

En Zaldúa, Graciela, *Praxis Psicosocial Comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas*. Buenos Aires (Argentina): EUDEBA.

# **La mirada de los profesionales sobre los adolescentes. Representaciones y prácticas en el marco del sistema de protección integral.**

Zaldúa, Graciela, Bottinelli, Marcela, Gaillard, Paula, Pawlowicz, María Pía, Gambetta, Mariquena, Longo, Roxana y Moschella, Romina.

Cita:

Zaldúa, Graciela, Bottinelli, Marcela, Gaillard, Paula, Pawlowicz, María Pía, Gambetta, Mariquena, Longo, Roxana y Moschella, Romina (2010). *La mirada de los profesionales sobre los adolescentes. Representaciones y prácticas en el marco del sistema de protección integral*. En Zaldúa, Graciela *Praxis Psicosocial Comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas*. Buenos Aires (Argentina): EUDEBA.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/maria.pia.pawlowicz/128>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pgap/1cx>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

*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>.

## **Capítulo 4 INFANCIAS Y ADOLESCENCIAS**

### **4.1 La mirada de los profesionales sobre los adolescentes. Representaciones y prácticas en el marco del Sistema de Protección Integral\***

Garciela Zaldúa: María Marcela Bottinelli; Paula Gaillard; María Pía Pawlowicz; Mariquena Gambetta; Roxana Gabriela Longo y Romina Moschella

#### **Introducción**

El presente artículo se enmarca en el proyecto de investigación: “Praxis Psicosocial Comunitaria en Salud” (UBACyT P058). El objetivo de esta presentación es describir las concepciones de los profesionales sobre los adolescentes en situación de vulnerabilidad social asistidos en organizaciones públicas; y las pautas de relación que modelan el vínculo y las intervenciones profesionales con los usuarios. Asimismo, identificar las relaciones entre dichas concepciones e intervenciones y algunos puntos propuestos en el marco del Sistema de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (Ley 26.061). El sentido de la Psicología Social Comunitaria y la Salud Colectiva como instrumento de investigación, planeamiento, monitoreo y control de la condición de salud, de las acciones y programas, requiere el estudio de las necesidades objetivas y subjetivas, no en sentido abstracto, sino desde las prácticas sociales a partir del enfoque praxiológico.

#### **Metodología**

Como estrategia general se utiliza el monitoreo estratégico (Breilh, J. 2002) que está dirigido hacia la promoción, protección y prevención profunda, multidimensional e integral, y busca implementar una evaluación crítica sobre la necesidad social insatisfecha, los logros de la acción popular y los determinantes y expresiones de salud colectiva. Se triangularon fuentes de datos primarias y secundarias al trabajar tanto con la ley como con entrevistas, y grupos focales. Las muestras que consideramos en este trabajo son intencionales y están compuestas por profesionales que trabajan cotidianamente con adolescentes tanto en instituciones del ámbito jurídico y el sanitario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

#### **¿Qué es la adolescencia?**

Consideramos la adolescencia como un modo de transitar entre la infancia y la adultez, caracterizado por afirmaciones, destituciones y múltiples experiencias transferenciales con el otro, identificatorias y proyectivas que permitirán o no posicionarse consigo y el mundo externo. Las condiciones materiales y simbólicas de “andar la vida” nos advierten de los diferentes modos de transitar las adolescencias, de acuerdo al género, a la inserción social o las pertenencias culturales; es decir adolescencias diversas, múltiples. Las transformaciones corporales no pueden eludir las transformaciones psíquicas y sus relaciones con el lazo social. En este sentido nos alejamos de las posiciones evolutivas sustancialistas y enfocamos la producción social de subjetividad en relación a la cotidianeidad y a las prácticas discursivas que los sitúan en un campo sociohistórico.

---

\* Este trabajo fue presentado y publicado en las Memorias de las XIV Jornadas de Investigación en Psicología. Tomo II Fac. de Psicología UBA, 2007. Pág. 311-313.

La referencia a la familia tradicional burguesa es hoy impensable y sin embargo sigue pregnante en algunos encuadres profesionales. La presencia de otras modalidades como familias monoparentales, ensambladas, homosexuales, etc., junto a las situaciones de vulnerabilidad psicosocial, muestran una diversidad y replantean diferentes ámbitos de socialización adolescente. Los lazos afectivos y transferenciales a menudo no se dan en la transmisión intergeneracional, con adultos con poca disponibilidad por razones socioeconómicas o culturales; sino a partir de grupos de pares o en la búsqueda ideal de consumidor, para muchos cuasi imposible. Complejidades marcadas por las incertidumbres, exigencias superyoicas, modelos identificatorios en un marco de crisis y transformaciones de valores y expectativas que pueden generar posibilidades o imposibilidades del devenir identificatorio.

### **Los dispositivos jurídicos**

“Hasta la aparición de la CIDN, a la existencia material de dos tipos de infancia (niños y los menores para decirlo sintéticamente con un lenguaje que es hoy de fácil y rápida comprensión), correspondía la existencia de dos tipos de derecho. El derecho de familia para los “niños” (aquellos con sus necesidades básicas satisfechas) y el derecho de menores para los “otros”, “los menores”. La ley cumplía así la función de reforzar y legitimar las diferencias sociales” (García Méndez, E. 2007:479). Para el autor, la Ley 26.061, al asumir el espíritu y la letra de la CIDN, rompe este dualismo y propone una idea universal de infancia y adolescencia. Además, la Ley de Protección Integral propone que “Los derechos y garantías de los sujetos de esta ley son de orden público, irrenunciables, interdependientes, indivisibles e intransigibles” (Art.2-).

Sin embargo, como ocurre habitualmente, la sanción de la nueva normativa nacional no ha sido acompañada de manera automática de cambios sustanciales en las prácticas sociales (jurídica, educativas, en salud, otras).

Las concepciones y prácticas de carácter tutelar siguen vigentes y se expresan en intervenciones concretas. En esta presentación, entonces, vinculamos algunos de los artículos de la ley citada, con el análisis de los datos recolectados en el trabajo de campo en instituciones públicas estatales de los ámbitos sanitario y jurídico.

El carácter de los derechos y garantías propuestos en la ley requiere del involucramiento y la articulación de distintos órdenes y actores sociales. Tomaremos como punto de partida los actores que el texto de la ley propone como partícipes y/o responsables en el cumplimiento de los derechos de niños/as y adolescentes –el Estado, la comunidad y la familia-, y lo relacionaremos con las concepciones y prácticas profesionales recogidas a partir del trabajo de campo.

### **Rol del estado**

**Art.5. –Responsabilidad gubernamental.** Los organismos del Estado tienen la responsabilidad indelegable de establecer, controlar y garantizar el cumplimiento de las políticas públicas con carácter federal.

En las instituciones de ambos ámbitos, son pocos los entrevistados que adjudican de manera explícita responsabilidad a este actor. Mayoritariamente lo hacen aludiendo al incumplimiento del Estado o de la gestión, y raramente se definen a sí mismos como parte del Estado. La posibilidad de interpelar a estos niveles de decisión es sentida como nula y la estrategia más frecuente es “*esperar*” el cambio una nueva gestión.

Pero aún menos habitual es la mención de las dimensiones institucional y organizacional. Las organizaciones en las que los profesionales pasan muchas horas diarias, y las instituciones que las atraviesan, no son visibilizadas a la hora de adjudicar responsabilidades y pensar modalidades alternativas en el proceso de trabajo; aunque

constantemente los profesionales aluden a ellas en tanto falta de organización de la tarea, malas relaciones con colegas o con las jefaturas, dificultad o imposibilidad para articular prácticas con otros servicios o áreas, otros. Se trata de dimensiones que producen sufrimiento diario e impactan en forma directa en la tarea profesional pero que la mayor parte de los profesionales no incorpora al análisis de la situación y menos aún se propone intervenir conscientemente sobre ellas para transformar el malestar de efectores y usuarios.

Un ejemplo clásico y un efecto visible de la ausencia de análisis y trabajo sobre estas dimensiones es la fragmentación organizacional entre las diferentes áreas o servicios, que tradicionalmente, o por alguna cuestión histórica puntual que la mayoría de sus integrantes actuales desconoce, no se relacionan más allá de algún encuentro formal.

- *“En Salud Mental no hay armadas redes. Entonces alguien que llega, por ejemplo, a la Guardia y es muy difícil que lo deriven para...el Área de Adolescencia o de Salud Reproductiva. Están armados los Programas, digamos. Pero siempre lo institucional de alguna manera estorba esta cuestión.”* (Psicólogo, hospital general)

Al plantearse la poca presencia de referencias y análisis de las dimensiones mencionadas (a causa de las operaciones de naturalización y desgaste) la responsabilidad por las intervenciones de la organización se diluyen en “el Estado”, “la gestión”, o recaen pesadamente sobre las prácticas de “otro”, ya sean otros servicios o personas.

Asimismo sucede que al desdibujarse los objetivos organizacionales e institucionales comunes, comienzan a aparecer sistemas aislados. De esta manera es posible relevar objetivos, marcos teóricos y metodologías disciplinares y personales muy cristalizados, en ocasiones alejados de los problemas adolescentes usuarios; ante la dificultad de la organización para plantear instancias de reflexión, capacitación y evaluación colectivas.

### **Comunidad y familia**

-Art.6.-Participación **comunitaria**. La comunidad, por motivos de solidaridad y en ejercicio de la democracia participativa, debe y tiene derecho a ser parte activa en el logro de la vigencia plena y efectiva de los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes.

Se trata de un actor poco mencionado en el discurso de los profesionales. A lo sumo se introduce a partir de la articulación de algún/a profesional, área o servicio con una organización o red de la sociedad civil que se encuentra trabajando problemáticas específicas con población adolescente. No hay muchas referencias a intervenciones sistemáticas con este actor, salvo en Trabajo Social.

Un fenómeno como la participación asamblearia barrial en algunos hospitales con efectos de monitoreo de las políticas públicas quedó en las representaciones de los profesionales como un episodio de la crisis del 2001, y no como un ejercicio de ciudadanía potenciador de oportunidades de la salud comunitaria.

La **familia** en contraposición, es un actor muy mencionado en el discurso de los profesionales como el principal responsable, en ocasiones culpable, de las problemáticas que atraviesan los adolescentes usuarios. Se produce así un fenómeno de “familiarización” de los problemas que se reducen a esta dimensión:

-“(E: ¿Cómo considerás que incide la familia del adolescente en el proceso de asistencia?) Sí, porque yo te decía que te los separo en dos grupos: está el que tiene familia y el que no tiene familia. A ver, un cincuenta por ciento chicos en situación de calle, otro cincuenta por ciento chicos con familia. De los chicos que tienen familia,

*cincuenta por ciento la familia potable, el chicho es un adolescente que hizo un acting, tiene cuestiones de pobreza, está fuera del sistema escolar, la familia puede funcionar como contenedora, como un sostén junto con un CFA; y hay un cincuenta por ciento, por ahí es más chico, que inciden negativamente: hay madres que los mandan a los chicos a robar...”* (profesional de una institución para niños en conflicto con la ley penal)

Así, sobre la responsabilidad familiar se advierte en los profesionales de la salud las marcas del sentido común culpabilizando por el déficit filiatorio como causante de los problemas y transgresiones. Se despoja de los condicionamientos culturales, sociales y económicos y la psique y el cuerpo adolescente se piensa tutelado por la familia o en su defecto por las instituciones.

### **La mirada de la adolescencia como carencia, patología y peligrosidad**

En algunos relatos no se conceptualiza ni se trata al adolescente como un sujeto responsable. La utilización del vocablo *menores*, se presenta en el discurso de los/las trabajadores/as de la salud que no refiere a toda la *infancia* en su generalidad, sino a una determinada porción de ella que, en virtud de ciertas características sociales, familiares y personales es seleccionada y etiquetada como tal. Convirtiendo a los sujetos en condición de *minoridad*, no solamente como objeto de intervención privilegiado, sino también como objeto de control y de saber a la vez. (Grimberg, M. 2003)

A partir del discurso y las prácticas de los profesionales muestran representaciones de la adolescencia asociadas a la carencia, la fragilidad, la patología o la peligrosidad. Pero si la condición de carencia y privación es la que define a los adolescentes usuarios, las intervenciones profesionales están destinadas a promover el otorgamiento de un bien y no un restituir y/o resguardar derechos. Este tipo de intervención es conocida por los usuarios quienes “*toman*” lo que se les “*da*” en la institución pública como “*beneficios*”<sup>1</sup>. Poco espacio queda entonces para que los/las adolescentes se identifiquen y comprometan como sujetos de demanda y de derecho.

### **Conclusiones**

Las representaciones y prácticas de los profesionales acerca de las adolescencias plantean concepciones y prácticas sociales que nos interrogan desde diversas dimensiones: a) discursivas, referidas a taxonomías explícitas/implícitas sobre los “*con*” y “*sin*” familia, o universales sin coordenadas témporo-espaciales; b) concepciones de salud y enfermedad y atribuciones psicopatológicas; c) dimensiones ético políticas referidas a la invisibilidad sobre las responsabilidades estatales, institucionales y subjetivas, incluyendo a efectores y usuarios; y d) no problematización de la omisión o abuso en la garantía de derechos. Estas cuestiones operan como mecanismos obstaculizadores e instalan una brecha en la posibilidad de propiciar espacios de subjetivación y ejercicio de ciudadanía.

En este sentido, la no interrogación sobre los procesos psíquicos y las dimensiones sociohistóricas favorecen prácticas acríticas y una implicancia consigo y el ámbito, marcada por la desesperanza. La interpelación sobre las nuevas modalidades de subjetivación o los trastornos actuales frecuentes con sede en lo corporal o el accionar, están en relación con las significaciones sociales, una temporalidad acelerada y situaciones de vulnerabilidad y expulsión social. Las modalidades defensivas predominantes de escisión, desmentida, negación y la complejidad diferencial entre

---

<sup>1</sup> Los detalles de este proceso unidireccional y discrecional entre la institución y los usuarios ya fue descrito por Erving Goffman (1961).

aspectos psicopatológicos y modalidades de subjetivación e historización adolescente ponen en cuestión las certezas y las prácticas que se cristalizan en formas tutelares, ajenas a la protección de derechos.

La dimensión ética de la Psicología Social Comunitaria nos interpela sobre el estatuto del Otro y sus posibilidades de participación activa y responsable en otros guiones de vida no concordantes con la judicialización o la criminalización de las “*otras adolescencias*”.

### **Bibliografía**

Breilh, J. (2003) *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Goffman, E. (1961) *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Bs. As. Amorrortu.

García Méndez, E. (2007) *Derechos Humanos en la Argentina. Informe 2007*. CELS.

