



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 25 – Invierno 2021

LA PARTICIPACION COMUNITARIA Y LA CONSTRUCCION DE SALUD COLECTIVA DE MUJERES DE UNA VILLA ARGENTINA

(Un estudio realizado en el Barrio Juan Pablo II: “El Sifón”)

Sara García Rodríguez¹

Este trabajo se extrae de una investigación realizada con mujeres del Noroeste Argentino, pertenecientes a un sector popular en San Miguel de Tucumán, un asentamiento humano (también llamado “villa”) ubicado en la provincia de Tucumán.

El espacio en el que se desarrolla la acción, es el barrio Juan Pablo II, popularmente llamado “El Sifón”, zona que se caracteriza por ser un área de pobreza crítica. Originalmente, el asentamiento formaba parte de la periferia de San Miguel de Tucumán y, aunque por su antigüedad quedó incorporado a la trama urbana, continúa disociado en función de la accesibilidad a ciertos equipamientos, infraestructura y servicios urbanos. Las viviendas tienen distintos grados de precariedad, teniendo, la mayoría de los hogares, alguna carencia relacionada con el material de las construcciones, con la disposición de excretas o con el agua. Pocas de estas viviendas llegan a una calidad constructiva satisfactoria (apenas alcanzan las condiciones básicas) y la gran parte de ellas posee una disposición insuficiente que apenas cubre las necesidades mínimas. El barrio cuenta con acceso a la electricidad y agua corriente, sin embargo, en relación a este último servicio, las conexiones domiciliarias han sido realizadas por los propios vecinos, situación que provoca permanentes interrupciones del suministro, pérdidas de agua en las calles y falta de tensión de la red.

Las principales problemáticas de sus vecinas/os están vinculadas a las condiciones de vida: dificultades para la inserción laboral y social, venta y consumo de drogas (en particular la

¹ Sara García es psicóloga. España.

pasta base), desnutrición, violencia policial y numerosos estigmas que recaen sobre su población, etc.

El grupo de mujeres elegido para este análisis, participa en su comunidad en búsqueda de respuestas ante las problemáticas barriales. Funciona desde hace más de 4 años y, aunque principalmente lo que las convocó fue la desnutrición en la crisis del 2001 y la posterior problemática del consumo de drogas de sus hijos/as y en sus barrios, también buscan acciones que resuelvan las dificultades que rodean a esta situación, así como otras cuestiones que ocurren en la comunidad como consecuencia del contexto de pobreza en el que viven: violencia, ausencia de posibilidades educativas, laborales y de ocio saludable, etc. Algunas tienen una activa participación también en otros espacios comunitarios y/o políticos, organizando comedores comunitarios y centros de integración comunitaria, formando a mujeres para el autoempleo o siendo referentes políticas del barrio, todo ello enmarcado en un contexto de gran complejidad y violencia estructural.

El grupo que componen para estas acciones de participación, se llama “familias en acción” y en él no solo resuelven las necesidades comunitarias, sino que también funciona como espacio de contención en el que emerge la identificación con otras acerca de situaciones personales y familiares comunes.

Contexto socio histórico y territorio.

El grupo de mujeres en cuestión, son todas madres y de origen rural; la mayoría de ellas, emigraron del campo a la gran ciudad, cuando la situación laboral en estas zonas obligaba a muchas personas a buscar mejores horizontes de vida:

l: “Mirábamos desde el cerro la ciudad, que era el gran sueño del campesino para salir adelante. Uno, desde el cerro, se hace su propio sueño. A los 17 años, mi hermana, a la que hacía mucho tiempo que no veía, me busca y me dice: 'vamos a mi barrio'. Cuando veníamos en el colectivo, yo miraba casas preciosas y me preguntaba: "¿cuál es la mía?". Pero resulta que entramos al barrio y empezamos a ver ranchitos y ranchitos, y se me empezaba a bajar la moral.”

En el último cuarto del siglo XX Tucumán y su economía sufrieron las consecuencias de un proceso de desindustrialización instaurado con la última dictadura militar, consolidándose durante los años '90.

El proceso de internacionalización del capital ocurrido en estos años, trajo cambios socio-económicos, políticos y culturales, muchas veces con consecuencias negativas para los países del sur en términos de desigualdad. Los países del norte generaron políticas de mayor

proteccionismo y barreras a los movimientos migratorios, mientras presionaban a los países del sur a través del Consenso de Washington (1989) y de organismos internacionales, a realizar políticas de privatización, desnacionalizando empresas de servicios públicos, desregulando la propiedad común de la tierra, “flexibilizando” el trabajo, empujando el Estado y desmantelando el bienestar.

En Argentina, los altos índices de desocupación se deben en su mayor parte a estas políticas privatizadoras de lo público y, por lo tanto, dependientes del capital extranjero que han provocado la destrucción de las fuerzas productivas propias (Spiguel, 2002).

