, como si la anticoncepción fuera un tema de mujeres, siendo las consultas en su gran mayoría por distintas disfunciones y en mucho menor medida por fertilidad. La consulta por MAC aparece estrictamente relacionada a la AQ y generalmente ya a un pedido concreto de AQ.

Aparece en los/as médicos/as una visión acerca de las mujeres consultantes ligado a la falta de información y el desconocimiento, en tanto que para las consultas de varones se construyen sentidos más asociados a la decisión tomada e informada por parte de ellos. En el caso de las mujeres consultantes en el primer nivel de

atención, además, aparece un fuerte vínculo entre la elección de MAC y la violencia de género, en donde la decisión sobre el método en ocasiones tiene que ser ocultada a sus parejas, por lo que elijan un MAC que no pueda “verse”.

El pedido de AQ, ligadura tubaria, por parte de las mujeres se encuentra generalmente con cuestionamientos por parte del profesional que la recibe y muchas veces tiene que pasar por distintas instancias para que su demanda sea satisfecha, especialmente cuando se trata de una mujer que para los/as médicos/as es “joven” (lo cual se asocia a tener aún por delante varios años de edad fértil) y no tiene muchos hijos (peor aún si no tiene ninguno). Sólo las mujeres con determinadas patologías, en las que un embarazo futuro podría poner en riesgo su vida, tienen mayor acceso a la AQ, y tampoco en todos los casos.

En el caso de los servicios de urología, el recorrido es más rápido, dado que interviene solamente este servicio. Realizada la consulta y discutidas las ventajas y desventajas del método, se realiza la firma del consentimiento informado, el pre-quirúrgico y luego la intervención. La demanda es muy poca y la complejidad de la intervención muy baja, incluso susceptible de ser realizada en consultorio con anestesia local, a diferencia de la ligadura tubaria, de mayor complejidad y con requerimiento de quirófano y anestesia.

Surge del discurso de los entrevistados que se insiste más a las mujeres para que piensen y reflexionen sobre el método y sus implicancias que a los varones. Sólo frente a casos de patología mental franca parece ser necesario enviar al varón a Salud Mental, a diferencia de la mujer, que es enviada para reafirmar su convicción o lograr mayor “claridad de conciencia”.

Por lo tanto, el recorrido es muy diferente para mujeres que para varones: las mujeres suelen tener que pasar por distintas instancias (incluido el servicio de salud mental) y/o ser derivadas a algún profesional médico concreto por vía informal (no por referencia/contrarreferencia formal) para que les autoricen la ligadura. Los hombres la solicitan al urólogo y en general es el mismo profesional el que realiza la práctica sin cuestionamiento.

Parece estar naturalizado para los profesionales que es la mujer la que más consulta, tiene a su cargo la anticoncepción y debe poner el cuerpo.

Para los profesionales la AQ sería el método recomendado en última instancia (fracasados todos los demás), primero en la mujer y, si esto por alguna razón no es posible, luego en el varón.

### **Conclusiones**

Podemos extraer algunas conclusiones acerca de las diferentes concepciones de sujeto que tienen los profesionales de salud, que facilitan u obstaculizan el acceso de las personas a la AQ. Dichas concepciones responden a estereotipos de género y a diferentes criterios que asignan el derecho de autonomía a algunas personas y no a otras, lo que suele implicar un menor acceso para las mujeres que para los hombres.

Decíamos que de los dichos de los/as profesionales entrevistados/as se deduce que la anticoncepción es un tema del que se espera que se ocupe la mujer. Esto implica, por un lado, que se le exige hacerse

cargo de la AQ cuando la decisión es de ambos e incluso se le pide a ella que se practique una ligadura tubaria en los casos en los que su pareja ya ha decidido practicarse una vasectomía, que es menos riesgosa y de más fácil resolución.