Grimberg, M. (2003). Cap. I. Zonas grises en torno a las intervenciones con chicos. I.II. Detenciones Intervenciones superpuestas: el niño tironeado policiales. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

## 4.2 Proyectos de vida privados y públicos de mujeres adolescentes pobres con y sin hijos\*

María Pía Pawlowicz y Graciela Zaldúa

### Introducción

*“Cierto que quiso querer, pero no pudo poder...”*

Alfredo Zitarrosa

Los resultados que se presentan surgen de una investigación cualitativa en la que se trabajó comparando las representaciones sociales, proyectos y experiencias de adolescentes mujeres pobres con y sin hijos<sup>2</sup>. Forman parte de los resultados de la investigación: *“Incidencia de la experiencia de maternidad en la adolescencia en el proyecto de vida y en las representaciones sociales en adolescentes mujeres de sectores populares. Estudio comparativo de adolescentes madres y no madres”*.<sup>3</sup>

Las condiciones actuales de vida y salud colectiva, en particular de la población juvenil, nos alertan sobre el proceso de catástrofe social, profundizado por la lógica económica neoliberal. El 28% de la población argentina está comprendida entre los 10 y 24 años de edad y cerca del 50% de los hogares argentinos están por debajo de la línea de pobreza. Ambos datos reclaman priorizar estudios, tanto extensivos como intensivos, sobre esta franja etárea y sus problemáticas. Los accidentes, los efectos de la violencia y de los obstáculos para el acceso a los derechos reproductivos y sexuales, vinculados a situaciones de vulnerabilidad y riesgo, nos plantean desafíos por su urgencia social y subjetiva. En los últimos años, entre el 13 y 16% de los nacimientos correspondieron a hijos de madres menores de 20 años. Las muertes infantiles ocurridas en hijos de madres menores de 20 años fueron casi el 20% del total; las tasas específicas de mortalidad infantil son notablemente altas para las madres que se encuentran en los tramos etáreos de menores de 15 años y de 15 a 19 años.

El equipo técnico del área de salud de los/las adolescentes de la Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infante Juveniles (UCEPMIyN) del Ministerio de Salud de Nación, señala que no sólo deben considerarse los riesgos que la maternidad temprana trae aparejado para el futuro de esas adolescentes, sino que se incrementa en forma muy importante el riesgo de sus hijos, comparado con el de otros niños de madres mayores. Advierten que no se trata de razones biológicas sino sociales, psicosociales y culturales: la pobreza, la nutrición deficiente, el bajo nivel educativo, la carencia de contención afectiva durante el embarazo, la falta de controles durante el embarazo, entre las más relevantes, como en otros países de la región, afectan principalmente a los jóvenes de los sectores populares (Vuegen, 2003).

El peso de las muertes adolescentes sobre el total de las muertes maternas, mayor a la cuarta parte del total, están relacionadas con trastornos hipertensivos y con abortos. Si comparamos las maternidades adolescentes por regiones en el conjunto del país, la desigualdad es altamente significativa. Las tasas de fecundidad adolescente más altas

---

\* Este artículo fue publicado en la Revista de Investigación en Salud. Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario. Vol. 6, Nº 1 y 2. 2005.

<sup>2</sup> Se comparan los datos con los resultados de la investigación: Presentación a partir de la investigación realizada como Becaria de Investigación UBACyT. Categoría Estudiante. 1992-1995. Tema: “Maternidad adolescente en sectores populares. Creencias, sueños y experiencias”. Dir. Daniel Vega. Asesora en metodología: Cecilia Ros.

<sup>3</sup> Beca UBACyT Iniciación. Becaria: María Pía Pawlowicz. Directora: Graciela Zaldúa.

son de la Provincia del Chaco, de 111 por 1000 y en la provincia de Jujuy, de 82 por 1000, mientras en la Ciudad de Buenos Aires llegaba a 20 por 1000, según datos del INDEC de 1999.

Estudios desde el enfoque de género, guiados por los supuestos de la persistencia de imágenes de hombre y mujer que responden a las concepciones tradicionales del rol, aumentan la probabilidad de embarazo en la adolescencia, al reproducir conductas reproductivas “riesgosas” entre los jóvenes de ambos sexos. Ni las imágenes de género igualitarias ni las conductas sexuales de cuidado son posibles en las condiciones que impone la pobreza extrema (Pantelides y Geldstein, 2001) A su vez, en otras investigaciones afirman que, en términos generales la familia reproduce las condiciones de clase y la transmisión intergeneracional de la pobreza, en tanto el modelo materno es fundamental para la adquisición de patrones de conducta relacionados con la salud reproductiva (Geldstein y Delpino, 1998)

Desde el punto de vista psicológico la maternidad consiste en sostener la indefensión y desamparo de un cachorro humano. Para poder investir a ese hijo por venir, se requiere sostener un proyecto personal de tener un hijo, no sólo embarazarse. Esta singularidad, en muchos casos alejada de la maternidad idealizada, está atravesada por deseos, anhelos, circunstancias adversas o facilitadoras que constituirán sus condiciones de posibilidad y sus límites para advenir como elección o imposición del destino biológico. Indagar proyectos de vida y la centralidad o no de la maternidad en adolescentes de sectores populares es una perspectiva para contribuir a incluir los aspectos de la subjetividad en el diseño de espacios y programas de salud adolescente.

### **Metodología**

El trabajo de campo fue realizado en “terreno”, al estilo etnográfico, en un barrio de La Matanza, partido ubicado al oeste del Gran Buenos Aires.

Las técnicas de captación de datos utilizadas fueron: observación, grupos focales y entrevistas semidirigidas en profundidad, que fueron realizadas en las casas de las adolescentes o en espacios verdes del barrio.

La metodología utilizada es cualitativa, ya que se trata de conceptualizar la perspectiva de los propios actores sociales, y comprender su visión del mundo.

En la investigación cualitativa el investigador es considerado un recurso de la investigación y se aborda al objeto en su complejidad, desde una concepción holística de la realidad y en la que se orienta el estudio a los procesos más que a los resultados (Cook y Reichardt, 1986). Son diseños flexibles en los que se trabaja en un continuo ir y venir de la información empírica a la construcción teórica en un proceso cíclico, iterativo y abierto.

La selección de casos abarcó a 23 adolescentes, de entre 16 y 21 años, con y sin hijos, en que la mayoría convivía con su numerosa familia de origen al momento de la entrevista. El muestreo se realizó por bola de nieve, es decir, que cada entrevistada posibilitaba el contacto con otras adolescentes.

El análisis de los datos permitió, a partir de la interpelación de los sentidos desplegados, la construcción de hipótesis y el planteamiento de nueve preguntas. La operación fundamental en este tipo de análisis es “*descubrir las clases significativas de cosas, personas y eventos y de las propiedades que los caracterizan*” (Schatzman y Strauss, 1994).

### **Resultados**

**Contextos: red de mujeres y la importancia del territorio barrial.**



¿De qué adolescentes hablamos cuando nos referimos a los barrios pobres del Gran Buenos Aires? De una adolescencia muy signada por un territorio delineado geográficamente y simbólicamente, un espacio particular compartido: “el barrio”. El barrio en el que habitan sus familiares, parejas y amigos; escena de la cotidianeidad de su inclusión afectiva relacional.

La misma disposición arquitectónica implica que los pobladores se encuentren, miren y crucen permanentemente. Son monoblocks de tres pisos, con pasillos angostos, escaleras compartidas que recorren entradas a diferentes departamentos, ventanas enfrentadas a pocos metros, balcones en los que asiduamente se sientan por la tarde a mirar el barrio mientras toman algo. Transparencias que hacen borroso el adentro y el afuera de la convivencia y la intimidad.

Violeta, de 17 años, cuyo primer hijo tuvo a los 14 años dice:

*“Acá en este barrio, acá como en todos los barrios iguales. Yo estaba acostumbrada a ver chicas, jóvenes, que estaban embarazadas o que...tienen chicos muy chicos. En Capital no se ve. Acá vivimos todos juntos, nos conocemos todos, es un pañuelo esto. Allá no. Porque cada uno está en su casa, nadie se mete con nadie y acá es una cosa que nos importa la vida de todos...”*

En el barrio refieren a las redes de vecinos, de mujeres allegadas y de comadres. Redes de mutua ayuda conformada especialmente por mujeres por las que circula la información sobre la salud reproductiva y la salud de los hijos. Madres y suegras, hermanas y cuñadas que las “acompañan al médico”, que prescriben, sancionan, contienen y aconsejan acerca de las decisiones reproductivas.

*“Entonces le voy a preguntar a mi cuñada que se cuida, mi hermana y mi cuñada, mi otra no, porque tiene un soplo al corazón y no puede tomar. Se cuida el marido, y por eso tuvo cinco hijos... (se ríe) ¿viste?”* (Nancy, 16 años, primer hijo a los 15)

De este modo el contexto barrial, tanto material como simbólicamente, es “endogámico” al representar una extensión del espacio doméstico. Como dice un graffitti en una de las paredes del barrio: “*Si las chusmas fuesen flores, este barrio sería un jardín*”

Estos son contextos significativos a nivel representacional y normativo en la elaboración de los proyectos de los adolescentes. Como contexto más amplio, el barrio es el espacio de circulación, especialmente para las adolescentes con hijos, que casi no relatan actividades fuera del barrio y casi no tienen amigos o parejas fuera de él.

El barrio y la red de mujeres ofrecen un espacio de significaciones donde se valora la maternidad y los roles de género tradicionales que vinculan la mujer a lo doméstico. Ofrecen estos materiales simbólicos, esta mítica particular a partir de la cual las adolescentes historizan y proyectan.

### **Proyectos y adolescencia.**

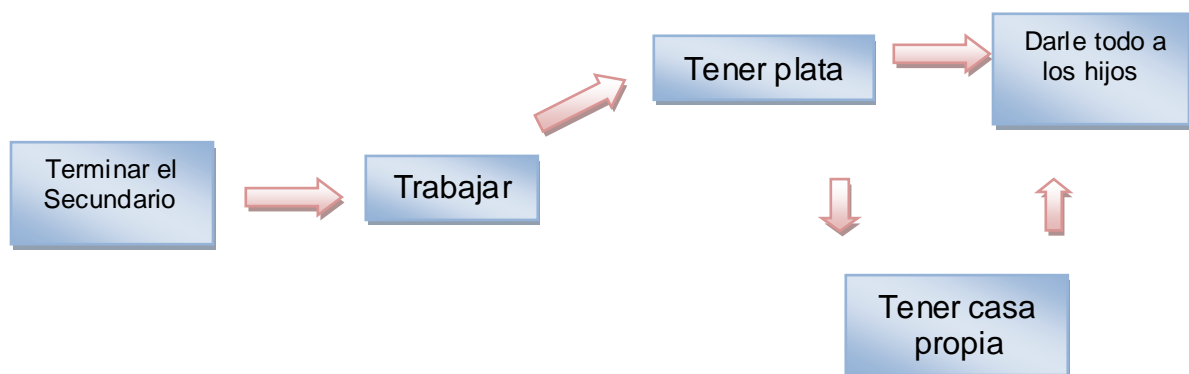
La tarea de construir un proyecto de vida es uno de los trabajos propios de la adolescencia, que implica “*tomar en sus propias manos la categoría de proyecto identificador (...)* Todo niño debe apoyarse en lo que haya de cierto proyecto identificador familiar referido a él, proyecto en el que se producirá el encuentro con los ideales de esa familia. De la textualidad de ese proyecto el sujeto va extrayendo (como de un archivo) los materiales para ir haciéndose un ser” (Rodulfo, 1986).

El trabajo de proyectar el futuro parte del trabajo de autobiografía del yo historiador. En la adolescencia se articulan estos dos trabajos: el de proyectar y el de historiar. Para Piera Aulagnier (1991) *“retiramos de la investidura del tiempo pasado esa parte de libido que nos permite invertir el tiempo futuro”*. Se trata de la reconstrucción de la propia historia libidinal e identificatoria del sujeto (Hornstein, 1989 y 1992) que implica trabajos de resignificación, de religazón y retranscripción de la trama de marcas de emociones y de representaciones de acontecimientos en la vida de un sujeto. Los proyectos permitirían a los adolescentes anticipar/se, ensayando diferentes papeles, situaciones, realidades, finales. La adolescencia se configura así como un *“inmenso campo transicional de ensayo, un verdadero laboratorio de experiencias, juegos a ser “como si”..., tanteos, vacilaciones, respuestas cuya “intensidad patológica” no debe ocultarnos su transitoriedad, identificaciones alternadamente alienantes y lúdicas, etc. De esa miríada de conductas, fantasías y acciones (o actuaciones) emergerá un día una radical transformación realizada”* (Rodulfo, 1993).

### Los proyectos de vida de las madres adolescentes

*“Yo lo único que quise...Yo a veces a mi mamá le digo: “mirá, yo lo único que quiero...A mi siempre me gustó tener un hijo”, siempre me gustó. Le digo: “yo lo único que quise fue tener un hijo, tener una familia y tener mi casa y nada más.”* (Cecilia)

Entre las adolescentes con hijos aparece con recurrencia la tríada de proyectos de ser madre-ama de casa-esposa. Con una fuerte identificación con la casa y el espacio de lo doméstico, valoran e idealizan la maternidad. Organizan los proyectos con una lógica de medios y fines, en tanto son proyectos que no tienen un fin en sí mismo sino que permiten acceder a otros. Las adolescentes madres planifican una serie de proyectos en los que uno tiene como finalidad el logro de otro. Los denominamos proyectos intermedios y finales por ser análogos a la clasificación que se realiza de los objetivos en metodología de la investigación científica. La secuencia que aparece con más frecuencia, como se observa en el diagrama, es:



La maternidad aparece en casi todos los casos como el fin de otros proyectos; ya que si alguna de las entrevistadas con hijos planea trabajar, estudiar, o tener dinero, es para darles todo a los hijos.

*“Ahora lo que quiero es hacer algo por la Yeorgi, por la nena, trabajar, para que no le falte nada a ella...Quiero trabajar y ser modista, o sea costurera, estudiar para eso, para coser...”* (Lidia, 21 años, primer hijo a los 18)

Al respecto, Ximena Aranda (1985) considera que el <<proyecto de vida>> organiza “*las prácticas cotidianas de las mujeres y condiciona los cambios más profundos en su vida. Las mujeres de sectores populares dan sentido a su vida a partir de la actualización del ser madres, esposas y dueñas de casa.*”

También Teresa Valdés (1988) afirma que con la posición social de ser una mujer-casada-madre-duela de casa se “inicia una nueva etapa en su vida en la cual el grupo espera que realice ciertos cursos de acción típicos relativos a la posición que ocupa.”

Dos perspectivas para reflexionar acerca de este mandato de ser madre-esposa se inscriben en la cultura occidental. Una es la tradición judeo cristiana, en los textos princeps aparece la sujeción de la mujer-esposa al marido y dueño, con la imposición de seguir al hombre, sin posibilidad de autonomía y significada en la dimensión sacrificial de la feminidad. Y la otra, en la mitología del Príncipe salvador de los cuentos infantiles, Blancanieves, la Bella Durmiente o particularmente Cenicienta, son protagonistas de un estereotipo femenino de sacrificio, docilidad, renuncia, trabajo incansable, sumisión.