Como consecuencia de todo ello, en estas áreas rurales surgieron espacios diferentes con pronósticos complejos, marcados por una fuerte migración rural y una disminución de la población local. Todos estos factores provocaron el aumento de la movilidad territorial y el surgimiento de nuevas estrategias de supervivencia de una población que padecía el deterioro paulatino de su calidad de vida.

Paralelamente, en las ciudades se iban instalando asentamientos irregulares autogestionados desde la pobreza; lugares con leyes propias regidas desde la oportunidad de ocupar territorios para la vida, sin planificación ni gestión estatal. Este proceso marcó notables desigualdades territoriales y sociales, que dieron lugar a fragmentos de terrenos cada vez más habitados en ambientes degradados a las afueras de la ciudad, con riesgos de inundaciones y rodeados de vertederos de residuos, que obligaban a la población a vivir en condiciones de insalubridad y pobreza extrema:

I: “Era una casilla de madera. Me habré quedado con mi hermana ahí seis meses. Después conozco a un muchacho, me quedo embarazada, y no teníamos dónde vivir. No me llevaba bien con mi cuñado, porque era golpeador. Era cerca del año 1978. Entonces buscamos lona, cortamos palos del medio del monte, de la parte de atrás del Hospital Obarrio. Hemos hecho horcones y cosido las lonas, las envolvimos y las pintamos con cal. Con chapas de cartón hemos techado la casa, y con una Gillette cortamos la puerta, a la que después levantamos con un pedazo de caña. Si nos hacía calor, cortábamos la ventana, para que entrara aire. Mi yacusi (se ríe) eran los tarros de lata de aceite. Las camas eran de horqueta, y a veces el colchón era un trapo viejo. Dentro de todo éramos felices; a veces no teníamos qué ponerle al hijo, y lo dejábamos desnudito hasta que se secaba la ropa. Muchas veces he añorado el campo, porque éramos más inocentes y me hubiera gustado criarlos a los hijos allí.”

La intensa migración del campo a la ciudad obligó a la población activa a buscar alternativas; como consecuencia, se produjo un desmembramiento de familias, yéndose la población joven y adulta a las ciudades en busca de supervivencia, quedando las/os niñas/os al cuidado de ancianas/os, vecinas/os y familia extensa.

Por lo que los efectos de la globalización tuvieron consecuencias en las formas de construcción del territorio en términos culturales y sociales, provocando desarraigo y fragmentación social. Estos procesos de migración masiva provocaron la separación de familias y la producción de una nueva vida en un espacio por construir, donde la precariedad y el deterioro de la calidad de vida de las personas migradas eran notables en términos de salubridad y bienestar.

Las llamadas “villas miseria” son nombradas así por Bernardo Verbitsky, que, en 1957 en su novela *“Villa miseria también es América”*, menciona de esta forma a las urbanizaciones pobres de las ciudades argentinas. Esta designación acentúa la particularidad de la estructura de estos espacios, a diferencia del carácter transitorio que evocaba la denominación acuñada hasta ese entonces como “barrios de emergencia” (Cervio, 2016). Por lo que, las popularmente llamadas “villas”, son un tipo de asentamiento urbano precario que se ha ido extendiendo en territorio y población a lo largo de los años, convirtiéndose en parte del propio tejido urbano de las grandes ciudades del país.

Actualmente, el sector informal al que pertenecen estas mujeres se encuentra realizando trabajos de subsistencia o dentro de una economía semi clandestina y, si además son mujeres, las posibilidades de inserción en cualquier mercado formal se minimizan hasta el punto de quedar desprotegidas de cualquier garantía social, lo cual las hace en muchas ocasiones dependientes de sus maridos y expuestas a múltiples formas de violencia. Estas, apenas poseen ninguna propiedad legal -puesto que muchas de ellas se encuentran ocupando territorios, algunos de ellos posteriormente cedidos por el Estado a través de políticas públicas- por supuesto, no disponen de medios de producción, y ni tan siquiera están insertas en el mercado laboral regular, sino que sobreviven con pequeños trabajos alternativos de subsistencia, sumado a escasas subvenciones que reciben del Estado.

Todo ello implica una forma particular de relacionarse en el ámbito en el que viven, definiendo su posición de clase, desposeídas de cualquier propiedad (vivienda, medios de producción, etc.) se dedican únicamente a las desvalorizadas tareas del hogar y de los cuidados (ya sea de forma gratuita en su propio hogar o a cambio de una pequeña retribución económica en los sectores informales).

Para comprender la subjetividad de estas mujeres y sus formas de construir salud, es importante el conocimiento del contexto socio histórico de donde emergen, puesto que en ello existen muchos de los factores causales -en lo económico, cultural, político y social- que forman parte de los procesos colectivos que llevan a cabo. Conocer su origen rural y cómo empiezan a construirse los asentamientos humanos, nos permite entender, en cierto modo, su manera de habitar el barrio.

