



Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social

Título del documento: Situación de calle y salud mental : un estudio sobre el aporte que realizan las redes sociales a la construcción de autonomía de las mujeres que se encuentran en el Centro de Inclusión Social "Azucena Villaflor"

Autores (en el caso de tesis y directores):

Daniela Alejandra Carrá

Cecilia Belén Fonticelli

Milagros Luján Oberti, dir

Eugenia Bianchi, co-dir

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2022

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR





UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

ÁREA DE INVESTIGACIÓN:

SITUACIÓN DE CALLE Y SALUD MENTAL

Un estudio sobre el aporte que realizan las redes sociales a la construcción de autonomía de las mujeres que se encuentran en el Centro de Inclusión Social “Azucena Villaflor”

Autoras:

Carrá, Daniela Alejandra, DNI 36.138.359 (danielacarra21@gmail.com)

Fonticelli, Cecilia Belén, DNI 38.151.717 (cbfonticelli@gmail.com)

Directora Temática: Oberti, Milagros Luján (milagrosoberti@outlook.com)

Co-directora Temática: Bianchi, Eugenia (eugeniabianchi@gmail.com)

Seminario TIF: Año 2021

Fecha de presentación: 03/11/2022

RESUMEN

Título:	SITUACIÓN DE CALLE Y SALUD MENTAL. Un estudio sobre el aporte que realizan las redes sociales a la construcción de autonomía de las mujeres que se encuentran en el Centro de Inclusión Social “Azucena Villaflor”
Autoras:	Carrá, Daniela y Fonticelli, Cecilia. danielacarra21@gmail.com cbfonticelli@gmail.com
Fecha de presentación:	03/11/2022
Palabras claves:	Mujeres- salud mental- situación de calle- autonomía- redes sociales- estrategias para la obtención de recursos

La presente investigación busca abordar las problemáticas que atraviesan las mujeres con padecimientos de salud mental, que a su vez se encuentran en situación de calle. De manera más específica, nos interesa profundizar en la elaboración de estrategias de autocuidado de la salud mental que implementan para contribuir al sostenimiento de su vida cotidiana, ya que consideramos que la misma forma parte de un proceso más amplio de construcción de autonomía. En este sentido, cuando nos referimos al concepto de *autonomía*, lo entendemos como parte de una construcción colectiva y no de manera individual, aislada del contexto en el que las mujeres se encuentran inmersas. Por tal motivo, indagamos acerca de los modos de organización que llevan a cabo a partir de los vínculos que crean.

Tendremos en cuenta algunos elementos relevantes para el análisis, como el contexto de pandemia por COVID-19, el cual afectó de manera considerada la dinámica de las instituciones y la vida cotidiana de los sujetos. En este marco, las organizaciones sociales ocuparon un rol activo, contribuyendo al cuidado socio-sanitario de las personas que se encuentran en situación de calle, invitándonos a reflexionar acerca de los cuidados entendidos desde una perspectiva colectiva e integral, alejándose de la concepción individualista. Además, destacamos el rol elemental que ocupa el trabajo social en el campo de la salud mental, para aportar saberes y nuevas discusiones al respecto.

AGRADECIMIENTOS

A mi vieja, por ser el principal sostén de mi vida y por alentarme siempre a perseguir mis sueños.

A mi abuela Elba, por cada velita que encendió deseándome suerte en mis primeros parciales.

A mis hermanes, por el aguante diario y por regalarme tantos momentos de alegría.

A mi compañero de vida, Facundo, por la escucha, la paciencia y por creer siempre en mí.

A mi gatita, Cielo, por haber sido mi mejor compañía durante todos estos años.

A mis compañeras y amigas, que hicieron de mi paso por la facultad, una hermosa etapa.

Cecilia Fonticelli

A mi hija, motor inexplicable y quien me enseña cada día a nunca desistir.

A Manu, compañero inigualable que me contuvo y acompañó en todo este proceso.

A les amigos de la vida, y a les que te regala la Universidad. Siempre creyeron en mí. Gracias.

A mi hermana, que ni la distancia impidió sentirla cerca en más de una ocasión.

A mi padre. Espero con esto darte más que orgullo, un poco de paz.

A todas las versiones de mí misma que fui descubriendo en todo el proceso que transcurrió en la Facultad de Sociales.

Daniela Carrá

Agradecemos enormemente a nuestras directoras temáticas Milagros Oberti y Eugenia Bianchi, quienes desde el primer momento nos acompañaron en este camino, con mucha paciencia y compromiso, brindándonos las herramientas necesarias para afrontar este proceso de aprendizaje.

Les agradecemos por estar en cada paso que dimos, dándonos fuerzas y ánimos para continuar.

A todas las mujeres del Centro de Inclusión Social Azucena Villaflor que participaron de este proyecto con voluntad y entrega. Esperamos que este trabajo sea un aporte para visibilizar las problemáticas que atraviesan.

A la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, que nos ayudó a construir un sueño.

Por último, agradecemos que pudimos ejercer nuestro derecho a la educación pública, gratuita y de calidad.

Sin todes ustedes, este trabajo de investigación no hubiese sido posible.

“Sueñan las pulgas con comprarse un perro y sueñan los nadies con salir de pobres, que algún mágico día llueva de pronto la buena suerte, que llueva a cántaros la buena suerte; pero la buena suerte no llueve ayer, ni hoy, ni mañana, ni nunca, ni en lloviznita cae del cielo la buena suerte, por mucho que los nadies la llamen y aunque les pique la mano izquierda, o se levanten con el pie derecho, o empiecen el año cambiando de escoba.

Los nadies: los hijos de nadie, los dueños de nada.

Los nadies: los ningunos, los ninguneados, corriendo la liebre, muriendo la vida,

jodidos, rejodidos:

Que no son, aunque sean.

Que no hablan idiomas, sino dialectos.

Que no hacen arte, sino artesanía.

Que no practican cultura, sino folklore.

Que no son seres humanos, sino recursos humanos.

Que no tienen cara, sino brazos.

Que no tienen nombre, sino número.

Que no figuran en la historia universal, sino en la crónica roja de la prensa local. Los

nadies, que cuestan menos que la bala que los mata.”

Los Nadies, El Libro de los Abrazos, Eduardo Galeano (1989)

Advertencia para la lectura

Uso de la E

Teniendo en cuenta que el lenguaje no es neutral, sino que, por el contrario, expresa un posicionamiento ético y político, una manera de comprender la realidad, a la vez que interviene en ella y la construye, hemos decidido abordar nuestra investigación desde una perspectiva que incluya a todos los géneros y no únicamente a quienes se identifican con el binomio varón/mujer.

Consideramos que el lenguaje es constructor de subjetividades y un medio a través del cual podemos dar cuenta de algunas de las relaciones de poder que atraviesan la construcción jerárquica y asimétrica entre los géneros, por lo que, debe ser transformado para convertirse en un canal de inclusión.

Actualmente son varios los estudios académicos y escritos del género narrativo que han planteado y utilizado distintas formas de lenguaje inclusivo al hablar de diversas temáticas. De esta manera comienza a instaurarse la posibilidad de utilizar nuevas formas de escritura en documentos oficiales o investigaciones científicas que utilizan “a/o”, “x”, “e”, entre otros, para evitar los plurales o la generalización en masculino.

Siguiendo a la autora Adokarley (2015) consideramos que el lenguaje es un instrumento de poder. A través de él, se ha negado u omitido el reconocimiento de las mujeres y diversidades a lo largo de la historia. Desde el lenguaje se conforman cosmovisiones del mundo, y esta investigación está escrita desde una perspectiva que intenta poner de relieve las desigualdades de género. “No cabe duda de que la lengua refleja y construye la cultura y es, por lo tanto, una herramienta poderosa que juega un papel instrumental en las relaciones de poder; sobre todo, en asuntos de género” (p.13).

Es en este sentido y con el objeto de continuar en el camino de la construcción de un lenguaje que no discrimine ni a mujeres ni a aquellas personas que no se auto perciban dentro del binomio varón-mujer, que utilizaremos la letra “e” cada vez que tengamos que nombrar a las personas, ya que entendemos que la “o”, en su utilización como género universal, responde en gran medida a la invisibilización de los demás géneros y no a una inclusión de todos ellos.

Sin embargo, cabe destacar que en el desarrollo del presente Trabajo de Investigación Final haremos referencia únicamente a varones y a mujeres, pero solo a fines analíticos, ya que no modifica en ningún aspecto nuestro posicionamiento respecto a la visibilización de las diversidades en el lenguaje, y a nuestro conocimiento acerca de la situación que atraviesan también las disidencias en relación a la situación de calle y los padecimientos por salud mental.

ABREVIATURAS

A continuación, realizamos un listado con palabras que utilizamos a lo largo del trabajo y que, con motivo de facilitar su lectura, recurrimos a abreviarlas.

- **BAP:** Programa Buenos Aires Presente
- **CABA:** Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- **CAJ:** Centro de acceso a la Justicia
- **CIS:** Centro de Inclusión Social
- **CUD:** Certificado único de Discapacidad
- **GCBA:** Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
- **LNSM:** Ley Nacional de Salud Mental
- **MMH:** Modelo médico Hegemónico
- **NNyA:** Niños, Niñas y Adolescentes
- **PSC:** Personas en situación de calle
- **SM:** Salud Mental
- **SMC:** Salud Mental Comunitaria

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
<i>Obstáculos y facilitadores.....</i>	<i>3</i>
<i>Estructura de la tesina</i>	<i>4</i>
METODOLOGÍA	7
<i>Problema de investigación y preguntas orientadoras</i>	<i>7</i>
<i>Objetivo general y objetivos específicos</i>	<i>8</i>
<i>Unidad de análisis y unidad de recolección</i>	<i>8</i>
<i>Técnicas de recolección de datos</i>	<i>9</i>
<i>Procesamiento y análisis de la información</i>	<i>10</i>
<i>Resguardos éticos</i>	<i>11</i>
CAPÍTULO I: EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL Y SITUACIÓN DE CALLE....	12
<i>Acerca de la salud mental: conceptualizaciones, normativas y modelos</i>	<i>12</i>
<i>Proceso salud-padecimiento-atención-cuidado</i>	<i>18</i>
<i>Sobre la noción de padecimiento psíquico</i>	<i>20</i>
<i>Acerca de la situación de calle: conceptualizaciones y normativas</i>	<i>22</i>
<i>“No es lo mismo para varones que para mujeres”</i>	<i>25</i>
CAPÍTULO II: SOBRE LOS CENTROS DE INCLUSIÓN SOCIAL	30
<i>Normativas, modos de atención y funcionamiento</i>	<i>30</i>
<i>Azucena Villaflor: breve recorrido por su historia y modalidad de organización</i>	<i>32</i>
<i>Población que asiste</i>	<i>35</i>
<i>Estrategias de intervención</i>	<i>36</i>
<i>Recursos simbólicos y materiales</i>	<i>38</i>
CAPÍTULO III: REDES SOCIALES Y CONSTRUCCIÓN DE AUTONOMÍA. “YO PUEDO CONTAR CON ELLA Y ELLA SABE QUE PUEDE CONTAR CONMIGO”.	40
<i>Acerca de las redes</i>	<i>40</i>
<i>Las redes como fuente de recursos.....</i>	<i>43</i>
<i>Las redes que se tejen en la calle</i>	<i>46</i>
<i>La construcción de autonomía</i>	<i>48</i>
<i>¿Qué entendemos por autonomía? Debates y tensiones posibles</i>	<i>49</i>
<i>Aporte de las redes sociales al ejercicio de la autonomía.....</i>	<i>53</i>
CAPÍTULO IV: ESTRATEGIAS Y RECURSOS. “SOMOS SOLIDARIAS. ES LINDO”	56
<i>Estrategias de autocuidado de la salud mental.....</i>	<i>56</i>
<i>¿Perspectiva tutelar o restitutiva?.....</i>	<i>60</i>
<i>Acceso a tratamientos de salud mental.....</i>	<i>62</i>

<i>Estrategias para la obtención de recursos materiales</i>	<i>63</i>
<i>Recursos simbólicos. Deseos y anhelos de una vida en la calle</i>	<i>67</i>

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

Páginas web referenciadas

ANEXOS

ENTREVISTA JORGELINA DI IORIO

INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo de Investigación Final de grado, de la Carrera de Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, en la Universidad de Buenos Aires, se enmarca en el Centro de Inclusión Social (en adelante, CIS) “Azucena Villaflor”, perteneciente a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante, CABA). El mismo es un dispositivo que depende del Gobierno de la Ciudad y brinda atención, asesoramiento y acompañamiento a las mujeres en situación de calle. Ésta es la única institución, dentro de esta red gubernamental, que aborda exclusivamente a mujeres, por lo que dicha aclaración resulta fundamental como aspecto a tener en cuenta en nuestro trabajo, en tanto se trata de un dispositivo singular en la jurisdicción.

En particular, nuestro objetivo general de investigación se centra en conocer y analizar de qué manera se lleva a cabo el ejercicio de la autonomía –en cuanto a la capacidad para tomar decisiones– de las mujeres adultas con problemáticas de salud mental que se encuentran viviendo en la calle.

El interés por la temática surgió, por un lado, cuando ambas cursamos la materia Problemática de la Salud Mental en Argentina de la cátedra Faraone, ofrecida por el Plan de Estudios de la carrera de Trabajo Social de la UBA como asignatura electiva, la cual nos invitó a querer profundizar nuestros saberes respecto del vínculo entre la Salud Mental y las Ciencias Sociales. El paso por esta asignatura nos brindó una serie de herramientas teórico-conceptuales que nos permitieron adquirir un abordaje más amplio e integral acerca de la salud mental desde una perspectiva de derechos humanos, que incorporamos como enfoque en este trabajo.

Así como también, nuestra perspectiva teórica y posicionamiento ético-político se enmarca en la formación de dicha profesión, por lo que además queremos resaltar la importancia que ocupa el rol del Trabajo Social en las áreas de nuestro interés, en cuanto a los aportes que puede ofrecer para comprender e intervenir en la complejidad de las problemáticas de salud mental y situación de calle.

Por otro lado, siendo estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales, nos vimos involucradas y comprometidas con las distintas luchas, entre ellas las de los movimientos feministas, que nos hizo repensar nuestro posicionamiento y nuestras prácticas como futuras profesionales. Es por esto, que el presente trabajo incorpora una perspectiva de género de manera transversal, ya que no podemos analizar las problemáticas que aquí mencionamos sin tener en cuenta las desigualdades de género que se encuentran presentes y que actúan como vector de opresión.

Particularmente, en relación a la temática que nos atañe, al respecto de los padecimientos de salud mental en mujeres adultas, consideramos necesario destacar que, a lo largo de la historia, los procesos de medicalización han recaído con mayor rigurosidad en las mujeres que en los varones, por lo que se ha construido un sentido que exclama que la locura es un tema de mujeres, más que de varones. Dichos sentidos ocuparon un lugar central en el campo de la psiquiatría moderna, pero no quedaron reducidos a ese sector, sino que hoy en día continúan reproduciéndose en los distintos ámbitos de la sociedad. En este sentido, Sandra Caponi exploya:

La asociación mujer y locura reaparece cada vez que el discurso psiquiátrico multiplica diagnósticos y terapéuticas que transforman los sufrimientos de las mujeres, derivados de condiciones sociales adversas, de abusos y acosos cotidianos, en patologías psiquiátricas predominantemente femeninas como depresión, ansiedad, bipolaridad. Vemos multiplicarse así, diagnósticos y terapéuticas de riego, que acaba silenciando las causas sociales que, efectivamente, provocaron los sufrimientos. (2019, p. 21)

Realizamos esta aclaración debido a que las unidades de análisis de nuestra investigación consisten en mujeres adultas con padecimientos de salud mental que se encuentran en situación de calle, por lo que entendemos que dicho proceso de medicalización recae principalmente en las mujeres con todo el estigma que eso conlleva y que da cuenta de las múltiples opresiones que las mismas vivencian a lo largo de su vida.

Asimismo, resulta relevante destacar que, de aquí en adelante, estaremos haciendo uso de conceptos que en sí mismos son complejos –como salud mental y situación de calle–, lo cual se debe a la multiplicidad y multidimensionalidad de factores y procesos que intervienen en su definición. Aún más, como en este caso, si nos enfocamos en la intersección entre ambas categorías.

Con esto buscamos aclarar que cuando nos referimos a la complejidad de las problemáticas sociales, no hacemos alusión a la acumulación o superposición de distintas variables, sino más bien a la forma en que estas se entrecruzan y adquieren una característica particular, la cual requiere además de un abordaje que no sea unidimensional. Esta dinámica ha sido conceptualizada por autoras en los términos de una interseccionalidad situada (Brah, 2011; Clemente y Carmona Osorio, 2018), noción que permite identificar las vulnerabilidades que se producen en los cuerpos que encarnan posiciones interseccionales; las cuales se activan en función del contexto y se reactualizan en forma específica.

En esta investigación, el conjunto de estas problemáticas es entendido en el marco de un contexto histórico y social particular en el cual realizamos las entrevistas: atravesando una pandemia por COVID-19 que, si bien fue posterior a una etapa de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio, aún continuaban en vigencia ciertas medidas de prevención que se vieron reflejadas en la dinámica de organización del CIS y en la situación de las mujeres específicamente.

En relación al contexto en el que llevamos a cabo este trabajo, también podemos mencionar los incansables debates acerca de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en distintos ámbitos, pero particularmente en los medios de comunicación hegemónicos. Los principales puntos que se discuten están vinculados con la práctica de la internación, poniendo el eje en que la normativa no permite la internación de las personas y que todo aquello que propone es impracticable en la realidad. En nuestra experiencia de investigación, este tipo de discusiones conduce a seguir cuestionando los alcances de la norma, a la vez que reproduce una serie de estereotipos y estigmas respecto a las personas con padecimientos mentales (Poblet Machado, Oberti, Faraone y Bianchi, 2021).

Asimismo, a fines del año 2021 se sanciona la Ley Nacional de Situación de Calle y Familias Sin Techo N° 27.654. La misma fue producto de un largo proceso de lucha y movilización por parte de las organizaciones sociales y de otros actores que trabajan a diario por los derechos de las personas en calle. Si bien su sanción implicó un avance respecto a la instalación del tema en la agenda pública, aún existen ciertas limitaciones relacionadas a su implementación.

Destacamos ambos hechos porque nos parece de suma importancia dar cuenta del contexto histórico político en el que se desenvuelve nuestro trabajo de investigación, ya que estos debates también enriquecieron al mismo.

Obstáculos y facilitadores

Por un lado, en relación a los obstáculos con los que nos encontramos, podemos mencionar que, se nos dificultó la búsqueda de material bibliográfico que aborde las nociones de salud mental y situación de calle de manera interrelacionada, ya que la mayoría de los textos hacían alusión a dichos términos, pero de manera separada.

En función del contexto social, es preciso destacar que, si bien al momento de realizar las entrevistas nos encontrábamos transitando una etapa de la pandemia por COVID - 19 con menos restricciones, aún continuaban las medidas de prevención y protección sanitarias. Esto

tuvo un impacto en las formas de organización y en la dinámica del Centro de Inclusión Social “Azucena Villaflor”, siendo una modificación importante la disminución en la cantidad de ingresos de las usuarias, con el fin de cumplir con las medidas de prevención sanitaria que indicaban establecer un determinado distanciamiento físico para evitar el aumento de contagios. En este sentido, debido a que las mujeres no permanecían durante tantos días en el parador, en algunas ocasiones se dificultó la comunicación y por ende la coordinación para realizar las entrevistas con las mismas.

Además, el hecho de que una de nosotras se encuentre trabajando como operadora en la institución desde el año 2018, funcionó en algunas circunstancias como obstáculo y en otras como facilitador. En varias entrevistas en las que preguntábamos acerca de la percepción que tienen sobre los recursos que ofrece el parador, las mujeres se inhibían o no lograban expresar aquello que pensaban por temor a que esta información fuese difundida entre el equipo de la institución. Al mismo tiempo hacemos referencia a que este aspecto funcionó como un facilitador, ya que nos aportó determinados conocimientos respecto de las mujeres que allí se alojan y sus particularidades, posibilitando el acercamiento a la población y, en varias situaciones, hizo que las mujeres pudieran sentirse más cómodas y con confianza para hablar con nosotras.

Por otro lado, respecto a los facilitadores, destacamos la predisposición de quien en ese momento era la Coordinadora de la institución, ya que esto permitió que pudiéramos presentarle la propuesta y permitirnos ingresar al dispositivo con comodidad, tomando los recaudos correspondientes de prevención por el covid-19.

Otro aspecto a tener en cuenta fue la voluntad de las mujeres que han sido entrevistadas dentro del CIS, siendo que todas han participado de manera comprometida y atenta durante el proceso de entrevista.

Finalmente, un facilitador fundamental para nosotras ha sido el acompañamiento de nuestras directoras temáticas, la Lic. Milagros L. Oberti y la Dra. Eugenia Bianchi, quienes estuvieron presentes durante todo el proceso de investigación, aportándonos su mirada respecto del trabajo y guiándonos en cada momento del recorrido. No hubiese sido posible este desarrollo sin ellas.

Estructura de la tesina

Tal como mencionamos, la presente investigación tuvo como unidades de análisis a mujeres adultas que se encuentran en situación de calle y atraviesan padecimientos de salud

mental, realizando un total de ocho entrevistas. La misma se basó en conocer y analizar de qué manera adquieren mayores grados de autonomía a partir de las redes que entretienen con sus pares.

La investigación realizada es, por lo tanto, de carácter exploratorio y descriptivo, para la cual hicimos uso de la metodología cualitativa, a partir de las entrevistas semiestructuradas llevadas a cabo con las mujeres, en un período comprendido entre los meses de febrero y marzo de 2022. Además, para recabar la información pertinente de manera sistematizada elaboramos una matriz metodológica que contribuyó al análisis de los datos. De esta forma y con el objetivo de mantener la coherencia entre lo expuesto a continuación, hemos decidido dividir nuestra investigación en cuatro capítulos.

El Capítulo I titulado *Sobre el campo de la salud mental y la situación de calle* engloba el marco teórico de nuestra investigación, exponiendo los principales debates respecto de la noción de salud mental, sus conceptualizaciones, normativas y modelos, en el marco del proceso de salud-padecimiento-atención-cuidado del cual las mujeres entrevistadas son parte. Además, abordamos los conceptos y legislaciones acerca de la situación de calle, desde una perspectiva de género, la cual atraviesa todo el trabajo. Con este capítulo quedan sentadas las bases teórico-conceptuales y normativas de nuestra investigación, a partir de la cual se desprenden las categorías principales con las que abordaremos los objetivos propuestos.

En el Capítulo II titulado *Sobre los Centros de Inclusión Social* realizamos una caracterización de los Centros de Inclusión Social respecto a su reglamentación, modos de atención y funcionamiento, particularizando el recorrido del CIS Azucena Villaflor en donde realizamos nuestra investigación. Posteriormente describimos, en primer lugar, a las personas que asisten al dispositivo, para luego caracterizar las estrategias de las que hacen uso los profesionales para acompañar a las mujeres que allí se alojan, a la vez que hacemos mención de los recursos tanto materiales como simbólicos que les son ofrecidos. Con este capítulo comienza a reconocerse la importancia de la intervención integral y la continuidad en los espacios en los que las mujeres circulan, en tanto afecta la reproducción de su vida cotidiana.

El Capítulo III titulado *Redes sociales y construcción de autonomía. “Yo puedo contar con ella y ella sabe que puede contar conmigo”*, visibiliza el impacto que las redes sociales primarias tienen en las personas, particularmente en nuestra población de interés, a través de los relatos expuestos en las entrevistas realizadas. Continuando con lo estipulado en los apartados previos, desarrollamos la noción de redes para luego relacionarla con la construcción de autonomía, puesto que entendemos que ambas se entrelazan entre sí. A su vez, abordamos los debates y las tensiones respecto del concepto de autonomía, aprovechando este espacio para

manifestar nuestra posición al respecto. En este apartado desarrollamos el aporte que las redes le otorgan al ejercicio de la autonomía, de la que hacen uso las mujeres para abastecer sus necesidades cotidianas, vislumbrando la importancia que tiene la contribución de las mismas en el ejercicio diario de su capacidad para tomar decisiones de forma acompañada.

Finalizando la presentación de resultados de investigación, abordamos el Capítulo IV titulado *Estrategias y recursos. “Somos solidarias. Es lindo”*, el cual tiene por objetivo ahondar en los tipos de estrategias de autocuidado que ejercen las mujeres en calle. Para esto, analizamos las conceptualizaciones respecto de las nociones de cuidado y autocuidado, vinculando las mismas a la categoría de autonomía. A su vez, damos cuenta de las diversas estrategias que desarrollan de manera individual como colectiva para la obtención de recursos simbólicos y materiales, además de los que les ofrece la institución donde se alojan. En este sentido, consideramos que la elaboración de estrategias tiene relación con la idea de autonomía que planteamos anteriormente. En el mismo también hacemos mención acerca de los deseos, aspiraciones y proyectos que tienen las mujeres que se alojan en el Azucena Villaflor, a partir de los comentarios emergentes surgidos en los momentos de entrevista. Visibilizamos así, la importancia de la escucha activa en tanto se les da lugar para proponer una diversidad de actividades, a la vez que invita a pensar en la importancia de realizar intervenciones con ellas, esto es, contemplando sus propias necesidades e intereses.

Para finalizar, en las *Conclusiones* tomamos en cuenta los distintos emergentes que surgieron a lo largo de todo el trabajo e introducimos nuestras reflexiones al respecto, intentando hacer una síntesis que vincule la teoría con la práctica y que deje sentado nuestro posicionamiento ético-político como futuras profesionales de la Carrera de Trabajo Social respecto a las problemáticas que aquí abordamos.

METODOLOGÍA

En el presente capítulo se caracteriza y expone la metodología que diseñamos para nuestro Trabajo de Investigación Final. La misma es un eje central ya que nos permitió construir una forma de abordar nuestro problema acorde a los objetivos que nos planteamos durante el período de elaboración del proyecto.

La misma adquiere características de tipo descriptiva y exploratoria, para la que utilizamos una metodología de tipo cualitativa, ya que nos permitió profundizar en el análisis de los relatos recabados y acceder así al universo de sentidos que se desprenden de estos. Por tal motivo entendemos que “[...] la investigación cualitativa proporciona una descripción íntima de la vida social, presentando detalladamente el contexto y los significados de los acontecimientos y escenas importantes para los involucrados [...]” (Taylor y Bogdan, 1987, p.153).

Por otro lado, la elección de un diseño de carácter flexible nos permitió adaptar el mismo ante situaciones nuevas e imprevistas que surgieron al momento de realizar el trabajo de investigación y que no habían sido contempladas al momento de su elaboración (Marradi, Archenti y Piovani, 2007). De esta manera, la flexibilidad nos habilitó comprender que el desarrollo del estudio no se daría de manera lineal, considerándolo como parte de un proceso dialéctico que incluye los momentos de elaboración del diseño y el trabajo en sí mismo.

Problema de investigación y preguntas orientadoras

La pregunta-problema fue constituida como uno de los ejes centrales que han guiado todo el trabajo de investigación. Según Marradi, Archenti y Piovani (2011) “todo tema puede llegar a convertirse en un problema de investigación; es decir, puede dar lugar a una pregunta o a un conjunto articulado de preguntas específicas que se puede abordar e investigar empíricamente” (p. 78).

En función de lo argumentado, dicha pregunta fue: *¿De qué manera las redes primarias con las que cuentan las mujeres adultas que atraviesan problemáticas de salud mental y que se encuentran pernoctando en el parador Azucena Villaflor, contribuyen a la construcción de estrategias de autocuidado?*

Para llegar a ella, hemos elaborado una serie de ítems que fueron orientando y delimitando la temática en función de una serie de temas de interés que luego se utilizaron para construir la guía de preguntas para las entrevistas.