Estereotipos de representación del mundo de los afectos, de la abnegación y del sacrificio. Su destino es el de cuidadora, proveedora y responsable del hogar. La mujer enamorada “elegida” rompe el espejo y renuncia a su identidad en sí para ser para “el otro”. Frente a las incertidumbres del afuera y sus límites esta mujer sucumbe a desear otro lugar y frente al temor de no ser aceptada reitera, el destino tradicional, ligado al esencialismo de la fijación de la diferencia sexual. De aquí, la necesidad de deconstruir la oposición binaria, mujer-esposa, a través de la reflexividad sobre la construcción jerárquica de las relaciones de pareja.

*“¡Una buena madre!...La madre...La madre... ¡La madre siempre va a ser buena! Haga lo que haga siempre va a ser buena para vos. Y con respecto a los hijos siempre va a buscar hacer lo mejor”* (Gladys, 20 años, primer hijo a los 15).

Este mandato tradicional es sostenido con fijeza e idealización por las madres adolescentes, que valoran y proyectan ser madres. Planifican tener por lo menos dos hijos, y la mitad de este grupo quiere tener entre tres y cinco hijos. En muchos casos significan al hijo como *algo propio*, que les ha permitido identificarse y acceder a una posición e identidad de adulta y Madre. La maternidad es naturalizada desde una concepción de su propia vida como inscripta en una “racha”, como destino o fatalidad de la repetición del linaje familia...

*“Tengo una hermana. El mismo caso así como yo... también soltera, ella tiene seis nenas ahora. Tiene 23, así que: sigue la racha<sup>4</sup>. Mi mamá también. A mí me tuvo de soltera, yo de soltera y mi hermana de soltera. Mi abuela también. La tuvo a ella de soltera”*. (Gladys, 20 años, primer hijo a los 15)

Otra característica de estas mujeres es que los proyectos educativos<sup>5</sup> (expresados como “terminar” de estudiar) aparecen en un segundo o tercer plano con respecto a la maternidad, la casa, la pareja y a veces el trabajo extra-doméstico. Dicen que les interesaría volver a estudiar; pero que no pueden porque no tienen a quien delegar el cuidado de sus hijos mientras acuden al colegio. Los pocos intentos de recorrer otros espacios públicos se ven cercenados a partir del nacimiento del hijo, o con los fracasos

---

<sup>4</sup> Racha es sinónimo de suerte, de destino.

<sup>5</sup> Un tercio de la muestra de adolescentes con hijos tiene el primario completo y la mitad el secundario incompleto.

en los intentos de conseguir un empleo. Así se consolida el anclaje de la cotidianidad al espacio de lo privado.

Este tratamiento de lo doméstico es influido por los modelos identificatorios que en el espacio barrial son poco diversos y centrados en la tríada mencionada. Muchas se representan y viven los roles de género según los estereotipos tradicionales por los que se atribuye el espacio de lo privado a la mujer y el de lo público al hombre:

*“Ya la mujer tiene un hijo...se tiene que dedicar al hijo, al esposo y a la casa. Y el hombre es el que tiene que traer la plata ¿no?, el sueldo, para poder alimentarnos. Porque no es cosa que nosotros vayamos a trabajar y que los hombres cuiden a los chicos...” (...)* *“La mujer es para la casa”* (Nancy, 16 años, primer hijo a los 15)

Algunas directamente casi no expresan planes con respecto a su futuro, otras sí lo hacen con la riqueza de las fantasías adolescentes y en algunos casos van relatando sus proyectos y al mismo tiempo señalando que es poco probable que puedan lograrlo. Entonces, surge la pregunta: ¿en qué medida las adolescentes pueden postergar la maternidad en pos de otro tipo de proyecto (laboral, escolar, etc.) en el contexto socioeconómico actual, sumado a que muchas veces se ocupan de cuidar a hermanos menores y suplir a su madre en el trabajo doméstico? (Pantelides y Cerrutti, 1993; Bokser, 1993; Ramos, 1992; Jagdeo, 1989)

*“No, no somos de hacer comidas al mediodía ahora porque, bueno, ...primero porque... por problemas económicos... Como mi mamá trae... acá en la guardería le dan comida para mi hermano (enfermo). Entonces como a veces le dan bastante comen las dos nenas y nosotros (cuatro adultos) Y bueno... ¡qué sé yo! Siempre es así...”* (Marcela, 21 años, primer hijo a los 16)

El contexto de pobreza y de pauperización determina las pocas posibilidades reales que tienen las adolescentes de concretar sus proyectos. La inmediatez del día a día y conseguir la comida para hoy dificulta planes a mediano y largo plazo. *“Las muy deterioradas condiciones materiales de vida, la tremenda inestabilidad en los ingresos, hacen de la vida cotidiana de muchas mujeres una sumatoria de actividades de subsistencia en que no hay más proyectos que ése: sobrevivir.”* (Valdés, 1988)

### **Proyecto de vida de las adolescentes sin hijos**

La selección de casos “mujeres de menos de 20 años sin hijos” en el mismo barrio fue una tarea difícil porque no fue fácil encontrarlas. Y esto excede lo anecdótico, e indica la generalización en sectores populares de un patrón de fecundidad temprana. La respuesta extrañada que solían dar los/as informantes claves del barrio era: *“¿De menos de 20 años y sin hijos!?!...”*

Cuando se accedió a estas adolescentes, se encontró que tenían la particularidad, en contraposición con las adolescentes con hijos, de que estaban terminando o ya habían terminado el nivel educativo medio.

A diferencia de las madres adolescentes que organizaban sus proyectos como medios y fines, las adolescentes sin hijos lo hacían con otra lógica organizándolos según una secuencia, según un orden de antes/después. Al respecto, Jelín y Feijoó (1984) describen las transiciones hacia la vida adulta según un patrón cultural ideal que establece la siguiente secuencia: noviazgo, casamiento, nuevo hogar, tener hijos. El estudio y el trabajo se subordinan al cumplimiento de esta serie de proyectos.

También Ana Jusid (1986) señala cómo opera en nuestra cultura el “deber ser” vinculado a la formación de una familia cuando el “individuo” es adulto, es decir cuando está en condiciones de hacerse cargo económicamente de su vida. Idea característica de las sociedades industrializadas modernas, que atraviesa las concepciones de la maternidad adolescente. *“El riesgo que plantea el embarazo en la adolescencia tiene fundamentalmente orígenes sociales: la población que está en mayor riesgo es una población cuyas características de vida se encuentran bastante distantes de las planteadas por las Naciones Unidas, probablemente pensadas en función de un proyecto ideal de la población en relación a metas de desarrollo económico, vinculadas a la idea de una maternidad y paternidad responsables.”*

Pilar, de 17 años que no tiene hijos describe cómo consecutivamente “programa” (al decir de ella) sus proyectos: *“yo quiero tener hijos, pero primero voy a trabajar. Voy a comprar mi casa, y después sí, vamos a hacer muchos hijos (...) y ahí voy a tener tiempo para mi hijo y para mi marido. Hay que darse tiempo para todo, primero estudiar, después trabajar, después te casas, después tenés hijos y después los cuidás. Es así, vas pasando por etapas”.*

Las “etapas”, como en “moratoria psicosocial” de Erikson, representan un orden de tiempos y momentos diferenciados, en que primero se es adolescente, y luego en la adultez se es madre. En la actualidad, se produce una configuración de identidades juveniles menos marcadas por la continuidad lineal que por la heterogeneidad en las condiciones de vida y por la readecuación de los ejes existenciales. La moratoria para la elaboración de la identidad en el período juvenil, tiempo de preparación que se obtiene en la postergación de la acción debe ser revisado a la luz de las actuales condiciones de vida, la intensificación de la globalización y la modernización (Krauskopf, 2001) Este conflicto entre las instituciones Adolescencia y Maternidad es uno de los ejes de reflexión que habilita esta contradicción, en tanto superposición de temporalidades que en nuestra cultura occidental se consideran idealmente como sucesivas.

Esto es relevante ya que este orden es lo que justamente suele alterar la llegada de un hijo al irrumpir como un fenómeno inesperado, que precipita múltiples cambios. Las entrevistadas lo significan como *“crecer de golpe”*, o que *“priva/quita de bailar, disfrutar y salir”*. Podríamos condensar estos significados en *“priva de... circular por lo público”* y en cierto sentido también *“priva de... la adolescencia”*

*“Si tenés un hijo forzosamente tenés que madurar acelerado.” (...) “Es un vuelvo total te digo, bastante, muy...es un paso muy grande y muy de golpe. Como que no estás...lista, ¿viste cuando no lo esperás? Es algo inesperado.” (...)Te priva de muchas cosas...como ser de salir a bailar. Te pierde de muchas cosas...pero al tiempo se recuperan”.* (Marta, primer hijo a los 15 años)

Casi todas las adolescentes sin hijos también ejercen o han ejercido la función materna con hermanos menores y sobrinos, valoran la maternidad y pelean ser madres, pero a diferencia de las adolescentes madres, todas afirman decididamente que quieren tener dos hijos. A su vez, tienen una representación de la maternidad con menos exigencias, con críticas al desempeño de esta función y relativizan las representaciones de acuerdo a las particularidades de cada mujer. Sostienen una postura crítica con respecto a la consideración de la maternidad como ideal de perfección e incondicionalidad instintivamente femenina. Así es que la trilogía de proyectos de ser ama de casa-madre-esposa aparece con menos recurrencia, a largo plazo y articulada con proyectos de trabajo extradoméstico para el que planean realizar una carrera o formación específica.

*“Y si estás en una familia y tu marido... tu marido trabaja y vos también me parece bien... Me parece que si estás todo el tiempo encerrada en tu casa no tenés... no podés progresar siempre... (...) Casada puede seguir estudiando igual. Eso es una forma de progresar: seguir estudiando para poder después trabajar y ayudar, mantener a tu familia”* (Ana, 18 años, sin hijos)

De esta forma los proyectos educativos los jerarquizan por sobre *“formar una familia”* y tener hijos. El espacio de la escuela es nombrado y valorado tanto como el del barrio y les ofrece posibilidades distintas de circular por lo público. El ámbito educativo les brinda modelos y referentes que les permiten fantasear futuros alternativos. Esto es evidente en relatos de varias de las entrevistadas que expresan la importancia que han tenido determinadas profesoras como modelos y confidentes.

Esta riqueza y diversidad de identificaciones a partir de conocer otras formas de ser mujer y los fuertes ideales de sus padres frente a la espera de tener una hija *“diferente”* les posibilita postergar la maternidad. Es interesante que la mitad de las que no tienen hijos presenta un perfil similar cualitativamente, ya que pertenecen a familias numerosas y tienen hermanas y hermanos mayores que tuvieron hijos siendo adolescentes. Las entrevistadas de este perfil basan su identidad en *“ser diferentes”* de las hermanas. Significante de la diferencia que opera a nivel del ideal del yo y posibilita *“romper con la racha”*, romper con la repetición de la historia familiar-barrial naturalizada como un destino fatal. Sueño de sus madres y padres por el que han advenido al lugar de la diferencia respecto a sus hermanas. Desde sus padres se anticipa a nivel inconsciente un destino diferente.

*“Y mis hermanas se fueron de casa muchas veces y quedaron embarazadas. Y por ahora la “chica bien” soy yo, porque yo NADA, no hice nada. Yo no me portaba mal. Claro, porque ellas se escaparon, no sé, hacían otra vida distinta a la vida que hago yo que tengo otro pensamiento de la vida. No soy como ellas...”*(...) *“Porque mi papá a mi me exige mucho. Porque él no quiere que yo sea igual que las demás. Y a mi hermano hace dos días lo sorprendieron en el colegio porque tiene mala conducta, y yo jamás van a llamar a mi papá al colegio. Y encima, en vez de retarlo, lo dejan hacer lo que quiere. ¡Esa es la diferencia! Que yo me siento muy “encerrada” por parte de mi papá, pero yo sola. Y las demás tienen libertad.”* (Pilar, de 17 años, sin hijos)

En parte esta posición subjetiva y familiar se asocia con que insisten con *“salir”* del barrio, circulan por otros espacios geográficos-simbólicos, y son más autónomas en relación a su pareja, al dinero, al futuro. Han podido invertir otros proyectos, otros futuros posibles y postergar la maternidad, pero a costa de un tipo de relación con los padres de mucho control, de *“cuidados especiales”* y de sobreprotección y sobreexigencia. Pareciera que estas familias apuestan a que algunos de sus miembros rompan con las repetidas historias de exclusión social.

### **Representaciones sociales de género y posiciones subjetivas.**

Las representaciones sociales son *“imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos”*. (...) Y *“nos sitúan en el punto donde se interceptan lo psicológico y lo social”* (Jodelet, 1986; Moscovici, 1961) las define como *“<<teorías>> de las <<ciencias colectivas>> sui generis, destinadas a interpretar y construir lo real. Van*

*más allá de lo que está inmediatamente dado en la ciencia o en la filosofía, de la clasificación dada de los hechos y los acontecimientos. Son sistemas que tienen una lógica y un lenguaje determinado, una estructura de implicaciones que se refieren a los valores y a conceptos, un estilo de discurso que les es propio*” (Jodelet, 1986). Las representaciones sociales tienen poder creativo en su doble faz de ser *estructuradas y estructuras estructurantes*. Spink (1993) dice que son una forma de conocimiento práctico para comprender y comunicar, al mismo tiempo que surgen como construcción de carácter expresivo respecto de objetos socialmente valorizados.

Las representaciones sociales de género, entre las adolescentes con hijo son bastante fijas y en algunos casos llegaban a ser claramente tradicionales, identificando una supuesta “esencia” femenina con el espacio doméstico, como Nancy que con 16 años expresa:

*“Yo pienso que la mujer es para la casa y el hombre para el trabajo”* (Primer hijo a los 15 años)

En cambio, las adolescentes sin hijos tienen una concepción transicional de los roles de género<sup>6</sup>. Las representaciones sociales de género entre las adolescentes sin hijos no son totalmente opuestas a las tradicionales sino que implican una posición de confusa interrogación en la que no hay una reflexión sobre cómo superar estas contradicciones. Por ejemplo, del estilo:

*“No vas a ser una mantenida. Está bien que tenés que atender a tus hijos, a tu esposo y dedicarte a la casa, pero también tenés que independizar. No me parece que la mujer se tiene que quedar en la casa así esclava, y nada más. Para mí también tiene que ir a trabajar, y dedicarse a sus cosas. No siempre metida en la casa y nunca se arregla, nada.”* (Catalina, 19 años, sin hijos)

Siguiendo la conceptualización de Abric (1994), las representaciones sociales se organizan en dos sistemas: central y periférico. Las representaciones asociadas a los estereotipos tradicionales funcionan como sistema central. Se caracterizan por la asignación para las mujeres de roles ligados al espacio doméstico y la maternidad, y a los varones el espacio público y el trabajo extradoméstico. A las mujeres: debilidad y los afectos, a los varones: la fuerza y la racionalidad. Este sistema central es el núcleo, en torno al cual se organiza toda representación social, son los *“elementos fundamentales, los más estables”*. Tiene una *“función generativa, ya que da sentido a la representación social”*. Al estar ligado a las condiciones históricas, ideológicas y sociológicas está *“fuertemente marcado por la memoria colectiva y las normas del grupo”*. Por lo tanto es *“compartido y consensual, coherente, normativo y resiste al cambio.”*(Abric, 1994)

En cambio, los roles *transicionales e innovadores* funcionan como sistema periférico. Juegan un *“rol importante en el funcionamiento de la representación fuerte a la realidad de las prácticas relativas al objeto”*. Su función es de *“regulación y adaptación del sistema central a las coacciones y a las características de la situación concreta a la cual el grupo es confrontado”*. Son menos estables y más flexibles, autorizan las modulaciones individuales. *“Es por donde se observan las diferencias*

---

<sup>6</sup> Se retoma como herramienta de análisis la clasificación de Débora Tajer en la investigación “Mujeres, varones y enfermedad cardiovascular. Aportes epidemiológicos desde la Salud Mental y la Perspectiva de Género a la explicación de la incidencia diferencial por sexos de enfermedades cardiovasculares en adultos jóvenes”. (Proyecto UBACyT JP05).