Pero, por otro lado, se espera que la mujer quiera seguir siempre teniendo hijos, por lo que en general no se acepta en el ámbito médico que una mujer decida no tener más hijos o no tener ninguno y se cuestiona su decisión, incluso cuando existe una ley que ampara su derecho a decidir. Los médicos/as suelen cuestionar la decisión de las mujeres y pedir que otras especialidades confirmen que esa mujer efectivamente no quiera tener más hijos cuando no se trata de una recomendación médica por alguna patología orgánica. Sólo aceptan esa decisión en mujeres con muchos hijos y edad avanzada y a veces ni siquiera en esos casos. A diferencia de esta situación, los urólogos no cuestionan la decisión del varón y ni se les ocurre que deba haber consentimiento de su pareja.

Retomemos la historia de la reivindicación de los derechos de las mujeres: las mujeres debían ser inicialmente tuteladas por los hombres, no podían ejercer su derecho a decidir sobre su cuerpo, su salud sexual y reproductiva, los hijos que querían tener, etc. El código civil fue reformado hace 80 años y los derechos de las mujeres están garantizados por numerosas leyes nacionales y tratados internacionales que las sostienen. Pero todavía los estereotipos de género responden a los modelos de hace un siglo y a veces esos derechos no pueden ejercerse por los obstáculos que el sistema de salud antepone, desde actitudes individuales de profesionales pero que generan prácticas colectivas.

Estas actitudes suponen concepciones de sujeto diferenciales para mujeres y varones, con distintas posibilidades de defender y ejercer sus derechos y el acceso a la salud, además de las diferencias de clase y sector social.

Proponemos, una vez más, además de la capacitación de profesionales en perspectiva de género y derechos, el trabajo en el marco de un equipo interdisciplinario en el que participen profesionales de salud mental para intentar resolver los obstáculos en el acceso a la SSyR, reconociendo las singularidades de cada sujeto, los estereotipos de género y los derechos que nuestras leyes garantizan.

## Notas

1. Proyecto UBACyT de grupos consolidados (período 2010-2012) "Calidad de la atención de la salud sexual y reproductiva para adolescentes desde la perspectiva de género y derechos en servicios de salud adolescente de efectores públicos de CABA", dirigido por Susana Checa (Facultad de Ciencias Sociales. UBA)

2. Proyecto "Cuestiones emergentes de accesibilidad en salud sexual y procreación responsable", Director Mario Pecheny, financiado por la Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación (ECM 2010).

3. En términos empíricos, la investigación para la tesis de doctorado abrevia en cuatro proyectos colectivos de los que la doctoranda ha formado y forma parte, y que incluyen dimensiones específicas pertinentes para la tesis de doctorado en curso.

## Bibliografía

Barrancos, D., "Inferioridad jurídica y encierro doméstico" en Historia de las Mujeres en la Argentina, Alfaguara, Tomo I, Buenos Aires, 2000.

Lamas, M., "La antropología feminista y la categoría género", Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales, N°. 30, pp. 173-198, México, 1986.

Perrotta, G., Concepciones de sujeto/paciente en el abordaje de la salud sexual y reproductiva, en Sexo y Poder. Clínica, cultura y sociedad, Trimboli et al. (comp.), AASM (Conexiones), Bs. As. Argentina, 2011.

Segato, R., "La argamasa jerárquica: violencia moral, reproducción del mundo y la eficacia simbólica del derecho", en Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos, Prometeo-UNQ, Buenos Aires, 2003.

# DISPOSITIVO DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR, ESCOLAR Y URBANA EN UNA POBLACIÓN ADOLESCENTE CON ALTO RIESGO PSICOSOCIAL

Quiroga, Susana Estela - Moreira, Diego - Grubisich, Griselda - Tocci, Romina - Cryan, Glenda  
Universidad de Buenos Aires

---

## Resumen

En el Programa de Extensión Universitaria "Psicología Clínica para Adolescentes" Sede Regional Sur, Universidad de Buenos Aires (Directora: Prof. Dra. Susana E. Quiroga) se trabaja con adolescentes de entre 13 y 25 años y sus familias en actividades de prevención, asistencia e investigación.