Estas son: ¿De qué manera impacta la Ley 26.657 de Salud Mental en la vida cotidiana de las mujeres? ¿Cuáles son las políticas públicas de salud mental que se implementan en el abordaje de esta problemática? ¿Qué otras políticas se implementan desde el Estado para revertir la situación social y económica de las mujeres que asisten al parador? ¿Cuáles son las intervenciones que se realizan desde el parador Azucena Villaflor para garantizar un abordaje integral de dichas problemáticas? ¿Cómo acceden al sistema de salud? ¿Qué percepción tienen sobre su cuidado personal respecto del cuidado sanitario? ¿Cuáles son los espacios de contención y acompañamiento que encuentran estas mujeres? ¿Qué dificultades u obstáculos reconoce la población en su trayectoria de vida cotidiana? ¿De qué manera las redes sociales primarias aportan recursos para la elaboración de estrategias de autocuidado? ¿Qué percepciones tienen acerca de sus vínculos más cercanos? ¿De qué manera generan nuevos vínculos? ¿Cómo proyectan su vida en función de su problemática de salud mental? ¿Cuáles son las estrategias –simbólicas y materiales– que elaboran las mujeres en situación de calle? ¿Logran un grado de autonomía que les permita acceder a una mejora en su calidad de vida?

Objetivo general y objetivos específicos

A partir de estos interrogantes fuimos construyendo nuestro objetivo general, el cual fue *analizar de qué manera se relaciona la construcción de estrategias de autocuidado de la salud mental con el ejercicio de la autonomía en la toma de decisiones de las mujeres adultas que se encuentran en situación de calle.*

De este objetivo general hemos desprendido los siguientes objetivos específicos:

- 1- Analizar de qué manera las redes primarias afectan al sostenimiento emocional de las mujeres con problemáticas de salud mental, según sus relatos.*
- 2- Explorar la elaboración de estrategias vinculadas al acceso a tratamientos de salud mental que realizan las mujeres y los aportes de las redes en cuanto a su sostenimiento, a través de sus percepciones.*
- 3- Reconocer de qué manera las mujeres elaboran estrategias destinadas a la obtención de recursos materiales a partir de las redes que generan durante su estadía en el parador, de acuerdo a sus discursos.*

Unidad de análisis y unidad de recolección

Para responder a los objetivos descritos, desarrollamos nuestra investigación escogiendo como unidad de análisis a las mujeres adultas dentro de un rango etáreo de 18 a 59 años, con padecimientos de salud mental que se encontraban transitando la situación de calle y que, al momento de la realización de la toma de entrevistas, se alojaban en el parador Azucena Villaflor ubicado en el barrio de Constitución, CABA.

Las mismas, además de ser parte de nuestra unidad de análisis, formaron parte de las unidades de recolección junto con dos profesionales e investigadoras destacadas en materia de situación de calle y salud mental, a las que entrevistamos en carácter de informantes clave. Resulta menester destacar que una de estas entrevistas será anexada a este compendio con el objetivo de proteger la intimidad de las mujeres que participaron de las entrevistas, a la vez que consideramos que la informante clave despliega un discurso con el que nos sentimos identificadas desde nuestra subjetividad y como futuras Trabajadoras Sociales.

Técnicas de recolección de datos

Como técnica de recolección de las fuentes primarias hemos decidido realizar entrevistas semiestructuradas con preguntas abiertas a 8 mujeres que presentaron diversas problemáticas de salud mental y se encontraban en situación de calle. Cada una de las mismas tuvo una duración aproximada de una hora y se llevaron a cabo con el objetivo de dar respuesta a nuestra pregunta de investigación inicial.

El hecho de utilizar esta técnica de recolección de datos nos ha permitido contar con un nivel de flexibilidad mayor y así poder adaptar nuestras preguntas de acuerdo a las situaciones singulares que cada entrevistada llevó al momento del encuentro. De esta manera, diseñamos una serie de tópicos que nos sirvió como guía para abordar los temas que nos resultan esenciales para nuestro trabajo, pero a su vez contemplando aquellos emergentes que aun cuando no los hemos contemplado al momento del inicio de la investigación y para la elaboración de la guía, al surgir reiteradamente, ha sido preciso tenerlos en cuenta para ampliar y enriquecer el análisis.

A su vez, con el objetivo de enriquecer la relación entre teoría y praxis, decidimos agregar dos entrevistas a referentes en la temática que cumplieron el rol de informantes clave, con el fin de que con sus aportes nutran la investigación y nos brinden algunas herramientas conceptuales y teóricas necesarias para seguir profundizando acerca de las problemáticas de situación de calle y salud mental.

Adicionalmente, tuvimos acceso a los legajos de cada una de las entrevistadas, funcionando estos como fuentes secundarias que nos ayudaron a comprender y profundizar

acerca de las historias de vida de estas mujeres, obteniendo una mirada integral de su situación actual.

En este sentido, consideramos que cada una de estas fuentes de información nos han aportado el material suficiente para comprender una gran parte de la realidad que resulta ser dinámica y compleja, para lo cual resulta necesario que sea abordada desde sus múltiples variables y con diversas técnicas de obtención de datos.

Procesamiento y análisis de la información

El análisis de las entrevistas, una vez desgrabadas, se realizó a través de una codificación teórica utilizando el Método de Comparaciones Constantes (MCC), ya que el mismo nos permitió obtener categorías teóricas para luego poder ser analizadas. En este sentido, Soneira agrega:

A través del método de la comparación constante el investigador recoge, codifica y analiza datos en forma simultánea, para generar teoría. [...] Los procedimientos de recogida, codificación, análisis, clasificación e interpretación de la información se realizan a lo largo de todo el proceso de investigación, y se operativizan mediante la redacción de memos. [...] La redacción de memos y su clasificación a partir de algún criterio (una línea narrativa) permiten elaborar un esquema de redacción. (2006, p.162)

A su vez este método se corresponde con la teoría fundamentada. La misma es definida por Sandoval (1997) como “una metodología general para desarrollar teoría a partir de datos que son sistemáticamente capturados y analizados [...] es una forma de pensar acerca de los datos y poderlos conceptualizar [...]” (p.71)

Una vez recabados los respectivos datos a partir de las fuentes primarias y secundarias, definimos tres dimensiones de análisis: 1. *Redes primarias que contribuyen al sostenimiento emocional*; 2. *Estrategias de autocuidado de la salud mental* que desarrollan las mujeres y; 3. *Estrategias para la obtención de recursos materiales*.

A partir de los criterios de recolección hemos agrupado la información y la hemos decodificado en una matriz de datos en la que resaltamos fragmentos de las entrevistas que se relacionan con cada una de las categorías abordadas. La elaboración de esta matriz tuvo como objetivo poder realizar una comparación y un análisis de las mismas, dando lugar a los capítulos que se expondrán a continuación.

Resguardos éticos

Para realizar el proceso de recolección de datos, resultó menester asegurar determinados resguardos éticos en el marco de nuestro trabajo de investigación final. Siguiendo a Meo (2010), se comprende que en la investigación es pertinente “identificar tres principios fundamentales que deben guiar la conducta de los/as investigadores/as: el consentimiento informado de los sujetos investigados, el carácter confidencial de la información recibida, y el respeto al anonimato de los participantes de la investigación” (p.6). Por lo tanto, para la ejecución del proceso de investigación tuvimos en cuenta los resguardos éticos que comentamos a continuación.

Por un lado, se le explicó a cada persona los objetivos de la investigación en el marco de la carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. De esta manera, se solicitó a cada mujer la firma de un consentimiento informado, el cual expresó la conformidad de cada entrevistada a que la misma fuera grabada para luego utilizar los datos recabados, asegurando que se mantendrá el anonimato para el correspondiente resguardo de su identidad. Es por esto que, hemos utilizado nombres ficticios a lo largo de todo el trabajo de investigación a fines de proteger su privacidad.

Asimismo, por el otro, se les informó que cuando cada una considere, podía abandonar en el momento que desee la entrevista, cualquiera fuesen las razones para hacerlo. Por último, se solicitó un permiso para acceder al trabajo de campo dentro del Centro de Inclusión Social “Azucena Villaflor”, a través de una nota en la que realizamos una presentación de los objetivos generales del trabajo, la cual fue dirigida a la Coordinadora del mismo al momento previo de la búsqueda de la muestra.

CAPÍTULO I: EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL Y SITUACIÓN DE CALLE

En el presente capítulo abordaremos los principales conceptos teóricos que guían nuestro trabajo de investigación, por lo cual haremos referencia a las nociones de salud mental y situación de calle como ejes principales a profundizar, y a partir de los cuales se desprenden una serie de nociones que serán retomadas posteriormente y vinculadas con los datos recabados en las entrevistas realizadas.

Resulta relevante destacar que, de aquí en adelante, estaremos haciendo uso de conceptos que en sí mismos son complejos, como los de salud mental y situación de calle. Esto se debe a la multiplicidad y multidimensionalidad de factores y dimensiones que intervienen en su definición. Aún más, como en este caso, si nos enfocamos en la intersección entre ambas categorías.

De esta forma, queremos aclarar que cuando nos referimos a la complejidad de las problemáticas sociales, no hacemos alusión a la acumulación o superposición de distintas variables, sino más bien a la forma en que estas se entrecruzan y adquieren una característica particular, la cual requiere además de un abordaje que no sea unidimensional.

El conjunto de estas problemáticas es entendido en el marco de un contexto histórico y social particular en el cual realizamos las entrevistas, en nuestro caso, atravesando una pandemia por COVID-19. Vale aclarar que, si bien ya no nos encontrábamos en una etapa de aislamiento restrictivo, sí continuaban ciertas medidas que de alguna manera incidieron en la dinámica de organización del parador y de la situación de las mujeres en particular.

Acerca de la salud mental: conceptualizaciones, normativas y modelos

A propósito del tema que nos convoca, nos referimos a la salud mental como una de las categorías principales de nuestra investigación, por lo que a continuación estaremos abordando una serie de conceptos que se vinculan con la misma.

En primer lugar, nos referimos a la salud mental como un campo amplio y complejo, el cual según Barenblit, en Galende (1990), debe ser comprendido de manera inherente a la salud integral y al bienestar de la población en su conjunto. En este se articulan los problemas de la salud y la enfermedad mental, los estudios sobre las necesidades psicosociales y la distribución de los recursos para satisfacerlas. El mismo debe ser entendido de manera interdisciplinaria, ya que intervienen en su producción distintas disciplinas y no existe una sola que pueda responder a su amplitud, e intersectorial, debido a que no se circunscribe

únicamente al sector salud, sino que articula con otros en función del bienestar social.

Cuando hacemos referencia a su complejidad, una de sus particularidades tiene que ver con la multiplicidad de actores y disciplinas que intervienen en la construcción de este campo. Por tal motivo, las ciencias sociales ocupan un lugar relevante en cuanto a los aportes que realizan, ya que enriquecen y amplían las diferentes perspectivas. En este sentido, retomamos algunos autores que puedan dar cuenta de lo dicho.

En segundo lugar, Foucault nos permite comprender de qué manera se construyen socialmente los discursos y prácticas que giran en torno a las nociones de lo normal y lo anormal, y la locura entendida como una enfermedad (Bianchi, 2019). Bajo este supuesto, la locura se torna un aspecto negativo y considerado “anormal” en el que las personas son vistas como peligrosas en tanto desafían el orden social establecido.

En este sentido, las ciencias sociales desarrollaron dos formas de abordar la idea de control social: como una fuerza exterior al individuo y como un aparato de coerción y adhesión. La primera es acuñada por Durkheim (1982) y refiere a determinados límites que el individuo no logra anteponerse, por lo que deben venir de “afuera”, como una especie de mecanismo que regule las normas de tipo moral a las que el individuo se somete. En la segunda definición, se admite que el control social funciona como aparato de coerción y adhesión al mismo tiempo, en tanto requiere para su implementación la voluntad de los sujetos, que se vuelve indispensable para el buen funcionamiento del todo orden social (Bianchi, 2019).

A continuación, procedemos a definir la Salud Mental amparadas en lo que establece la Ley Nacional de Salud Mental (en adelante LNSM) la cual la define en el Capítulo 3, Art. 3º, como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”.

Destacamos los distintos factores que contribuyen a comprender a la salud mental como un fenómeno integral, el cual no se limita únicamente a las definiciones de carácter biológico, sino que incorpora las variables históricas, sociales, culturales, entre otras, lo cual implica considerar las situaciones de padecimiento mental de manera situada, como parte de un contexto histórico y social particular. La misma guarda estrecha relación con las normativas sobre derechos humanos, con jerarquía constitucional en nuestro país desde la reforma de 1994, ya que “fija estándares mínimos de derechos humanos para que las políticas de salud mental de nuestro país, ya sea a nivel nacional como a niveles locales, se obliguen

a enmarcarse en ellos” (Poblet Machado, 2016, p. 30). Podemos decir entonces que, dentro del territorio argentino, el Estado debe representar a los sujetos en cuestión a través de una diversidad de políticas públicas inclusivas, integrales y de protección, ya que esto implicaría avanzar en la concreción de dichos derechos humanos.

A su vez, las distintas perspectivas y definiciones acerca de la salud mental tienen su correlato en los procesos históricos y sociales en los que se impulsaron los debates y legislaciones pertinentes. Estos formaron parte de un proceso de lucha por parte de distintos actores sociales que lograron instalar el tema en la agenda pública, con lo que ello implica, volviendo la salud mental una cuestión de Estado. Parte de este proceso generó una serie de debates y disputas que dejaron entrever las distintas concepciones que se tenían alrededor de las nociones, prácticas e instituciones que conforman el campo de la salud mental. En palabras de Faraone (2015):

En los debates parlamentarios se observó que la construcción de una ley nacional de salud mental con vistas a garantizar los derechos humanos de quienes padecen sufrimiento psíquico merecía discusiones y debates en torno al poder disciplinar, a las lógicas de encierro y a los procesos que consolidaban espacios des/institucionalizadores. Sin embargo, la Ley Nacional 26.657 constituye un instrumento trascendente en la construcción de una institucionalidad centrada en la garantía de los derechos de los usuarios de los servicios de Salud Mental y en la organización de las prácticas y saberes mancomunándolos en la interdisciplina y la intersectorialidad. Es decir que es un instrumento necesario y fundamental para que las experiencias transformadoras puedan consolidarse a nivel nacional. (p. 74-75)

La Ley Nacional de Salud Mental, según Faraone (2012), retomando a Foucault, se constituye como un hito que transforma las prácticas discursivas y no como un acontecimiento histórico que implica una transformación radical. En aquellos encuentros parlamentarios, las distintas intervenciones dejaron entrever las relaciones de poder que existen dentro del campo de la salud mental, en este caso la figura del *médique* psiquiatra ocupó un lugar de indiscutida hegemonía frente a los demás actores que conformaron el debate. De la misma forma, se pudo observar de qué manera los representantes de las otras profesiones reproducen ese mismo discurso en su propio campo de saber.

Por lo tanto, podemos dar cuenta de las distintas concepciones acerca de la salud mental que entran en tensión al momento de intentar definir los contenidos que atañen a dicha

ley, así como también se ponen en evidencia los intereses que defienden los sectores sociales involucrados.

Por otro lado, la normativa actual en la que se enmarca la protección y atención de la salud mental consta de dos leyes. En primer lugar, en el año 2010, se sanciona la ley N° 26.657 que establece el Derecho a la Protección de la Salud Mental en todo el territorio nacional, derogando a la Ley N° 22.914, sancionada en el año 1983, la cual tenía por objeto regular la internación y el egreso de los establecimientos de salud mental. En el Artículo 1°, de la LNSM, se determina como principal objetivo:

[...] asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Algunos de los puntos más relevantes que se explicitan en esta normativa son: la conformación de un sistema de atención integral, un proceso de desinstitutionalización progresiva, promoción de internaciones breves, guardias interdisciplinarias en hospitales generales y la creación de dispositivos sustitutivos que garanticen el derecho de los sujetos a vivir en comunidad. Además, establece un criterio de igualdad respecto a la intervención de las distintas profesiones (trabajo social, psicología, medicina, psiquiatría, etc.) en cuanto a su capacidad para conducir y coordinar las prácticas en los efectores de salud mental, abogando por la intervención interdisciplinaria. Enfatizamos que, en este punto, respecto a la conducción de servicios y hospitales, es donde se pone en juego quién detenta esos poderes. A modo de ejemplo, retomamos una parte de los discursos que tuvo lugar en la Honorable Cámara de Senadores de la Nación, en el año 2009, por parte de un representante de la Asociación Argentina de Psiquiatras Infanto Juvenil y Profesionales Afines:

Creo que es muy importante que quien tiene la máxima responsabilidad sea quien tenga también ciertos roles de decisión porque es responsable legal, digamos, de más alto rango, ya que, si hay algún problema en un hospital, ustedes saben, es el médico el que tiene que responder legalmente. Entonces la discusión con el equipo de salud siempre tiene legalmente un responsable, que es el médico. (Faraone,

De lo expuesto en el fragmento, se advierte la puja existente por ocupar los distintos espacios de poder, en este caso la conducción de los servicios de salud mental. También se refleja la hegemonía de ciertas profesiones vinculadas a la medicina hegemónica, en particular médiqes y psiquiatras. Damos cuenta de que, si bien se establece en la ley un criterio de trabajo interdisciplinario, sabemos que en la práctica esto se vuelve difícil de implementar. Según Oberti (2020), “de esta forma, por primera vez no sólo se discutía la posición conformada legítimamente del saber-poder de la psiquiatría, sino que en el mismo movimiento se valoran otras disciplinas para el tratamiento de la salud mental” (p.60).

En segundo lugar, la Ley N°448, sancionada en el año 2000, tiene por objeto garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La misma está sustentada en la Ley Básica de Salud N.º 153, que incorpora en su Artículo 3º y en el Artículo 48, Inc. c), la noción de salud mental como un proceso en el que confluyen factores históricos, sociales, culturales y para lo cual su mejoramiento implica la concreción y la garantía de los derechos humanos de todas las personas.

En este sentido, la sanción de ambas leyes sienta un precedente respecto a un nuevo paradigma de la salud mental que pone en tensión y discusión las concepciones predominantes y hegemónicas que tienden a reducir y simplificar los padecimientos a factores únicamente biológicos. Esto implica un avance significativo en el reconocimiento de las personas con padecimientos de salud mental como sujetos de derechos y no como meros objetos de las políticas públicas y las diversas prácticas de control que se ejercen sobre ellos. Cabe destacar que, en particular, la sanción de la Ley N° 26.657 generó, y aún sigue generando, una serie de tensiones y disputas entre los actores sociales involucrados acerca de las diferentes concepciones de la salud mental y sus respectivos abordajes, lo que dificulta aún más su efectivo cumplimiento.

Por lo tanto, abordamos las concepciones que se encuentran en tensión, particularmente aquellas que responden a dos modelos: el de Salud Mental Comunitaria y el Modelo Médico Hegemónico. Por un lado, la perspectiva de Salud Mental Comunitaria, a la cual adherimos, se encuentra comprendida en la actual LNSM y contiene en su definición la participación activa de diversos sectores que definen las condiciones sociales, organizativas y técnicas que hacen a la salud comunitaria.

Siguiendo a Lodieu et al, (2012), se entiende por Salud Mental Comunitaria:

Como el nivel alcanzado de bienestar psicosocial de una población, su capacidad de organización y participación en la vida social-comunitaria, enmarcados en un contexto de democracia, solidaridad y convivencia armónica, que permita un desarrollo autónomo, potenciador de las capacidades individuales y colectivas, preparado para sostener y aceptar las diferencias individuales y colectivas, realizando actividades que garanticen el bien común para las actuales y las futuras generaciones. (p.16)

En esta definición se considera relevante la participación de la población y su capacidad de organización en los procesos de la vida social, considerando sobre todo las capacidades y potencialidades que tienen los sujetos para actuar sobre su propia vida, en un contexto siempre cambiante y dinámico. Su propuesta radica en un abordaje desde la singularidad, entendiendo que los padecimientos se expresan de distintas formas y que los mismos no pueden ser escindidos del contexto social en el que se encuentran. Incluye, a su vez, varias dimensiones que se relacionan entre sí: la física, mental y social, que interactúan constantemente, puesto que se comprende a la salud como un proceso que se da en un contexto histórico y social particular, es decir situado (Lodieu et al, 2012). Asimismo, se propone un modo de abordaje desde una lógica transdisciplinaria, que incorpora saberes de diversas disciplinas como la antropología, la psicología, la enfermería, la medicina, el derecho, la terapia ocupacional, la musicoterapia y el trabajo social. La labor de manera articulada y conjunta entre las mismas apunta a construir una intervención integral que tienda a mejorar la calidad de vida de los sujetos, en correlación con la normativa vigente.

En lo que respecta, por otro lado, al Modelo Médico Hegemónico conceptualizado por Menéndez (1985) se define a la salud mental como un proceso aislado, ahistórico y biologicista, sin reconocer el contexto socio histórico y la red de relaciones sociales en las que se encuentran insertos los sujetos padecientes, imponiéndose de manera hegemónica por sobre otras terapias y formas de atención alternativas en salud. Entre los rasgos mencionados, el que predomina es el biologicismo, ya que no sólo garantiza la cientificidad del modelo, sino que establece la diferenciación y la jerarquización respecto de otros niveles explicativos. Esto se manifiesta aún más cuando hacemos referencia a los procesos de salud-enfermedad, ya que se tienen en cuenta aquellos factores que responden estrictamente a lo biológico, sin remitir a la red de relaciones que determinan el carácter histórico y social de la enfermedad (Menéndez, 1988).

De esta manera podemos dar cuenta de las discusiones que se presentan en el campo de la salud mental y que contraponen miradas y perspectivas acerca de estos modelos, los cuales se traducen, a su vez, en prácticas concretas de intervención con los sujetos y se ven reflejados en el diseño y la implementación de políticas públicas, a la vez que denotan la importancia que el Estado otorga a esta cuestión.

Por tal motivo consideramos importante articular la relación de saber-poder desde una perspectiva comunitaria que responda a las decisiones de todos los actores reconfigurando la relación terapéutica (Galende, 1990). Por lo que vale destacar que cada uno de los abordajes planteados forma parte al mismo tiempo de un proceso más amplio de salud-padecimiento-atención-cuidado que requiere ser explicado en el siguiente apartado.

Proceso salud-padecimiento-atención-cuidado

Las problemáticas de salud mental se encuentran implicadas dentro del proceso salud-enfermedad. Este será entendido como un binomio, no antagónico, sino en estrecha relación con los determinantes socio-históricos relacionados con las formas de organización social. De esta manera, la salud-enfermedad se entiende como expresión de los procesos sociales, en el contexto del acontecer político, económico e ideológico de la sociedad y no sólo como fenómenos biológicos que atañen a los individuos (Laurell, 1986, p. 4).

Esta idea comienza a plantearse principalmente con el surgimiento de la Medicina Social Latinoamericana, a mediados de los sesenta en América Latina, la cual surge a partir de la organización de grupos de académicos e investigadores del campo de la salud que se unieron a diversos movimientos de estudiantes y trabajadores con el objetivo de manifestar su disconformidad frente a las crisis que estaban atravesando diversos sectores –entre ellos el de salud– como consecuencia de las políticas que se implementaron bajo el modelo desarrollista (Iriart, et al, 2002). Es a partir de este momento que comienzan a cuestionarse una serie de preceptos que vinculan a los padecimientos únicamente con factores de tipo biológicos e individuales y no contemplan aquellos elementos que forman parte del contexto histórico y social.

Siguiendo a Rojas Soriano (1984), el proceso salud-enfermedad se replantea como un proceso social en términos colectivos y procesuales, y el tratamiento como aquello que hace a una mejora en las condiciones de vida de los trabajadores, visibilizando el quiebre crítico del paradigma médico hegemónico. En este sentido, se hace énfasis en las condiciones de producción y reproducción de la vida en el marco del sistema capitalista, los cuales

repercuten directamente en las condiciones de trabajo, que a su vez hacen variar las condiciones de vida de la población, otorgando así variaciones en los perfiles patológicos. En el marco de la medicina social latinoamericana, la enfermedad es vista como parte de un proceso social e histórico determinado, que guarda estrecha relación entre las condiciones de vida de los sujetos y las relaciones de producción capitalista. En palabras de Rojas Soriano (1984):

En este nivel se sitúa el quehacer de la sociología médica marxista, la cual considera que la salud-enfermedad, aun cuando se manifiesta en organismos concretos, es un fenómeno social cuyas causas deben buscarse en la estructura misma de la sociedad a fin de determinar por qué existen situaciones diferenciales entre las clases sociales respecto del tipo, frecuencia y gravedad de la enfermedad, así como en la concepción de esta, en la esperanza de vida y muerte, en el acceso real a los servicios médicos. (p.18)

Cabe destacar que el término “proceso salud-enfermedad-atención” sufrió una serie de revisiones y modificaciones posteriores, las cuales incorporaron las categorías de padecimiento y cuidado a dicho proceso, implicando un quiebre con la noción más tradicional de salud-enfermedad, tanto en lo que respecta al posicionamiento teórico-conceptual como sus formas de abordaje.

En este sentido, desde la perspectiva de la Salud Colectiva, Iriart (2016) analiza los procesos de transformación que se produjeron en el sector salud en América Latina a mediados de la década de 1990, con los cambios que se dieron en el contexto histórico político que facilitaron la inserción del capital financiero en dicho sector. Esto produjo una serie de cambios no sólo a nivel económico y social, sino también en las subjetividades individuales y colectivas en relación a los procesos de salud-padecimiento-atención. Particularmente la autora hace hincapié en la reconfiguración del proceso salud-padecimiento-atención como resultado de los procesos de biomedicalización. En este punto, la expresión reemplaza el término de enfermedad, el cual está ligado a características de tipo biológica, individual y objetiva, para sustituirlo por el de padecimiento, que incorpora la dimensión subjetiva e intersubjetiva de quienes padecen.

Por último, se adhiere, como parte del proceso de salud-padecimiento, la dimensión del cuidado, ya que pone el foco en las prácticas vinculares y afectivas que desarrollan los sujetos como parte constitutiva de la salud en términos integrales (Michalewicz, Pierri, Gómez, 2014). En este sentido, Tejada de Rivero (2005) agrega:

El “cuidado” tiene una connotación mucho más amplia e integral que la “atención”. El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos. (p.5)

Es por esto que, comprendiendo al proceso salud-padecimiento-atención-cuidado como un fenómeno social situado, podemos observar de qué manera se manifiestan los padecimientos de salud mental en mujeres que se encuentran en situación de calle con múltiples vulneraciones a sus derechos, y además cómo estos responden a ciertos factores que hacen a las condiciones de vida que atraviesan a las mismas.

Por tal motivo, planteamos la necesidad de comprender el escenario en el que las mujeres adultas que se encuentran en situación de calle y que padecen problemáticas de salud mental, configuran sus prácticas de atención y cuidado de su salud. Es en ese marco que ellas elaboran de manera individual y junto a sus pares diversas estrategias de autocuidado, lo que les permite obtener determinadas respuestas a sus necesidades cotidianas y concretas. Las mismas no podrían reducirse únicamente a los factores biológicos que atañen al proceso salud-padecimiento-atención-cuidado ya que en dicho proceso se encuentran implicados factores de tipo social, histórico y cultural.

Partiendo de esta definición, consideramos que es necesario hacer hincapié en la efectiva implementación de un modelo de salud mental comunitaria que contemple las situaciones sociales, económicas y culturales de todos los actores, realizando un abordaje de tipo integral que tenga en cuenta no sólo los aspectos biológicos de un padecimiento, sino que además priorice su medio y su historia de vida.

Sobre la noción de padecimiento psíquico

La sanción de la LNSM en el año 2010 dio paso a la construcción de nuevas formas de intervención en el campo, así como también posibilitó el cuestionamiento y la elaboración de nuevas maneras de nombrar el padecimiento mental. Es decir, se produjeron cambios en las terminologías utilizadas y, por ende, en las maneras de concebir a quienes padecen, las problemáticas que les atraviesan y las formas de abordar las mismas. Es así que se establece una diferenciación entre los términos “enfermedad mental” y “padecimiento mental”. Cabe

aclarar que en el presente trabajo utilizaremos, desde nuestra posición ética y política, la segunda noción.