*interindividuales, ya que gracias a él la representación puede anclarse en la realidad del momento. Sensible, dócil y determinado por el contexto inmediato, permite la elaboración de representaciones sociales individualizadas organizadas en torno de un núcleo central común.*” (Abric, 1994)

En el caso de las adolescentes sin hijos, se trata de representaciones sociales que no necesariamente tienen un correlato en las prácticas. Consideran positivo que la mujer trabaje extradomésticamente y valoran la independencia, el “progresar”, salir de la casa, dedicarse a sus cosas, tener tiempo para una y para “arreglarse”. Sus relaciones de pareja son de menor subordinación que en el caso de las madres adolescentes. Esto se evidencia en que algunas dicen que sin preservativo no tienen relaciones sexuales, o que la mujer tiene que manejar su propio dinero.

Las que no tienen hijos proyectan un vínculo en el que se piensan a sí mismas como diferentes de su pareja. La autonomía en la relación de pareja, es expresada no sólo en los proyectos sino también en la negociación con su pareja de métodos anticonceptivos, en poder poner en palabras temas relacionados a la sexualidad y al manejo del dinero. Estas diferencias se asocian a la postergación de la maternidad. En fin, el empoderamiento, la autonomía como mujeres y la posibilidad de negociar y de decir “no” son rasgos que se observan más recurrentemente en las adolescentes sin hijos.

### **Ultimas reflexiones**

Las experiencias y realidades de las adolescentes pobres interpelan los estereotipos clásicos de la adolescencia, que en tanto construcción histórico-social (Fernández, A.M. 1993) varía según la cultura, el momento histórico y las condiciones socio-económicas. En el contexto de Gran Buenos Aires y de nuestro país, de creciente vulnerabilidad a partir de los acelerados procesos de pauperización por el modelo de acumulación capitalista ¿qué particularidades tiene el transitar por la adolescencia para los pobres? La moratoria psicosocial conceptualizada por Erikson (1986) como “tiempo de espera cultural” se pone en cuestión cuando a temprana edad las “adolescentes” trabajan, son amas de casa, crían niños y tienen responsabilidades que las adolescentes de otros sectores sociales no tienen. Por eso se hace necesario evitar el etnocentrismo de clase y de género para pensar a estas adolescentes en su especificidad de mujeres y pobres. Es un desafío ético, apostar y contribuir a espacios de relaciones que afirmen la posibilidad de las elecciones voluntarias, no forzadas, de la equidad de clase y de género, de la igualdad de derechos, de un andar la vida más rico y diverso. Dussel (1988) propone una extensión de la dialéctica, al incorporar una nueva posibilidad de construir conocimientos: el otro excluido de los que no son sólo diferentes (como antiético a lo que es opuesto, pero complementario) pero, son ajenos, extraños, diversos o inesperados. Analéctica del griego *anás*, significa del más allá, de otro lugar, desde otra perspectiva, perplejidad de otro complementario. Esta postulación de Dussel contribuye a resignificar la dimensión de los actores/as en la construcción y transformación social y de posibilitar a partir de reconocer sus propias necesidades, deseos y anhelos, decidir sus prioridades y responsabilizarse de sus actos.

Los proyectos de vida y la centralidad de la maternidad en las adolescentes pobres, puede titubear como destino manifiesto, a través de la historización y la posibilitación de otras marcas que sostengan la diversidad de soportes identificatorios. La desnaturalización de las construcciones histórico culturales de la sexualidad, de la femineidad-masculinidad tradicional, facilitará reinterpretaciones y nuevos modos relacionales. La valoración, los conocimientos, los lenguajes como construcciones revistados desde una perspectiva de género, posibilitaría instituir nuevos



agenciamientos de poder, no sexista, acordes a los intereses personales y sociales de las mujeres jóvenes, en particular de los sectores populares. En síntesis, una subjetividad femenina, no esencialista, como proyecto y posibilidad de construir sus propias trayectorias, de autonomía y de ciudadanía plena, es decir de nuevos agenciamientos de igualdad y equidad.

### **Agradecimientos**

Agradecemos profundamente las sugerencias del Lic. David Sebastián Ríos.

### **Bibliografía General**

- Abric, J.C. (1994) "La organización interna de las representaciones sociales: sistema central y sistema periférico". En *Structures et Transformations des Représentations Sociales*. Guimelli, Ch. Comp. Textes de Base en Sciences Sociales. Delachaux et Niestlé. Neuchatel. Mimeo traducido del francés por la Lic. Cecilia Ros.
- Aranda, X. (1985) *Ser mujer en sectores populares urbanos*. CEPAL.
- Aulagnier, P. (1991) "Construir(se) un pasado". En *Revista Psicoanálisis*, de la Asociación de Psicólogos de Bs.As. Vol XIII. N°3. Bs.As.
- Bokser, M. (1993) "Niñas y jóvenes madres. Aspectos jurídicos-civiles". Informe de Investigación. Programa PIA. CONICET
- Cook y Reichardt. (1986) *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid. Morata.
- Dussel, E (1988) *Para una ética de la liberación latinoamericana*, Bogotá, Colombia. Nueva América.
- Erikson (1986) *Identity, youth and crisis*. New York: W. W. Horton Co., Citado en Llomovatte, Silvia (1988) "Adolescentes y pobreza Argentina". Documento de trabajo N°7. Bs.As.: Instituto Nacional de estadística y censos INDEC.
- Fernández, A.M. (Comp.) (1993) *Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias*. Bs.As., Ed. Paidós.
- Geldstein R. y Delpino N. (1998) "De madres a hijas. La transmisión de pautas de cuidado de la salud reproductiva". En III Jornadas Argentinas de Estudios la Población (AEPA). Buenos Aires. H. Senado de la Nación, Secretaría Parlamentaria, Dirección Publicaciones, pp.114-134.
- Hornstein de Rother, M.C. (1989) "La elaboración de los duelos en la adolescencia". Mimeo de la materia Clínica de Niños, de la Facultad de Psicología de la UBA. Bs.As.
- Hornstein de Rother, M.C. (1992) "La pubertad: ¿un traumatismo?" *Rev. Diarios Clínicos* N°5. Bs.As.
- Jagdeo, T. (1989). "Aspectos socioculturales y familiares de la fecundidad adolescente". Asociación Caribeña de Planificación Familiar, Antigua. Artículo publicado en *Memoria de la Conferencia Internacional sobre la Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe*. Oaxaca, México.
- Jelin, E. y Feijoo, M. del C. (1984). *Trabajo y familia en el ciclo de vida femenino: el caso de los sectores populares de Bs. As.* Bs.As. CEDES. Ed. Humanitas.
- Jodelet, D. (1986) "La representación social: fenómenos, concepto y teoría". En *Psicología Social, Tomo I y II*. Moscovici, S. (Comp.) Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Jusid, D. (1986) "Madres adolescentes solas". *Cuaderno* N°18. Centro de Estudios Cristianos. Bs.As.
- Krauskopf, D. (2001) "Proyectos, incertidumbre y futuro en el período juvenil". Documento de Conferencia dictada en Congreso de Salud Integral del Adolescente. Rosario.

- Moscovici, S. (1979, orig:1961). *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires. Huemul
- Pantelides, E. A., Geldstein R. N, (2001) *Riesgo reproductivo en la Adolescencia. Desigualdad social y asimetría de género*. Cuadernos de UNICEF 8.
- Pantelides, E. y Cerrutti, M. (1993) "Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia". *Cuaderno N°47*. Buenos Aires: CENEP. Centro de Estudios Nacional de Población.
- Ramos, S. (1984). *Maternidad en Bs.As.: la experiencia popular*. Bs. As. Estudios CEDES.
- Ramos, S. y Gogna, M. (1997) Material de filmas y gráficos de la Materia Metodologías Cualitativas, de la Maestría en Ciencias Sociales y Salud. FLACSO-CEDES.
- Rodulfo, R (Comp.) (1986) *Pagar de más. Estudios sobre la problemática del cuerpo en el niño y el adolescente. "Funciones de superficie y corte en la adolescencia. Sus fallos a la luz de un caso"*. Bs.As.: Ediciones Nueva Visión.
- Rodulfo, R. (1993) *El niño y el signifiante. Un estudio sobre el jugar en la constitución temprana*. Colección Psicología Profunda. Bs.As. Ed. Paidós.
- Samaja, J. A. (1993) *Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*. Colección Temas. Bs.As. EUDEBA.
- Schatzman L, Strauss A. (1994, orig. 1955) Clase social y formas de comunicación. En: Bourdieu P, Chambordeon JC, Passeron JC. *El oficio de sociólogo*. Madrid, S.XXI, 238-253, citado por Gogna M y Ramos S. Complementación de Enfoques Cualitativo y Cuantitativo, UNFPA/CEDES, Santiago, 1996.
- Spink, M. J. P. (1993) "O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicosocial". *Cuadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 9 (3): 300-308, jul/set, 1993b.
- Valdés, T. (1988) *Venid, benditas de mi padre. Las pobladoras, sus rutinas y sus sueños*. Chile. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. (Testimonios de 1983)
- Vuegen, S. (2003) "Salud de la población adolescente en la Argentina". *Archivos Argentinos de Pediatría* Vol. 101 Nro 6 Diciembre 2003
- Zaldúa, G.; Fabi, G. y Di Marco, G. (1996) "La prevención desde una perspectiva de género. Análisis de problemáticas relevantes en la salud de las mujeres". En *La Salud en Debate. Una mirada desde las ciencias Sociales*. Findling, L., Méndes Diz, A. (Comp.) Inst. "Gino Germani". Facultad de Ciencias Sociales. UBA. Bs.As.

### **4.3 Actos de Salud con niño/as y jóvenes. Persistencias, desenclaves y reflexividad\***

Kattya Pérez Chávez, Paula Gaillard, Mariela Nabergoi, Roxana Gabriela Longo, Leticia Grippo, Dolores Pérez

#### **Introducción**

En este trabajo nos proponemos mencionar algunas de las dimensiones intervinientes en las condiciones de producción de los Actos de Salud y en la producción simbólica de usuarios y efectores en el marco de los mismos, haciendo hincapié en las consecuencias que entrañan para la construcción de las categorías de salud y subjetividad en población de jóvenes y niño/as en el sector público de Hospitales, Centros de Salud y Asambleas Barriales, en el contexto sanitario y social actual.

Las problemáticas de la salud colectiva, en particular de la niñez y adolescencia, y de los trabajadores de la salud, se analizan según dimensiones identitarias, territoriales y topológicas e histórico-temporales.

Partimos de la base de que los Actos de Salud se inscriben en la coexistencia de escenarios complejos y contradictorios, afectados por las políticas neoliberales de privatizaciones, descentralización, desarrollo sustitutivo del tercer sector, desfinanciamiento y mercantilización de lo público; y acciones de resistencia y búsqueda de soluciones sustentadas en criterios éticos que enfatizan lo colectivo, territorio de transformaciones científico tecnológicas en tanto trastocan los parámetros tradicionales de existencia.

#### **Escenarios públicos de la salud**

Gran parte de nuestra población sobrevive en condiciones de extrema pobreza, desempleo, precarización laboral, expulsada de los sistemas educativos y sanitarios, imposibilitada de proyectar a futuro. En el país, 18.500.000 personas son pobres y 8.700.000 son indigentes; el 21,5% de la población activa está desocupada y la mitad de los trabajadores del sector privado ganan menos de 450 pesos al mes, cifra que no cubre la subsistencia familiar. Por otro lado, dos de cada tres de los 19.000.000 de habitantes ubicados bajo la línea de pobreza provienen de hogares de clase media, mientras que la brecha entre los que más y menos ingresos perciben pasó de 27 a 34 veces tan sólo en el transcurso del año 2001, sentando las bases de una creciente desigualdad y del inédito proceso de empobrecimiento ciudadano que ya impacta sobre el 54% de la población nacional. Los datos sobre la situación social de la infancia y la adolescencia para el área metropolitana, indican que en la Provincia de Buenos Aires el índice de pobreza es del 77% y el de indigencia del 42% en la población menor de 18 años, y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para la misma franja etárea, el índice de pobreza es del 36% y el de indigencia del 13% (SIEMPRO-EPH Octubre 2002). Por otra parte, en el país, según la misma fuente, hay 1.272.000 jóvenes que tienen entre 15 y 24 años que no trabajan ni estudian. A la vez que, los datos estimativos para la Argentina, según la Sociedad

---

\* El presente artículo fue publicado en el XI Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología UBA. Año 2003. p.245-253.

Argentina de Pediatría (2001) son de 3.000.000 de personas con discapacidad, de las cuales 1.000.000 son menores de quince años.

En este marco, el adecuado acceso a la salud se convierte en un elemento central para promover y facilitar el desarrollo y fortalecimiento de procesos protectores que tiendan a evitar la muerte y la cristalización en secuelas discapacitantes.

En forma coincidente con investigaciones anteriores realizadas por nuestro equipo, encontramos que el desgaste en el personal de salud que asiste a la población infanto juvenil se presenta a menudo como: Una relación de conflictividad de los trabajadores de la salud con los pacientes y/o familiares. Los trabajadores de la salud se sienten sobre demandados. A esto se suma la falta de reconocimiento de la labor profesional como expresión de la caída de las condiciones contractuales. Esto se manifiesta en cansancio emocional, relacionado con la dificultad en sostener la tarea diaria con un margen óptimo de iniciativa, de creatividad, de bienestar, que se acompaña de reacciones que pueden ser de irritabilidad, malhumor, depresión, falta de concentración, accidentabilidad, pérdida de "vocación", manifestaciones psicosomáticas.

La no percepción o negación del malestar para poder seguir trabajando da lugar a irrupciones masivas del estrés, cuya expresión extrema son los accidentes cardiovasculares en el mismo espacio tiempo del trabajo.