En este trabajo se mostrará el dispositivo de prevención de conductas antisociales y autodestructivas en adolescentes y sus familias, en la temática referida a violencia en el ámbito comunitario.

Se administró el Cuestionario de Exposición a la Violencia Comunitaria (Richters & Martínez, 1993; modificado por Osofsky, 1995; Zeanah, 1996, y Quiroga, 2001) a una muestra no clínica de adolescentes tempranos y medios concurrentes a escuelas secundarias del Distrito de Avellaneda durante el año 2010.

Los resultados obtenidos muestran el alto porcentaje de sucesos de violencia sufridos por estos adolescentes, ya sea experimentados por ellos mismos, habiéndolos presenciado en forma directa o a través de relatos de personas conocidas. El alto riesgo de muerte y/o autodestrucción al que se encuentran expuestos corrobora la alta vulnerabilidad psicosocial y comunitaria que predomina en esta población y su contexto. Esta situación muestra la necesidad de continuar fortaleciendo el trabajo interdisciplinario generado a partir de la creación de una red social comunitaria.

## Palabras Clave

Adolescencia Violencia Comunitaria Dispositivo De Prevención

## Abstract

PREVENTION DEVICE OF FAMILY, SCHOOL AND URBAN VIOLENCE IN A HIGH PSYCHOSOCIAL RISK ADOLESCENT POPULATION

In the University Extension Programme, "Clinical Psychology for Adolescents", set in the Southern Branch of Buenos Aires University (Head: Prof. Dr. Susana E. Quiroga), adolescents aged between 13 and 25 and their families are the core of research, assistance and prevention activities.

In this research work, the prevention device for antisocial and self-destructive behaviour in adolescents and their families, to be used in

cases of violence in community life, will be shown.

The Exposure to Community Violence Questionnaire was administered (Richters & Martínez, 1993; modified by Osofsky, 1995; Zeanah, 1996, and Quiroga, 2001) to a non clinical sample of early and middle adolescents attending secondary schools in the Avellaneda area in the year 2010.

The outcomes obtained show the high percentage of violent events suffered by these adolescents either experienced by themselves or witnessed directly or through someone else's accounts. The high death and/or self-destruction risk that they find themselves exposed to corroborate the high psychosocial and community vulnerability that prevails in this population and in its context. This situation reveals the need to go on strengthening the interdisciplinary work that emerges from the creation of a community social net.

## Key Words

Adolescence Community Violence, Prevention Device

## Introducción

El Programa de Psicología Clínica para Adolescentes (Directora: Prof. Dra. Susana Quiroga) funciona desde el año 1997 en la Sede Regional Sur de la Universidad de Buenos Aires. En el mismo se realizan actividades de Prevención, Asistencia e Investigación con adolescentes de 13 a 25 años y sus familias. Los Proyectos de Investigación UBACyT (P056, P069, P049 y actualmente el 20020100100872) apuntan a encontrar nuevas formas de tratamiento para tratar las diversas problemáticas y los severos trastornos de personalidad de la población consultante. En el marco de estas programaciones se han realizado estudios de proceso (Quiroga y Cryan, 2009b, 2010d 2011b, 2011c) y de resultados (Quiroga y Cryan, 2007c, 2008c, 2009a, 2010a, 2010b, 2010c) para comprobar la eficacia terapéutica de los nuevos dispositivos creados y desarrollados en el Programa.

A partir del año 2000 se diseñaron actividades de prevención comunitaria con el objetivo de informar, esclarecer y diagnosticar patologías y situaciones de riesgo en la población escolar adolescente. En los Proyectos UBANEX 2005, UBANEX 2009 y UBANEX BICENTENARIO se creó y fortaleció una red social comunitaria (institución escolar, judicial, asistencial y/o municipal) que asiste a la población adolescente de riesgo y su familia con el objeto de continuar con el trabajo preventivo de conductas de desajuste familiar,