Por un lado, el término de enfermedad mental circunscribe al sujeto en el campo de la biomedicina, y por lo tanto establece un predominio en el sector de atención médico, a partir del cual se brindan respuestas únicamente vinculadas a esta perspectiva, dejando por fuera otras disciplinas pertinentes para el abordaje y la atención de la salud mental. Este concepto asume una carga valorativa de carácter negativo para los sujetos que son denominados como “enfermos mentales”, generando un proceso de etiquetamiento que se transforma en un estigma (Goffman, 2006). El mismo está fuertemente relacionado con la idea de peligrosidad que se tiene de los usuarios no sólo en los efectores de salud mental, sino que se traduce en las prácticas y discursos que se implementan en la sociedad y en los medios de comunicación. Según esta visión, quienes tengan este tipo de padecimiento serán considerados peligrosos para el entorno social, ya que serán vistos como aquellos que perturben las normas de convivencia, generando un mayor proceso de exclusión.

En palabras de Faraone y Valero (2019), “la consecuencia central de este modelo ha sido la supresión de una porción de la sociedad mediante producción de su cronificación como respuesta al contexto institucional y su segregación del espacio social mediante prácticas de encierro debido a la supuesta existencia de ‘peligrosidad’” (p.4). En línea con esta noción estigmatizadora sobre quienes padecen diversas problemáticas de salud mental, se han implementado instituciones monovalentes que, respondiendo a este modelo, operan como mecanismos de control y coerción social.

Por otro lado, con la implementación de la Ley N° 26.657, se establece la noción de otro término: padecimiento psíquico o sufrimiento mental. Este concepto irrumpe en el campo de la salud mental haciendo hincapié en la vinculación de quien padece con su entorno, es decir, toma en cuenta dimensiones más amplias que sitúan a las personas en un determinado entramado social. Esta perspectiva, planteada desde un enfoque de los derechos humanos, pone el énfasis en la idea de subjetividad para intentar comprender y explicar que el padecimiento tiene elementos de carácter histórico, social y cultural, que su vez se expresa como una vivencia única y singular por parte de cada sujeto, la cual no es posible abarcar de manera homogénea (Faraone, 2018).

Como ya hemos mencionado anteriormente, éstas no son sólo formas de denominar, sino que, por un lado, llevan consigo una carga valorativa y una forma de comprender al sujeto y las problemáticas que atraviesan su vida, y, por otro lado, son formas del hacer, de la práctica cotidiana que se ve reflejada en las distintas instituciones. Como consecuencia de

dichos discursos y prácticas estigmatizantes, se construyen los procesos de subjetivación que repercuten en la calidad de vida de las personas.

Entender la salud mental desde una perspectiva integral permite visibilizar las múltiples aristas de una problemática y avanzar hacia la defensa y cumplimiento de los derechos humanos de toda persona. En este sentido, el análisis de las perspectivas aquí planteadas se vuelve fundamental al momento de comprender las vivencias de las mujeres con padecimientos de salud mental que habitan las calles de la Ciudad de Buenos Aires, ya que para esto es preciso comprender los distintos factores que hacen que esta sea una problemática social compleja. De esta manera, nos estaremos acercando a entender la salud mental de una manera integral, si comprendemos a los sujetos de manera situada, con sus respectivos padecimientos, los cuales son, en gran medida, producto de múltiples y continuas vulneraciones a sus derechos.

Acerca de la situación de calle: conceptualizaciones y normativas

Damos comienzo a este apartado, introduciendo el concepto de situación de calle, el cual resulta central para nuestro trabajo. Para esto, tomamos como punto de partida la definición que introduce la Ley N° 3.706 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que establece una diferenciación entre los términos “personas en situación de calle” y “en riesgo a la situación de calle”.

La misma en su Artículo 4°, introduce la definición de personas en situación de calle como todas aquellas que, sin distinción de clase, e independientemente de su condición social, género, edad, origen étnico, nacionalidad, situación migratoria, religión, o estado de salud, se encuentren habitando los espacios públicos de forma transitoria o permanente, y que estén haciendo uso de los servicios socio asistenciales o de alojamiento nocturno, ya sean públicos o privados.

A su vez, como hemos mencionado, la norma hace una diferenciación respecto de quienes se encuentran en riesgo a estar en situación de calle y dentro de este grupo contempla a todas aquellas personas que:

- Residan en establecimientos públicos o privados –sean médicos, asistenciales, penitenciarios u otros– de los cuales deban egresar por cualquier causa en un plazo determinado y no dispongan de una vivienda para el momento del egreso;

- Se encuentren debidamente notificadas de una situación inminente de desalojo o de una resolución administrativa o sentencia judicial firme de desalojo, y no tengan recursos para procurarse una vivienda;
- Habitan en asentamientos precarios o transitorios sin acceso a servicios públicos esenciales o en condiciones de hacinamiento que afecten su integridad psicofísica, que no califiquen como barrios populares conforme la Ley N° 27.453 de Integración socio urbana de barrios populares.

En el año 2021 se sanciona la Ley N° 27.654 de Situación de Calle y Familias sin techo con injerencia en todo el territorio nacional. En su Artículo 1° establece como objeto garantizar de manera integral los derechos humanos de todas las personas en situación de calle dentro del territorio de nuestro país. En la misma se promueve la protección a la integridad física, a la identidad personal, al acceso y al uso de los servicios, de la infraestructura y de los espacios públicos, así como también al acceso pleno a los servicios socio asistenciales, de salud y de apoyo para la obtención de un trabajo digno, para los cuales el Estado tiene el compromiso y el deber de que éstos efectivamente se cumplan.

Asimismo, resulta relevante mencionar que nos amparamos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, del año 1948, la cual en su Artículo 25° plantea que toda persona tiene derecho a un nivel de vida mediante el cual pueda acceder a la salud, la alimentación, la vestimenta, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales. En este sentido, los Estados que adhieren a dicha Declaración se comprometen a promover y proteger estos derechos a partir de diversas acciones tendientes a generar un escenario de igualdad de condiciones para todos los ciudadanos.

En este sentido, si bien consideramos que lo establecido por la normativa sienta una base para comprender la distinción que existe entre las categorías descritas, también entendemos que las realidades de los sujetos son dinámicas y cambiantes, por lo que una persona puede encontrarse en una o ambas situaciones varias veces a lo largo de su vida, sin que ello implique su naturalización.

Respecto a la manera de nombrar esta problemática, concebimos que al hacer referencia a una “situación” se intenta dar cuenta de que la misma puede revertirse, siendo así más dinámica que estática (Hirsch y Lasic, 2016). De esta manera se destaca que el término que aquí utilizamos como “personas en situación de calle” reemplaza al término “personas de la calle”, ya que éste último contribuye a pensar que los sujetos que viven en

las calles pertenecen a éstas, lo cual termina invisibilizando que se trata de una situación que atiende a una multiplicidad de causas que se intersectan y hace que les sujetos se encuentren padeciendo dicha vulnerabilidad.

Por un lado, esto permite dar cuenta de que estamos frente a una problemática social compleja, la cual se expresa de forma singular en cada sujeto, lo que significa que no puede ser comprendida de la misma forma para todas las personas. En consecuencia, la intervención debe comprender dicha complejidad y abordarla de manera interdisciplinaria y sin reproducir respuestas homogéneas ante situaciones heterogéneas y singulares (Carballeda, 2008).

Cuando hacemos referencia a la complejidad que la caracteriza, queremos expresar que además de la multiplicidad de variables y dimensiones que conviven en la misma problemática, también nos interesa demostrar que esta serie de factores que confluyen son, algunos de carácter estructural y otros vinculados a las distintas vivencias singulares. Ambos niveles se encuentran conectados entre sí. Esta situación de vulnerabilidad social extrema en la que se encuentran las personas en situación de calle, no constituye un hecho aislado de su contexto social-familiar, sino que afecta a varias generaciones, por lo que entendemos que se configura en un tipo de pobreza persistente o crónica (Clemente, 2012), la cual se perpetúa en el tiempo debido a las condiciones desfavorables en las que se encuentran y les impiden alejarse de esa situación.

Por tal motivo resulta menester considerar la situación de calle no como mera problemática habitacional, entendiendo que la situación de calle es más bien una consecuencia de una amplia gama de situaciones de vulnerabilidad transversales, como la falta de empleo o el trabajo en la informalidad, padecimientos físicos o psíquicos preexistentes, violencia, desarticulación de redes de apoyo, entre otros. En este sentido, hacemos hincapié en las múltiples vulneraciones de derechos que desencadenan una serie de problemáticas sociales que impactan directamente en la calidad de vida de los sujetos.

Por otro lado, además de dar cuenta de una serie de problemáticas sociales que se manifiestan, es necesario resaltar que, según Di Iorio (2019), las personas en situación de calle atraviesan una fuerte estigmatización y discriminación por parte de otros grupos sociales que transitan la ciudad, lo que implica un refuerzo de su situación de exclusión social permanente. Esta serie de estigmas que se le atribuyen también está relacionada con las formas en las que las mismas ocupan y habitan los espacios públicos. Es decir, los usos y sentidos que se otorga al espacio urbano difieren mucho de otros sectores sociales. Para estas personas, el espacio público es transformado en función de sus necesidades cotidianas. En palabras de la autora, “hay una desigual distribución del acceso y uso del mismo, a partir de

la clasificación de los usos como adecuados o inadecuados en base a criterios social y culturalmente atribuidos” (2019, p.10).

Por lo tanto, existe una disputa sobre el control social a nivel territorial en las grandes ciudades donde las personas en calle son vistas como cuerpos no deseados o “fuera de lugar”. De alguna forma para lo que para algunos sectores significa un lugar de tránsito cotidiano o tal vez un espacio utilizado para el ocio o el esparcimiento, para otros grupos conforma el espacio en el que vive y desarrolla la mayoría de sus actividades cotidianas.

Por último, nos parece importante destacar que, si bien esta situación atraviesa a todas las personas que se encuentran en situación de calle, la misma se refuerza aún más en el caso de las mujeres. En esto nos detendremos a profundizar en el apartado a continuación.

“No es lo mismo para varones que para mujeres”

Al incursionar nuestra investigación pensando en las mujeres que viven en la calle como grupo poblacional de interés, creemos que es necesario incluir una perspectiva de género que atraviese todo el trabajo de investigación. Por tal motivo, resulta menester plantear la cuestión del género tomando a Judith Butler (2007) quien lo define desde la teoría de la performatividad como:

Los límites del análisis discursivo del género aceptan las posibilidades de configuraciones imaginables y realizables del género dentro de la cultura y las hacen tuyas. Esto no quiere decir que todas y cada una de las posibilidades de género estén abiertas, sino que los límites del análisis revelan los límites de una experiencia discursivamente determinada. (p.59)

Es decir, que los límites planteados siempre se basan en un discurso cultural hegemónico, el cual establece los estándares esperables de acuerdo al binomio de género femenino-masculino. Como consecuencia, lo que se genera es un discurso a la vez restrictivo en función de aquellos no contemplados dentro del binomio, y que define el deber ser de acuerdo al género, entendido como categoría que ordena la sociedad.

Podemos decir entonces que el género es una construcción social que tiene por objeto perpetuar el control de los cuerpos (femeninos) por parte del sistema capitalista patriarcal y que lo alcanza a través de una serie de normas y reglas preestablecidas socialmente que se van incorporando por los sujetos a lo largo de su vida y en los distintos ámbitos que transitan.

atraviesan todas las personas que están en situación de calle, al respecto se puede dar cuenta de una serie de riesgos y vulneraciones a los que se encuentran expuestas las mujeres por su condición de género. Los mismos tienen que ver con las múltiples violencias que éstas perciben al estar expuestas en la calle, ya sea de tipo física, psicológica, verbal y/o económica. Al mismo tiempo, se encuentran en mayor desventaja respecto de los varones al tener que ocuparse en muchos casos del cuidado de sus hijos, desempeñando esta tarea sin ningún tipo de acompañamiento, lo cual agrava aún más las condiciones de vulnerabilidad en la que se encuentran.

Es por esto que, introducimos el concepto de feminización de la pobreza, para dar cuenta justamente de esta situación de extrema vulnerabilidad social que atraviesan las mujeres y que se refuerza aún más al tratarse de otra problemática sumamente compleja. En este sentido, Tortosa, retomando a Chant, agrega:

Este constructo remite al continuo y creciente empobrecimiento de las mujeres, el empeoramiento de sus condiciones de vida y la vulneración de sus derechos. En el contexto actual, esta idea implica que las mujeres presentan desventajas respecto a los otros actores sociales en términos de ingresos económicos que se expresa en la denegación de oportunidades y opciones. (2020, p.26)

Desde esta perspectiva, se visibiliza una clara desigualdad de posiciones entre varones y mujeres como sujetos capaces de producir distintas estrategias destinadas a la obtención de recursos tanto materiales como simbólicos. Por lo tanto, cuando se vive en la calle, “rebuscársela” implica llevar a cabo estrategias bien diferentes. Ellos pueden cuidar autos, parar en un semáforo, entre otras actividades de subsistencia, pero ellas en muchas ocasiones se ven y se sienten en desventaja por ser consideradas más “frágiles” según determinados estereotipos de género que la sociedad ha naturalizado. Dicho esto, podemos aseverar que “la feminización de la pobreza es un factor que influye fuertemente en la salud física y emocional de las mujeres y que escasamente es tenido en cuenta durante los ingresos y los tratamientos” (Azzarboni y Espíndola, 2019, p.6).

Al respecto, nos resulta relevante aclarar que cuando hablamos de varones o mujeres no es que desestimamos las demás feminidades o disidencias, sino que hacemos uso del binomio con fines netamente analíticos, siendo que al momento de las entrevistas las usuarias se identificaban como mujeres cis heterosexuales, por lo cual no resultó pertinente en este caso incluir otras identidades. No obstante, reconocemos que esta situación impacta de

manera más profunda y desigual cuando se trata de personas que se auto perciben o integran el colectivo LGTTTBIQ+, ya que se encuentran aún más invisibilizadas y son objeto de múltiples otras opresiones por motivos de género.

Ahora bien, las desventajas que mencionan las mujeres que viven en la calle se vuelven visibles en cada una de las estrategias que realizan cotidianamente para cubrir sus necesidades. En este sentido, cuando tienen que emprender una búsqueda de trabajo o realizar determinadas “changas”, las mismas se encuentran con menos posibilidades de acceso que los varones que están en su misma situación. Esto se refuerza aún más si se trata de madres en situación de calle, puesto que existen una serie de condicionamientos asociados a las representaciones sociales que se espera que cada una cumpla según su condición de género, que se ve reflejada también en los mandatos sociales acerca de la maternidad y el rol que las mismas deben desempeñar.

En este sentido, las mujeres madres en situación de calle no sólo se ven obligadas a destinar una gran parte de su tiempo a la crianza y el cuidado de sus hijos, sino que además se ven perjudicadas por la falta de acceso a un ingreso económico que les permita sustentarse, sumado al estigma al que son sometidas debido a la discriminación social por decidir maternar en las condiciones que atraviesan.

Para comprender lo dicho de un modo más acertado, resulta menester introducir el concepto de interseccionalidad utilizado por Gabriela Pombo (2021), quien la comprende como una categoría epistémica y política que intenta expresar las articulaciones que se producen entre los múltiples ejes de desigualdad, en un determinado contexto histórico, el cual se encuentra atravesado por relaciones de poder que a su vez producen efectos tanto a nivel colectivo como individual. A su vez, Paula Fainsod y Catalina González del Cerro exponen al respecto de la perspectiva interseccional:

[...] aporta a, por un lado, dar cuenta de la multiplicidad de experiencias vividas dentro de un mismo grupo considerado oprimido y por otro lado a visibilizar que las personas que suelen tener más poder no ven sus propias marcas porque encarnan “la norma” misma, como la masculinidad, la heterosexualidad o la blanquitud. (2018, p. 6)

En otras palabras, estas formas de interpretar las divergencias entre géneros a partir de la categoría de interseccionalidad responden a lo que hemos planteado hasta aquí sobre la noción de normalidad que acompaña ideales hegemónicos de mujer y de salud, respondiendo

a paradigmas tradicionales que operan y, por consiguiente, oprimen en función del sistema.

Además, continuando con esta línea teórica, sostenemos que “la subordinación interseccional es necesariamente intencional; de hecho, frecuentemente es consecuencia de la imposición de una carga que interactúa con otras vulnerabilidades preexistentes, para crear más desempoderamiento” (Crenshaw, 1991, p. 95). De esta forma, podemos visibilizar las maneras en las que se intersectan las situaciones de pobreza con las condiciones de género, lo que produce un mayor nivel de desigualdad y limita a las mujeres respecto de las posibilidades de acceso a sus derechos.

A esto adherimos que, otras de las razones por las cuales las mujeres en situación de calle han sido históricamente invisibilizadas y estigmatizadas, Según Pojomovsky, Cillis y Gentile, en Zaldúa, Longo y Lenta (2017), son: 1. La preponderancia de los varones habitando las calles a lo largo de la historia; 2. El carácter “neutro”, sin distinción de géneros que se le otorga a las maneras de nombrar a los sujetos como “persona de la calle”, “gente en calle”, “persona en situación de calle” y; 3. La división sexual de los espacios sociales que habitan tanto hombres como mujeres, designando a los varones el espacio público (la calle) y a las mujeres el privado (el hogar, la familia). Todas estas condiciones contribuyen a una mayor situación de precarización y empobrecimiento de sus condiciones de vida y se refuerzan aún más debido a los estereotipos de género que aún prevalecen.

Por último, resulta relevante destacar que estar en situación de calle implica construir y crear una manera de habitar en el que cada una vive de maneras distintas, a partir del cual se van elaborando las prácticas que forman parte de su vida cotidiana. Es así como la vida en calle adquiere múltiples sentidos, pues no sólo están ahí de paso, sino que construyen un lugar que hacen propio, el cual habitan de manera cotidiana convirtiéndolo en su ambiente inmediato. Según Palleres (2004), las mujeres arman sus casas a partir de estructuras más sofisticadas con el objetivo de ocultarse, denotando la necesidad que ellas tienen de privacidad, esto se vincula con un sentimiento de vergüenza, junto con miedo y temor de “vivir sola en la calle”, ya que como hemos mencionado anteriormente, la vida en la calle no es lo mismo para ellas que en muchas ocasiones se encuentran más expuestas a las violencias que allí suceden.

Es por estas razones, que hemos incorporado la perspectiva de género de manera transversal, ya que no podemos ignorar las opresiones que operan por motivos de género, lo cual sostiene y refuerza situaciones de mayor desigualdad entre varones y mujeres, incluso cuando padecen la situación de calle, por lo que, sin importar el escenario, las diferencias se vuelven imposibles de invisibilizar.

A su vez, nos interesa destacar que la situación de calle, como ya hemos mencionado, no se trata únicamente de un problema de carácter habitacional, sino que responde a una diversidad de variables de carácter económico, político, cultural y social que hacen a este problema. Consideramos que tal situación de vulnerabilidad, a la que les sujetos se encuentran expuestos, es un posible agravante de la salud mental de los mismos, ya que tienen que atravesar una serie de situaciones diarias que implican incertidumbre, ansiedad, angustia, entre otros malestares. Es por esto que, la salud mental, en tanto derecho humano, debe ser garantizada para todas las personas de igual manera.

A modo de cierre, afirmamos que en este capítulo hemos abordado conceptos centrales para nuestro trabajo, por lo que hemos intentado hasta aquí dar cuenta de la complejidad que conlleva el abordaje de dichas problemáticas de manera interrelacionada. En el próximo apartado retomaremos la situación particular de aquellas mujeres que se alojan en el Centro de Inclusión Social “Azucena Villaflor”, espacio destinado exclusivamente para mujeres en situación de calle, y en el que se llevó a cabo nuestra investigación. Asimismo, haremos un análisis sobre este dispositivo marcando las principales características y funciones.

CAPÍTULO II: SOBRE LOS CENTROS DE INCLUSIÓN SOCIAL

*No se puede desconocer que hay unas violencias estructurales y no podemos afirmar libremente que “la gente no sale porque no quiere”, “le ofrecemos el parador y no quiere ir” ... Anda vos a dormir en el parador.
(Di Iorio, entrevista como informante clave, 4 de marzo de 2022)*

En este capítulo abordaremos las cuestiones que atañen al Centro de Inclusión Social “Azucena Villaflor” como la institución en la que se ha enmarcado nuestro trabajo de campo. El mismo resulta ser de tipo descriptivo, ya que tiene como finalidad situar al lector en el espacio en el que se desarrollaron las entrevistas a partir de las cuales haremos los pertinentes análisis en los capítulos que siguen.

Para facilitar su lectura, desarrollaremos este apartado por partes; realizando un breve recorrido al respecto de los paradores en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, una descripción de la institución, luego nos detenemos en la población que asiste, las estrategias de intervención que llevan a cabo los profesionales y finalmente, haremos hincapié en los recursos que allí se ofrecen, siendo cada uno de estos puntos cruciales, dado que atravesarán la totalidad del trabajo.

Normativas, modos de atención y funcionamiento

Los CIS se encuadran dentro de la Gerencia de Hogares y Paradores del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA). Los mismos tienen por objetivo, según el portal web oficial del GCBA: “brindar a las personas en situación de calle un espacio de contención integral para promover su reinserción social” (2022). Este dispositivo forma parte de una de las políticas sociales que lleva adelante el GCBA, entre otras, las cuales articulan entre sí para abordar las diversas realidades que presenta la población que se encuentra vulnerable tanto social como económicamente en la ciudad.

Retomando lo mencionado en el capítulo anterior respecto a lo establecido en la Ley N° 3.706, en la misma se promueve la implementación de políticas que tiendan a la prevención y protección de los derechos de las personas en situación de calle. En este caso, uno de los objetivos de los paradores es reducir las posibilidades de que las personas que allí se alojan, una vez cumplido su plazo dentro de los mismos, tengan que volver a permanecer

en la calle. Los Centros de Inclusión junto con los Hogares de la Ciudad de Buenos Aires, responden, generalmente, a demandas espontáneas que realiza la población que allí asiste. Por tal motivo, las primeras respuestas que se brindan tienen que ver con el acceso a alimentos y a la búsqueda de un lugar donde alojarse de manera inmediata.

Según Griselda Palleres (2009), uno de los términos que más se utilizaron para nombrar a las personas que se encontraban en calle era denominándoles “sin techo”, lo que da cuenta de que fueron definidas históricamente a través de la carencia de vivienda. Esta noción surge como consecuencia de la desarticulación social consecuente de la crisis de los años ‘90 que generó un notable aumento de la desigualdad social, producto de la apertura económica y la reorientación de las políticas públicas hacia el mercado internacional como prioridad por sobre las necesidades de la población. Las estrategias del Estado en ese contexto han sido ineficientes ante las demandas que se desplegaron, para lo que resultaba preciso lograr un abordaje integral que las contenga y resuelva. Dicho esto, afirmamos entonces que los Centros de Inclusión Social se crearon con el objetivo de integrar a les “sin techo” a la sociedad. Si bien con sus ventajas y desventajas pudieron brindar una respuesta a la problemática de la falta de acceso a una vivienda, consideramos que aún queda mucho por construir en relación a la implementación de políticas de tipo integrales que aborden la complejidad de las problemáticas aquí desarrolladas.

Sin embargo, es necesario destacar que, si bien las personas en situación de calle elaboran sus propios circuitos de dispositivos o espacios que recorren para adquirir determinados recursos, ya sea de manera individual o junto a otros que se encuentran en la misma situación, en los Centros de Inclusión Social reciben un acompañamiento profesional que les brinda asistencia respecto al acceso a distintos programas y dispositivos que ofrece el GCBA, ya sean estos vinculados a derechos como la salud, educación, asistencia económica, etc.

Para explicarlo de manera más precisa, ingresar al CIS implica que las personas que se encuentran en situación de calle deben estar necesariamente dentro de los límites geográficos de la Ciudad de Buenos Aires. En ese caso, la persona en cuestión o un otro involucrado, deben comunicarse con la línea 108 correspondiente al Programa Buenos Aires Presente (en adelante BAP) para solicitar hospedaje. La llamada finaliza con un acuerdo entre la persona y el operadore de la línea pactando un punto de encuentro en el que un móvil irá a buscarla lo antes posible. Esto, cabe destacar, puede sufrir demoras extensas, sobre todo los fines de semana o feriados, ya que la cantidad de móviles disponibles disminuye considerablemente.

Una vez que el móvil del programa BAP llega al punto de encuentro, una operadora social realiza una breve entrevista, la cual se refleja en el informe social y la derivación que confecciona dirigida al Centro de Inclusión, a partir del cual se solicita una vacante a través de la gerencia operativa de Hogares y Paradores que determina en qué dispositivo se podrá alojar la persona. Una vez hallada la vacante, el BAP la traslada hasta el dispositivo correspondiente, finalizando su labor a partir del ingreso oficial al CIS. Esta metodología de abordaje se utiliza en todos los ingresos.

Cada institución tiene determinados requisitos, por ende, la población que abordan es distinta. Hay Centros de Inclusión para mujeres con o sin hijos, otros para varones (como el CIS de Retiro) y para familias (como el CIS Costanera). Hoy en día y por motivo de la pandemia por COVID 19, se han habilitado otros dispositivos dentro del predio del Parque Roca, utilizando uno de ellos como centro de aislamiento para aquellas personas en situación de calle que se encontraban padeciendo los síntomas del COVID, debiendo ser aisladas.

Hasta aquí, hemos descripto la función que cumplen los paradores y las modalidades de ingreso a los mismos para personas que se encuentran viviendo en situación de calle dentro de la Ciudad de Buenos Aires. A continuación, haremos hincapié en las particularidades que asume el Centro de Inclusión Social “Azucena Villaflor”, ya que en el mismo se encuentran alojadas las mujeres con quienes hemos realizado las entrevistas para nuestro trabajo de investigación.

Azucena Villaflor: breve recorrido por su historia y modalidad de organización

El Centro de Inclusión Social “Azucena Villaflor” fue inaugurado en el año 2006, por el Gobernador de la Ciudad de Buenos Aires de aquel entonces, Jorge Tellerman, y la ministra de Derechos Humanos y Sociales, Gabriela Cerruti, de quien dependía el programa Buenos Aires Presente (BAP), resultando ser el primer Centro de Inclusión Social en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para mujeres con o sin hijos que se encuentren en situación de calle. Cabe destacar que su nombre, como así lo indica, fue escogido en conmemoración a quien ha sido la fundadora de Madres de Plaza de Mayo, secuestrada y desaparecida durante la última dictadura cívico militar.

Este espacio, coloquialmente denominado “parador”, se encuentra ubicado en el Barrio de Constitución, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, exactamente sobre la Calle Piedras 1583, entre Av. Caseros y Brasil, como se muestra a continuación:

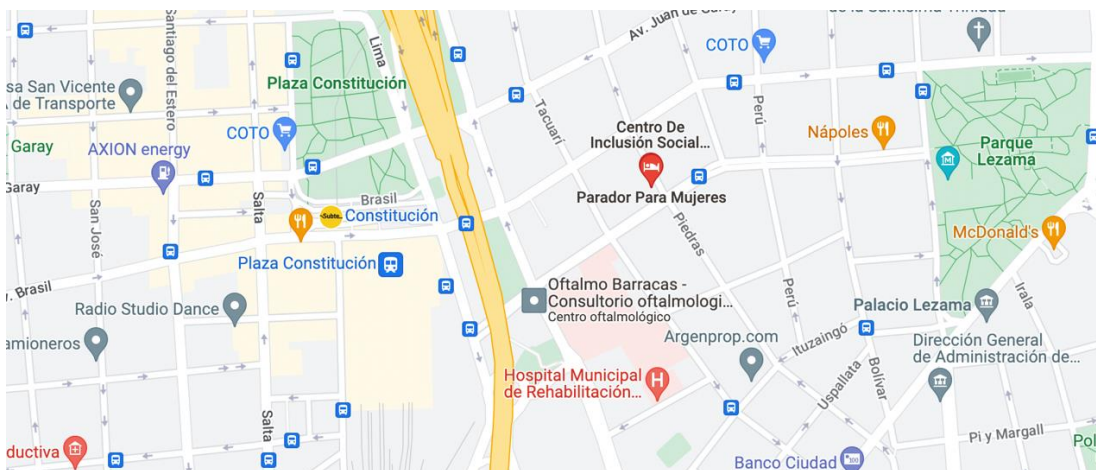


Ilustración 1. Google Maps. Piedras 1581 [Mapa online] Recuperado de: <https://bit.ly/3CICShL>

El dispositivo se encuentra en funcionamiento las 24 hs., los 365 días del año, brindando acompañamiento y atención integral a las mujeres que allí se alojan. Las mismas recurren a dicho lugar, en muchas ocasiones, porque fueron contactadas por el programa Buenos Aires Presente. Es por esto que, el CIS y el BAP trabajan de manera articulada en la mayoría de los casos.