Entre sus principales causas de malestar, los trabajadores de la salud señalan las situaciones de desprotección social y las situaciones de maltrato. Estas aluden tanto a una caracterización de la población asistida como al propio sentimiento de los trabajadores de la salud, quienes mencionan incertidumbres y vaivenes sociales, laborales, institucionales y vinculares en su práctica cotidiana.

## **Metodología**

El desarrollo que se presenta a continuación corresponde al análisis preliminar de los resultados surgidos de los proyectos de investigación "Procesos de apropiación reflexiva en trabajadores de salud infantojuvenil" (UBACyT, P 614, 2003), "Desempeño Ocupacional y Salud en Personas con Discapacidad Motriz en Situación de Pobreza" (Beca de investigación UBACyT 2003) y "Estudio de las Representaciones Sociales y Prácticas relativas a las Intervenciones Tempranas en trabajadores de la salud de Hospitales Públicos" (Beca de investigación UBACyT 2003). Los tres proyectos se enmarcan en el proyecto UBACyT "Estudio sobre las condiciones de producción de los Actos de Salud en Hospitales Públicos" (UBACyT P065) dirigido por la Profesora Graciela Zaldúa.

La modalidad investigativa es de gestión asociada con equipos de las instituciones de salud donde se realizan las investigaciones. Se analizaron por triangulación; 219 registros cuali-cuantitativos –encuesta sociodemográfica-laboral–, Cuestionario Breve de Burnout (Rivera Delgado, 1997), aplicados a una submuestra intencional conformada por trabajadores de la salud del sector público que atienden a la población de niños y adolescentes; 14 entrevistas en profundidad; 2 grupos focales de devolución correspondientes a dos Hospitales Públicos y dos CESAC (Centro de Salud y Acción Comunitaria) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; talleres, observación participante y entrevistas en profundidad de procesos asamblearios barriales (años 2001 y 2002).

El complejo de relaciones y determinaciones, presente en el recorte de cualquier objeto de la realidad hace necesario integrar y articular técnicas apropiadas. La validez de su utilización dependerá del movimiento del objeto que se intenta

conocer, de las dimensiones que se indagan y de las circunstancias que rodean la relación sujeto -objeto.

Dicho posicionamiento epistemológico y metodológico ha posibilitado la obtención de datos que permiten extraer regularidades a partir de variables y su tratamiento sistemático. Asimismo, el estudio del significado de las percepciones y construcciones de los actores en salud, hizo necesaria la aplicación de técnicas intensivas, por lo que se propone la triangulación de datos desde una perspectiva cualitativa pero que utiliza el cruce de técnicas y datos cuantitativos.

### **Marco teórico**

La perspectiva crítica en epidemiología estudia los procesos de salud/enfermedad/atención y sus determinantes sociopolíticos. Resulta una perspectiva de análisis necesaria para pensar las agendas y escenarios transformadores en un contexto de catástrofe económica y social, que se manifiesta en un proceso creciente de desigualdades, inequidades y vulnerabilidades extremas para más de la mitad de la población del país.

La prevención crítica es un proceso contextualizado que interroga los diseños y los actos técnicos: promueve la apropiación de saberes y prácticas potenciadoras de autonomías creadoras, facilita la identificación y transformación de situaciones de marginación, dependencia, estigmatización y sufrimiento, y pone en cuestión los dispositivos de control tutelar de las identidades individuales y colectivas (Zaldúa, 2000). Consideramos la construcción del proceso de prevención crítica a la luz del proceso de trabajo y de las dimensiones simbólicas y existenciales del Acto de Salud.

### **Proceso de trabajo y salud**

El proceso de trabajo en salud involucra tres ejes: el de las relaciones entre macroeconomía y la salud, el de los modelos de organización productiva y el de las instituciones de salud y en salud.

Jaime Breilh (1994) relaciona el avance de la epidemiología crítica con el debate social contemporáneo sobre las condiciones de trabajo, que aborda el álgido problema de la producción económica, clave para el control del reparto y acceso a los bienes que hacen posible la subsistencia y el dominio del poder.

El modelo productivo taylorista fordista tuvo fuerte impacto en el diseño de los espacios y de la organización de las prácticas que persisten, a pesar del desplazamiento operado en términos de reestructuración productiva, desempleo, precarización y aumento de la intensidad paralelos a la privatización y reducción de los servicios públicos; entre ellos cabe mencionar la retracción de las coberturas en salud, educación y de provisión social, sustentadas por los derechos sociales y de ciudadanía.

El enfoque de los Actos de Salud propuesta por Emerson Merhy (1997) considera la especificidad de los espacios de la prevención y atención de salud y los jerarquiza en tanto punto de intersección entre trabajadores de salud y usuarios, tanto en lo concerniente a las necesidades y carencias como al valor de uso expresado en la búsqueda de bienestar. El autor incluye la perspectiva institucional y acentúa la dimensión del trabajo vivo y de las prácticas creadoras para enfrentar la complicada temática de las necesidades en salud. Su análisis distingue así entre el lugar que ocupa el Acto de Salud capturado en un modelo hegemónico y el que puede ocupar

en un modelo de defensa de vida. En este último modelo, las dimensiones asistenciales del trabajo vivo en salud se expresarían en términos de relación de acogimiento, creación de vínculo, creación de resolutiveidad y de mayores grados de autonomía en el modo de las personas de andar la vida.

### **Dimensiones simbólicas y existenciales del Acto de Salud**

En el Acto de Salud, la relación entre usuarios y efectores involucra las dimensiones de identidad, temporalidad y espacialidad que constituyen los escenarios de la atención y prevención.

Por otro lado, los procesos de salud/enfermedad/ atención están atravesados por las significaciones sobre la subjetividad y la relación sujeto salud que se derivan de clasificaciones sociales, de género, etáreas, étnicas y categorías clínico-epidemiológicas; de allí nuestro interés en algunos aspectos de la construcción identitaria y su relación con el concepto de episteme.

### **Identidad y episteme**

El proceso identificatorio como parte de la socialización y subjetivación está sostenido por las significaciones imaginarias, que son aquellas que estructuran las representaciones del mundo; designan las finalidades de la acción -lo que es "bueno" hacer y lo que no-; y establecen los tipos de afectos característicos de una sociedad. La ausencia en el momento actual de una totalidad de significaciones que pueda sostener los apuntalamientos sociales y subjetivos necesarios, da lugar al avance de lo que Cornelius Castoriadis (1997, 1998) llama insignificancia.

El proceso de construcción de identidades siempre se refiere a un "otro", por lo que éstas se explican por la diferencia y la negación. Las identidades sociales son producidas parcialmente de modo discursivo y dialógico (Guareschi, et. al. 2003).

Zizek (2001) plantea que en la actualidad se produce un proceso de doble negación. Uno, al pasar de las identificaciones primarias a las secundarias. Pero en el modernismo, ambas confrontan entre sí como el orden local versus el orden nacional, por lo que las identificaciones secundarias se mantienen abstractas hasta tanto reinsertan a las identificaciones primarias y las transforman según la identificación secundaria, que se vuelve concreta. Encuentra una pérdida de sustancia en este proceso de identificación secundaria que da lugar a que se produzcan identificaciones *primordiales* como negación de la negación. Se trata de un proceso de mediación que forma parte del proceso más amplio en el que la comunidad se hace sociedad, y que así como acerca al fundamentalismo y la xenofobia, origina formas nuevas. El autor advierte sobre el "multiculturalismo" como operatoria de hegemonía y exclusión, allí cuando por ejemplo, la maternidad temprana o la delincuencia juvenil se constituyen como "lo típico" de la juventud.

En relación al concepto de episteme, Jaime Breilh propone que las relaciones epistémicas entre un modelo interpretativo y las concepciones de la práctica, se establecen en cada época a través de nexos determinantes que resultan de las relaciones entre el desarrollo de los paradigmas científicos disciplinares y generales, con sus modos de producción científica, y la ideología especial que predomina en la comunidad, los presupuestos de la cultura y los modos de la praxis (Breilh 2003).

Un ejemplo de las complejas relaciones epistémicas en el campo de la salud es el siguiente. En la búsqueda de estandarizar conceptos y terminología referida a la discapacidad, la OMS publicó en 1980 la Clasificación Internacional de

Deficiencias, Discapacidad y Minusvalía (CIDDM). La misma incorpora al modelo médico explicativo de la discapacidad, el modelo social. La clasificación da cuenta de las limitaciones que las alteraciones del cuerpo (deficiencias) producen en las actividades cotidianas (discapacidad) y en la participación social de las personas (minusvalía).

En los últimos años, el aumento de la participación de organizaciones de y para personas con discapacidad en las políticas sociales y en la agenda de los organismos internacionales bajo el lema "nada sobre nosotros sin nosotros", promovió la creación de esta clasificación y sus posteriores revisiones.

Las siguientes revisiones de la CIDDM hasta la aprobación de la Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF) en el año 2001, ampliaron y flexibilizaron el modelo reconociendo, por ejemplo, que la limitación en el desempeño de actividades cotidianas y en la participación social pueden agravar la deficiencia o la discapacidad originales o incluso generar otras nuevas. Además, alejándose del concepto inicial "consecuencias de enfermedades", la clasificación propone incorporar "componentes de salud", es decir, estados funcionales asociados con estados de salud aplicables a todas las personas y no ya necesariamente a aquellas con discapacidades. Se reconoce que los aspectos sociales y culturales en el funcionamiento cotidiano (tanto en las actividades como en la participación) permiten, junto al diagnóstico y/o los indicadores epidemiológicos clásicos, "una visión más amplia y significativa del estado de salud de las personas o poblaciones". En el mismo sentido, la revisión de la estrategia de RBC (rehabilitación basada en la comunidad) propone que el concepto de rehabilitación pase de ser un término médico a ser un concepto de ejercicio de derechos.

Sin embargo, a pesar de las modificaciones mencionadas, la referencia a la salud como condición física sigue presente, ya que la clasificación actual excluye las "circunstancias no relacionadas con ella (la salud), tales como las originadas por factores socioeconómicos" (OMS- CIF, 2001:4).

### **Crono-topos**

Como hemos dicho con anterioridad, el Acto de Salud supone encuentros y/o desencuentros de existencias, espacialidades, tiempos y culturas en un devenir histórico común.

Tanto la juventud como la infancia se construyen en una intrincada relación entre la edad biológica y la edad social, que no es sin conflictos, pues la cuestión de los límites de edad ponen en juego la transmisión del poder y los privilegios entre las generaciones (Bourdieu, P: 1990).

Giorgio Agamben (2001) analiza la situación de la infancia en la modernidad a partir de lo que Benjamin, en 1933, denominaba pobreza de experiencia. A raíz del impacto causado por la catástrofe de la guerra mundial, la gente regresaba de los campos de batalla enmudecida, no más rica sino más pobre en experiencias compartibles. Asocia esta característica a lo insoportable en la experiencia cotidiana y del sometimiento del hombre al tiempo lineal continuo. La historia, en cambio se produce como *cairós*, tiempo pleno, discontinuo, finito y completo del placer.

Cada concepción de la historia va acompañada de una determinada experiencia del tiempo que está implícita, que la condiciona y que se trata de esclarecer. Cada cultura es una experiencia del tiempo y no es posible una nueva cultura sin una modificación de esa experiencia. La concepción de tiempo en la edad moderna es una concepción rectilínea e irreversible a la que se le ha sustraído la idea de un fin y se le ha vaciado cualquier otro sentido que no sea el de un proceso estructurado,

conforme al antes y al después. La experiencia del tiempo muerto y sustraído de la experiencia, caracteriza la vida de las grandes ciudades modernas.

No somos seres históricos porque caemos en el tiempo, sino todo lo contrario, sólo porque somos seres históricos es posible caer en el tiempo, temporalizarnos.

Cornelius Castoriadis (1999) plantea dos dimensiones del tiempo: la dimensión conjuntista identitaria y la dimensión imaginaria o de la significación. El primero caracteriza al calendario y la periodicidad medida y referida a fenómenos espaciales, el segundo remite a la atribución de origen, finitud. El tiempo imaginario mantiene con el tiempo identitario una relación de inherencia recíproca o de implicación circular. De ahí que lo que ocurre no es mero acontecimiento repetido, sino manifestación esencial del orden del mundo, tal como es instituido por la sociedad en cuestión, de las fuerzas que lo animan, de los momentos privilegiados de la actividad social.

El vínculo entre espacio y poder es un tema recurrente en el trabajo de Michel Foucault. Los poderosos son aquellos que pueden manipular el espacio para sus propios fines, insertando profundamente sus tentáculos de control social “micropoderes”, en la vida cotidiana. Los ejemplos arquetípicos fueron la cárcel y el asilo. En ambos casos, los individuos están cercados, en su autonomía y sujetos a la más intensa, constante vigilancia. Sin embargo, de alguna manera, la posibilidad de la acción autónoma permanece en los nichos más oscuros de la vida cotidiana. Por las complejidades de la geografía humana, la acción social trascendente siempre es inminente. Por lo tanto, el espacio es una expresión de poder. El habilita y restringe. Aquellos que no controlan su geografía permanecen para siempre amenazados, inseguros en su seguridad.

Para Foucault (1986), el espacio subjetivo que recorta la medicina positiva en la definición de su objeto es, históricamente, sólo una manera de espacializar la enfermedad.

La medicina clasificadora del Siglo XVIII supone un espacio que no es ni el encadenamiento de los efectos y de las causas ni la serie cronológica de los acontecimientos visible en el cuerpo humano sino un espacio ideal donde la enfermedad se define por su LUGAR dentro de una familia: un espacio plano y un tiempo instantáneo. Sólo en el período histórico del siglo XIX, el espacio de configuración de la enfermedad y el espacio de localización del mal en el cuerpo, han sido superpuestos en la experiencia médica. El problema de cómo puede una enfermedad caracterizarse por su SEDE en un cuerpo es así el problema de la espacialización secundaria. El autor llama espacialización terciaria al "...conjunto de los gestos por los cuales la enfermedad, en una sociedad, está cercada, médicamente investida, aislada, repartida en regiones privilegiadas y cerradas, o distribuida a través de los medios de curación, preparados para ser favorables" (Foucault, 1986: 34). Se trata entonces de la forma en que un grupo practica las exclusiones, establece las formas de la asistencia. Es un lugar de dialécticas diversas: figuras heterogéneas, desplazamientos cronológicos, reivindicaciones y utopías, lugar de entrecruzamiento de un cuerpo de prácticas heterogéneas, sin unidad, que articula las espacializaciones primaria y secundaria con las formas de un espacio social, con características y leyes diferentes.

## **Desarrollo**

### **El empleo y los tiempos**



## ***El tiempo que no alcanza***

El aumento en la intensidad y exigencia de trabajo es percibida por los trabajadores de la salud como falta de tiempo para la formación, para el descanso y para la vida personal.

*"Me produce malestar estar de guardia el día sábado, por lo que representa ese día en lo personal.... Los salarios no son acordes a la cantidad de horas, a la cantidad de pacientes y calidad de atención.... Se debe trabajar mucho para vivir."*(Hospital Monovalente)

La falta de tiempo para actividades preventivas y promocionales es asociada a la asistencia en tanto "línea de producción":

*"Siento una gran exigencia de productividad en el trabajo. Me levanto a la mañana y siento que tengo treinta para ver. No se puede ver cinco chicos por hora y hacer prevención. "* (Hospital General)

También los trabajadores relacionan la falta de tiempo con la obligación o necesidad de cumplir tareas no atribuidas tradicionalmente a la actividad profesional: *"Estábamos hartas de entregar la leche, perdíamos 3 horas por semanas, es un trabajo administrativo, tuvimos una reunión con todos los trabajadores de la salud del centro y planteamos que hagamos la entrega entre todos."* (CESAC)

## **La población como infancia que adolesce**

En los relatos de los trabajadores de la salud, las características o acciones de la población más reconocidas como favorecedoras de la salud son las relacionadas con la adherencia a los tratamientos: cuando "se sacrifican a pesar de lo económico", "fidelidad al tratamiento", "compromiso y estabilidad en relación a asistir al centro", "que tenga confianza y venga a contar".

En muy pocas ocasiones se menciona: *"que demanden", "la participación en las reuniones", la "conciencia de derechos", la "organización" y "uso del centro".*

*"Lo favorecedor es cuando cumplen con el programa que les decimos que tiene que hacer, cuando siguen asistiendo al centro. Y lo que no es favorecedor es no continuar con el tratamiento..."* (CESAC)

*"Favorece la salud que las madres vengan a hacer los controles periódicos, que sean obedientes en cuanto a las indicaciones, que son atentas, que escuchan los consejos, que vienen al consultorio de niños sanos en forma periódica, con las cuales podés charlar y ves que lo que les estás comentando les llega."* (Hospital General)

La construcción dominante de las identidades puede generar sentimientos de orgullo y pertenencia y organizarse a partir de la estigmatización y segregación del otro, del exo grupo. Persistencia de lógicas hegemónicas que en el contexto de estallido de instituciones sociales hacen de obstáculo al reordenamiento ético-epistémico-político que posibilite otras condiciones para el acogimiento en salud.

*"En los adolescentes la anemia es una situación de todos los días... comen mal, comen toda esa comida chatarra que está impuesta por el mercado, eso es real. Otro hecho real es que los padres trabajan, están pauperizados, no tienen ganas de cocinar ni aún estando en la casa. No sé qué les pasa, falta de educación de la familia, de los padres, de todos."* (CESAC)

## **Espacialización y actores sociales**

### ***Nuevos actores en viejos espacios***

Los reiterados recortes presupuestarios que afectaron en los últimos años al sector salud motivan que las instituciones de salud se encuentren desbordadas.

Gran parte de los efectos de la crisis recayeron en sectores urbanos medios y los sectores tradicionalmente afectados por la pobreza. Estos se reflejan en los datos relacionados con la desprotección social, que aparece como la principal causa de malestar en el trabajo para los trabajadores de la salud (70%),

La espacialización terciaria tradicional se modifica. En los relatos de los trabajadores de la salud de hospitales y centros de salud de la Ciudad de Buenos Aires hacen su aparición, con insistencia, nuevos actores: los sectores urbanos medios en los espacios de los "pobres tradicionales".

*"Generalmente los pacientes son aquellas personas que han quedado desprotegidas del área social porque ya no tienen cobertura, han quedado sin trabajo, les han rematado la casa"* (Hospital General).

*"La población es de muy bajos recursos, mucha población media descendida que antes tenía obra social y ahora ya no. Aparte la población que antes se atendía no estaba como hoy. Los pacientes no se controlan la salud, están mal alimentados, chicos abandonados sin una figura adulta que se haga cargo de ellos... chicos que antes iban a escuelas privadas y ahora van a escuelas estatales, antes tenían obra social y ahora no tienen. Se ve mucha desocupación, desempleo o subempleo, el que tenía casa propia ahora no la tiene..."* (CESAC)

*"Gente muy necesitada a nivel económico, social, mucha gente desempleada. Esto es una diferencia con el hospital porque al hospital va gente de todo nivel económico, va en realidad gente de clase media... La gente que tiene muy bajos recursos ya no puede llegar al hospital."* (CESAC)

*"Los más pobres ya no llegan al hospital, viene la clase media. Los pobres van a la salita porque no tienen plata para pagar el pasaje, con lo cual hubo una gran recarga del sistema periférico de salud"* (Hospital General)

La aparición y la exclusión de actores sociales en los espacios tradicionales en salud, implica problematizar la espacialización terciaria. La reorganización de la espacialidad se basa en un cambio en la estructura de la relación entre lo visible y lo invisible. Entre las palabras y las cosas, se traban nuevas alianzas (Foucault, M: 1986).

### **Público o privado / intramuro o extramuro**

Las narraciones de los trabajadores de la salud delimitan espacios dicotómicos. Así por ejemplo, las actividades extramurales se asocian con la prevención y las intramurales con la asistencia.

*"Lo beneficioso es la llegada a la comunidad del profesional, se busca el contacto a través de talleres, relevamientos, etc., la gente establece lazo más de confianza. Siempre hay gente, desde temprano, hace uso de los espacios preventivos. La gente los toma."* (CESAC)

*"Yo digo que es la educación, no sólo institucional sino dar charlas permanentes en el barrio, salir, el hospital tiene que salir un poquito afuera."* (Hospital Monovalente)

Lo público se constituye en un espacio de prácticas devaluadas en oposición al espacio privado.

*"Existe una necesidad general a nivel gubernamental de aplastar todo espacio público en beneficio de lo "privado" o sectores de grandes negociados."* (CESAC)

*"Hay poco reconocimiento de los estratos superiores de las personas que nos*

*comprometemos o somos responsables y una desjerarquización del hospital público por parte de pacientes y colegas." (Hospital Monovalente)*

El avance de las privatizaciones en materia de salud paralela al "aplastamiento" de la atención pública forma parte de una modificación destructiva general de los espacios y del nivel de vida y de trabajo. Metamorfosis de las subjetividades que presenta a los usuarios como el "malón", la "presión" de la sala de espera, "la cloaca". *"La presión sobre la ventanilla se da porque no hay nadie que sostenga ese malón. Después las administrativas nos presionan a nosotros"* (Hospital General)

### **El lugar de los otros**

*"Gente con muchas de las necesidades básicas insatisfechas, problemas de vivienda, económicos, afectivos, de familia. Son población de casas tomadas, inquilinatos; ha vivido pérdidas de todo tipo. Puede ser que haya más inmigrantes ahora. A ojo, haciendo estadísticas, tenías 40, 50 % de extranjeros. Muchos de Perú en los últimos tres o cuatro años. Antes eran menos. Los niños son parte de estas familias, con problemas de vivienda, económicos... muchos no estudian ni trabajan"* (CESAC)

Diversas referencias a la población se consignan muchas veces como causa de malestar en el trabajo; problemas con y de la población: pacientes de alto riesgo, demandantes, violentos y/o con problemas económicos. La impotencia sentida por los trabajadores de la salud, tema recurrente en los hallazgos y vinculado al "desborde", impacta de diversas maneras. Una de las formas registradas con frecuencia, es la construcción de la población como amenaza.

*"Un día les vamos a decir que el nene no tiene nada y van a sacar el revolver y nos van a pegar un tiro. No te hacen caso con las dietas, vos les explicás todo y después le dan chocolate. Siento que te están tomando el pelo"* (Hospital General)

### **Intersecciones del malestar**

*"La situación social y económica de los niños es muy precaria...Hoy vino una familia entera con tres hijos con tuberculosis, la situación en salud es muy precaria. Pero si vienen y no abandonan se hace todo lo posible para que se mejoren."* (CESAC) *"...con los años, lo que me preocupa es la situación social; el tema del maltrato que estamos recibiendo por la presión social, económica, la falta de educación que tiene la gente."* (Hospital Monovalente)

Entre las razones de malestar, cerca de un 80% de los trabajadores de la muestra considera que los pacientes y los familiares tienen exigencias excesivas y comportamientos irritantes y un 67% vive como escaso el reconocimiento de su labor por parte de los usuarios que atiende.

Un 77% se siente estresado por el trabajo y considera que el trabajo repercute en su salud, un 56% que el mismo está afectando sus relaciones sociales y familiares y un 50% que los problemas en el trabajo hacen que su rendimiento sea menor.

*"Me gusta mi trabajo... me gustaría lograr mayor crecimiento y posibilidades de evolución, cosa que no es posible con la situación actual del sistema de salud y del estado socioeconómico del país."* (Hospital Monovalente)

### **La reflexividad en las transformaciones**

Alrededor de un 50 % de los trabajadores consideró como propuestas de solución a los problemas en salud, la implementación de espacios de reflexión, de capacitación, el aumento en los niveles de planificación y de la organización, aumento de la remuneración y aumento del equipamiento.

En nuestra experiencia, la producción de dispositivos participativos abre a pensar la propia identidad pero historizada y relacional, incorporando el sentido y el otro.

*“Considero que debiera existir espacios de Reflexión con el suficiente poder de poder cambiar cosas. Creo que la mayoría de los trabajadores de la salud conocen que hay que cambiar.”* (Hospital Monovalente)

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

### **La otra geografía**

El año 2002 comenzó con un fenómeno si no inédito, transformador: la gente, la multitud, tomó su lugar en el escenario para dar semblantes nuevos conmoviendo los espacios de lo privado lo público y lo político. Así lo testimonia Raquel Thevenon (2003: 4) *“Como ciudadanos como vecinos, como mujeres y varones nos indigna y nos rebela la pobreza, sabiendo que cuando hablamos de pobreza no sólo hacemos referencia a las necesidades básicas insatisfechas, sino también a la pobreza política o de participación; a la pobreza de recreación y creación, al acceso a los bienes culturales y simbólicos, a la pobreza de protección.”*

Así, desde una asamblea la percepción de atención de demandas:

*“Pareciera que los hospitales trabajan con gente pudiente, no hay hospital para pobres”* *“pareciera que los chicos de la calle no tienen que ir a un hospital, se tienen que morir.”* (Asambleísta)

Aiternativamente en el espacio de la Asamblea barrial se fueron gestando proyectos de cuidado comunitario específico e inespecífico.

*“Cuando llegamos a la olla ellos nos decían policías, buchones, y no me afecta porque son chiquitos que están acostumbrados a estar en la calle, desconfían de todo el mundo y tienen razones. Yo no los juzgo...ahora saben que en nosotros tienen un amigo no un enemigo.”* (Asambleísta)

Allí son esas problemáticas de difícil acceso al campo de nominaciones e identificaciones de las instituciones formales de atención que irrumpen y orientan acciones preventivas y promocionales, tendiendo a la articulación con el sistema público pero en sentido no hegemónico.

*“Creo que es lo bueno que hemos logrado desde la olla. Empezar a darles de comer, tener un acercamiento. De hecho hace 15 días que M., se hizo un test de VIH porque hay unos señores con coches muy importantes que paran en la plaza pero ya no cuando estamos nosotros”.*

Desde las estructuras interiores del sistema de salud, la aparición de este nuevo actor social tuvo diferente impacto entre los trabajadores y funcionarios de las instituciones.

En este punto, resulta interesante retomar el concepto de territorio, ya que se trata de un concepto de apertura para pensar un más allá del orden institucional tradicional, como un nuevo escenario estratégico, entendido como una fuerza viva de relaciones concretas e imaginarias que las personas establecen entre sí, con los objetos, con la cultura, con las relaciones que se dinamizan y transforman. Franco Rotelli (1994) señala dos aspectos: - La práctica del trabajo en territorio es un trabajo de construcción y promoción de salud, - El saber del sujeto paciente, el saber de los familiares, los saberes del territorio deben ser incorporados a las prácticas, No tanto desde el “deber ser” sino desde una postura ética, e ineludible, en la construcción de

espacios de producción de subjetividades, de solidaridades, de convivencia, de integración.

## **Discusión**

En el controvertido panorama que se presenta en lo social, aparecen problemáticas epidemiológicas que escapan a las concepciones y prácticas usuales -o ideales- del sector salud. Los trabajadores de la salud perciben la situación de pobreza y empobrecimiento pero las significaciones hegemónicas que estructuran los actos contribuye a una quita de la potencia y eficacia del esfuerzo. La densidad de los problemas, las nuevas condiciones vinculares, territoriales, etc. se presentan a menudo como catástrofes, en el doble sentido de naturalización e imprevisibilidad. En el sistema de salud, los padecimientos, los modos de vida, las voces, se dividen entre la demanda institucional o legítima y lo que excede, extraterritorialidad de lo "extrahospitalario" o "extramuro" de la prevención: el desempleo, el reparto de la leche, los incumplimientos de tratamiento, así como el conjunto de problemas que enfrentan a los trabajadores de la salud con el límite de aceptado y categorizado según estándares permitidos en la atención infantojuvenil.

La disposición con que los trabajadores toman las propuestas reflexivas, así como las enseñanzas que puedan incorporarse a la salud colectiva a partir de las experiencias de asambleas requieren de una perspectiva dialógica. El desarrollo del diálogo José Luis Rebeliatio (2000), supone valores éticos fuertes, creer en la dignidad de las otras personas, que se avanza en lo dialógico sin coaccionar -el diálogo excluye la coacción-. Además estar dispuesto a problematizar los propios valores y posturas, supone una actitud de reconocimiento, de que en el diálogo con el otro es posible descubrir la novedad de valores, "Creo que el trabajo bien hecho es ir en contra de lo que se cree seguro o conveniente y examinar las certidumbres propias con la misma pasión que se juzgan las de los otros [... Existe otra forma del deber moral: la que proviene del hecho de que los intelectuales sean, en sociedades despiadadas en lo económico y lo cultural, quienes estén probablemente bien colocados para mostrar la complicidad de ellos mismos y la responsabilidad del poder respecto de las diferencias materiales y simbólicas. No hay honor, pero quizá pueda existir una forma de la fuerza moral (lo que los antiguos llamaban virtud) para nosotros." (Beatriz Sarlo, 2003). Mediante la intervención reflexiva y la implementación de dispositivos específicos, nos hemos planteado objetivos de promoción de afrontamientos resilientes y de construcción de escenarios portadores de condiciones de salud "más saludables" tanto para la población usuaria de los servicios como para los trabajadores de la salud.

## **Bibliografía**

- Agamben, G.(2001) *Infancia e historia. Destrucción de la experiencia y origen de la historia*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo editora
- Breilh, J. (1994) *Nuevos conceptos y técnicas de investigación*. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud
- Breilh, J. (2003) *Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Bourdieu, P. (1990) *Sociología y cultura*. Bs. As. Ed. Grijalbo
- Castoriadis (1997) *El avance de la insignificancia*. Bs. As: Eudeba. (1999). *Capítulo IV Lo histórico Social*. En "La institución Imaginaria de la sociedad". Vol. 2. El imaginario social y la institución. Tusquets editores. Buenos Aires.