El programa Buenos Aires Presente opera desde 1997 brindando atención en materia de alimentación y garantizando el acceso a determinados recursos para personas en situación de calle, particularmente durante el período invernal a través del “Operativo Frío”, una estrategia que ofrece la CABA todos los años y que está destinada a brindar asistencia integral a las personas que se encuentran en situación de calle padeciendo bajas temperaturas. De igual manera, el BAP opera los 365 días del año, las 24 hs. La intervención varía dependiendo la situación particular en la que se encuentre cada una de las personas en calle, entendiendo que la urgencia radica en brindar una respuesta a la problemática habitacional. Este es el momento en que se realiza la articulación con los centros de inclusión social.

Es preciso destacar que, si bien el GCBA cuenta con una determinada cantidad de CIS y de hogares, además de aquellos conveniados con otros organismos, cada uno de éstos elabora distintas estrategias de abordaje con les usuaries que allí asisten.

Desde su inauguración al presente, la estructura del CIS se ha visto modificada, siendo que, por ejemplo, en su primer año alojaba a 20 mujeres con o sin hijes que se encontraran en situación de calle en la CABA y actualmente, el número de mujeres que alberga oscila entre las 70 y 90, teniendo una capacidad total de 93 plazas, incluyendo en ese número a sus hijes. Por lo tanto, en comparación con el año inaugural, la cantidad de mujeres en situación de calle no ha hecho más que aumentar junto con la cantidad de personas sin

empleo estable y capacidad de sostener una vida digna por sus propios medios.

En lo que respecta a su dinámica de organización interna, el parador Azucena Villaflores recibe a un número estipulado de mujeres por día, el mismo varía según la cantidad de vacantes que se solicitan. Si bien en términos generales suelen permanecer por un tiempo determinado en la institución permitiendo, por ejemplo, entablar vínculos, también hay ingresos nuevos de manera constante, dependiendo de la demanda del BAP.

En lo que respecta al ingreso a un parador/hogar, las mujeres deben ser consideradas auto válidas, esto es, poder transitar su estadía siendo capaces de hacerse cargo de sí mismas en función del cuidado personal y la higiene, siendo responsables de la ingesta de medicación y de sus pertenencias. Además, es necesario acatar las normas institucionales, tales como respetar los horarios de ingreso, de las comidas y no ingresar bajo el efecto de sustancias psicoactivas, entre otros. Estas condiciones y requerimientos presentan diversos obstáculos para muchas de las mujeres, ya que no todas pueden responder a esta serie de normas establecidas debido a su situación particular (Tortosa, 2020). Una vez que están registradas en la lista de ingresos que se completa cuando se les brindan los insumos de cama e higiene pueden permanecer dentro el tiempo que deseen, sin ser obligadas a retirarse.

En cuanto a los horarios, el CIS posee horarios no sólo para las comidas, sino también para el ingreso a las habitaciones (el cual es a las 18 hs.) siendo este uno de los puntos más relevantes para la mayoría de las mujeres que esperan a que llegue ese horario para poder recostarse, bañarse o descansar, y en función de este organizan su rutina diaria.

En el caso de que se retiren de la institución y tiempo después quieran volver a ingresar, se les solicita presentar un certificado médico refiriendo malestar o dolor físico. Por otro lado, parte del Reglamento¹ establecido por la institución refiere a: el cuidado de sus pertenencias dentro del espacio, el respeto de los horarios establecidos, la mantención del orden, no comer ni fumar en las habitaciones, presentar un certificado o documento que acredite que la usuaria se encuentra trabajando para justificar posibles horarios de ingreso a la institución (sobre todo, a aquellas que trabajan de noche), entre otras cuestiones. En el caso en que no lleguen a presentar dicha constancia se da por perdida la vacante, debiendo retomar el circuito y llamar al 108 nuevamente en búsqueda de otro lugar donde permanecer.

En el caso de las mujeres madres, todas deben salir de la institución con sus hijos, cualquiera sea el caso (desde realizar compras hasta obtener un turno médico, o incluso una internación) ya que los niños, niñas y adolescentes no pueden quedar a cargo de terceros

¹ El Reglamento se encuentra adjunto en Anexos

durante su ausencia.

Subrayamos que esta dinámica de organización de horarios y actividades comenzó a funcionar de este modo a partir del año 2020 con motivo de la pandemia por Covid-19, pues previamente solían retirarse luego de cada comida y regresar al momento en el que se abrían las habitaciones, acudiendo así a la lógica instituida por los paradores.

Ahora bien, siendo que el CIS presenta un reglamento institucional que establece las pautas de ingreso, también establece algunas condiciones de egreso del dispositivo en caso de incumplimiento. Respecto a los motivos, algunos de éstos son: el robo de algún elemento, situaciones de violencia hacia el personal o a otras usuarias, consumo de sustancias psicoactivas, mantener relaciones sexuales dentro del establecimiento, etc.

Cabe destacar que las mujeres que allí ingresan se ven obligadas a seguir una serie de normas institucionales que se suman a la complejidad que implica el hecho de sentirse parte de un espacio que no les resulta propio y tener que convivir con otras mujeres que están en una situación similar. Al ser este un espacio común, en el que prácticamente es inexistente el espacio “privado”, no resultan ajenos los problemas propios de la convivencia, derivando muchas veces en situaciones de violencia verbal y/o física. Tampoco son extrañas las situaciones relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas o de alcohol, sumamente relacionadas a las trayectorias de estas mujeres, muchas veces como consecuencia de factores relacionadas a la depresión, abuso, naturalización del consumo desde la infancia, o la propia situación de calle. Ante este tipo de situaciones, el equipo profesional interviene buscando estrategias que las favorezcan, en vez de tomar la decisión de expulsarlas porque no se limitan a atender a las normas de la institución.

Población que asiste

Como hemos mencionado, el CIS es un dispositivo para mujeres con o sin hijos que se encuentran en situación de calle en la CABA. La institución alberga actualmente alrededor de 70 mujeres aproximadamente, de 18 a 59 años de edad. Esto se vio modificado durante la pandemia, aumentando el límite de edad a mujeres adultas mayores de 59 años, producto de la suba constante de personas en situación de calle, a lo cual se adhiere la falta de dispositivos destinados a atender a adultos mayores. Esto resalta no solo la insuficiencia de las políticas públicas, sino también la transformación que sufren las mismas debido al contexto.

Resulta menester destacar que al ser un dispositivo solo para mujeres con o sin hijos, dentro de cierto rango etario, en los casos en los que se trata de una familia completa en

situación de calle, se busca una vacante en un CIS de familias, pero en caso de no hallar lugar, los varones son dirigidos a un dispositivo de hombres, los niños varones mayores de 13 años a un hogar y las mujeres al Azucena. De esta forma, la familia se ve obligada a “separarse” y habitar el dispositivo que le corresponda, según lo que el Estado determina como su condición de género y edad.

Respecto a los perfiles que se alojan en el Azucena Villaflor, la población resulta tener necesidades y problemáticas muy diversas y heterogéneas, lo que da cuenta de la complejidad de la realidad que atraviesan a diario. Entre éstas podemos nombrar: el consumo excesivo de drogas o alcohol, situaciones de violencia por motivos de género, abuso sexual, padecimientos de salud mental, entre otros. Por lo tanto y como hemos mencionado, la situación de calle resulta ser consecuencia de situaciones previas que los sujetos han vivenciado a lo largo de toda su vida, tanto a nivel individual como social. Al mismo tiempo, resulta ser una característica de la actual coyuntura relacionada a lo generacional, dado que las generaciones póstumas van naciendo en la calle, siendo vulneradas desde el inicio de sus vidas.

En algunos casos, aunque escasos, se ha logrado mediante el abordaje profesional vincularlas con algún familiar de referencia, como xadres o hermanos. Sin embargo, notamos que la mayoría de las mujeres que ingresa al parador perdió vínculo con sus redes sociales primarias –específicamente con familiares y/o amigos–, por lo que se hace muy difícil contar con un sostenimiento de este tipo. Algunas de ellas regresan a su provincia de origen, no en busca de mejores condiciones de vida porque vinieron a la ciudad en busca de ello, sino más bien por no hallarse entramadas en la dinámica de la ciudad o del propio dispositivo.

Estrategias de intervención

A partir de las entrevistas recabadas y de la observación dentro del dispositivo, percibimos que los perfiles varían notablemente, en tanto por un lado hay ingresos de mujeres que ya conocen el sistema y reingresan periódicamente a este u otros dispositivos de la red, a la vez que surgen nuevos ingresos de personas que se encuentran en situación de calle por primera vez, lo que marca una gran diferencia entre ambas situaciones. Por tal motivo las estrategias de intervención del equipo profesional varían de acuerdo a cada situación.

En líneas generales, cada problemática que se plantea se aborda de manera singular, en articulación con otras instituciones y dispositivos. De acuerdo con los objetivos de la intervención, algunas son de corto o mediano plazo, como el acompañamiento para acceder

a determinada política o programa de asistencia, y otras requieren una planificación a largo plazo, como tramitar una vacante para el ingreso a un hogar o el fortalecimiento de las redes sociales primarias con las que cuentan.

Los equipos profesionales realizan entrevistas y un seguimiento de cada situación particular para poder obtener un diagnóstico y elaborar una estrategia de intervención. Dependiendo la situación de cada mujer, se establece la articulación con otras instituciones. Por mencionar solo algunas de estas, el CIS lleva adelante un trabajo articulado con los hogares conveniados del GCBA en casos en los que (por diversos motivos) se solicite el ingreso de algunas mujeres a estos dispositivos. Además, realiza un trabajo en vínculo con los hospitales generales, monovalentes, Servicios Zonales y CeSACs de la CABA, ya que algunas mujeres realizan sus tratamientos en algún hospital o con motivo de pedir algún turno de salud. En relación a situaciones que requieren de abordajes jurídicos, se las deriva a los Centros de Acceso a la Justicia (CAJ) en donde consiguen patrocinio gratuito.

Asimismo, se realizan acompañamientos a la inscripción de determinados programas que brinda el GCBA tales como: el subsidio habitacional, la ciudadanía porteña, la tramitación del Certificado Único de Discapacidad (CUD) y la correspondiente Pensión por Discapacidad que deriva del mismo, entre otros. Esto significa que el equipo profesional del dispositivo no sólo realiza intervenciones al interior del CIS como lo es la escucha activa o la confección de entrevistas, sino que, al contemplar la realidad particular de cada mujer, aborda las situaciones articulando con los efectores pertinentes y con organizaciones de la sociedad civil, generando una intervención en red.

En este sentido, no sólo resulta relevante la articulación con otros organismos efectores a través de los que se realizan las intervenciones necesarias para cada situación particular, sino que al interior de la propia institución resulta elemental el abordaje interdisciplinario de los profesionales que despliegan sus saberes con el objetivo común de facilitar el acceso a mejores condiciones de vida para las mujeres que allí se encuentran. Para esto resulta necesario destacar la importancia de la comunicación continua entre los equipos que se desempeñan a lo largo de toda la semana, ya que de esta manera se evita la superposición de acciones o la fragmentación en las intervenciones que se realizan.

En definitiva, se intenta acompañar cada situación de manera integral y articulada con otras instituciones ya que, como hemos mencionado, la situación de calle se constituye en una problemática social compleja la cual requiere de un abordaje que contemple las múltiples dimensiones que operan y hacen a la situación de extrema vulnerabilidad social.

Recursos simbólicos y materiales

Para asistir y acompañar a las mujeres que ingresan al dispositivo, se desempeña un grupo de operadores sociales por turno (mañana, tarde y noche) de lunes a viernes junto con una Trabajadora Social. Durante los fines de semana y feriados, se encuentra disponible un equipo constituido por operadores sociales en los mismos turnos, un Trabajador Social y una Psicóloga. De esta manera, el dispositivo logra funcionar las 24 hs. del día los 365 días del año.

En relación al tipo de intervenciones que se realiza, podemos mencionar que en muchas ocasiones se brinda un tipo de respuesta de carácter asistencialista, que, si bien creemos que es necesaria, no por eso debiera ser la única, sino que, de lo contrario, tendría que estar acompañada de otro tipo de políticas que promuevan el acceso a derechos.

En lo que respecta a los recursos materiales, la institución ofrece cuatro comidas diarias (desayuno, almuerzo, merienda y cena), alojamiento para dormir, ropa de cama y artículos de higiene. Todas las actividades dentro del dispositivo se realizan dentro de una franja horaria ya establecida, por lo que las mujeres que allí se encuentran deben cumplir con los horarios estipulados como parte del reglamento, lo cual muchas veces se dificulta ya que no se sienten cómodas teniendo que organizar su rutina en función de los horarios de la institución.

Haciendo referencia a los recursos simbólicos que brinda el CIS, podemos mencionar el acompañamiento que realizan los equipos que allí trabajan, ya que en muchas ocasiones facilitan y promueven la escucha y el diálogo, ya sea entre las mujeres o con algún integrante del equipo profesional. De esta forma, se propicia un espacio de contención que resulta ser muy necesario para el cuidado diario de la salud mental en términos integrales.

En este sentido, además, los trabajadores del CIS realizan un acompañamiento a las situaciones singulares con el objetivo de fortalecer las redes sociales con las que cuentan estas mujeres. Como hemos mencionado anteriormente, muchas de ellas no tienen contacto con su familia o amigos, sin embargo, van configurando nuevas redes tanto dentro como fuera de la institución, lo que resulta ser un sostén para su vida cotidiana y un recurso de carácter simbólico y afectivo con el que cuentan.

Para finalizar este capítulo en el que hemos realizado un recorrido sobre las principales características que adquiere el Centro de Inclusión Social “Azucena Villaflor”, nos parece pertinente destacar la importancia que adquiere este tipo de instituciones, con sus alcances y limitaciones, para la vida cotidiana de las mujeres, las cuales pasan gran parte de su tiempo en

este dispositivo. Allí construyen nuevas redes, junto a sus pares, las cuales son consideradas un soporte fundamental para su vida ya que contribuyen a mejorar su autoestima y proporcionan un acompañamiento en la toma de decisiones diarias, lo cual refuerza su autonomía.

CAPÍTULO III: REDES SOCIALES Y CONSTRUCCIÓN DE AUTONOMÍA. “YO PUEDO CONTAR CON ELLA Y ELLA SABE QUE PUEDE CONTAR CONMIGO”

Cuando se plantea que el individuo puede hacerse cargo de sí mismo bajo unas condiciones de precariedad generalizada, si no de auténtica pobreza, se está dando por hecho algo asombroso, y es que se asume que las personas pueden (y deben) actuar de manera autónoma en unas condiciones en que la vida se ha hecho invivible.

(Butler, 2017, p. 23)

En el presente capítulo introduciremos, por un lado, la noción de redes sociales, sus principales características y las formas en las que se van construyendo las mismas en situación de calle. Por otro lado, haremos hincapié en algunos debates y tensiones que se discuten acerca de la idea de autonomía, para posicionarnos desde una perspectiva colectiva y no individualista. Dicho esto, le daremos relevancia a la relación que existe entre ambos conceptos –redes y autonomía–, sus principales implicaciones y aportes.

El análisis teórico que se irá tejiendo, será acompañado por fragmentos de las entrevistas que hemos realizado a las mujeres durante el proceso de investigación, estableciendo de esta manera una relación dialéctica entre teoría y práctica.

Acerca de las redes

En este apartado nos interesa resaltar la importancia que, desde nuestra perspectiva, adquieren las redes sociales en la vida de las mujeres que se encuentran viviendo en la calle. En este caso, cuando nos referimos a la situación de extrema vulnerabilidad social que atraviesan las mismas, no podemos dejar de mencionar el lugar significativo para el desarrollo social, afectivo y material que las redes ocupan. En definitiva, José Hernando Ávila Toscano (2009), retomando a Sluzki, comenta que las redes cumplen un rol fundamental en contribuir a la mejora en las condiciones de bienestar para las personas, lo que repercute de manera positiva en su calidad de vida.

En principio comenzamos por definir qué entendemos por redes sociales. En términos de Mónica Chadi (2000), la red social está conformada por un grupo de personas, sean familiares, amigos o vecinos que aportan un apoyo real y duradero al sujeto. Las redes tienen determinada funcionalidad que depende del grado de reciprocidad, vinculación y compromiso

que se produzca entre los integrantes de un mismo grupo. Según la autora, otro indicador importante que define la funcionalidad es el grado de dependencia o independencia que se genera en el entramado, haciendo referencia a aquellos vínculos que pueden fortalecer o disminuir la autonomía de las personas.

A su vez realiza una distinción entre las redes sociales primarias y secundarias. Por las primeras entiende a aquellas relaciones que son de carácter significativo para las personas, como podrían ser la familia, los amigos, vecinos, compañeros, entre otros. Se considera que estos grupos participan de manera activa en los procesos de socialización de los sujetos y por eso ocupan un lugar central en su vida. En cambio, las segundas se encuentran conformadas por relaciones cercanas que también inciden en la construcción de identidad de los sujetos, aunque no lo hacen de manera tan significativa como las redes primarias. Entre éstas se encuentran los grupos comunitarios, recreativos, laborales y educativos entre los que transitan las personas.

Teniendo en cuenta esta diferenciación podríamos decir que, en cuanto a las redes primarias de las mujeres, hemos notado a lo largo de las entrevistas, que en la mayoría de las situaciones refieren contar con una red social muy debilitada cuando hablan de su familia o amigos, ya que en muchos casos no mantienen contacto o lo hacen de manera muy esporádica. Sin embargo, le otorgan un lugar central a las redes que van construyendo tanto dentro como fuera del Centro de Inclusión Social “Azucena Villaflor”, es decir con sus pares. Notamos que es con estas personas con las que mantienen un vínculo más cercano y con quienes comparten actividades de manera cotidiana, por lo que consideramos que este grupo de pares formaría parte de su red social primaria en tanto ocupa un rol significativo en la reproducción de su vida cotidiana.

Por lo tanto, adherimos a la idea que introduce Tortosa (2020), cuando cuestiona la idea a la que algunos autores vinculan el acercamiento a la situación de calle como una de las consecuencias que deriva directamente de la ruptura de redes sociales, por lo que la autora sostiene que no se trata de una ruptura en sí, sino de una transformación de las mismas. Es decir, estas mujeres no se encuentran solas y aisladas de su entorno, sino que, por lo contrario, van reconfigurando sus relaciones a partir del intercambio que producen con sus pares.

Dicho esto, nos interesa enfocarnos en aquellos entramados sociales que las mujeres van conformando a partir de la experiencia compartida en la calle, es decir, con aquellos con quienes se encuentran en la misma situación de vulnerabilidad. Creemos que le otorgan un valor importante a las redes que van construyendo tanto dentro como fuera de la institución, pero en especial con aquellas que se encuentran insertas en la misma, porque comparten una

dinámica cotidiana propia de la convivencia, lo cual implica involucrarse en una serie de actividades mediante las que intercambian recursos de distintos tipos, tanto materiales como simbólicos. Uno de éstos tiene que ver con el aporte que realizan al sostenimiento emocional.

Por dicho término entendemos a todas aquellas prácticas realizadas con sus pares que facilitan la expresión de los sentimientos, emociones y pensamientos que puedan surgir ante las diversas problemáticas complejas que atraviesan. El mismo resulta fundamental para llevar a cabo las distintas actividades que emprenden, así como también para contar con alguien con quien hablar de sus problemas, preocupaciones, inquietudes o deseos. De ahí entendemos que este tipo de vínculo que van estableciendo con otros tanto dentro como fuera del CIS, se constituye en una herramienta fundamental que aporta al autocuidado de su salud mental, en tanto no sólo sienten que pueden ser escuchadas por otras, sino que también se sienten cómodas al momento de poner en palabras sus emociones frente a las demás usuarias. En el siguiente fragmento de entrevista podemos ejemplificar claramente lo dicho:

“Sí, Nati. A ella la conocí en el Roca. Ahí hemos llorado juntas, hemos compartido momentos hasta las 3 de la mañana y después levantarnos a las 6 de la mañana y seguir charlando y ella contarme sus problemáticas y yo las mías, así que la considero un poco más que compañera ¿sí? Un poco más que compañera. Yo sé que es una persona reservada, no sé cómo explicarlo, una persona de confianza. Yo puedo contar con ella y ella sabe que puede contar conmigo.”

(Tamara, 55 años)

En esta entrevista se puede notar la manera en que se percibe la relación con otra usuaria dentro del CIS como “un poco más que compañera”, haciendo referencia a la conformación de un vínculo más cercano en el que no sólo comparten las actividades diarias propias de la convivencia, sino que además se genera entre ellas un tipo de acompañamiento emocional y afectivo en el que encuentran un momento y un espacio para expresar aquello que les sucede, a la vez que les genera una sensación de alivio hacerlo.

Además, en una de las entrevistas notamos que este vínculo que establecen con otras mujeres dentro del dispositivo resulta ser una actividad que encuentran para pasar el tiempo de estadía de la forma más amena posible. En varias ocasiones nos mencionaron que durante el día están aburridas porque no tienen actividades para realizar, por lo que les resulta entretenido entablar una conversación con otra compañera, salir a caminar, compartir mates, etc. En palabras de una de las entrevistadas:

“Y... es una amistad, que estamos acá y hacemos amistad para pasar la hora, pasar el tiempo. Como no estoy trabajando y estoy al pedo...Antes de estar rondando por la plaza me quedo acá. Somos compañeras. Amigas es una cosa, compañeras es otra.”

(Nadia, 36 años)

Podemos advertir, además, diversos puntos de vista según las percepciones de otra de las mujeres que menciona con claridad la diferencia que según ella existe entre un vínculo de compañerismo y otro de amistad. Sostiene que el vínculo que establece con sus pares dentro del Azucena Villaflor es de compañeras, no de amigas, en función de considerar a sus pares como un vínculo un poco menos cercano que el de una amistad.

A diferencia de la entrevistada anterior que la describe como “un poco más que compañera”, entendiéndolo casi como una amistad, podríamos decir que, según la autopercepción de cada una, se establecen distintos grados de “cercanía” o “lejanía” de acuerdo al tipo de vínculo que se da entre las mujeres. Un aspecto a tener en cuenta es que las historias que fueron construyendo con sus pares son muy diversas, es decir, varían en cada situación particular: los motivos por los cuales se conocieron, hace cuánto tiempo, aquellas cuestiones que tienen en común unas con las otras, etc. Todos estos son elementos que influyen al momento de marcar esta diferencia entre “amigas” y “compañeras”, lo que da cuenta además de su mirada sobre los vínculos que conforman.

Las redes como fuente de recursos

Las redes sociales además de formar parte de los procesos de construcción de identidad y de socialización de los sujetos, son consideradas una fuente de recursos de distinto tipo. Algunos de éstos son de tipo simbólico, afectivo o material. En este intercambio se enriquecen aquellos ya existentes y se crean al mismo tiempo nuevas alternativas para satisfacer otro tipo de necesidades. En este sentido, Dabas (1999) agrega:

La noción de red social implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo. Es un sistema abierto, multicéntrico, que a través del intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación

de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos. (p.4-5)

De esta manera, resulta interesante este aporte para pensar en la red social como un sistema abierto que permite el intercambio entre los distintos integrantes de un grupo, pero a su vez con sujetos que forman parte de otros colectivos. En el vínculo que se establece con los otros se intercambian una serie de recursos que se vuelven fundamentales para el desarrollo de la vida cotidiana de las mujeres, algunos los mencionaremos a continuación para dar cuenta del impacto que las redes tienen en este sentido.

Por un lado, haciendo referencia al intercambio de recursos de tipo simbólico y afectivo, en las entrevistas las mujeres manifiestan la importancia de contar con esa otra persona para poder poner en palabras todo aquello que sienten, lo cual se vuelve una especie de “acto terapéutico” que utilizan para “desahogarse” y de esta forma sentirse mucho más aliviadas y acompañadas. En el siguiente fragmento se hace alusión a esto:

“¡Y por supuesto! ¡Sí! ¡Claro que sí! ¡Me hace bien! O sea, puedo hablar con un par de chicas y me puedo desahogar, jeso es importante!”

(Silvia, 59 años)

Por el otro, también resulta relevante el intercambio de recursos que se produce de tipo material. Nos parece importante recalcar que dentro de la institución se brindan una serie de recursos entre ellas, entendiendo que algunas necesidades no se satisfacen a través del dispositivo, sino a partir de las redes que conforman entre sí. Este tipo de acciones se vuelve algo cotidiano y forma parte de una dinámica de apoyo y acompañamiento que también contribuye a su salud mental, en tanto hace que se reconozcan como “solidarias” y capaces de colaborar entre ellas, así como también da cuenta de la predisposición de sentirse acompañada ante esas demandas concretas. Así se manifiesta una de las mujeres en la entrevista realizada:

“Pasa así: yo hoy no tengo para el cigarro, por ejemplo, Pato me convida cigarrillos. Yo le digo Pato quédate tranquila que yo cobro tal día y te repongo los cigarrillos. O vamos a tomar mates y yo pongo la yerba y así vamos compartiendo todo con lo que podemos. Se hace más llevadero así también.”

(Tamara, 55 años)

Además, las redes sociales se constituyen como un canal por el que circula cierto tipo

de información. Es decir, a través del vínculo que entablan entre sí comparten sus propios saberes y experiencias de vida retroalimentándose unas con otras a medida que se profundiza la relación.

En las entrevistas pudimos observar que las preguntas vinculadas a las formas en las que acceden a obtener información sobre las instituciones de atención de la salud mental o la forma en la que acceden a determinada documentación (CUD, pensión, DNI, subsidios, etc.), por lo general, se las brinda alguno de los dispositivos en los que transitan, ya sea en el CIS, en una escuela o desde el programa BAP. En cambio, aquella información que circula sobre la oferta de trabajo disponible suele intercambiarse entre los grupos de pares, es decir, entre las mujeres que asisten al Azucena Villaflor. Podemos suponer que esto se debe a que el tipo de información que se esboza desde las redes va más allá de poseer un saber específico sobre determinados procesos institucionales, sino más bien con aquello que parte de la propia experiencia y a través del cual no acceden si no es mediante el vínculo con otras.

Ahora bien, se puede señalar que –en algunos casos– las redes sociales primarias con las que cuentan fuera del CIS (familiares y/o amistades), también aportan recursos de tipo material para satisfacer algunas de sus necesidades. En ese caso, refieren que les proporcionan distintos tipos de elementos de uso diario como yerba, galletitas o azúcar. También hay algunas que reciben dinero por parte de algúne familiar con quienes siguen manteniendo contacto.

Al mismo tiempo, dicho intercambio de recursos implica una circulación de poder entre quienes detentan esos recursos y quienes no. Como sugiere Portes (1995), las redes deben ser entendidas como una fuente de poder, en el sentido de que los individuos son capaces de aprovechar las mismas a través de un flujo positivo de información, recursos y vínculos, es decir, pueden constituir lugares y espacios de solidaridad en los que circula el capital social, para beneficio de sus miembros. Aunque también pueden ser limitantes, debido a algún factor estructural. En este sentido, por ejemplo, el Estado a través de políticas de exclusión, con frecuencia establece límites a las capacidades productivas de las redes, o cuando los miembros de las redes y las comunidades actúan como válvulas en el flujo de recursos (pueden, en algunas circunstancias, marginar y explotar a algunos miembros, así como a subgrupos dentro de la red).

A partir de esta idea podemos dar cuenta de que al interior de las redes existen distintos intereses por parte de los sujetos que establecen esas relaciones y que tienen que ver con la obtención de determinados recursos que circulan y que desean acumularse por parte de quienes participan en ese vínculo. Por tal motivo, consideramos que las redes sociales

primarias con las que cuentan las mujeres en calle –en este caso conformadas principalmente por su grupo de pares–, son una fuente de recursos (materiales y simbólicos) sumamente importante al momento de elaborar estrategias de manera colectiva que les permita el sostenimiento y la continuidad de todas aquellas acciones que implican el cuidado de la salud mental de manera integral.

Las redes que se tejen en la calle

Hacemos hincapié particularmente en aquellas redes que las mujeres van construyendo dentro del CIS Azucena Villaflor. Notamos que en varias de las entrevistas si bien se sostienen algunos vínculos ya conformados por fuera, como es el caso de algunos familiares y amigos, se otorga una gran importancia a aquellas redes que van construyendo allí adentro.

De esta manera, como mencionamos anteriormente, no es posible hablar de un proceso de ruptura de las redes, como se nombra en muchas ocasiones para hacer referencia a los procesos de exclusión social que viven quienes están en situación de calle, sino que hacemos referencia a una transformación y modificación de las mismas. En palabras de Paula Tortosa (2020):

Se destaca cómo esta situación de exclusión no es total y las mujeres sostienen lazos previos a la situación de calle, como así también producen nuevas relaciones con instituciones y personas de diversos contextos sociales. Por ende, la situación de calle crea condiciones de vulnerabilidad, pero no determina la ruptura de lazos y el aislamiento. En ese aspecto, se observa el conflicto entre los procesos de desafiliación-rea filiación y la transformación de las relaciones sociales. (p. 110)

En este sentido comprendemos que para las mujeres que se encuentran en situación de calle el acompañamiento que reciben por parte de sus compañeras dentro del Azucena Villaflor resulta ser relevante, infiriendo posiblemente al tiempo que comparten juntas y al tipo de actividades que realizan diariamente. Así como también muchas se sienten identificadas con los relatos de sus compañeras, posibilitando la empatía al percibir que todas se encuentran allí por algún motivo en común. A modo de ejemplo, varias de ellas sufrieron violencia por motivos de género, algunas fueron apartadas de sus familias perdiendo todo tipo de contacto, otras perdieron el trabajo y quedaron imposibilitadas de continuar cubriendo sus gastos de alquiler en alguna pieza o pensión, entre otras razones por las que dicen estar en

situación de calle actualmente y que observamos que en algunos casos se repite, tal como se muestra en los comentarios a continuación:

“Mi pareja vivía en la casa de la mamá, y yo vivía ahí con él. Murió y me echaron.”

(Nadia, 36 años)

“Me quedé sin trabajo, no pude pagar más el alquiler y obviamente “vía”, chau.”

(Silvia, 59 años)

“Estoy en calle desde el 20 de noviembre del 2021 y cómo llegué a la situación de calle es un poco difícil de contar así que voy a resumirlo porque es demasiado largo. Un problema con mi ex pareja, violencia verbal, que en realidad ahora me doy cuenta después de muchos años que esto no fue solamente el día 20 de noviembre que nos separamos, sino que venía de mucho tiempo antes.”

(Tamara, 55 años)

Por otro lado, las entrevistas reflejan que algunos vínculos entre ellas se fueron conformando antes de ingresar al Azucena Villaflor, mientras que otros se establecieron con el ingreso al mismo. En ambas situaciones la relación que construyen es distinta. Esto además repercute en las formas de habitar el espacio, dependiendo de la comodidad y la confianza que sientan con el dispositivo en sí y con las demás dentro de la institución. A continuación, se exponen algunos fragmentos de mujeres que conocían a sus pares previamente y se reencontraron dentro del Azucena Villaflor:

“Sí, conocí a muchas que vinieron del Roca tres para acá. Me siento más cómoda porque antes no era tan sociable, y ahora sí.”

(Candela, 33 años)

“¿Y cuándo entraste acá conocías a alguna de las chicas del parador o no conocías a nadie?”

A algunas sí porque estaban en el Roca conmigo y después las mandaron para acá, pero no conocía mucho viste.

¿Y haber conocido a algunas sentís que te ayudo a sentirte más cómoda acá?

¡Y sí! ¡Te sentís mejor claro! ¡Si ves a alguien conocido es mejor! Pero igual es incómodo porque no es lindo, no es tu casa, hay muchas cosas que no son lindas. ¿Pero bueno, no hay otra cosa no?”

(Silvia, 59 años)

En ambos discursos podemos notar de qué manera influye el hecho de conocer a alguien antes de ingresar a un dispositivo de asistencia, cómo se sienten con el espacio y de qué manera esto impacta en sus estados de ánimo, ya que se sienten con mayor grado de confianza en sí mismas y con el vínculo que crean con las demás compañeras.

Ahora bien, hay otras situaciones en las que no conocen a nadie al momento de ingresar, pero luego van estableciendo contacto, dándoles lugar a sentirse más cómodas compartiendo el mismo espacio físico. Además, al preguntarles acerca de su percepción relacionada a haber notado cambios en su vida al conocer a la compañera con la que mejor se llevan actualmente, respondieron lo siguiente:

“¡Y si cambió! Porque estoy más sensible, veo las cosas con más claridad, no vivo tanto en una nube de pedo como quien dice. Ves la verdad, ves lo que pasa, la gente que está en la calle y tiene que terminar así y eso duele. Y la realidad no hay que negarla viste. Y bueno, me hice muchas amigas, viste. ¡Yo de una soy muy amiga! Hoy fuimos a comer algo, me vino a buscar.”

(Silvia, 59 años)

“Me sentía fortalecida. Porque ahora casi conozco a todas y todas me conocen. Me siento fuerte, porque con la diplomacia sabes con quien sentarte y hacer catarsis, y con quién tenés que caretearla.”

(Ángeles, 55 años)

Notamos que el vínculo que se generó dentro del Azucena hizo que una de estas mujeres tuviera un cambio en su perspectiva acerca de cómo observa y piensa la realidad que están viviendo. Así como también contribuye a generar mayor empatía con sus pares, quienes se encuentran atravesando una situación compleja, similar a la que atraviesan ellas.

En cualquier caso, las redes que se construyeron antes o después del ingreso al CIS produjeron algún tipo de cambio en la vida cotidiana de estas mujeres, realizando distintos aportes que intervinieron en sus maneras de pensar, sentir o actuar. Todos aspectos que contribuyen a mejorar su habilidad para tomar ciertas decisiones respecto de sus actividades diarias, lo cual hace al ejercicio de su autonomía. Reconocemos, a través de la voz de las entrevistadas, la importancia que ocupa la presencia de un otro con quien contar y con quien sentirse identificade ante las situaciones de vulnerabilidad que atraviesan.

La construcción de autonomía

En el siguiente apartado introducimos la noción de autonomía respecto a la toma de

decisiones que desarrollan las mujeres con padecimientos de salud mental que se encuentran en el Azucena Villaflor. Consideramos que la misma no puede ser entendida sin la importancia que adquieren las redes sociales para su construcción. Es por esto que, por un lado, haremos una diferencia entre las distintas maneras de comprender la autonomía, lo cual expresa las tensiones que se manifiestan en torno a este concepto, y por otro, nos enfocaremos en el aporte que brindan dichas redes al ejercicio de la misma entendida como una construcción colectiva. Por último, centraremos nuestro análisis en el tipo de vínculo que van creando con sus pares en la calle, lo que nos lleva a pensar en este concepto de manera situada y en un contexto en particular.

¿Qué entendemos por autonomía? Debates y tensiones posibles

Según Catanzaro y Wegelin (2019), existe una conceptualización predominante acerca de la idea de autonomía que parte de una ideología neoliberal que se ha instalado con fuerza a lo largo del tiempo, constituyendo la idea de un sujeto capaz de poder dar respuesta de manera individual a todas sus necesidades. De esta forma, se considera que un sujeto es más autónomo, en la medida en la que logra hacerse responsable de tomar sus decisiones de manera individual.

Con respecto a esto, Judith Butler (2017) elabora una parte de su teoría en torno a la necesidad de comprender que partimos de un contexto social, político, económico, en el que la vida se ha vuelto cada vez más precarizada y vulnerable, para algunos sectores más que para otros, por esto resulta imprescindible entender que de alguna forma u otra todos somos interdependientes, ya que en algún momento de nuestras vidas siempre vamos a necesitar contar con uno u otro que nos ayude o acompañe ante determinadas situaciones.

Esta noción de interdependencia es sistemáticamente cuestionada y criticada por los postulados o ideales del neoliberalismo, ya que plantean, no sin contradicción, que cada individuo puede resolver por sus propios medios todo aquello que se le interponga. Sin embargo, entendemos que para que esto suceda deben estar garantizadas ciertas condiciones mínimas de existencia, justamente aquello que este sistema no brinda. Por ende, se convierte en una encrucijada de la que es difícil salir.

En este sentido, Butler introduce la idea de responsabilidad relacional, como una forma de generar una crítica a la individualización neoliberal y para profundizar aún más en el significado que adquieren las redes en este proceso de construcción de autonomía de los sujetos. En su texto, Catanzaro y Wegelin (2019), lo explican de la siguiente forma:

Solo aceptando la vulnerabilidad de cada uno, negada en la figura narcisista del individuo omnipotente, es posible abrirse hacia relaciones éticas con otros, necesarias para construir colectivos políticos capaces de intervenir sobre los procesos de precarización de las estructuras sociales. Dicho, en otros términos: para oponerse a la precarización que el neoliberalismo produce es preciso activar la interdependencia que el neoliberalismo niega. (p. 49)

Retomando esta idea, podemos mencionar que existen al menos dos formas distintas de comprender la noción de autonomía. Cabe destacar que, al introducir ambas nociones, no se están saldando las discusiones, sino que, por lo contrario, se abren nuevas tensiones y contradicciones al respecto.

Por un lado, aquella que responde a los intereses del sistema en el que nos encontramos insertes, una idea que se posiciona de manera hegemónica y que considera que el ideal del ser autónome es aquel sujeto que es libre y autosuficiente, que no depende de nada ni de nadie para obrar según sus propios deseos y tomar decisiones con ellos como guía. Según Gutiérrez, este ideal responde a las necesidades e intereses del sistema porque “si bien se requiere de un sujeto libre y autónomo a la vez es necesario que sea pasible de ser sujetado a las reglas del capital” (2010, p.3). Esta concepción hegemónica de autonomía tiende a naturalizar las relaciones sociales de producción y explotación propias de nuestras sociedades bajo el postulado de que “todes somos libres e iguales ante la ley” y que, por lo tanto, tenemos la misma capacidad para desarrollar nuestra autonomía y vivir de acuerdo a nuestros deseos, sin tener en cuenta los factores sociales, políticos y económicos propios de los contextos en los que vivimos.

En este punto, nos parece importante destacar que esta idea del individuo autónome y autosuficiente oculta el hecho de que la vida humana no se puede desarrollar sin la participación de los sujetos en diferentes redes sociales que impliquen el afecto y los cuidados. Esto se debe a que todas las personas, en diferentes momentos y etapas de la vida, requerimos de diversos tipos de cuidados ya que vivimos “en un mundo de seres que, por definición, somos física y psíquicamente vulnerables y dependientes unos de otros” (Gutiérrez y Voria, 2014, p. 11).

En contraposición con este ideal de ser autónome y autosuficiente que se proclama desde este sistema neoliberal, nos parece importante repensar el concepto de autonomía tomando como punto de partida esa precariedad constitutiva de la vida humana (Gutiérrez y

Voria, 2014). De esta forma cobra relevancia el sentido de comunidad, ya que solo es posible ejercer la autonomía si se vive, comparte y construye junto a otros. Bajo esta perspectiva, resulta imprescindible el papel que ocupan las redes sociales en la vida de cada sujeto.

Retomando parte de las tensiones que se desatan alrededor de este término, podemos analizar de qué manera se manifiestan estas ideas en gran parte de los discursos que se presentan en las entrevistas. En una de las preguntas apuntábamos a conocer la percepción que tienen las usuarias del CIS acerca del ejercicio de su autonomía y algunas de sus respuestas fueron las siguientes:

“Yo soy la titular de mi pensión. A mí me pasa cualquier cosa y la apoderada soy yo. Ni Silvia ni nadie. La información la conseguí perfectamente yo sola, presentándome en ANSES, no tuve que pedirle ayuda a nadie.”

(Estefanía, 45 años)

“¿Y sentís que el hecho de estar acompañada te ayuda a pensar mejor qué decisiones tomar sobre una situación?”

A veces no, a veces me equivoco. Me ha pasado de no saber para donde ir y agarrar y decir tengo que ir para el Moyano, pero antes tengo que solucionar otra cosa. Por ejemplo, el otro día que me robaron la SUBE y pensé ¿Cómo soluciono este problema? y llamé y averigüé como tenía que hacer y lo hice.

Bueno, pero esas decisiones que tenés que tomar ¿sentís que podés consultarlas con las chicas de acá? ¿O aconsejarse entre ustedes cómo hacer?

¡Si! Me siento acompañada. Lo que pasa es que la mayoría de mis problemas mis compañeras no me los pueden solucionar. Es más, ni los psicólogos ni los psiquiatras pueden, la mayoría son problemas que lamentablemente no tienen solución.”

(Tamara, 55 años)

“¿Sentís que contás con información para hacer los trámites de subsidios y turnos médicos por tu cuenta, o te sentís más cómoda cuando te acompañan? ¿Por qué?”

Si, cuento con todo. Los trámites prefiero hacerlos sola porque soy independiente. Por ejemplo, al CeSAC voy sola... Sé que días ir, pedir el turno. ¿Me muevo, viste? No voy paseando. Me anoto lo que tengo que hacer, lo que tengo que comprar, voy con la listita para no dispersarme.”

(Ángeles, 55 años)

En los fragmentos anteriores es posible visualizar la concepción que se tiene sobre la noción aquí planteada, en tanto posibilidad de realizar las tareas cotidianas sin la necesidad de contar con el apoyo o el acompañamiento de las personas de su entorno. A su vez, se mencionan algunas acciones que se llevan a cabo como estrategias que contribuyen a una

mejor organización de su rutina, como pedir un turno médico, hacer un listado de lo que tiene que comprar, etc.

Es posible afirmar que también se deja entrever la idea que se tiene de autonomía como capacidad de resolver las cosas por cuenta propia y que, si bien se reconoce una ayuda mutua por parte de las compañeras del parador, se termina asumiendo que en realidad “nadie puede ayudarte del todo” porque incluso muchos de los problemas a los que se hace referencia, según Tamara, parecieran no tener solución. En este sentido, se da cuenta de que, si bien sus pares pueden acompañarla ante determinadas situaciones o actividades de la vida cotidiana, hay cuestiones que las superan y que tienen que ver con problemáticas más complejas que responden a un nivel más estructural.

En cambio, otra de las mujeres entrevistadas, si bien se auto percibe como una persona independiente y esto lo vincula directamente con la dimensión económica, admite que puede ejercitar mejor su autonomía si se siente acompañada, en este caso por su padre:

“Yo crecí mucho en mi vida. Siento que soy muy independiente, porque si sobreviví con una pensión es porque soy muy independiente. Pero lo que me pasa cuando hago un trámite es que quiero que me acompañe mi papá, porque los trámites me emputecen, perdón que lo diga así. No sé qué colectivo tomar, empiezo a hablarle al chofer, el chofer me manda a la loma del carajo. En cambio, si me pierdo, me pierdo con mi viejo.”

(Estefanía, 45 años)

Podemos decir entonces que, a lo largo de las entrevistas que aquí se exponen, las mujeres reconocen aquellas situaciones de su vida en las que pueden desarrollar su autonomía. Algunas dan cuenta de que esto es lo que les permite ser y sentirse más independientes a la hora de tomar determinadas decisiones que atañen a la reproducción de su vida cotidiana, y otras, si bien consideran que pueden llevar a cabo sus decisiones de manera individual, se sienten mejor cuando alguien las acompaña en ese proceso.

A su vez, destacamos que en algunos casos se relaciona la noción de autonomía con una dimensión material o económica, mientras que otras refieren a un aspecto más bien simbólico, el cual tiene que ver con el “apoyo” o “sostenimiento” que encuentran en sus redes para consultar o conversar sobre determinada decisión que tienen que tomar. De cualquier forma, las ideas aquí planteadas no se expresan de manera homogénea en las distintas entrevistas, sino que, por lo contrario, se puede ver de qué manera conviven las tensiones antes mencionadas en los discursos. En este sentido, las mujeres aluden a las distintas ideas que anteriormente expusimos acerca de la autonomía. Por un lado, se interpreta como aquello que hace a le sujeto más independiente, capaz de tomar todas las decisiones de manera individual

sin la necesidad de contar con otros con quienes se rodea. Por el otro, se toma en cuenta la función que cumplen las redes sociales para el desarrollo y el ejercicio de la misma.

Por último, si bien notamos que en la mayoría de las entrevistas surge de manera predominante esta idea hegemónica que considera al sujeto autónomo como sinónimo de independiente, también podemos observar que se menciona el rol que cumplen las redes a la hora de ejercitar dicha autonomía. De modo que, en el siguiente apartado, haremos alusión a la importancia que cobran como aporte para la construcción de esta suerte de emancipación, intentando desandar algunas de las tensiones que aquí subyacen.

Aporte de las redes sociales al ejercicio de la autonomía

Este resulta ser un eje central para nuestro trabajo de investigación, ya que desde nuestro posicionamiento ético y político creemos que las redes con las que cuentan las mujeres tienen un papel fundamental en el ejercicio de su autonomía respecto a la toma de decisiones que implementan en su vida diaria. En este sentido, contrariamente a lo que propone el modelo hegemónico neoliberal en el que se instala un discurso de tipo meritocrático a través de frases tales como “sálvese quien pueda” o “todo lo conseguí por mi cuenta, sin la ayuda de nadie”, consideramos que ninguna persona puede resolver sus cuestiones diarias aislándose de su entorno por completo, sino que necesitamos de una forma u otra vincularnos con los otros, escuchar y ser escuchados, contenidos y acompañados en diversas situaciones que se nos presentan. Es precisamente en el vínculo con los otros que se construyen las redes que luego sostienen y alojan a las personas. Y en ese entramado relacional es que se aportan diferentes recursos los cuales aumentan los niveles de autonomía.

En relación a esto, los siguientes fragmentos exponen de qué manera se encuentra presente en los relatos el aporte que ofrecen las redes para la construcción y ejercicio de la autonomía:

“¿Sentís que el hecho de estar acompañada te ayuda a pensar mejor qué decisiones tomar sobre esa situación?”

Sí. Yo antes tenía ...me costaba terminar la secundaria, y ahora me anoté el año pasado para terminarla en Adultos 2000. Y entonces, lo retomé de nuevo estando acá. Las chicas me iban ayudando.”

(Candela, 33 años)

“¿Considerás que ante alguna situación cotidiana que haya que resolver contás con la ayuda de tus compañeras dentro del parador? ¿O las resolvés por tu cuenta?”

Y mira, con Gaby le pedí que me despierte 5 a.m. para ir al Piñero. Le avisé a la operadora de la noche, y no me levantó. Si Gaby no me levantaba ¿Quién me levanta? porque no tengo despertador ni celular, se los afanó mi hermana. Hasta eso me sacó. Gaby me ayudó y fuimos juntas al Piñero. Me invitó con un cortado. Después comimos, cada una pagó su cuenta. Me ayudan, pero no siempre, a convidarme una pitada de cigarrillo cuando la necesito.”

(Estefanía, 45 años)

En los recortes destacados podemos analizar y dar cuenta, por un lado, que las redes contribuyen en el acompañamiento a la resolución de diversas situaciones de la vida cotidiana de las mujeres, como puede ser en estos casos acompañarse a realizar un trámite o despertarse para llegar temprano a un lugar. Lo que significa que estas mujeres se sienten contenidas por sus pares en cuanto a las decisiones que pueden ir tomando cotidianamente. Esto permite que puedan aumentar su grado de autonomía en relación al acompañamiento que reciben por parte de sus compañeras.

A su vez, en uno de los legajos a los que tuvimos acceso como parte del proceso de investigación, se describe una entrevista realizada a una de las usuarias en la que se menciona que la misma salió por un tiempo de la institución junto con una compañera que conoció allí mismo, con motivo de buscar algún lugar donde irse a vivir juntas. Es preciso destacar que en la entrevista que le hicimos, ella cuenta que uno de los principales motivos por los que hoy está en calle tiene que ver con una pelea muy fuerte que tuvo con su hermana, con quien antes convivía. En este sentido, observamos la importancia que tuvo y tiene para esta mujer el vínculo creado dentro del parador, con el que puede incluso proyectar hacia futuro alternativas posibles a su situación.

A partir de las entrevistas realizadas y tomando en cuenta los análisis pertinentes en vinculación con los conceptos hasta aquí planteados, podemos dar cuenta del lugar significativo que ocupan las redes sociales primarias de estas mujeres conformadas principalmente a partir de su grupo de pares, para el desarrollo de su dinámica cotidiana tanto dentro como fuera del parador. Dichas redes aportan una variedad de recursos, además de contribuir al sostenimiento emocional cada vez que encuentran en cada una de sus conversaciones con sus pares, un espacio de escucha y contención. Todos estos atributos que ofrecen las redes, sin dudas refuerza o fortalece el ejercicio de la autonomía de cada una de estas mujeres en tanto saben que pueden sentirse sostenidas y acompañadas por sus pares.

Por último, consideramos que otra de las contribuciones que las redes implementan, y

mediante el cual también se fortalece el ejercicio de la autonomía, tiene que ver con la elaboración de estrategias tanto individuales como colectivas que llevan adelante con el fin de satisfacer distintas necesidades. Esta cuestión será abordada en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO IV: ESTRATEGIAS Y RECURSOS. “SOMOS SOLIDARIAS. ES LINDO”

*Mediante el encuentro con otros/as las mujeres han podido transformar estas experiencias
en trayectorias de supervivencia, lucha y resistencia
(Tortosa Paula, 2020, p. 173)*

En esta sección y, en sintonía con lo trabajado anteriormente, tenemos por objeto abordar las estrategias de autocuidado que las mujeres en situación de calle con padecimientos de salud mental implementan en su vida cotidiana. Por lo que resulta necesario explicar, en primer lugar, qué entendemos por la noción de autocuidado, y, en segundo lugar, comprenderlo dentro de la lógica de autonomía colectiva a la que haremos referencia.

A su vez, desarrollamos un apartado sobre los recursos simbólicos y materiales con los que cuentan y, además, sobre aquellos que buscan por sus propios medios, conectando estas categorías con la noción de estrategia, la cual nos resulta relevante, para comprender la relación entre éstas.

Por último, y de suma importancia para nosotras, hablamos sobre los deseos, las aspiraciones y los proyectos que las mujeres plantearon en el marco de las entrevistas realizadas durante la investigación. Hemos tomado esta decisión, dado que creemos que sus relatos operan como insumos para construir nuevas perspectivas tanto para la intervención profesional como para el diseño y la planificación de políticas públicas que tengan en cuenta aquello que desean, en este caso las mujeres, como sujetos activos de su comunidad.

Estrategias de autocuidado de la salud mental

Inicialmente definimos el cuidado en palabras de Pérez Orosco (2006) como “la gestión y el mantenimiento cotidiano de la vida y de la salud, la necesidad más básica y diaria que permite la sostenibilidad de la vida” (p. 10). Esto quiere decir que el acto de cuidarse y de cuidar implica alcanzar determinados estándares esperables para cubrir, sostener y hasta aumentar la satisfacción de las necesidades básicas que hacen a la vida cotidiana. Sin embargo, la realidad de algunas de las instituciones del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires contrasta con esta definición, ya que expresan una contradicción entre lo que ofrecen en su discurso y lo que otorgan realmente, en tanto interpretan el acto de cuidar y ser cuidado desde un paradigma meritocrático que refleja que no todos merecen ser cuidados de la misma forma, pues algunos no son

merecedores de la práctica del cuidado. Entendemos que esto resulta así “porque las instituciones que pueden ser interpretadas como un logro popular al mismo tiempo devienen legitimadoras del sistema capitalista” (Thwaytes Rey, 2004, p. 73). En otras palabras, las lógicas reproducidas y reproductoras por las instituciones del GCBA sobre el cuidado y el autocuidado desenmascaran aquel individualismo que el sistema, a pesar de los discursos que manifiestan inclusión, alejan a las poblaciones vulnerables hacia los márgenes de la sociedad, garantizando y sosteniendo una relación social desigual.

Ahora bien, entendemos que esta construcción de alguna manera otorga a las personas determinada sensación de pertenencia a cierto estrato de la estructura societal en tanto posean o no un empleo, el tipo de empleo, si estudian, qué estudian, cómo y dónde viven, etc., siendo así que continúan reproduciéndose discursos culpabilizantes e individualizantes hacia aquellos que no responden al perfil esperado a nivel social. Esto lleva a que no haya contemplación alguna sobre las distintas realidades que atraviesan, privándoles de la posibilidad de ser cuidadas, a la vez que obligándolas tácitamente a buscar sus propias estrategias de autocuidado ante la vulneración de sus derechos. En la Argentina de hoy surgen nuevas (o no tan nuevas) problemáticas sociales que decantan en el aumento de personas en situación de calle de diversos géneros y edades, por lo que las prácticas de cuidado y autocuidado varían de acuerdo a la realidad particular de cada una.

En relación a esto, pensar el autocuidado implica indagar sobre una nueva categoría, ya que refiere, términos de Orem, a “una conducta aprendida por el individuo, dirigida hacia sí mismo y el entorno, para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de su vida, salud y bienestar” (Vega y González, 2007, p.30). Lo que significa que el acto de autocuidarse resulta una práctica constante, sobre todo en un contexto de extrema vulnerabilidad en el que pensarse a sí mismo puede llegar a resultar muy difícil debido a diversos factores sociales, económicos y culturales. Por tal motivo orientamos el análisis de las estrategias de autocuidado que encuentran las mujeres en situación de calle para continuar con la reproducción de su vida cotidiana.

Más específicamente nos referimos a todas aquellas acciones que de manera estratégica llevan adelante con motivo de encontrar cuidado y atención en su salud mental, entendiendo que esa búsqueda es parte de la práctica de autocuidado. Al respecto, las mujeres entrevistadas dan cuenta de una serie de prácticas que implementan:

“Estudio. Tengo que rendir un examen ahora el 29, así que tengo que ir a buscar un ciber, me levanta la autoestima. Escucho música tranquila, que me relaja, música positiva.”

(Candela, 35 años)

“Cuando todos bajaron a desayunar yo me estoy yendo a caminar. A la mañana necesito mi espacio para pensar que es lo que voy a hacer esta semana, organizarme, pensar cómo lo voy a hacer, cuántas vueltas voy a dar a la plaza para llegar cansada y que lo demás no me afecte. Yo siento que de esa manera cuido mi salud mental.”

(Tamara, 55 años)

“Trato de estar tranquila, no pensar muchas boludeces viste, trato de manejarme yo.”

(Silvia, 59 años)

A partir de lo observado durante el proceso de investigación, desde nuestra perspectiva relucen aquí diversas cuestiones. Por un lado, la autopercepción como sujeto autónomo que posee la habilidad suficiente para tomar decisiones sobre su vida cotidiana, como lo es elegir estudiar o resolver cuestiones particulares como ir a un ciber en busca de información. Por otro lado, refleja la necesidad de autocuidado que poseen al sentir que esas actividades “levantan su autoestima”, a la vez que buscan realizar acciones que les genere bienestar, como lo es realizar caminatas en solitario. Podemos decir que, en ese sentido, dichas actividades contribuyen a la mejora de su salud mental.

La vulnerabilidad socioeconómica, en conjunto con el padecimiento mental, por lo tanto, no son parámetros para definir la capacidad de cuidado y autocuidado de un sujeto, además de que se contraponen los discursos con la lógica capitalista que las engloba como personas en mera necesidad de recibir asistencia. De esta manera podemos decir que, por el contrario, estar en la calle no implica ser incapaz de cuidarse.