- Dear, M (1988) *The postmodern challenge: Reconstructing human geography. Transactions*, Institute of British Geographers NS 13:262
- Dear, M. (1996) "Time, Space and the geography of everyday life of people who are homeless". En: Zemke, R; Clark, Florence: *Occupational Science. The evolving discipline*. Section III. Dimensions of Occupation. (101-114) Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Foucault, M.(1986) "Espacios y Clases" en *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI Editores.
- Guidens (1997) *Modernidad e Identidad del Yo*. Barcelona. Ediciones Península.
- Guareschi, N. M., et al (2003) "Psicología Social e Estudos Culturais: rompendo fronteiras na producao do conhecimento" En N. M. de F. Guareschi & M. E. Bruschi (Eds.), *Psicologia Social nos estudos culturais: Perspectivas e desafios para uma nova Psicologia Social*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Merhy, E.E. (1997) "Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trábalo vivo em saúde" en *Praxis en Salud. Un desafío para lo público*. Merhy, E. y Onocko, R. Organizadores. Lugar Editorial, Buenos Aires y Editora Huitec, San Pablo.
- Montero, Maritza (1991) *Identidad social, ideología y transformación en América Latina*. Conferencia dictada en el Cuarto Congreso Nacional de Psicólogos de Chile.
- Breakwell; Glynis M. (1992) *Social Representations and Social Identity*. Paper presentado en la Primer Conferencia Internacional de Representaciones Sociales. Ravello, Italia.
- Organización Mundial de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana (2001) *Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud*. Madrid: IMSERSO
- Rebellato, J.L. (2000) Conf. "Horizontes de un paradigma emancipatorio. Su articulación con la práctica comunitaria", *Rev. Psicológica de América Latina* N° 0. Uruguay.
- Thevenon, R.(2003) "...De los vecinos...para los vecinos" en Revista *Hartos*, N°2, pp.4, Bs. As.
- World Health Organization (2003): Theme Paper. International Consultation on Reviewing Community Based Rehabilitation (CBR) Helsinki
- Zaldúa, G (2000) Clase teórica 1, Módulo 1 de Psicología Preventiva. Buenos Aires, Facultad de Psicología. CEP
- Zizek, S. (2001) "Multiculturalismo o la lógica cultural del capitalismo multinacional". En *Estudios culturales: Reflexiones sobre multiculturalismo*, Bs. As. Paidós.

#### **4.4 Vulnerabilidad y arte. Experiencias creativas como espacios de salud en áreas marginales urbanas\***

Hugo Leale, Rosana Peirano

##### **Introducción**

Las experiencias de creatividad y arte, en particular aquellas que se realizan con población vulnerabilizada o marginalizada, plantean un campo de implicación subjetiva y colectiva interesante. Un campo en el que se recuperan historias y se inauguran relatos, en el que se producen apropiaciones y re-apropiaciones simbólicas; un campo de producción de subjetividades y de significaciones (Castoriadis, 1999).

Vulnerabilidad, fragilización individual y colectiva, producciones socio-históricas determinadas y determinantes de los imaginarios sociales, se abordan desde estrategias e intervenciones propuestas por diversos lenguajes artísticos. Todos tenemos emociones e ideas que no hemos conseguido aun expresar, sin embargo esa expresión suele no ser vista como una necesidad básica en los grupos sociales vulnerabilizados; negando que la salud tiene, como condición básica la necesidad de alimentar el cuerpo y de alimentar el alma,

La perspectiva de promoción y prevención crítica de la salud mental nos permite -y nos impulsa a- pesquisar en estas experiencias: las características, los modos de trabajo y de organización, los impactos en la subjetividad -individual y colectiva-, en la construcción de identidad, y en la producción de nuevas significaciones (Almeida Filho, 1992).

##### **Experiencias**

Un conjunto de experiencias creativas están en desarrollo; grupos de teatro comunitario, murgas, grupos de música, de artes plásticas, de artes circenses -acrobacia, malabares, clown, trapecio, etc.-Todas ellas (y también aquellas otras que no conocemos) son canales de expresión de cultura y saber popular, de sentires y pensares comunitarios, es decir del 'común'.

Nuestra indagación ha tomado algunas de estas experiencias en la Ciudad de Buenos Aires: un grupo de teatro comunitario con sede en el barrio de La Boca, un proyecto de enseñanza de artes circenses que se asienta en el sector del barrio de Barracas conocido como 'villas 21, 24 y Zavaleta', y coordinadores de talleres de acrobacia con chicos en situación de calle.

De ellas, el grupo de teatro es la experiencia más antigua, tiene veinte años de existencia y su origen, -en el final de la última dictadura militar- marcó lo que sería su identidad artística. En lugar de hacer un taller de teatro hicieron teatro. La presentación se hizo en la plaza del barrio, como parte del festejo 'escolar' del 25 de mayo incluyendo una 'choriceada' y actividades al aire libre. Ese origen fue el resumen de una concepción y una estética teatrales: teatro entendido como fiesta, como un encuentro de vecinos donde se produce comunicación.

---

\* Este trabajo fue presentado y publicado en las Memorias de las XI Jornadas de Investigación. Psicología, Sociedad y Cultura. 29 y 30 de julio de 2004. Buenos Aires. Argentina. Pag 204-206. Tomo II. 2004. 1667-6750

Las obras que siguieron fueron creadas colectivamente, desde los propios recursos y con una metodología de juegos de improvisación. Se valorizan las historias individuales las colectivas, porque son continuadores de las manifestaciones artísticas del barrio. El grupo recupera y usa recursos artísticos, la poética del arte popular: el sainete (esa mixtura de criollos e inmigrantes en el patio del conventillo), la murga (de larga tradición en el barrio), el candombe (ceremonia fundamental para el desarrollo de la música y el baile popular), el circo (donde nació el teatro argentino), títeres, historieta, etc. Junto con la memoria histórica se recupera también la potencia de jugar, producir y crear. Sucede que recuperar memoria construye identidad y enriquece las posibilidades de vérselas con la realidad (porque con la realidad no se juega) (Dubatá, 1999).

En el proyecto de enseñanza de artes circenses, el origen estuvo marcado por otras necesidades, allí hay un equipo responsable integrado por dos 'coordinadores de taller' trapecistas/acróbatas/malabaristas, (un hombre y una mujer, que además son pareja), y una licenciada en ciencias de la educación. Comenzaron a trabajar en el año 1995 en las instalaciones de un comedor comunitario, en el que habían ido apareciendo, junto a la necesidad de comida, otras necesidades; haciendo verdad aquello de que "no sólo de pan vive el hombre". La intención inicial fue crear un espacio de contención y la coordinadora del comedor les facilitó el lugar, aunque ellos no tenían un proyecto claro.

Organizaron un taller de zancos que fue rápidamente superado: por la cantidad de chicos que concurrió, por la velocidad del aprendizaje, por la avidez por otras técnicas. Continuaron trabajando con técnicas aéreas en el patio, y enseñando otras artes circenses -malabares, acrobacias, clown- a niños, niñas y adolescentes.

En una jornada de 'trabajo' los chicos rotan por las distintas técnicas, lo característico es el modo de desarrollarlas: jugando. Juegan la mayor parte del tiempo: -"vení vamos a *ver si hacemos esto*"- le dice uno al otro y le explica: -"Vos parate de esta manera, yo vengo, hago una vertical, vos te agachás, yo quedo subido a tus hombros, y una vez arriba hago malabares con estas clavos"-, lo ensayan, una y otra vez, lo van modificando. En un momento de esa improvisación llaman a un coordinador y le muestran esa secuencia que han armado; el coordinador les sugiere cambiar un movimiento y les explica: -"de esta otra manera lo hacen más fácil para ustedes y queda más lindo"- . Toman la sugerencia y siguen practicando; parece que han armado una "rutina" (así llaman ellos, los acróbatas o malabaristas, a estas secuencias de movimientos).

Tal vez esta secuencia en algún momento se integre a un espectáculo, tal vez sólo quede como un ejercicio, como una práctica construida/ descubierta / creada por ellos. Esos dos chicos estaban jugando y en el desarrollo de ese juego produjeron algo, quedó un producto creado por ellos. Los-productos de la creatividad individual y colectiva-movimientos, rutinas, 'gags', 'sketchs'-; quedan como algo que se aporta a la realidad, se 'verifican' en la realidad. Aquí reside buena parte de la fuerza de estas experiencias Winnicott, 1972).

Los participantes hacen una experiencia completa de construcción partiendo de un juego inicial, aparece una idea difusa o confusa, la van desplegando y pueden llegar a darle una forma final; o incluso descartarla como cuando los chicos destruyen el castillo de arena que les llevó varias horas construir. Las prácticas artísticas canalizan la expresión individual y grupal en una búsqueda estética, y posibilitan el despliegue de significaciones nuevas en la acción dialectizadora del proceso-producto artístico. Proceso-producto que condensa y sintetiza emociones, percepciones, ideas, historias y significaciones subjetivas e intersubjetivas. Antes o



después de la práctica todos se sientan en ronda, en el suelo. “*Todos en el mismo nivel*” -dice una de las coordinadoras-. La ronda es un espacio que abre la palabra: “*¿qué estuvo trabajando cada uno?*”, *¿qué estuviste haciendo?*”. Todos pueden mirarse, encontrarse y recuperar colectivamente los aprendizajes de cada uno de ellos. Cada uno puede aprender de lo que otro aprendió.

¿Qué cambió para los participantes? “*Ahora están mejor plantados, cambió la valorización de sí mismos, su autoestima. En este aspecto hay mucho crecimiento, más allá de la técnica, de lo específico de las técnicas del circo*”.

Las producciones del cuerpo en movimiento comprenden: la imagen corporal, la concientización del esquema corporal individual y lo relacional en el cuerpo grupal integrándose las cualidades interoceptivas, exteroceptivas y comunicacionales del movimiento expresivo. Lo postural, el eje corporal, el espacio, el equilibrio, las emociones, la percepción del otro y su interrelación, se instalan desde la especificidad de las técnicas circenses vinculadas directamente al cuerpo y su acción, las relaciones interpersonales, la conciencia de sí y la creatividad. Se vigorizan las condiciones de posibilidad de apropiación de las vivencias acontecidas en las actividades como analizadores de temas-problemas favoreciendo y enriqueciendo procesos de reflexión-acción participativa. Estas experiencias son poderosas organizadoras. Señalamos las siguientes dimensiones como sostenes del funcionamiento: a) La continuidad, en especial cuando se trabaja con chicos en situación de calle para quienes nada tuvo continuidad, -su familia-. La continuidad de la experiencia les ofrece un lugar estable y consistente donde puedan desplegarse (Dubatá, 1999); b) la verdad. “los chicos *saben si lo que vos les decís es verdad, igual te ponen a prueba para comprobarlo, y para comprobar que no les sacás nada a cambio de lo que les das*”, esto lleva a establecer vínculos confiables instalados desde enunciados que instalan compromisos perdurables singulares y colectivos; c) la oferta de modelos identificatorios. Los coordinadores se implican desde una gran disposición libidinal y se “*cargan al hombro*” los proyectos, ‘*Cargarse al hombro*’ sucede tanto en las organizaciones no gubernamentales como en las gubernamentales; el funcionario del GCBA que auspició el Circo Social pretendía ‘adueñarse’ del proyecto y los coordinadores disputaron esa ‘paternidad’ con éxito - al menos hasta el presente-.

Claro que no son los espacios culturales los únicos en los que algunos profesionales se ‘ponen al hombro’ una actividad; sin embargo, el carácter de ‘nuevas’ que tienen estas experiencias, vale decir, el que todavía no se hayan institucionalizado, burocratizado o cristalizado facilita que los profesionales intervinientes puedan investirlas libidinalmente con tanta intensidad. Esta investidura les reporta satisfacciones tanto a ellos como a los chicos/as.

Las siguientes dimensiones articulan estas experiencias con lo intra e intersubjetivo promoviéndolas como innovadoras y atractivas:

- El *cuerpo y el movimiento*. Se despliegan y enlazan cualidades interoceptivas, exteroceptivas y comunicacionales en acontecimientos enriquecedores de un yo que nunca deja de ser corporal.

- El *juego y la creatividad*; hay entrenamientos, enseñanzas, horarios rigurosos, prácticas repetidas y rutinarias; sin embargo la índole de las acciones hace que la diversión siempre sea posible. Además no hay copias; se puede imitar, se pueden buscar ideas, modelos, pero los procesos sólo funcionan cuando se produce una integración que se verifica en el nivel del sí mismo. A esos momentos los chicos denominan “te cayó la ficha”,

- El *tiempo*; se ven resultados en plazos cortos de tiempo. En dos o tres meses el practicante puede comprobar su progreso; en otras facetas de la vida -estudio, aprendizaje de un oficio- esto no sucede porque demandan tiempos más largos.
- El *espacio*; los desplazamientos, los trabajos en altura, los ejercicios físicos permiten el uso de las tres dimensiones del espacio y generan sentimientos de poder.
- Lo *nuevo*; en lo que tienen de instituyentes estos proyectos que todavía no han coagulado en instituciones burocráticas.
- Lo *tradicional*; los participantes se constituyen en herederos y continuadores de un saber y una cultura popular.
- El *placer*; del juego, del uso del cuerpo en el espacio, del sentirse acompañado, del tener un lugar, se percibe en los participantes, en los coordinadores, y también en uno mismo, 'público' afectado por lo que ellos comunican.

Los saberes y prácticas artísticas posibilitan producciones singulares y colectivas cuya construcción instala una lógica de intercambios y resemantizaciones del modo de vida del colectivo social donde operan. Entre los logros de estas actividades se destacan: la posibilidad de identificar y expresar sentimientos, et estímulo de la imaginación y la creatividad, la autoestima, el compartir, el desarrollo de las habilidades psicomotoras. Estos logros se enlazan en un sentido salutífero, entendiendo a la salud como "(...) satisfactor de necesidades, implica una posibilidad de desarrollo de las potencialidades psíquicas y sociales. Propiciar el despliegue del placer, la inteligencia, remite a subjetividades que no se adapten pasivamente, sino cuestionen y transformen" (Zaldúa, 1992).

Desde la perspectiva de la salud colectiva, la promoción y prevención en salud mental en áreas marginales, con población atravesada por la exclusión social, se intelegiría el modo de vida (Almeida Filho, 1992); integrado en la descripción, explicación y transformación de la situación de salud mediatizado por las acciones creativas facilitadas por la praxis artística que operativiza, entre otras, las acciones de:

- Construir y deconstruir las categorías explicativas y operativas de: proceso creativo, arte y vulnerabilidad.
- Sensibilizar y valorizar acerca del impacto en los actores y colectivos sociales, de la expresión y creatividad artísticas y sus alcances desde la perspectiva de la psicología colectiva y la prevención crítica.
- Hacer conocer prácticas actuales que articulen proceso creativo, arte y vulnerabilidad.