De igual manera esta noción impacta con lo que las políticas asistenciales estipulan de manera tácita respecto de la noción de “persona en situación de calle” como incapaz de cuidarse por sí misma y carente de sentido de responsabilidad. Entendiendo que “la cuestión del cuidado no es un asunto de mujeres. Es una necesidad de todas las personas que somos vulnerables e interdependientes” (Rodríguez Enríquez, 2015, p. 44) concluimos en que las usuarias del CIS Azucena Villaflor pueden tomar decisiones por sus propios medios, tal como hemos demostrado, en tanto logran adquirir la habilidad de crear nuevas estrategias -de manera individual o colectiva- que les permiten mejorar su calidad de vida. Siguiendo con la definición de este concepto, Tortosa (2020) agrega:

Entonces, cotidianamente, en las prácticas de autoatención/autocuidado las personas, en forma colectiva o individual, construyen trayectorias, las cuales implican el

recorrido que el sujeto padeciente realiza en busca de resolver los problemas que considera que atañen a su salud (Margulies, Barber y Recoder, 2006; Alves y Souza, 1999). Esta noción remite a una secuencia de eventos, y designa un conjunto de estrategias y decisiones que tienen como objetivo el tratamiento de un padecimiento (Ferreira Mangia, 2008). Este recorrido no se encuentra únicamente ligado a la asistencia médica, sino que toma en consideración varias modalidades que pertenecen a distintas formas y saberes de atención. (p.30)

Esta manera de pensar las categorías nos invita a plantear que tales estrategias se crean y fortalecen junto a otros sujetos, por ello resaltamos el rol fundamental que cumplen las redes sociales en todo este proceso, ya que brindan diversos recursos que contribuyen a construir estrategias de autocuidado durante la vida en la calle.

Además, consideramos que una de las características que según Tortosa (2020) adquieren estas prácticas es que las personas alcanzan a apropiarse del discurso biomédico que las interpela en sus consultas y luego lo reproducen en sus prácticas cotidianas. Este proceso mediante el cual se apropian de diferentes vivencias transcurridas en el marco del sistema de salud es denominado proceso de expertización y se define como aquel capital que acumulan los pacientes en tanto conocimientos acerca de los tratamientos que luego son resignificados y puestos en práctica en sus propias trayectorias cotidianas. Algunas de las entrevistadas lo reflejan de la siguiente manera:

“Y me atienden muy bien. Son muy buenos médicos. Y sí, diría que vayan. Para buscar medicación, y es muy buena la atención. Nos preguntan cómo estamos, y nos dan consejos para que nos atienda un psicólogo y hagamos cosas, nos dan direcciones de centros para ir... Para que no estemos sólo tomando la medicación.”

(Lara, 45 años)

“Perfecto. Lo recomendaría sin dudas. Pero siempre me tocó un profesional, te puede tocar otro que nada que ver. Yo tengo un tipo que me escucha...no sos un número. Lo recomiendo porque me dieron respuestas a las necesidades urgentes. Tiene que ver con lo humano.”

(Ángeles, 55 años)

De acuerdo a lo expresado, podemos interpretar que a partir de su experiencia personal pueden recomendarle a otra persona el dispositivo de salud al que cada una se dirigió en su situación particular, a la vez que resaltan las sensaciones que al respecto las han atravesado, adhiriendo a partir de los propios conocimientos aprendidos al discurso médico establecido

durante el proceso de tratamiento.

Asimismo, se destaca la relación que ellas mantienen con aquellos dispositivos de salud a los que asisten, resaltando características que consideran por parte de los profesionales por las que fueron atendidas, visibilizando así la importancia de sentirse cuidadas en este caso por el sistema de salud.

Finalmente, y en línea con la importancia de establecer relaciones interpersonales partiendo de que somos sujetos sociales y por ende precisamos de uno u otro, sostenemos que el hecho de iniciar y/o transitar los tratamientos de salud mental por sus propios medios refleja algunas de las prácticas de autocuidado que ejercen, a partir de las cuales se valen de recursos útiles, como es la información sobre cómo acceder a tratamientos psicológicos, la obtención de medicación, sobre asesorías, entre otros. Algunas de las estrategias que emprenden son acompañadas por sus pares, lo que demuestra el aporte de las redes en este sentido.

¿Perspectiva tutelar o restitutiva?

Teniendo en cuenta lo dicho, y respecto a las prácticas de autocuidado, destacamos la función fundamental que cumplen las redes sociales primarias conformadas por su grupo de pares dentro del parador, para poder intercambiar recursos tanto materiales como simbólicos, los cuales les permitirá crear nuevas formas de elaborar estrategias que resulten viables para dar respuesta a sus necesidades cotidianas. En este caso, las mujeres que tienen padecimientos de salud mental atraviesan múltiples problemáticas vinculadas a la situación de vulnerabilidad social en la que viven, por lo que los vínculos resultan ser un recurso indispensable al momento de afrontar todo tipo de situaciones que a su vez hacen al cuidado de su salud mental de manera integral.

A través de las distintas relaciones de cuidado que se establecen, podemos decir que se encuentra en evidencia la tensión entre las lógicas tutelares de intervención psicosocial que configuran a las personas en situación de calle como subjetividades que deben ser controladas y las lógicas restitutivas desde las que se configuran subjetividades deseantes. El argumento colectivo sobre necesitar cuidados también se desprende de relatos de las propias personas en situación de calle quienes se refieren a sí mismas como “aquellas que no pueden, que tienen problemas, que no tienen ganas, que son irresponsables.” Esas percepciones sobre sí mismas, producto de la negociación intersubjetiva de significados, se sustentan en atribuciones estigmatizantes. Las instituciones por las que circulan, entonces, se convierten en espacios de producción subjetiva, la cual está condicionada en función del contexto.

Esto pudimos notarlo en uno de los legajos de las entrevistadas en las que la misma

reingresó al parador por cuarta vez en el lapso de un año. Uno de los motivos por las cuales se le pidió que se retirara del parador tenía que ver con el “incumplimiento a las reglas de la institución”, y particularmente, esto sucedió luego de que se encontrara a la usuaria consumiendo alcohol dentro de una de las habitaciones. Sin dudas, una de las principales razones por las cuales esta mujer ingresa y egresa del dispositivo de manera constante está vinculada con que las normas que allí se aplican de manera igualitaria para todas, resultan difíciles de cumplir para algunas. Sobre todo, si nos referimos, como en este caso, a mujeres que tienen una problemática de consumo de alcohol o sustancias. En este sentido, el CIS no alcanza a contemplar la singularidad de cada una de las que allí se aloja y ante la imposibilidad de atender o acompañar este tipo de situaciones, se ve obligado a rechazarlas.

De algún modo este campo de problemas tiende a la cronicidad, configurándose como “ciudadanías asistidas” (Di Iorio et al, 2020) dando lugar a que se despliegan tecnologías de control en las que se fundamentan las respuestas socio-asistenciales producidas y reproducidas por los dispositivos públicos y privados. Se configura una narrativa del reconocimiento organizada en función de una dinámica de segregación-integración y de control-resistencia.

Ahora bien, nos referimos a mujeres que se encuentran atravesando la situación de calle dentro de un dispositivo gubernamental como lo es el CIS Azucena Villaflor, el cual reproduce una lógica asistencial en la que impera la búsqueda de una solución a la problemática habitacional, dejando en segundo plano otras demandas emergentes al momento de la entrevista de admisión. Resulta que a partir del ingreso al CIS el acto de auto cuidarse también implica estar atentas y en estado de alerta constante sobre sus propias pertenencias, muchas de las cuales se fueron perdiendo o se han visto obligadas a intercambiar allí dentro (si es que no se las roban durante su primer pernocte dentro de la institución). Respecto a esto, ante la pregunta de cómo cuidan su documentación dentro del dispositivo, responden:

“La tengo acá, duerme acá conmigo. Inclusive en el locker tengo ropa... cosas de higiene personal, pero la documentación siempre, siempre conmigo.”

(Ángeles, 55 años)

“Los tengo siempre en la cartera conmigo y la cartera duerme conmigo al lado de la cama.”

(Candela, 33 años)

“La tengo acá en mi bolso. Ando siempre con él.”

(Estefanía, 45 años)

En relación a esto, y como investigadoras, cabe destacar que hemos notado que si bien el CIS, que es comprendido desde el sentido común como un espacio de inclusión, de cuidado y de resguardo, muchas veces reproduce los peligros de vivir en la calle, porque la rutina reproduce lógicas de la vida cotidiana de estas mujeres en las que no pueden relajarse, lo que muchas veces dificulta su trayecto hacia nuevas formas de vida, para lo cual requieren estrategias de cuidado incluso dentro de la institución.

Acceso a tratamientos de salud mental

A continuación, haremos hincapié en aquellas estrategias que las mujeres construyen para acceder a los tratamientos de salud mental. Al momento que iniciamos las entrevistas, las usuarias refirieron que estaban realizando un tratamiento, aunque algunas expresaron tener cierta constancia en cuanto a la atención médica en un hospital y otras realizan sus respectivos controles de forma más esporádica. De todas maneras, al momento de preguntarles sobre cómo hacían para acceder a los mismos, mencionaron diferentes estrategias que elaboran, entre las cuales resaltan el rol que ocupó alguien de su entorno cercano:

“Mi suegra me recomendó el psiquiatra porque estaba re mal. Ahora estoy mejor, pero hago el tratamiento por mi cuenta.”

(Nadia, 36 años)

“¿Y al Alvear cómo llegaste?”

-Me lo recomendó una amiga porque ella se atendió ahí y le pareció bárbaro y a mí también me gustó mucho.”

(Silvia, 59 años)

A través del análisis de estos fragmentos podemos dar cuenta de la elaboración de estrategias vinculadas al acceso a tratamientos de salud mental que realizan estas mujeres y los aportes que las redes les brindan para ello. Como puede observarse, las entrevistadas obtienen la información sobre la atención en determinados centros de salud no sólo a través del equipo profesional del dispositivo en el que se hallan insertas, sino también a través de sus redes. En estos casos la información que tanto las instituciones como las redes brindan resultan ser de gran utilidad para el acceso a dichos servicios de salud, mejorando la calidad de vida de las mujeres a la vez que las acompaña en su proceso de autonomía.

A su vez, las redes también aportan al sostenimiento de dichos tratamientos, lo que significa que el hecho de sentirse acompañadas permite la continuidad de los mismos. En este sentido, se puede ver reflejado en los siguientes recortes seleccionados:

“Yo le pido plata a mi mamá si tengo que comprar algún remedio que me den los médicos y no estén en la farmacia del hospital.”
(Candela, 33 años)

“Sé cómo llegar al hospital, las direcciones y todo eso. Pero si te acompañan es más lindo, vas con alguien.”
(Silvia, 59 años)

De acuerdo a los ejemplos tomados consideramos elemental el hecho de contar con redes de contención que las ayude a atravesar su padecimiento de salud mental, ya sean redes sociales primarias o aquellas construidas desde otros espacios. Pues, si bien se auto perciben autónomas en la toma de decisiones respecto de su salud, manifiestan sentir cierto bienestar al momento de estar acompañadas por un otre de su confianza.

Estrategias para la obtención de recursos materiales

En este apartado haremos hincapié en las distintas estrategias que las mujeres elaboran de manera individual o colectiva para obtener distintos tipos de recursos. Algunos de estos los ofrece el dispositivo en el que se alojan y otros los brindan las redes con las que ellas cuentan. Consideramos que, sobre todo, las estrategias que logran alcanzar de manera colectiva potencian y fortalecen sus decisiones, por ende, su autonomía. En este sentido, hemos elegido el término estrategias de reproducción como una noción más adecuada, entendida en los siguientes términos:

Conjunto de prácticas fenomenalmente muy diferentes por medio de las cuales los individuos y las familias tienden de manera consciente o inconsciente, a conservar o aumentar su patrimonio, y correlativamente a mantener o mejorar su posición en la estructura de las relaciones de clase. (Bourdieu, 1988, p. 122).

De esta forma entran en una relación dialéctica las relaciones sociales y la búsqueda de estrategias como retroalimentación de unas con otras. No obstante, resulta menester referir que esto no implica una mera decisión aislada por parte de las mujeres a la hora de desplegar diversas estrategias, sino más bien, operan como un entramado social complejo de comportamientos que

busca dar cuenta de una relación, en puja, entre las elecciones individuales y la estructura social (Tonkonoff, 2005). En tanto comprendemos que estas mujeres, si bien se encuentran en la búsqueda constante de maneras de obtener diferentes recursos, a su vez están limitadas en la toma de decisiones que hacen a su cotidianidad por encontrarse en una situación desfavorable.

En este sentido, consideramos que el concepto de estrategias comprende no sólo las actividades y acciones para sostener o aumentar su reproducción material (económica), sino también las estrategias de adaptación al medio (reproducción) y las de cambio, en relación a todas aquellas acciones “novedosas” que implementan a fines de modificar sus condiciones de vida. En palabras de Urcola: “[...] las estrategias son adaptación y reacción, creatividad y resignación, asimilación y creación que se concretan en prácticas y acciones de los sujetos en relación con su contexto en situaciones sociales dadas” (2010, p.117).

Dicho concepto nos permite indagar acerca de las acciones cotidianas que realizan las mujeres, en este caso para obtener recursos materiales. Algunas de estas estrategias se vinculan con el acceso a distintas políticas o subsidios otorgados por parte del Estado, en ese caso podemos ver que algunas se sienten seguras haciendo los trámites por su cuenta porque creen que cuentan con la información necesaria, mientras que otras dan cuenta de la demanda de acompañamiento de un profesional del CIS. Mostramos esto a continuación:

“Yo ya tengo un subsidio que me dieron del gobierno. Una vez me ayudaron a usar una computadora y mandé mail al presidente contándole que por culpa de él yo me quedé sin trabajo y le dije un montón de cosas más y después de eso me llamó una mina y me dieron este plan que tengo ahora. Y bueno después también le preguntó a Débora (trabajadora social del parador) para que me diga cómo hacer para sacar la jubilación porque ya estoy en edad, yo en abril cumpla 60.”

(Silvia, 59 años)

Por un lado, se puede notar la necesidad de contar con un profesional para poder gestionar un recurso de tipo material, ya que es posible que no se cuente con la suficiente información para poder realizarlo por su cuenta o porque no cuente con los recursos que se necesitan para tramitarlo (por ejemplo, tener un dispositivo con acceso a internet). Esta situación también da cuenta de la falta de acceso a determinado tipo de información que se requiere, en este caso, para realizar el trámite de su jubilación.

Por otro lado, en este fragmento y en varios otros, las mujeres hacen referencia a la necesidad de acceder a algún tipo de trabajo para solventar sus gastos diarios. Esta ha sido una demanda que emergió de manera reiterativa en los espacios de entrevista cada vez que hacíamos alusión al tema de las estrategias implementadas para obtener recursos de tipo material. Por tal

motivo, nos resulta relevante desarrollarlo en este apartado. Es sabido que resulta complejo encontrar un trabajo que les otorgue la posibilidad de cubrir las necesidades básicas que les permitan tener una vida independiente de los recursos que el Estado pueda ofrecerles.

Retomando específicamente la problemática en relación a lo laboral, en su mayoría no logran acceder a un trabajo registrado, sino que sus empleos se caracterizan por la informalidad, una larga cantidad de horas con poco tiempo de descanso (entre 9 y 12 hs, 6 veces por semana) y por un salario precarizado. Tampoco pueden acceder al mercado inmobiliario, pues no poseen garantía, ni recursos económicos para pagarla, ni familiares o amigos que las ayuden, por lo que su elección resulta en una habitación con baño compartido en una pensión, o una casilla en algún barrio popular o villa, alejadas de la zona de trabajo o de un Hospital o Centro de atención primaria al que puedan acceder con facilidad ante cualquier imprevisto. No obstante, la búsqueda de un empleo estable es una constante en la vida de las mujeres que se alojan en el Azucena Villaflor y refieren que son pocas las veces que desde la institución les presentan ofertas laborales. Por lo tanto, la fuente principal de información la brindan aquellas mujeres con las que conviven en el CIS y que se encuentran trabajando o también están en búsqueda de un trabajo. En este sentido, refieren lo siguiente:

“¿Y con las chicas de acá del parador comparten alguna información sobre cómo acceder a distintos recursos? Por ejemplo: lugares donde estar en la calle, recursos de asistencia alimentaria, donde conseguir changas, etc.

¡Si, de laburo hablamos más! Pero así donde ir a comer y eso no.

¿Y de laburo que hablan?

Si uno pudiera conseguir algo para salir de la situación viste. Si se enteran van a ver el lugar y nos cuentan, más las pibas que son más jóvenes que yo.

¿Y de toda esa información que tienen sobre las changas o laburos como se enteran?

Y la sacan por amigos de afuera que tienen, por algún vecino de otro lado, un contacto de afuera siempre.”

(Silvia, 59 años)

“Lo que pasa es que es muy difícil con la medicación que yo tomo, tengo que solicitar el permiso para salir, además una vez por semana tengo que ir al psiquiatra, es muy difícil. Aparte un trabajo en blanco no puedo porque tengo la pensión no contributiva y no la voy a dar de baja ahora que tengo 55 años. Pero si surge alguna changa la información siempre entra de afuera hacia adentro del parador.

(Tamara, 55 años)

De esta forma, podemos dar cuenta de la dificultad que encuentran al momento de conseguir un trabajo, particularmente si transitan un padecimiento mental. En el último fragmento en el que Tamara menciona las problemáticas por las cuales ella considera más

difícil la búsqueda, se refiere a su padecimiento de salud mental y su respectivo tratamiento (al cual tiene que asistir una vez por semana) como un obstáculo para acceder al mercado de trabajo. Otra de las razones guarda relación con las restricciones que les son impuestas dentro del CIS a través del reglamento, es decir, donde se estipulan los horarios de entrada y salida preestablecidos. Y, por último, nombra la imposibilidad de acceder a un trabajo registrado por el hecho de estar percibiendo una pensión no contributiva, lo cual da cuenta de algunas de las limitaciones que presentan las políticas públicas al momento de intentar acceder a las mismas.

A modo de ejemplo, en una de las situaciones relatadas se comenta que la entrevistada había conseguido un trabajo a través del vínculo establecido con otra persona del parador y que actualmente se encontraban trabajando juntas. Esto podemos interpretarlo como la creación de una estrategia conjunta para obtener un recurso concreto, en este caso a través de un trabajo:

“Yo tengo a mi amiga Luján que me hizo entrar a este trabajo que estoy ahora y trabajamos juntas, nos ganamos unos pesitos. Si a veces ella no está, la cubro yo y así.”

(Mónica, 35 años)

En este sentido, es que nuevamente se argumenta y destaca el rol que ocupan las redes al momento de elaborar estrategias de manera conjunta que les permitan obtener distintos tipos de información, en este caso acerca de la oferta laboral.

Retomando específicamente el tema acerca de las estrategias que desarrollan entre pares, en una de las preguntas que orientaron nuestras entrevistas, mencionamos la posibilidad de organización entre ellas para conseguir determinado recurso de tipo material y en el caso de que así fuese, ahondar en el tipo de estrategias que implementaban. Según lo que relataron no suelen organizarse de manera colectiva para conseguir lo que necesitan, pero sí se comparten o intercambian algunos objetos de manera directa. Algunas de las respuestas fueron:

“Estaría bueno que nos organicemos entre todas para comprar. Poner plata entre varias... Que nos organicemos y juntamos todo y compremos desodorante. Acá cada una se compra lo suyo. Antes no lo daban. Ahora no te lo dan. Ahora no hay. Estaría bueno que den.”

(Nadia, 36 años)

“Y comparto, por ejemplo, la yerba que están usando ahora las chicas la compre yo y se las doy porque sé que no tienen. Son pequeñeces, pero ayudan.”

(Silvia, 59 años)

“A veces nos prestamos maquinita de afeitar o nos prestamos algo de plata para comprar algo como shampoo y eso.”

(Mónica, 35 años)

La idea de que “cada una se compra lo suyo” se encuentra presente en la mayoría de los relatos. Podemos inferir que persiste una idea de manera reiterativa y que tiene que ver con lo que introducimos en el capítulo anterior acerca del ideal de sujeto autónomo capaz de resolver sus problemas de forma individual y por sus propios medios. Aunque es necesario resaltar la expresión de deseo de que esto ocurriera, es decir, de que fuese posible la organización colectiva en pos de alcanzar determinados objetivos en común, como lo es la obtención de algunos recursos.

Estos fragmentos muestran el sostenimiento del vínculo entre ellas como parte de un recurso simbólico que se refleja en el acto de compartir objetos materiales a través de los cuales derivan momentos que propician conversaciones más profundas en tanto se relacionan, a la vez que se crean lazos de solidaridad entre las mujeres.

Finalmente, destacamos que, si bien existen algunos casos de elaboración de estrategias de manera colectiva, son pocos. Lo que no quita que las mujeres sean solidarias entre ellas, porque como hemos demostrado, el intercambio de recursos es algo cotidiano. En este sentido, las prácticas organizativas y de participación junto a otras implica otro proceso por su complejidad, por el tiempo que conlleva y porque también implica la generación de un sentido de pertenencia con el espacio que se habita, lo cual no resulta para nada sencillo. De todas formas, nos parece importante la mención por parte de una de las mujeres al pensar que, si la organización fuese posible, sería algo que las beneficiaría a todas, resaltando nuevamente la importancia de la colectividad. Por esto, a continuación, nos dedicaremos a profundizar en aquellos deseos o proyectos que las mujeres tienen más allá de la situación actual en la que se encuentran.

Recursos simbólicos. Deseos y anhelos de una vida en la calle

No hay nadie que haya jamás escrito o pintado o esculpido y modelado, construido, inventado, a no ser para salir del infierno (Antonín Artaud por Alberto Sava, 2021, p.1)

Esta sección fue pensada en función de los anhelos que las usuarias manifiestan al momento de la entrevista. En sus discursos se reflejan los deseos de poder hacer “algo más” en

el CIS que vaya más allá de lo estipulado por la institución. Los discursos escuchados reflejan la necesidad de recurrir a la disciplina artística como una manera de expresar aquello que les sucede en su vida cotidiana. Esos recursos artísticos podrían ser el baile, la actividad física, la pintura, entre otros que han resonado durante el proceso de entrevista.

En congruencia con lo expuesto en los capítulos anteriores, resulta menester destacar brevemente que el vínculo entre el arte y la salud mental tiene sus inicios en el siglo XIX, como herramienta para diagnosticar los trastornos mentales de los pacientes (Ferigato, Sy y Resende Carvalho, en Barría Oyarzo, 2015), en el marco de la creación de los hospitales monovalentes de salud mental, con el auge del MMH. De esta manera, distintos especialistas en psiquiatría utilizaron el arte como recurso para categorizar a los pacientes con padecimientos en su salud mental. Muchos años después, a partir de los cuestionamientos sobre este modelo y las formas de abordar a los pacientes psiquiátricos, irrumpen los movimientos anti psiquiátricos de 1970, siendo Franco Basaglia uno de los mayores exponentes, promoviendo la noción de salud mental comunitaria con intervención interdisciplinaria.

Como consecuencia de estos movimientos, el arte se ha convertido en un recurso terapéutico para las personas con padecimientos de salud mental, ya que a través de éste pueden ampliar o profundizar sus posibilidades de creación, así como de expresión. Además, en los casos en los que esta disciplina se lleva delante de forma grupal, puede convertirse en una herramienta de socialización, en tanto les permite compartir actividades con otros y facilitar los vínculos. Retomando lo expresado por las entrevistadas, entendemos entonces que el arte para las mujeres en calle es una forma de (des)conexión, porque conectan consigo mismas mientras se desconectan del entorno. En este caso, una de las mujeres manifiesta:

"¿Te gustaría participar en alguna actividad?"

Sí, una artística capaz... Pintar.

¿Antes hacías alguna actividad?

Pintaba sola, o hacía un taller para gente con problemas de salud mental, en una escuela que estaba en Palermo. "

(Candela, 33 años)

Por otro lado, entendemos que las actividades que promueven los cuidados de la salud mental difieren de los usuarios y cómo hacen uso de su tiempo. En este sentido, se entiende que hacer buen uso del tiempo implica distribuir las tareas de forma adecuada. En las sociedades contemporáneas, el sistema exige a los sujetos una continuidad en la producción de tal manera que encontrar espacios de descanso resulta ser muy difícil a la vez que mal visto, ya que se aleja de la lógica de reproducción capitalista.

No obstante, cuando hablamos de mujeres con padecimientos mentales que atraviesan la situación de calle, pensar en espacios de descanso “parece” insultante para la sociedad, pues se entienden socialmente como “no productoras” o que generan un gasto social que no las hace merecedoras del ocio y la distracción. En ese sentido, Gerardo Casas refiere que el ocio “se opone al trabajo entendido como una labor onerosa, disciplinada, al servicio de algún fin” (1990, p. 118). Las mujeres que se alojan en el Azucena Villaflor demandan con insistencia la necesidad de contar con diferentes actividades artísticas o recreativas dentro del dispositivo en las que puedan distraerse o despejarse de las problemáticas que las atraviesan.

Al respecto han dejado en claro que tienen deseos y aspiraciones sobre el cuidado de su propia vida y de su salud mental de manera integral. En este sentido, al indagar sobre las actividades que quisieran realizar dentro del CIS, ellas responden:

“Actividad física... Con música, porque levanta el ánimo y hace muy bien mentalmente y físicamente. También pintura.”

(Lara, 45 años)

***“¿Qué actividades te gustaría hacer que no se hacen hoy dentro del parador?
-Y estaría bueno zumba o baile.”***

(Mónica, 35 años)

“A mí me gusta pintar. Pero pintar tipo, revocar las paredes, hacer murales, dibujar una mariposa, o un cielo azul con las estrellas plateadas... Eso hacía en mi casa, en el patio.”

(Ángeles, 55 años)

Como hemos mencionado, entre las actividades deseadas destacan algunas como el canto, los juegos de mesa, la lectura, el baile, o la costura, las cuales visibilizan la importancia de las prácticas de autonomía de manera integral, entendiendo que las mismas responden al derecho a la salud (Tortosa, 2020).

Respecto de la relación manifestada entre sus anhelos y el arte, podemos decir que “la participación de personas con padecimiento mental en un colectivo artístico abre el desarrollo de lo más propio y singular de la persona, recupera las capacidades de pensar, sentir y hacer” (Sava, 2021) capacidades que, de acuerdo con nuestra posición, el CIS Azucena Villaflor y los dispositivos con los que articula encuentran sus limitaciones en este aspecto. Por tal motivo, afirmamos la importancia de establecer una relación entre “el arte mezclado permanentemente con la vida cotidiana para hacerla más sensible, más inteligente, más creativa, más humana, mejor vida” (Sava, 2021).

Por otro lado, y en función de lo desarrollado hasta aquí, la demostración por parte de las usuarias sobre el deseo de realizar actividades vinculadas con lo artístico denota la intención de una mejora continua en su calidad de vida, siendo que el cuidado de la salud mental no implica únicamente tomar medicación o realizar un tratamiento psiquiátrico de acuerdo a lo estipulado por la salud en términos hegemónicos. Por el contrario, se requiere de otras herramientas, como las ofrecidas por las disciplinas artísticas que pueden desarrollarse en solitario o con otros, y que además promueven la autonomía, siendo que se trata de una práctica inclusiva en la cual se trabaja con el paciente, con la comunidad y en ella los profesionales intervienen en un proceso transformador a través del arte (Fissore en Guerra, 2017).

En línea con lo expuesto respecto de la importancia que tiene relacionarse con otros sujetos, comprendemos al arte como una herramienta que, además, promueve la recuperación de las redes sociales o en algunos casos la creación de las mismas.

Como palabras finales, afirmamos nuestro posicionamiento respecto a la idea de hacer del arte un hábito que facilite la promoción del desarrollo individual y colectivo, visibilizando la necesidad de desarrollarse en un lugar que implique contención, no sólo abordando las cuestiones materiales como la habitacional, sino también incluyendo una perspectiva simbólica que contemple la totalidad de sus necesidades. De esta forma, se estaría poniendo el foco en las mujeres como sujetas de derechos, a la vez que se haría efectivo aquello que entendemos y definimos desde un principio como salud mental de manera integral.

CONCLUSIONES

Llegadas al final de este trabajo de investigación consideramos pertinente retomar nuestro objetivo general, para utilizarlo como ordenador de las ideas con las que pretendemos concluir. El mismo es: *Analizar de qué manera se relaciona la construcción de estrategias de autocuidado de la salud mental con el ejercicio de la autonomía en la toma de decisiones de las mujeres adultas que se encuentran en situación de calle.*

Podemos decir que, por un lado, nuestro foco estuvo puesto en ver de qué manera las mujeres en situación de calle elaboran diversas estrategias que le permiten el cuidado de su salud mental. Entendemos que la noción de cuidado está atravesada por distintas variables que entran en juego. En primer lugar, la feminización de las tareas de cuidado, producto de la reproducción del sistema capitalista y patriarcal en el que vivimos, deja en claro de qué manera el cuidado de otros recae principalmente en las mujeres. En segundo término, entendiendo esto, aquí nos cuestionamos de qué forma las usuarias del CIS encuentran tiempos y espacios para llevar a cabo el autocuidado de su salud mental con la dificultad que esto conlleva.

Por otro lado, resaltamos la relación estrecha que para nosotras existe entre las estrategias de autocuidado de la salud mental con el ejercicio de la autonomía en cuanto a la toma de decisiones que implementan las mujeres. El punto de coincidencia tiene que ver con que partimos de una noción de autonomía como construcción colectiva, es decir, creada a partir del vínculo con las redes sociales, y no como una responsabilidad individual, tal como lo plantea el pensamiento neoliberal. Por tal motivo, a lo largo del trabajo pudimos dar cuenta de qué manera las redes –en este caso con sus pares– contribuyen a la elaboración de estrategias de autocuidado, poniendo a disposición los recursos simbólicos y materiales con los que cuentan.

En este sentido, pudimos observar que esta marcada distinción entre dos formas de entender la autonomía, colectiva e individual, no se encuentra tan expuesta en los relatos de las entrevistadas. Antes bien, podemos dar cuenta de que se expresa una contradicción entre ambas. Es decir, discursos en los que la autonomía se identifica con una idea de corte individualista y al mismo tiempo se menciona la importancia de contar una otre como sostén para realizar determinado tipo de actividades. Por tal motivo, comprendemos que, si bien a fines analíticos se puede intentar realizar una separación de ambos conceptos, en la praxis esto no ocurre ya que nos remitimos a un escenario dotado de una gran complejidad, el cual no puede ser pensado desde perspectivas dicotómicas.

A su vez, tomando en cuenta el contexto socio histórico en el que llevamos adelante nuestro trabajo de investigación, resulta pertinente mencionar que existen actualmente una serie

de leyes de carácter nacional que, si bien se encuentran en vigencia, permanecen con algunas limitaciones respecto de su alcance y su implementación. Tal es el caso de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y la Ley de Situación de Calle y Familias Sin Techo N° 27.654. Ambas son claves para la promoción y protección de los derechos de las mujeres con padecimientos de salud mental que se encuentran en situación de calle. Por tal motivo, deseamos que este documento tenga la clara intención de demostrar las múltiples problemáticas que atraviesan la vida cotidiana de las usuarias del CIS Azucena Villaflor, las cuales deben ser atendidas por un Estado que garantice sus derechos.

A lo largo del proceso de análisis de las entrevistas, pudimos ver de qué manera se implementan una serie de políticas destinadas a las personas en calle, las cuales no resultan ser suficientes para abordar la multiplicidad de problemáticas que las atraviesan. Se trata de políticas más bien focalizadas y de tipo asistencialistas, las cuales apuntan a dar algún tipo de respuesta “inmediata” a esta población. Particularmente si nos referimos a la situación de calle, las mismas se enfocan únicamente en la cuestión habitacional o en la asistencia alimentaria, por lo que dejan de lado todo un abanico de dificultades que se intersectan y, por lo tanto, las profundizan.

Por lo tanto, nos interesa visibilizar la importancia de poner en agenda pública la atención de estas problemáticas desde una perspectiva integral y de derechos humanos, que tengan en cuenta a las personas con sus respectivos padecimientos como sujetos de derechos y no como objeto de las políticas. Es por esto que, en uno de los capítulos abordamos como eje central aquello referido a los proyectos y deseos que tienen las mujeres en calle, ya que creemos que resulta de vital importancia darle lugar a lo que ellas desean y quieren para su vida, lo cual debiera ser también un punto al que respondan las políticas públicas, teniendo en cuenta la singularidad de los sujetos y la construcción de subjetividades diversas.

En este sentido, ponemos en valor el rol que ocupa el Trabajo Social como disciplina capaz de reivindicar los derechos de los sectores más vulnerables, a la vez que aportar al diseño de políticas públicas integrales y atentas a las necesidades de dichos sectores. En particular, haciendo referencia al campo de la salud mental, reconocemos la importancia de realizar abordajes interdisciplinarios que atiendan las necesidades de los sujetos, y en este punto destacamos los aportes significativos que otorga el ejercicio del Trabajo Social, poniendo en relevancia el recorrido hacia la búsqueda de autonomía que realizan las propias usuarias, desde una mirada territorial que comprenda la diversidad de realidades y reivindique cada una de las historias y relatos que se presentan como expresión de la cuestión social. Por lo tanto, la disciplina del Trabajo Social invita a pensar en una multiplicidad de estrategias que aborden la complejidad de las problemáticas sociales que se presentan, tomando en cuenta las singularidades de cada

situación.

Por último, si bien destacamos la responsabilidad que tiene el Estado como principal actor capaz de garantizar estos derechos, también sabemos que toda transformación social tiene su correlato con aquellos cambios culturales que se van dando en la sociedad y que son los que disputan los sentidos en la realidad actual. Por lo que es preciso contar con distintos actores, incluyendo a la sociedad civil en su conjunto, para avanzar hacia una efectiva mejora de las condiciones de vida de los sectores más postergados.

BIBLIOGRAFÍA

- Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. 10 de Diciembre de 1948.
- Ávila Toscano, J.H. "Redes sociales, generación de apoyo social ante la pobreza y calidad de vida". *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, Universidad del Sinú Elías Bechara Zainúm, Colombia, Vol. 2, N°. 2, 2009:pp. 65-74. En: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4905171>
- Azzerboni, C. y Espíndola, N. B. Patriarcado y encierro manicomial. La negación de la sexualidad y del derecho a maternar de las "locas". De Oliveira Pereira, M.; Gouveia Passos, R. (Org.) *Luta antimanicomial e feminismos: inquietações e resistências*. Autografia, 2019.
- Barría Oyarzo, C.S. "Intersecciones entre el arte y el campo de la salud mental". *Revista de Psicología GEPU*. Vol. 6, N°. 1, Junio 2015: pp.188-198. En: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6918883>
- Bianchi, E. "Ciencias Sociales, salud mental, y control social. Notas para una contribución a la investigación". *Revista Salud mental y Comunidad*, Año 6, N°7, 2019: pp.12-
- 28.En:https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/159407/CONICET_Digital_Nro.108d15d1-5d2d-4d0a-9732-ccea013366fa_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Bourdieu, P. *Cosas dichas*. Les Editions de Minuit, París, 1987. En: <http://www.redmovimientos.mx/2016/wp-content/uploads/2016/10/Bourdieu-P.-2000.-Cosas-dichas.-Gedisa-Editorial.pdf>
- Brah, A. *Cartografías de la diáspora: identidades en cuestión*. Editorial Traficantes de Sueños, Madrid, 2011.
- Butler, J. *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Editorial Paidós, 2007.
- Butler, J. *Cuerpos aliados y lucha política. Hacia una teoría performativa de la asamblea*. Editorial Paidós, 2017.
- Casas, G. "La salud mental, el tiempo, el tiempo libre, el ocio, la diversión, la recreación". *Revista Binas*. N° 3. 1990; pp.116-122. En: <ps://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/v15n351991/art03.pdf>

- Carballeda, A. "La Intervención en lo Social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social". *Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales*. Edición Digital N° 48. Verano 2008. En: <https://www.margen.org/suscri/margen48/carbal.html>
- Catanzaro, G. y Wegelin, L. "Hacia una dialéctica de la autonomía: encrucijadas del individuo en el neoliberalismo". *Intersticios sociales*, 18, 2019; pp.37-78.
- Chadi, M. "Redes sociales en el trabajo social". Espacio Editorial, Buenos Aires, 2000; pp. 31-35. En: https://redib.org/Record/oai_articulo572445-redes-sociales-en-el-trabajo-social-m%C3%B3nica-chadi-buenos-aires-espacio-editorial-2000-161-pp
- Clemente, A. "Pobreza persistente. Una problemática poco explorada." En: Guemureman (org.). *El desafío ante las Marginaciones Sociales*. Eudeba, 2012.
- Climent Clemente, M. T. y Carmona Osorio, M. *Transpsiquiatría. Abordajes queer en salud mental*. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2018.
- Crenshaw, K. "Cartografiando los márgenes. Interseccionalidades políticas identitarias, y violencia contras las mujeres de color" en R. Platero Editor (Ed.), *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada*, Edicions Bellaterra, 1991; pp. 87-122. En: http://jmporquer.com/wp-content/uploads/2020/11/2020_EdG_Williams-Crenshaw_Cartografiando-los-margenes.pdf
- Dabas, E. y Perrone N. Redes en salud. Noviembre 1999. En: <https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/redes.pdf>
- Di Iorio, J. Situación De calle, espacio público. Uso de drogas. Una aproximación al problema", *Series Documentos de Trabajo*. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil, 2019. En: <https://intercambios.org.ar/assets/files/Situacion-decalle.pdf>
- Di Iorio, J.; Seidmann, S.; Gueglio, C.; Rigueiral, G. "Intervenciones psicosociales con personas en situación de calle: El cuidado como categoría de análisis". *Revista Psicoperspectivas*, Volumen 15, N° 3, 2016; pp.123-124. En: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/838/570>
- Di Iorio, J.; Seidmann, S.; Rigueiral, G.; Pistolesi, N. "Cartografías de las marginaciones sociales: Procesos de subjetivación de personas en situación de calle en espacios urbanos", Facultad de Psicología UBA, Secretaría de Investigaciones, Anuario de Investigaciones, XXVII, 2020; pp.103-1112. En: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/164185/CONICET_Digital_Nro.1cd0e79b-4715-4b0d-9469-d3b3dcb81ba3_B.pdf?sequence=2&isAllowed=y

- Di Iorio, J.; Seidmann S.; Rigueiral G.; Abal Y. "Circuitos Socio-Asistenciales para Población en Situación de Calle en la Ciudad de Buenos Aires: Representaciones Sociales y Prácticas". Revista Psycke, Volumen 29, nro 1, 2020; pp. 1-13. En: <https://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v29n1/0718-2228-psykhe-29-01-00105.pdf>
- Epstein, M. "La Triple Jornada: ser pobre y ser mujer". *Margen*, N°66. Septiembre 2012; pp. 1-22. En: https://www.margen.org/suscri/margen66/04_arpini.pdf
- Fainsod, P. y González del Cerro, C. "Enfoques en torno a las sexualidades y a la educación sexual". Diplomatura de Extensión en Educación Sexual Integral, 2018.
- Faraone, S.; Bianchi E.; Giráldez, S. *Determinantes de la Salud Mental en Ciencias Sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657*. Facultad de Ciencias Sociales UBA, 2015.
- Faraone, S. y Valero, A. "Intersecciones entre violencia, salud mental y género en el camino hacia la internación en la provincia de Buenos Aires. Reflexiones y aportes desde la investigación etnográfica a la formación en sociología." XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. 2019; pp. 1-15. En: <https://cdsa.aacademica.org/000-023/429>
- Faraone, S. y Barcala, A. *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. Coordenadas para una cartografía posible*. Editorial Teseo, 2020.
- Foucault, M. "La ética del cuidado de uno mismo como práctica de la libertad". Topologik: Revista Internacional de Ciencias Filosóficas, Pedagógicas y Sociales. 5 (1): 2020; pp. 11-27.
- Galende, E. *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Editorial Paidós, 1990.
- Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Editorial Amorrortu, 2006.
- Guerra, R. "El arte como herramienta transformadora". Revista *La Voz del Interior*. Universidad Católica de Córdoba, Facultad de Filosofía y Humanidades. 24 de abril de 2017. En: https://www.ucc.edu.ar/mediosucc/el_arte_como_herramienta_transformadora-4042.html/
- Gutiérrez, M. A. "Autonomía y libertad: acerca del aborto y sus implicancias en el cuerpo de las mujeres." En *Fazendo Gênero 9 Diásporas, diversidades, deslocamento*. Florianópolis, Brasil. 23-26 de Agosto de 2010. En: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278285766_ARQUIVO_GutierrezMariaAlicia.PonenciaSimposioTematico29.pdf

- Gutiérrez, M. A. y Voria, A. “La autonomía en disputa: el cuidado en el marco de las relaciones familiares. En *Zona Franca, Revista el Centro de Estudios Interdisciplinario sobre Mujeres*, XXII, (23), 2014; pp. 11-20.
- Hirsch, C.; Lasic, S. “¿Qué respuesta se les da a las personas que viven en la calle?”. IV Encuentro Internacional de Políticas Públicas y Trabajo Social. “Aportes para la reconstrucción de lo público”. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. 12-13 de mayo de 2011. En: <http://trabajosocial.sociales.uba.ar/iv-encuentro-internacional-de-politicas-publicas-y-trabajo-social/>
- Honorable Congreso de la Nación. Ley básica de salud de la Ciudad de Buenos Aires. Ley N° 153, 25 de febrero, 1999.
- Honorable Congreso de la Nación .Ley de Salud Mental De la Ciudad de Buenos Aires. Ley N° 448, 27 de julio, 2000.
- Honorable Congreso de la Nación. Ley Nacional de Salud Mental, Ley N.º 26.657, 25 de noviembre, 2010.
- Honorable Congreso de la Nación. Ley de Protección y Garantía Integral de los Derechos de las Personas en Situación de Calle y en Riesgo a la Situación de Calle. Ley N° 3.706, 13 de diciembre, 2010.
- Honorable Congreso de la Nación Ley Nacional de Situación de Calle y Familias sin Techo. Ley N° 27.654, 09 de diciembre, 2021.
- Iriart, C. “Medicalización, biomedicalización y proceso salud-enfermedad-atención”. Ponencia presentada en las Jornadas de la UNLP, 2016.
- Iriart, C; Waitzkin, H.; Breilh, J.; Estrada, A. y Mehry, E. “Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos”. *Revist. Panam. Salud Pública*, 12(2), 2002; pp.128-136. En: https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/iriart_celia_y_otros_medicina_social_latinoamericana_aportes_y_desafios.MEDICINA%20SOCIAL%20LATINOAMERICANA,%20APORTES%20Y%20DESAFIOS.pdf
- Laurell, A. C. “El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina”. *Cuadernos Médico Sociales*, 37, 1986; pp. 1-10. En: https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/el_estudio_social_del_proceso_salud_enfermedad_en_america_latina_autora_asa_crsitina_laurell.pdf
- Lodieu, M.T.; Longo, R.; Nabergoi, M.; Sopransi M.B. “Fundamentos de la Salud Mental Comunitaria y Estrategias Comunitarias”. Departamento de Salud Comunitaria UNLa. Virtual / Universidad Nacional de Lanús, 2012.

- Menéndez, E. Modelo Médico Hegemónico y atención primaria”. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. 1988; pp.451-464. En:https://scholar.google.com.ar/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=kJm5IqEAAAAJ&citation_for_view=kJm5IqEAAAAJ:pqnbT2bcN3wC
- Marradi, A.; Archenti, N. y Piovani, J. “Capítulo 5: El diseño de investigación”, *Metodología de las Ciencias Sociales*. Editorial Emecé, 2011.
- Marradi, A.; Archenti, N.; Piovani, J. I. . *Metodología de las Ciencias Sociales*. Editorial Emecé, 2017.
- Oberti, M.L. “El dispositivo de salud mental: análisis del saber, el poder y la subjetivación en la coyuntura de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657/10. Repositorio Digital Institucional Facultad de Ciencias Sociales-UBA, consulta 28 de septiembre de 2022. En: <http://repositorio.sociales.uba.ar/items/show/1169>.
- Palleres, G. “Límites y alcances del accionar del parador nocturno de Retiro del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires para personas sin hogar” XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires, 2009. En: <https://cdsa.aacademica.org/000-062/615.pdf>
- Pérez Orozco “Amenaza tormenta: La crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico”. *Revista de Economía Crítica*, 5, 2006; pp. 7-37. En: http://observatoridesc.org/sites/default/files/1_amenaza_tormenta.pdf
- Poblet Machado, M. “La relación entre la Salud Mental y la Justicia Penal. El impacto de la incorporación de normativa de Derechos Humanos en Salud Mental en el sistema de administración de justicia penal del Poder Judicial de la Nación”. Maestría en Derechos Humanos. Universidad Nacional de Lanús, 2016. En: <http://ijdh.unla.edu.ar/advf/documentos/2017/12/5a298c0347df0.pdf>
- Poblet Machado, M., Oberti, M., Faraone S. y Bianchi, E. “Derribando Mitos. Una contribución a la problematización en torno a la ley nacional de salud mental”. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 22, 2021; pp. 221-232.
- Pojomovsky, J; Cillis, N. y Gentile, F. *Cruzar la calle. Tomo I*. Editorial Espacio, 2018.
- Pombo, G. “Perspectivas feministas interseccionales: Pregnanancias, cancelaciones y potencialidades articuladoras”. *Revista Debate Público, reflexión de Trabajo Social*. N°22. 2021; pp. 47-61. En: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2021/12/08_Pombo.pdf
- Portes, A. “The economic sociology of immigration: Essays on networks, ethnicity, and entrepreneurship”. Ed. Alejandro Portes; Foreword Robert K. Merton. New York: Russell

Sage Fundation,1995.

-Rodríguez Enríquez, C. “Economía feminista y economía del cuidado: Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad”. *Revista Nueva Sociedad*, 256. 2015; pp. 30-44.En:

https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/47084/CONICET_Digital_Nro.09d94638-7418-4ac1-8de7-ad4258313f48_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y

-Rojas Soriano, R. Introducción y Capitulo 1 “Consideraciones metodológicas para el estudio del proceso salud-enfermedad”, en *Capitalismo y enfermedad*. Folios Ediciones, 1984.

-Sava, A. “Arte y Salud mental: el arte como intervención, movilización y transformación social.” Blog El Sigma. *Arte y psicoanálisis*. 14 de Junio 2021. En: https://www.elsigma.com/arte-y-psa/arte-y-salud-mental-el-arte-como-intervencion-moviliz_acción-y-transformación-social/14002

-Seidmann, S.; Di Iorio, J.; Rigueiral, G.; Abal, Y. “Subjetividad en resistencia: Prácticas de cuidado y autocuidado con personas en situación de calle”. V Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. Universidad Nacional de La Plata, La Plata, 2015; pp. 1751-1761. En: <https://www.aacademica.org/gustavo.javier.rigueiral/10.pdf>

-Seidmann, S.; Rigueiral, G.; Pistolesi, N. “Apoyo social percibido en personas en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: resultados preliminares”. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021. En: <https://www.aacademica.org/000-012/913>

-Tejada de Rivero, D. Alma-Ata: 25 años después. *Perspectivas de Salud*, 8(2), 2003; pp 2-7. En: <https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops/alma-ata-25-anos-despues#:~:text=La%20desigualdad%20existente%20en%20la,la%20paz%20en%20el%20mundo.>

-Tonkonoff, S.: “En busca de la normalidad perdida. Estrategias juveniles de reproducción en el GBA.”. En: CESC. Centro de Estudios Socio-Culturales. Santiago de Chile. 2005; pp. 10-27.

-Tortosa, P. “Mujeres en situación de calle. Trayectorias de salud y de lucha”. Editorial Teseo, 2020.

-Vega, O. y González D. “Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales”. *Revista Ciencia y Cuidado*, Volumen 4, N°4, 2007; pp. 28-35.

En: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2534034>

-Zaldúa, G.; Longo, R.; Lenta, M. “Mujeres en situación de calle: invisibilizadas y estigmatizadas. Estudio de caso de un dispositivo de atención innovador.” IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2017. En <https://www.aacademica.org/000-067/699>

Páginas web referenciadas:

-Desarrollo Humano y Hábitat. (s.f). *Operativo Frío*. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
<https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/inclusion-social-y-atencion-inmediata/atencion-inmediata/operativo-frio>

-Desarrollo Humano y Hábitat. (s.f). *Buenos Aires Presente*. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
<https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/desarrollohumanoyhabitat/inclusion-social-y-atencion-inmediat/asistencia-integral-inmediata/buenos-aires-presente-bap>

-Desarrollo Humano y Hábitat. (s.f). *Centros de Inclusión Social*. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
<https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/atencioninmediata/hogares>

ANEXOS

-Transcripción de entrevista a Jorgelina Di Iorio, Doctora en Psicología. Marzo 2022.

-Consultar Reglamento Institucional Azucena Villaflor en el siguiente enlace:

<https://docs.google.com/document/d/1iOUBjEfcdb0Xqn1CXVBmNTm6m5ZZvskTPVeZDT5jCj0/edit>

-Consultar matriz de datos en el siguiente sitio web:

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1Cw9RKGyCZB7vUU4rui8UCnzKTge7jek1/edit#gid=1545548183>

ENTREVISTA JORGELINA DI IORIO

Fecha: 4 de marzo 2022

Entrevistada: Di Iorio, Jorgelina (Psicóloga)

E1: Carrá, Daniela.

E2: Fonticelli, Cecilia.

E1: Buenas tardes, Jorgelina. Primero, queríamos agradecerte por brindarnos este ratito para ayudarnos con el trabajo de investigación que estamos haciendo.

Jorgelina: Gracias a ustedes. Imagino que quieren grabar ¿No?

E1 y E2: ¡Sí! ¡Muchas gracias!

E1: Si te parece, damos inicio... ¿Quisieras empezar contándonos un poco sobre cómo pensás la práctica en relación al campo de la situación de calle?

Jorgelina: Y... una va a haciendo. Yo siempre digo eso, como que el tema te toma, digamos, pero después hay que ir soltando un poco, digo. Pensarlo más desde la política pública no tan pegado a la asistencia, porque no son temas para estar toda la vida haciéndolos. Implican mucho movimiento ... en lo que va generando, digamos.

Hoy estoy pensando en eso. Más en las trayectorias, más en cuestiones de las violencias tanto estructurales, como simbólicas o físicas. Sí entrando un poco más en cuestiones de salud mental, y si en términos más epidemiológicos porque no hay información, digamos. Es necesario. Lo cualitativo está buenísimo, es en donde digamos, navego. Pero también sabemos que no hay mucha información y que si no la tenés tampoco podés armar una Política pública, o sea. Sí te diría que en grueso el tema de las mujeres y la calle. En todo caso, las mujeres que viven en situación de calle porque “las mujeres en la calle” es como un montón, puede ser hasta la violencia. Me parece que ahí, bueno, es un tema que está bastante invisibilizado, y que hay que empezar a mirarlo desde sus particularidades, digamos. No hay una perspectiva ni en la intervención ni en la decisión de una política pública más interseccional, digamos ¿no? O sea, que incluya el género, la edad. Porque incluso, en algunos lugares que ya están incorporando, pensando en las mujeres... bueno... a veces se termina reproduciendo el mismo formato de lo céntrico, digamos. Para pensar...

E1: ¿Para pensar en relación a la situación de calle, decís?

Jorgelina: Claro, porque el tema “calle” está muy tomado. Se lo piensa muy homogéneamente, y en realidad, los que venimos estudiando más sobre el tema, no acá sólo si no en toda la región, es que hay una heterogeneidad de intersecciones “calle-mujeres”, “calle-niñez”, “calle

varones”, “calle-familias”, “calle-salud mental”, digamos, y tercera edad, por ejemplo. Hay una heterogeneidad y todavía se sigue pensando como el problema de modo más homogéneo. También es cierto que por lo general la política pública va mucho más atrás de lo que va pasando. Por eso recién ahora tenemos una Ley Nacional. Entonces con una Ley Nacional, que, si me preguntas a mí, la lees y es lo que decíamos hace 20 años atrás. O sea, está reconociendo cosas con algunas categorías que son las de hace 20 años, o 15, ponele, pero digo que está leyendo el problema, sigue leyéndolo de manera homogénea, sigue pensando la propuesta. Ponen lo de drogas como un eje como si el problema de consumo fuera la centralidad en la calle, y no hay ni datos, pero yo te diría que no necesariamente es el problema, o el único problema ¿no? O piensan una respuesta residencial. O sea, como que lo residencial toma la política pública. Entonces, son cosas que hoy se vienen discutiendo un montón. Y ni que hablar que lo de salud mental ni entra.

E2: ¿Y vos qué pensás sobre la relación entre salud mental y calle?

Jorgelina: La gente no termina de entender qué es, y en realidad tener acceso a la vivienda, por ejemplo, es un derecho humano, y eso hace que el tema entre en la agenda de Derechos Humanos. Punto. Pero la Ley de salud mental, ¿no? Acceder a derechos: salud, vivienda, educación, trabajo, identidad ¿No? Digo, hace a la salud mental de una persona. Entonces si todo eso está vulnerado, es esperable que su salud mental, en su dimensión singular o también en la dimensión social esté vulnerado. Ni hablar del estigma, la discriminación ¿no? Eso hace a la salud mental. Pero esa definición que plantea la Ley no está dialogando, o por lo menos no la están haciendo dialogar con campos de problemas sociales complejos que hay que leerlos como problemas de Derechos Humanos.

E1: Ya con todo esto nos respondiste las preguntas jajaja. Sos una genia ¡Gracias! Respecto a esto que mencionas, nos decís que hace 14 años más o menos que venís con esta investigación y en este campo: ¿Qué aspectos de tu trabajo de investigación modificarías hoy? ¿Qué pensás al respecto y por qué?

Jorgelina: Bueno, uno me parece que es esto, como la cuestión de las epistemologías feministas te hacen...ehh...radicalmente cambiás tu modo de conceptualizar el problema, y eso, así como te digo, no sé, yo tendría que pensar como en tres tiempos. Digo, estos 15 años en tres tiempos, más o menos. Bueno, hay un tiempo donde fue pensado más tradicionalmente, como la lógica de la contención ¿no? Y que fuimos transitando, no yo sola, también el equipo con el que estoy laburando, con el que coordino y las personas que voy formando, fuimos como transitando de las personas en situación de calle como un objeto a ser cuidado, a un sujeto que se cuida, digamos ¿no? Entonces, ese tránsito o ese movimiento que lo fuimos haciendo, claramente...

Los primeros proyectos, incluso primeras experiencias de intervención, están más puestas en esto de que “hay que cuidar al otro”, como esta cuestión de la tutela. Y hoy estamos pensando en otra lógica. Incluso en las condiciones de “mayor vulnerabilidad” o “marginación social” como quieran llamarlo, son subjetividades que resisten, que tienen deseos, que piensan sobre sus problemas, que tienen un modo de resolver las exigencias que tienen en la vida cotidiana que no necesariamente coinciden con las que tenemos quienes estamos laburando con ese tema. Me parece que ahí en la intervención, o el acompañamiento o el nombre que queramos poner, no se reduce a la cuestión habitacional, porque me parece que ese es el otro punto.