## **Bibliografía**

- Almeida Filho, N. (1992) *Epidemiología crítica*. Ed. Lugar, Bs As.  
 Brook, P. (1986) *El espacio vacío*. Fray Mocho. Bs. As.  
 Castoriadis, C. (1999) *El avance de la insignificancia*. Eudeba, Bs.As.  
 Dubatá, J. (1999) *El teatro laberinto*. Atuel, Bs. As.  
 Winnicott, D.(1972) *Realidad y juego*. Granica, Bs. As.  
 Zaldúa, G. (1992). Bs. As., 1992.

## **Praxis psicosocial comunitaria en salud: las representaciones y las prácticas de salud en los adolescentes\***

Graciela Zaldúa, María Teresa Lodieu, Marcela Bottinelli, María Pía Pawlowicz, Dora Koloditsky

### **Introducción**

La modalidad actual del cuidado de la salud por parte de los adolescentes se instala como un problema y un desafío a la práctica sanitaria cotidiana. Los profesionales de la salud que atienden a los adolescentes se interrogan sobre el valor y el sentido que los adolescentes le otorgan a la salud y al cuerpo. Ciertas prácticas sobre el cuerpo, o “juegos” que requieren una intervención médica desconciertan al equipo de salud.

Las dificultades para acercarse a los servicios médicos o la concurrencia tardía - cuando la sintomatología está muy avanzada-, la no adherencia a los tratamientos, y ciertas prácticas con connotaciones violentas sobre el cuerpo configuran un entramado que requiere ser investigado a fin de favorecer los actos de salud. En el marco de nuestro trabajo investigativo sobre los Actos de Salud (UBACyT P065) y coincidente con los lineamientos del nuevo proyecto titulado: “Praxis Psicosocial Comunitaria en Salud” (UBACyT P058) hemos iniciado una indagación sobre las representaciones y las prácticas de salud en los adolescentes en una unidad asistencial de un Hospital Polivalente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### **Marco teórico**

Los procesos de construcción de la subjetividad individual y social-colectiva actual, en especial en la adolescencia deben ser analizados a fin de intentar inteligir las problemáticas psicosociales y las alternativas relacionadas con la salud-enfermedad-atención.

La subjetividad individual expresa los procesos de subjetivación asociados a la experiencia social de cada persona y las formas de organización de esa experiencia en su transcurrir histórico (González Rey, 2002). Los espacios de la vida social configurados por procesos de significación y sentido son constituyentes de la subjetividad individual, a la vez el accionar del sujeto puede modificar esos espacios. Esto marca el carácter dialéctico de los procesos de subjetivación. Si bien los espacios sociales pueden ser compartidos la singularidad de cada trayectoria individual determinará la diferenciación subjetiva. Por subjetividad social-colectiva vamos a entender la configuración subjetiva que adquiere un colectivo social, es decir un conjunto de sujetos que conforman un espacio social y que en su accionar expresan patrones comunes de significación y sentido. La subjetividad social-colectiva es el resultado dinámico de procesos histórico-sociales.

Desde la perspectiva psicológica se advierte una configuración de las identidades adolescentes no lineal y las instituciones de anclajes son cuestionadas y se encuentran en declive. “Las formas de producción de subjetividad no son universales ni atemporales sino que se inscriben en condiciones sociales y culturales

---

\* Este trabajo fue presentado y publicado en las Memorias de las XI Jornadas de Investigación. Psicología, Sociedad y Cultura. 29 y 30 de julio de 2004. Buenos Aires. Argentina. Pag 145-147. Tomo II. 2004.

específicas” (Duschatzky y Corea, 2002:21). El capitalismo al instalar al mercado como poder regulador de las relaciones políticas, económicas y sociales altera los sistemas de socialización tradicionales. La destrucción del Estado o su sujetamiento a la hegemonía del mercado, genera nuevas pautas de subjetividad que se difunden masivamente en los medios de comunicación, en especial por la televisión. En *La Sociedad de Consumo* Jean Baudillard (1996) sostiene que los hombres no están rodeados de otros hombres sino de objetos. Objetos, presentados no por su utilidad específica sino en una cadena de objetos significantes, en donde el ser está encadenado a la posesión de objetos. ¿Qué sucede cuando esta devoración de objetos queda limitada a la droga o al propio cuerpo?

La lógica narcisista-hedonista (Lipovetsky, 1993) exhibida en los medios induce al culto al cuerpo, a la búsqueda ilimitada del placer, caminos destinados al enaltecimiento del Yo. La creación de ese Yo, y de ese cuerpo que debe responder a los patrones estipulados para lograr los atributos que convalidan el ser. Ropas de marca, dietas, gimnasias, masajes, danzas, cirugías, psicoterapias, se enlistan a estos fines. Las adolescentes de sectores "integrados" solicitan como regalo en sus cumpleaños, cirugías plásticas pret a porter.

Quizás nos tengamos que preguntar con que “marcas” enaltecen el cuerpo los adolescentes "desafiliados".

La composición y el funcionamiento de la familia a partir de la revolución industrial se han modificado. De la familia extendida con la convivencia de tres generaciones se ha producido el pasaje a la familia nuclear, incluso en muchos casos, a la familia monoparental. Situación a la que hay que agregarle la permanencia fuera del hogar de la madre, debido a su inclusión en el mercado laboral. La no cotidianidad con los progenitores, la no presencia de ese otro, del otro, ha producido un quiebre en la construcción de la historia generacional. Elisabeth Jelin (1994) sostiene que hay un cambio de valores en relación a la autoridad parental. La valorización social al sujeto independiente que toma decisiones por sí mismo, choca con los principios de las relaciones intergeneracionales tradicionales que se fundamentaban en el respeto y obediencia a los padres. Podemos agregar que el mercado, apresurándose a construir consumidores, no ha olvidado las mercancías para los bebés, a quienes habilita para exigir a sus padres los objetos deseados para su satisfacción: champúes, muñecos, chupetes, etc. Giovanni Sartori (1998) considera que la introducción de la televisión modifica los procesos socializadores del homo sapiens. La televisión, insiste, es “...una *paideia* (concepto de origen griego que se refería al proceso de formación del adolescente), un instrumento 'antropogénico”, un medium que genera un nuevo *anthropos*, un nuevo tipo de ser humano (Sartori, 1998: 36). Tesis que fundamenta en el hecho de que los niños ven televisión durante horas y horas, antes de aprender a leer y escribir. El "para familiar mediático" (Giberti, 1994) es un "integrante" clave en la nueva composición familiar y en la conformación de la subjetividad.

"La escuela podía no ser un enunciado en el habla de los chicos pero podía visualizarse en los valores de referencia de los chicos en los modos de percibir y vincularse con los otros, en su relación con la autoridad, en la confianza en un futuro y en el propio esfuerzo para alcanzarlo” (Duschatzky y Corea, 2002:10). La escuela, hoy como un soporte básico está puesta en cuestión.

La hipótesis de Silvia Duschatzky y de Cristina Corea (2002) es que la violencia aparece frente a la impotencia instituyente de la familia y de la escuela, al perder ambas instituciones el valor de autoridad y de saber. La violencia corresponde al pasaje del ciudadano al consumidor.

La caída de la familia y de la escuela como instituciones de subjetivación, va acompañada del surgimiento de otros espacios subjetivantes. Varios autores señalan la importancia de los grupos de pares en los adolescentes.

Paul Yonnet (1988) sostiene que la posmodernidad creó un nuevo continente social: los jóvenes. Espacio geográfico-mediático que rebalsa los límites territoriales nacionales y crea hábitos, valores y comportamientos que substraen al adolescente del ámbito familiar o institucional tradicional. En esta conformación social los medios masivos de comunicación han jugado un rol relevante, en particular en la construcción de la subjetividad social-colectiva configurada en torno a conjuntos musicales: las creencias, los valores, las actitudes, el manejo del cuerpo, la vestimenta, el lenguaje, la identidad llevarán su sello. Yonnet postula incluso la existencia de un nuevo sujeto al que denomina "músicosocial". La música, el rock posibilitan la construcción de esa nueva clase social "los jóvenes". Si bien podemos constatar una nueva subjetividad social-colectiva, existen múltiples diferenciaciones internas de orden social o cultural, incluso fuertes identidades colectivas (tribus, bandas) con oposiciones y/enfrentamientos.

### **La situación de los adolescentes argentinos**

En el marco de un enfoque integral para lograr una respuesta a la situación y necesidades de la franja poblacional adolescente, el Área de Salud de los/las adolescentes de la Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infanto-Juveniles (UCEPMIyN) del Ministerio de Salud de la Nación, ha producido en el último período una serie de documentos y líneas de acción (Vuegen, 2003). Los datos que presentamos a continuación se fundamentan en estos documentos.

La importancia demográfica de la población comprendida entre 10 y los 24 años (27%) y los niveles de pobreza e indigencia del 50% de los hogares argentinos de donde proviene este sector poblacional, plantean un contexto de vulnerabilidad y exclusión social que debe ser considerado frente a cualquier evaluación sanitaria.

Las tasas de mortalidad son bajas, pero las dos primeras causas de muerte son los accidentes y las causas asociadas a la violencia. Las tasas se incrementaron entre 1991 y 2000, las situaciones de riesgo están asociados a las conductas, hábitos y condiciones de vida. En particular, se señalan dificultades en relación a la información y cuidados de la salud reproductiva en ambos sexos. La maternidad adolescente es cerca de un 16% nacional, con desigualdades regionales. Un aspecto significativo son las tasas de mortalidad infantil notablemente altas para las madres que se encuentran en los tramos etarios de menores de 15 años y de 15 a 19 años. Es así doble la situación de riesgo, la maternidad temprana para el proyecto a futuro de las adolescentes y el incremento del riesgo en sus hijos. En este caso asocian no a razones biológicas, sino a motivos sociales, psicosociales, culturales: la pobreza, la nutrición deficiente, el bajo nivel educativo, la carencia de contención afectiva durante el embarazo, la falta de controles médicos. El otro aspecto relevante es la mortalidad materna adolescente, mayor a la cuarta parte del total, en particular por abortos y trastornos hipertensivos (30,1%) (Gedstein y Pantelides, 2001). El consumo de drogas se ha relevado en aumento, sobre todo el alcohólico, y la edad de inicio es cada vez más temprana.

Resulta significativa la situación de exclusión social de importantes sectores de adolescentes y jóvenes, algunos de ellos no han finalizado los estudios primarios o secundarios y su inserción laboral es extremadamente lábil. En todo el país, el 12,8 % de adolescentes entre la franja de 15 y 19 años no estudia, ni trabaja, ni realiza tareas de cuidado del hogar y entre los jóvenes de 20 a 24 años aumenta la

proporción al 14,7%. Por otro lado, otro dato preocupante es el trabajo infantil asociado a situaciones de riesgos físicos y psíquicos y a vulneración de derechos.

Una preocupación para tener en cuenta en las próximas líneas de acción del Programa Nacional es la escasa utilización de los servicios de salud de los adolescentes, posiblemente ligado a la no percepción de necesidades y/o a la existencia de barreras de tipo económico, geográfico, legales y de tipo institucional, en la que se incluyen la carencia de espacios, de horarios y de recursos humanos capacitados. En este sentido toman relevancia algunos de sus propósitos como el fortalecimiento de los servicios de salud para los adolescentes de ambos sexos, aumento de la cobertura y la calidad de la atención, desarrollo de la comunicación social y la abogacía/ compromiso de actores sociales relevantes.

### **Objetivo general**

-Investigar las representaciones y prácticas de los adolescentes en relación al cuidado de la salud en una unidad asistencial de Adolescencia de un Hospital Público.

### **Específicos**

1. Describir las representaciones sociales de los adolescentes acerca de la salud y la enfermedad y del cuidado del cuerpo.
2. Comparar las representaciones y prácticas en relación al cuidado de la salud de los adolescentes según el sexo, la franja etárea y el nivel educativo de los mismos.
3. Describir las actividades realizadas cotidianamente, el uso del tiempo, el consumo de sustancias y las prácticas sexuales de riesgo y cuidado de esta población.
4. Implementar estrategias promocionales y preventivas en salud con los profesionales de la salud y los adolescentes que concurren a este Hospital.

### **Metodología**

Los instrumentos a utilizar: a) Cuestionario sociodemográfico que incluye preguntas sobre las representaciones y prácticas de salud del adolescente y sus actividades cotidianas. b) Entrevista en profundidad con los adolescentes. c) Grupos focales con los adolescentes, buscando relevar las representaciones socialmente compartidas y los argumentos y contrargumentos vigentes.

Los datos cuantitativos extraídos del cuestionario serán procesados mediante el sistema informático EPI-INFO. Los datos cualitativos aportados por las respuestas abiertas del cuestionario, por la entrevista en profundidad y por los grupos focales serán procesados por el sistema informático ATLAS-TI. La triangulación metodológica permitirá el cruzamiento de la información recabada por ambos procedimientos.

#### **Población**

Adolescentes de 12 a 20 años que asisten al Servicio de Adolescencia del Hospital Ramos Mejía.

Muestra: aleatoria.

### **Resultados preliminares**

Los primeros datos relevados muestran actitudes favorables a la indagatoria médica más allá de lo sintomático biológico. Las preocupaciones sobre el cuerpo relacionadas con los ideales femeninos de belleza y los masculinos de fuerza pueden ser interpretados dentro de los estereotipos tradicionales. Los problemas de salud vinculados con las adicciones, violencias, enfermedades de transmisión sexual son

cotidianidades en la vida de los adolescentes. Por otra parte, la perspectiva de futuro aparece como cuestión a indagar dado algunos aspectos discursivos o algunas prácticas que plantean situaciones de vulnerabilidad y riesgo.

### **Bibliografía**

- Baudrillard, J. (1996) *La société de consommation*. Francia. Editions Denoel.
- Duschatzky, S. y Corea, C. (2002) *Chicos en Banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Argentina. Paidós.
- Gedstein, R.N. y Pantelides, E.A. (2001) *Riesgo reproductivo en le adolescencia. Desigualdad social y asimetría de género. Cuadernos de UMICEF*. Noviembre 2001.
- Giberti, E. (1994) "Lo familia y los modelos empíricos" en Wainermann, C.H. (comp): *Vivir en familia*. Buenos Aires, UNICEF/ Losada.
- González Rey, F. (2002) *Sujeto y subjetividad: Una aproximación histórico cultural*. México, D.F. Thomson.
- Jelin, E. (1994) "Familia: crisis y después..." en Wainermann, C.H. (comp): *Vivir en familia*. Buenos Aires, UNICEF/ Losada.
- Lipovetsky, G. (1993) *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona. Anagrama.
- Sartori, G. (1998) *Homo Videns. La Sociedad Teledirigida*. Madrid. Taurus.
- Vuegen, S. (2003) "Salud de la Población Adolescente en Argentina". *Archivos Argentinos de Pediatría*. Diciembre 2003 101 (6):pp.491-494. Sociedad Argentina de Pediatría.
- Yonnet, P. (1988) *Juegos, Modas y Masas*. Barcelona. Gedisa Editor.