No es un problema de vivienda, claramente, porque además la seguridad habitacional es lo que tenemos casi todos, obviamente que muchos de nosotros tenemos una red de vínculos, o un capital simbólico porque eso está distribuido socialmente de modo desigual que hace que no estemos en la calle. Pero bueno, si fuera sólo residencial, me parece que ese fue el otro aprendizaje ¿no? que no es sólo residencial. Y que también es que podés hacer cosas, digamos, acompañar o promover en clave de exigibilidad de derechos sin que tu horizonte de intervención sea “sacarlos de la calle”, porque me parece que eso fue también como asumir ese límite, ¿no? De borrarse uno de su subjetividad más heroica de “los vamos a sacar de la calle”, y no. No vamos a sacar a nadie de la calle, al contrario, cada vez se produce más, y muchas veces la asistencia reproduce que se queden en la calle. El circuito está armado para eso. Porque tenés que entrar a un lugar, ir a otro, ir a otro, ir a otro, y no estás pensando en otros temas. Me parece que eso, la cuestión más interseccional. No por trabajar con las mujeres ¿se entiende? Yo estoy diciendo lo de género porque también el mirar que los varones que están en calle son masculinidades no hegemónicas, entonces también es una forma en la que se expresa esa violencia más sexista, o machista. Sin desconocer que también hay cuestiones de violencia de género en la calle, que muchas mujeres están en calle por cuestiones de violencia doméstica. No estoy desconociendo eso, sino que digo, pensar en esa lógica de género, y también hace que pensés estrategias de acompañamiento diferente, porque entonces es pensar en la lógica de la reciprocidad y de la competitividad ¿no? En la promoción de vínculos y no en quién es el que sabe más. Digo, nosotros desde el equipo, digamos, eso hizo que hoy estemos coordinando un proyecto de co-investigación donde hay personas que están experimentando la situación de calle e investigan con nosotros. Eso también fue ese tránsito. Entonces, es discutir quién tiene el saber, algo de la justicia más cognitiva, de información. Entonces yo puedo decir mucho en la intervención, promuevo eso. Pero si cuando estoy investigando sigo siendo yo quien define el problema, quien va a los congresos...

En todo caso voy al congreso diciendo “yo vengo porque me pagan a mí” o “porque esa persona no puede pagar”. Hubo ahí como un ejercicio más de reflexividad de que no es solamente la promoción de derechos discursiva. Tenés que hacer en el ámbito en el que estés, creo que eso fue de los mayores movimientos, eso de pasar a investigar “de” o “sobre” a hacerlo “con”, y por lo menos en el ámbito chiquito, que me compete a mí, más de la investigación, viene siendo eso. En todo caso que también cuando hacemos una asistencia técnica o acompañamos a una organización se promueve la participación, esos ejes que tiene que ver también con la salud mental ¿no? La participación, el sentirte parte de algo. Mientras sigamos reproduciendo ese ellos y nosotros, esa distancia, tenemos más violencias en la gente de la calle. Esos creo que fueron los movimientos más fuertes.

E1: No sabíamos que incluían a las personas en situación de calle en la investigación, digo, como pares en el proceso investigativo. Sos la primera persona que escuchamos que hace ese planteo de: “bueno, hacemos una investigación con las personas.” Está buenísimo.

Jorgelina: Sí. Hay un artículo, pero no salió todavía, si no pueden entrar al proyecto, tiene un Instagram que creo que es “sociabilidad por los márgenes”.

E1 y E2: ¡Sí, ya lo seguimos!

Jorgelina: Ese lo manejan un grupo de estudiantes y dos que experimentaron o experimentan la situación de calle. Digo así porque no es algo que se termina. Ahí hay un movimiento detrás, justamente por esas condiciones estructurales que no se resuelven. Entonces, cómo experimentaban la situación de calle, el equipo está formado por personas que la han experimentado y personas que no, entonces tenemos distintos saberes, expertices, y ahí vamos generando.

E1: ¿Cómo transitaron el proceso de investigación durante la pandemia?

Jorgelina: En tiempo de pandemia fue producir, enseñar a usar las plataformas, ver quienes estaban en algún lugar con teléfono o conseguir teléfonos para que los puedan usar. Aprender cosas nuevas como usar la cámara, que son de conocimiento, digamos. Así que lo que está ahí en Instagram es como, bueno, venir a disputar sentidos y esos materiales se producen con este equipo que además pone los temas.

Ahora estamos ejecutando en este proyecto más sobre apoyo social y situación de calle, que bueno, las personas son las que tomaron las entrevistas. Ellos fueron a hacer las entrevistas, los formamos, discutimos el instrumento, pensamos. Se trabajó en duplas con alguien en calle y alguien que no, y después analizamos esa información. Obviamente, quienes tenemos algunas herramientas hacemos algunas cosas, pero bueno, es parte de ese proceso. Hicimos dos jornadas, participaron en los congresos de la facultad, haciendo una mesa, o sea, cosas que

tienen que ver con incluirte activamente, por eso yo digo q la epistemología feminista, bueno, te interpela, porque si yo digo que tienen derechos, no puedo ser yo un ventrílocuo, un agente. En todo caso, a algunas me toca ir obviamente por mi condición de privilegio, pero bueno. Y sí generar la manera en la cual las personas puedan tener su voz en los lugares, eso hace a la intervención ¿no? Como que ahí también tratar de visibilizar, que hablen más mujeres, porque al principio participaban más varones. Pasa eso, se reproduce lo mismo: que los varones tomaban más la palabra, que tienen temas que los preocupa que son diferentes, y bueno, ahí vamos navegando un poco en eso. No me acuerdo si lo escribimos alguna vez.

E2: Si. Está bueno porque es como romper con esto que se plantea siempre que es como investigar “sobre el otro”. Como que uno está investigando algo, y ver que se tiene lugar a ponerlo en sus palabras. Queríamos preguntarte sobre esto que decías de los temas de investigación que estás haciendo en conjunto con otros. Más precisamente saber qué opinas sobre las lagunas de conocimiento. Si las hay para vos, ¿cuáles son? ¿Qué cosas pensás que faltan?

Jorgelina: ¡Si! Me parece que hoy igual se masificó, digamos. Me parece que ahí hay una cuestión de la agenda de ciencia y tecnología que tiene que ver con que, bueno, el tema se puso en agenda internacional. Digo, para pensar el panorama: En la medida en que en estabilidad habitacional se convierte explícitamente en un tema de agenda en Derechos Humanos que impacta la salud, o sea, no es nuevo lo que estoy diciendo, es como determinantes sociales de la salud, sumado a que en los últimos años aumenta exponencialmente en toda la región, en el mundo digamos, la cantidad de gente en calle, y que incluso no se condice, digo porque no pensemos sólo en América Latina, que siempre los indicadores te dan para peor, digamos. Y más ahora en un contexto de crisis socioeconómica bastante profunda.

Incluso en momentos donde había un avance en términos económicos, digamos, cierta mejora, lo que se observa es que hay un núcleo de pobreza estructural en los países que persiste, incluso en las ciudades más ricas. Entonces decís: bueno, si son las ciudades más ricas, y habiendo condiciones más o menos favorables, la gente en situación de calle persiste, hay algo que no está. No estoy desconociendo las condiciones sociales y económicas que hacen que aumente la gente en la calle. De hecho, hay aumento. Hoy tenés un 40 por ciento de pobreza, gente en situación de pobreza y un 10 de indigencia en nuestro país, con una canasta básica de 80 mil pesos, es muy probable que un montón de personas que no van a poder pagarse un lugar. Pasó en la pandemia: no pueden pagar alojamiento, no pueden manejarse en la subsistencia, están más expuestos a caer en situación de calle que otros. Pero, además, digo, obviamente en un contexto de crisis. El punto es que, incluso en escenarios o lugares donde se ve que no es la

misma crisis económica que vemos en América Latina más allá de la crisis global, permanece la cantidad de gente en calle, entonces eso empieza a ser pregunta. Obviamente que hoy tenés una agenda Nacional porque tenés una Ley, se hizo público el tema, en el sentido del ágora. Digo, es un tema de agenda. Eso es producto de las organizaciones sociales. Yo te digo, hace diez años atrás no había nadie hablando de situación de calle. Éramos dos o tres, y ni siquiera éramos como, a ver...hoy yo me río porque soy como rockstar porque empiezo a circular por los medios hablando de gente en la calle. En ese caso, esa visibilidad ha sido producto de las organizaciones que vienen hace años militando poner el tema en agenda. Eso hace que obviamente empiece a ser tema de interés en las universidades, en la agenda de conocimiento.

E1: ¿Y cómo ves esto de la visibilidad?

Jorgelina: A mi criterio, esa agenda igual sigue muy tomada por enfoques muy tradicionales, sobre todo porque la agenda científica también mira muy en la lógica competitiva y recortadamente. “Nadie estudió sobre esto”. No, no es que “nadie estudio sobre esto”. Hay que ver en qué disciplina. Hay mucho en Antropología, por ejemplo, sobre todo en lo que respecta al tema de “lo urbano”. Incluso en el mundo. Hay una línea ahí de pensar el espacio público, la arquitectura defensiva, violencia física, pero digo, en el campo de la salud mental, por decirlo de una manera, que no es que sólo es de lo “Psi”, sino de las ciencias sociales. Estoy hablando de dispositivos, trayectorias, políticas públicas. Y hoy me parece que se sigue reproduciendo lo mismo, como si no estuviera esa información. Hay mucho de eso. Quizás mucho en el ámbito de la CABA, hay muy poco a nivel Federal. También es cierto que ahora se empieza a masificar, porque al tener una Ley, tener una línea de un Ministerio, una línea de calle que hagan financiamiento para trabajar, bueno, empieza a aparecer un poquito. Lo que pasa es que no hay nada, porque no hay dispositivos, porque no hay programas, ni financiamiento, y eso se reproduce en el tema de los conocimientos. Pero me parece que la hegemonía está en escribir programas, políticas públicas, trayectorias, dispositivos. Tengo certeza de que no hay. De hecho, en la discusión sobre cuántos hay, cuántas personas hay, que ni siquiera tiene que ser el problema, sino cómo se mide. Entonces hay algunas líneas que están indagando cómo se cuenta la gente en calle, qué se cuenta, más metodológicamente, pero también político, y mucho centrado, digo. En América Latina casi nada, en Europa está muy centrado en una lectura más psicopatológica, como cuáles son los padecimientos en términos de estrés, situaciones de estrés a lo largo de la vida, con una lógica que igual no está mal, tienen datos más duros que nosotros que no tenemos nada. Acá en la región no hay nada.

En Argentina menos, y salta cualquiera a decir “el problema de la gente en calle es la depresión”. No sabes. Sí, yo lo puedo estimar, pero no hay datos para decir eso. O en todo caso tengo que

ser cuidadosa desde dónde lo hago. Entonces me parece que ahí tenemos un vacío, tratando primero de pensarlo desde una lógica de Derechos Humanos, sobre eso somos muy poquitos, y creo que hay que encuadrarlo en esa agenda. Después me parece que faltan estudios desde una perspectiva de género, las especificidades de las mujeres en calle. Eso hay un poco más ahora, no diría que no hay. De hecho, hay varias TIF que han trabajado sobre maternidades, sobre mujeres y calle, o sea, hay varias de eso, pero por eso mismo, porque ahora está en agenda. Lo digo bien, no en un sentido negativo. Hay algunas cosas sobre mujeres, poquito sobre personas trans, muy poquito. De intervención, no de investigación, eh. Pero bueno, también son las poblaciones más invisibilizadas. Si las mujeres están invisibilizadas, las personas trans u otras diversidades, porque además por su subsistencia, digamos, que ocultan. Son poblaciones más ocultas porque están negativizadas. Ya ser trans tiene una cantidad de vulnerabilidades, si además estás en calle...pero ni está estudiado eso.

Hay grupos que sí están interviniendo en las diversidades, pero no hay investigación sobre eso. Tampoco hay mucho, casi nada, sobre infancias y adolescencias en situación de calle, ni cualitativo ni cuantitativo. Sobre la generalidad en la calle hay bastante, el tema es que muchos no se van recuperando. Pero me parece que hay bastante sobre eso. No ha variado mucho la lógica asistencial, los programas, como que no cambió. Y hay bastante sobre eso.

E2: ¿Y en el campo de la salud mental?

Jorgelina: Y en el campo de la salud mental, en ningún plano hay, digamos, y me parece que sí es necesario. Sobre todo, porque muchas personas portan el estigma de que tienen un problema de salud mental y por eso están en la calle. Entonces ni siquiera están pensando el problema salud mental en el sentido que plantea la ley, sino que lo están pensando como una enfermedad, no están pensando las vivencias sistemáticas de violencia que vive una persona porque vive violencia estructural, simbólica, física, y eso genera claramente una forma de habitar el mundo que produce malestares y padecimientos. Entonces, ni siquiera están pensando en eso, que es necesario y también es necesario cuestiones que hacen más a la dimensión epidemiológica ¿no? De la prevalencia de este tipo de padecimiento, de qué está pasando. Incluso, de cómo se asiste. Qué tipo de accesibilidad hay o no. Si hay dispositivos o programas para eso. Ni que hablar de cuestiones más de autocuidado, prácticas de cuidado que las propias personas obviamente implementan. Estamos a años luz de que se piense sobre eso, de manera hegemónica, digo. Somos muy poquitos los que estamos mirando así, pero no es la hegemonía en pensar el tema. Al contrario, se piensa de forma más patologizante y estigmatizante, y además sin información. O sea, que yo conozca, no hay ningún estudio que hable de la prevalencia de determinados padecimientos en esta población, que creo que es necesario, para

además reducir estigma, porque no puedo decir que “todos tienen un problema de salud mental”. No podés afirmar, así como la relación drogas - calle, sin desconocer que la cuestión del alcoholismo crónico es el problema, por lo menos, de lo que yo vengo viendo en estos últimos quince años, que aparece con mayor prevalencia, digamos. Sin tener dato cuantitativo, sí en lo cualitativo, puedo decir que es un problema. Ahora, no hay nada, no hay ningún estudio sobre el consumo de alcohol ni cualitativo ni cuantitativo, ni desde la línea que no me gusta ni de la que más me gusta, y eso está siendo un problema, porque además afecta la posibilidad de que consigan una vivienda, porque la mayoría de los dispositivos son abstencionistas. En la lógica muy tradicional, la gente mira fenomenológicamente a ojos rojos y cree que es faso, ponele, o a veces ni siquiera se dan cuenta que la persona consumió alguna sustancia, ahora del alcohol te das siempre cuenta. Porque personas que tienen consumo de alcohol crónico, a veces no tomó e igualmente parece que hubiera tomado, por una cuestión de la tolerancia, digamos, o que tiene olor a alcohol, entonces no te dejan entrar a dispositivos, incluso aunque no hayan tomado. Entonces, estamos a años luz de poder pensar sobre eso. Por eso digo que es un problema y no se estudia, y que incluso te repercute en que no tengas un dispositivo que acompañe eso. Entonces le pedís que deje de tomar para que entre a dormir a un lugar, y para resolver parte de este problema, primero necesita dormir en un lugar.

Creo que eso es un núcleo grande de vacío de información, obviamente atravesado por cuestiones de género. Digo: trabajo, género y edad. Eso hace que todo esto que estamos diciendo se exprese de manera diferente, y no hay información. Por eso también se termina como hegemonizado la propuesta. Y la verdad que no es lo mismo lo que le pasa a un pibe, una piba que están en la calle.

E1: Si, aparte la lógica institucional responde a eso. Lo digo porque conozco el Azucena Villaflor, hay de todo, y no todos necesitan el mismo tipo de asistencia o acompañamiento. Desde mi experiencia personal trabajando ahí, he visto cómo las chicas cambian cuando ingresan y cómo eso les afecta a su salud mental, sin tener una patología. Y no es algo que desde la Institución se ponga en discusión...

Jorgelina: Lógico. Por eso digo, ahí tienen un trabajo sobre el tema de apoyo social y situación de calle, capaz lo leyeron, esos datos los tomaron las personas que estaban en calle, y un poco ahí aparecía la percepción de apoyo social percibido que tienen las personas en calle, una diferencia entre quienes era su primera vez en calle, y quienes no era su primera vez. Obvio que los datos que tenemos, de 250 participantes de esa muestra, casi el 70 por ciento era reincidente, digamos, o sea, no era su primera vez en calle, y ahí hay una percepción de apoyo social

diferente. Digo, esto que vos estás diciendo, de que no caes igual, y falta cómo dar cuenta de eso, porque genera muchos malestares y padecimientos que no conocemos.

Creo que podemos anticipar teóricamente, pero que las personas no están pudiendo relatar eso, y eso arma como mucho adormecimiento, como yo digo, como un mecanismo defensivo. Nadie elige dormir en la calle ni vivir en la calle. Ahora sí defensivamente la gente te dice: “no no, yo estoy porque quiero”. A veces lo escuchamos en el relato. No estoy diciendo con eso que tenés que ir a sacarlos vos, digamos. Pero no se puede desconocer que hay unas violencias estructurales, y no podemos afirmar libremente que “la gente no sale porque no quiere”. “le ofrecemos el parador y no quiere ir” ...Anda vos a dormir en el parador.

E1: Exacto.

Jorgelina: Claro, anda vos sin tu perro. Siempre digo lo mismo: hay gente que le paga un pasaje de avión al perro. Yo me voy de vacaciones y me fijo dónde dejar a mi perra para no dejarla sola. ¿Qué le pedís a la gente de la calle que ingrese sin su mascota? No lo va a dejar y está bien. Es a lo que se apega, digamos. Me parece que esa dimensión más vincular, o afectiva, emocional también es un área que no está estudiada.

E1: Y ni hablemos de familias. Es como que, si estás en calle tenés que hacer caso porque bueno, estás en calle y vos te lo buscaste. Parecían personas diferentes, sin derechos a tener perro, teléfono ni a salir. Es como que se los anula, y es tremendo.

Jorgelina: Exacto. Tal cual.

E1: Bueno... Entonces, en función a todo esto que mencionas. Para vos, hoy, ahora ¿Cuáles son los principales debates sobre todo esto? Además de todo lo que planteas, ¿Hay algo más?

Jorgelina: ¡Si! Creo que hay que volver a plantear el tema del enfoque desde el que se piensan las políticas públicas que hoy están muy centradas en el domicilio y me parece que hay que asumir esto de que hay gente que no tiene domicilio y que puede ser que nunca lo tenga. Después, el debate sobre qué tipo de políticas estamos pensando para esta población. Eso hay que ponerlo en agenda porque la ley nueva plantea que hay que armar centros de integración y no sé, si los centros de integración van a ser como los que hay yo te digo que no. Primero porque la gente no quiere ir y segundo porque estamos proponiendo un alojamiento de masividad, de hacinamiento y eso es una política no eficaz. Me parece que hay que discutir también la lógica del acompañamiento, nosotros venimos de una vigencia de una lógica “premio-castigo”, de la idea de la carrera. Tenés que cumplir un montón de cosas para llegar al premio que es la vivienda. Ni la vivienda, ni la salud, ni el trabajo son un premio, son un derecho. Eso requiere cambiar la lógica de asistencia.

En otros países se está discutiendo este modelo, porque seguimos pensando en un modelo de “escalera” que genera la llamada meritocracia. O sea, no es un favor que me des una vivienda para que no tenga que estar en la calle, es un derecho que tengo, y eso persiste hoy en día incluso con las mejores intenciones. Eso me parece que requiere entrar a discutir la lógica con la que se diseña la política pública. Después también empezar a pensar en las diversidades, heterogeneidades de las personas que están en la calle, no es un tema homogéneo ni monolítico, eso también hay que incluirlo. Obvio que después también pensar en las cuestiones de género no está de más decirlo, tanto para investigar, como para intervenir, como para armar una política pública. Y ni hablar de toda esta cuestión de salud mental, que a mí me gusta más hablar de la dimensión afectiva en sus niveles singulares del padecimiento que puede tener una persona y en lo socio histórico también. En ninguno de esos planos se está pensando. Pero bueno, también entiendo que hay todo un tránsito por hacer en pasar de pensar que cuidamos a los sujetos a que son sujetos que también se cuidan ellos mismos, es porque hay una mirada muy tutelar todavía que persiste sobre los sujetos. Y, además, esto es una hipótesis, prevalece una idea de culpabilización hacia estas personas o sea como que estás en calle porque te lo buscaste, nadie lo va a decir así claramente, pero está rondando esta idea. Hay una culpabilización de la calle porque se lee en su dimensión singular, eso prevalece y hay que dar esa discusión. Entiendo que es difícil y hay que regular, yo no voy a ir a decirle a un profesional que está interviniendo “mira, tu mirada no sirve” porque tampoco hay que desarmar los pilares del otro, pero si cuestionarlo, intentar ver porque tenemos esas ideas tan impuestas. Entiendo que tampoco estamos discutiendo esto porque recién ahora se está empezando a poner el tema en agenda, que haya una ley significa que es un tema en la agenda del Estado. Mientras no hubiera una ley nacional no sería un problema, no existiría. En ese punto la ley, aunque tenga un montón de déficits, es buena porque quiere decir que el Estado se está haciendo cargo de ocupar el lugar que le corresponde. Entonces, si recién se está identificando como problema yo no puedo pedir que además se piense cómo se aborda porque obviamente se va a abordar desde lo que es conocido. Pero bueno, yo como investigadora puedo cuestionar estas cosas.

E2: ¡Tal cual! Todavía estamos un poquito lejos de alcanzar a cuestionar todas estas cosas, pero es un avance ¿No te parece?

Jorgelina: ¡Si! ¡Es un gran avance y hay que celebrarlo! De hecho, esto es un avance producto del trabajo de las organizaciones, no es un producto de la academia ni de los trabajadores públicos. Esa ley Nacional y la de Ciudad de Buenos Aires, son producto del trabajo consecuente de las organizaciones sociales que son las que garantizan la asistencia y lo hicieron durante un montón de tiempo y durante la pandemia también. De hecho, las políticas públicas

paliativas de la pandemia no estaban dirigidas a esta población, no se distribuye ni un barbijo como política pública, ¿se entiende? O sea circulaba este discurso de “lávate las manos y quédate en casa” y hubo un montón de gente que durante toda la pandemia estuvo en la calle. Hay varios artículos que escribí sobre eso también. Hay uno sobre cuidados en pandemia y situación de calle que está en la página de Salud colectiva y otro que está en la página de Intercambios. Por eso digo, volviendo, eso es lo que hay que discutir. La política pública está basada para gente que tiene casa y esta gente te está mostrando que no es así, entonces tu política pública no sirve. Eso es lo que sucedió en la pandemia, no les repartieron ni un barbijo desde el Estado, eso lo hicieron las organizaciones sociales. Fueron los primeros que armaron postas sanitarias para repartir alcohol a la gente y demás. Por eso digo, las leyes que hay son una herramienta que marcan la agenda. O sea si estás reconociendo que ahora la persona tiene derechos, entonces puede reclamarlos y eso es muy importante. Ahora estamos en ese momento de discusión.

E2: Bueno, para ir cerrando ya con las últimas preguntas. Una de ellas un poco nos fuimos contestando ya, pero queríamos saber. ¿Qué cambios o modificaciones le harías a esta nueva ley y por qué?

Jorgelina: ¡Si! De hecho el nombre. Esto de familias sin techo es algo que a mi particularmente no me cierra porque sigue poniendo el foco únicamente en la vivienda. Pero bueno entiendo que sirve y es una herramienta que hay que celebrarla. De hecho la ley reconoce el riesgo de situación de calle, lo que resulta una categoría importante porque se puede a partir de ahí pensar en políticas públicas de prevención y no solo de asistencia. Pero bueno pone el foco en la asistencia social únicamente, que es una parte pero no es todo. De hecho algunos venimos hablando de que la situación de calle es un problema de salud pública y no es lo mismo desde donde pienses el problema porque claramente eso te marca una agenda de diseño de programas y políticas públicas. Un problema de salud pública implica pensar en un problema de población, de determinantes sociales de la salud, en derechos humanos, en violencias estructurales, simbólicas, etc. Igual insisto que está buenísimo que haya una ley, es un entramado de principios, después hay que ver cómo se reglamenta. Lo otro que voy a mencionar es que la ley incluye como actores corresponsables a desarrollo social, vivienda, seguridad y género pero no incluye a trabajo por ejemplo. Por eso digo que seguimos pensando muy en lógica asistencial, lo cual tampoco con esto quiero decir que existe el pleno empleo porque no existe ya, pero ni siquiera lo menciona y la gran mayoría de la gente que está en calle realiza actividades de subsistencia, o sea hace changas y tiene empleos informales, el tema es que no les alcanza para vivir. Lo que digo es que creo que sigue habiendo una lectura de que estas personas están en

peligro y que por ende deben ser protegidas. Después propone más centros de integración y yo la verdad es que pienso que no está bueno, la gente no quiere ir a esos centros, hay que pensar otras propuestas. Pienso que todas las propuestas que hay dando vueltas de asistencia (ya sean paradores, hogares, refugios) están centradas en la persona, son unipersonales. Y en el caso por ejemplo del campo de la salud mental, con el modelo de desmanicomialización que se implementa en Argentina tiene muchas herramientas sobre propuestas más colectivas y comunitarias, por ejemplo, el PREA que es el programa de egreso asistido del Estévez. Bueno ahora todos los monovalentes están generando casas comunitarias para los que egresan de la institución, entonces ahí trabajas otra cosa, ya no es “yo me hago cargo de mi subsidio” por mi cuenta y solo, sino pensando en otra lógica más colectiva. Y todos esos dispositivos de apoyos no se están pensando en incluir en la ley de situación de calle. Se está pensando en fortalecer a un sujeto individual y que pueda cumplir con eso y lo que yo digo a partir de la experiencia empírica, es que va a haber personas que van a necesitar un sistema de apoyos de por vida y eso no quiere decir que sean discapacitados, sino que necesitan un sistema de apoyos en la vivienda, en sus redes, porque hay un deterioro social y afectivo bastante profundo. Incluso para los que se la van bancando, que cobran el subsidio, tienen una changuita y van zafando, pero igualmente padecen un montón de cosas porque hay una que tiene que ver con su recorrido que está todo el tiempo latente y que puede volver a caer. Entonces, digo, me parece que la ley no está discutiendo estas cosas y hay mucho que podríamos aprender del campo de la salud mental, de los modelos de externalización asistida. El problema es que permanece el estigma y la culpa, osea vos estás en calle por qué no trabajas porque no hiciste lo que tenías que hacer entonces no se está leyendo el problema de manera más estructural.

E1: Respecto a esto, te hacemos la última pregunta, ¿Pensas que la ley de salud mental está pensada para personas en situación de calle?

Jorgelina: ¡Es que sí! ¡Está pensada para personas! No está preguntando si tenés vivienda o no para acceder a la salud mental. El problema es que, para mí, se patologiza la situación de calle y seguimos exigiendo que el otro demuestre que tiene esta patología, ¿se entiende? O sea, puede ser que la gente que está en calle tenga padecimientos de salud mental, incluso algunos venimos hablando de estrés postraumático pensando en la situación de calle como algo sumamente traumático. Pero digo, yo tengo que garantizar la salud mental porque es una persona y garantizar la salud mental es que acceda a derechos, que acceda al trabajo, a la salud, a la vivienda, a la educación, a la identidad, eso es salud mental. Pero además si se da la intersección situación de calle y salud mental tengo que pensar la especificidad de eso. Pero me parece que el nudo crítico es este, son personas, pero lo digo porque es necesario reforzarlo y eso se da

porque el estigma sobre las personas que viven en la calle opera de tal manera que obtura incluso la posibilidad de pensamiento.

Por eso yo digo que no puede ser que todavía no logremos encontrar otro modelo de vivienda, social y comunitaria que viene más del campo de la salud mental comunitaria en una problemática donde uno de los ejes es la vivienda, pero no es el único. Entonces ahí está pasando otra cosa, es que estamos construyendo la calle como una patología y eso es un riesgo. No es una patología, si puede generar padecimientos.

E1: Nos parece super importante todo esto que traes de volver a pensar en cómo se diseñan las políticas públicas, desde que paradigma y qué visión se tiene de los sujetos, así como esto del estigma que se tiene sobre las personas en calle, son todos temas que nos anotamos para seguir profundizando.

E2: ¡Si! ¡También creemos que es una posibilidad para visibilizar todo esto! ¡Así que nos viene super bien!

Jorgelina: Bueno, me alegro que les haya servido! ¡Cualquier cosa seguimos en contacto!

E1 y E2: ¡Muchas gracias por todo!