Muchas de ellas conservan en sus prácticas, formas de vida y de cotidianidad procedentes de ese pasado campesino donde la solidaridad y la ayuda mutua forman parte de la noción de convivencia en torno a un mismo territorio. Ello ayuda a entender la cotidianidad en el barrio y los vínculos de solidaridad que se construyen en él:

E: *“porque yo no crié solamente a mi hijo, yo crié vario hijos, na más que no están conmigo...yo he llegado a tené 14 hijo en la casa, yo de una cama grande lo hacía dormí 8 o 9 en la misma cama... de otra familia, sobrino, aparte de mi marido, familia mía...”*

(...)

“yo tenía una casita prefabricada, después de la que se me había quemado, estaba con palos adentro para que no se lo caiga y de las tormentas que venían era la única que se quedaba parada, que no se le volaba los techos, entonces lo vecino se venían a casa, mi marido se tenía que levantá de la cama a dale la casa a lo hijo de otro pa que duerman porque no tenían, quedaban sin techo e ir al otro día, levántame, ir a la municipalidad a pedirle por chapa, por alimento pa esa gente que no tenía.”

Cabe pensar que conservan estas prácticas y formas de vida procedentes de ese pasado campesino e indígena donde la solidaridad y la ayuda mutua forman parte de la noción de convivencia en torno a un mismo territorio. Representaciones del territorio sin fronteras de propiedad limitantes y alejadas de la concepción colonial y capitalista del mismo, puesto que, según Spiguel (2002), las personas campesinas de las zonas rurales fueron y son, en su mayor parte pueblos indígenas que, como tal, fueron despojadas de sus tierras por los grandes terratenientes desde la colonización. De ahí que la causa de la desigualdad en la que las personas descendientes de los pueblos originarios viven, tenga relación con la usurpación de sus tierras, la posterior explotación por parte de la clase terrateniente y los sucesivos desplazamientos derivados del sistema económico-social.

Por lo tanto, podemos vincular estas formas dadas en lo cotidiano, a los comportamientos de las familias extensas de las zonas rurales del norte de Argentina, donde es habitual la coexistencia de varias unidades familiares en una misma vivienda. Incluso cuando otro núcleo familiar está por conformarse, éste lo hace bajo el cobijo del grupo originario tanto en la construcción de la vivienda como en la proporción del territorio para la misma. Estas formas de vinculación, manifiestan una gran cooperación y ayuda ente los miembros, que se extiende a otros ámbitos de la comunidad, entre vecinas/os, configurando subjetividades individuales y colectivas (Racedo, 1988).

PARTICIPACION COMUNITARIA Y CONSTRUCCION DE SALUD MENTAL COLECTIVA.

Al hablar de **participación comunitaria** decimos que esta es “un proceso organizado, colectivo, libre e incluyente, en el cual hay una variedad de actores, actividades y grados de compromiso, está orientado por valores y objetivos compartidos, en cuya consecución se producen transformaciones comunitarias e individuales” (M. Montero, 2004, p. 109). En el proceso de participar, los miembros desarrollan capacidades, herramientas y recursos para tomar una posición activa en el control de sus vidas y poder fortalecerse de forma conjunta, teniendo repercusiones tanto a nivel individual como colectivo.

El fin de la participación es poder incidir a través de las decisiones del colectivo en el conjunto de la vida social de la comunidad en cuestión. Por supuesto, no siempre ocurre esto, puesto que existen numerosas vertientes en los procesos de participación que hacen que varíe el poder, la eficacia, la autonomía, la capacidad de decisión y el protagonismo en esta posibilidad real y efectiva de influir y transformar lo social.

Las formas de acción colectiva que las mujeres en cuestión ejercen en sus comunidades, son parte de un continuo, donde existen distintos grados de participación en función de distintos momentos donde el poder para tomar decisiones, ha ido variando según el contexto histórico y político. Estas formas son complejas y contradictorias, además de tener múltiples dimensiones y tensiones a lo largo del desarrollo de la misma.

Tanto las mujeres como el resto de habitantes de las comúnmente denominadas “villas”, cargan con las etiquetas y prejuicios de personas peligrosas y faltas de cultura, de ser vagos/as, de no trabajar y de aprovecharse de las subvenciones del Estado. Son descalificados/as y deslegitimados/as en sus identidades sociales, no pueden ser nada más allá que “negros/as villeros/as”, y solo esa etiqueta les desautoriza en todos los ámbitos.

Ante esto, las mujeres salen de los espacios de “marginación” de donde siempre han sido relegadas, tanto territorial como simbólicamente, para irrumpir en la comunidad y mantener un diálogo con la sociedad. Lo hacen a través de actividades en el ámbito de lo público donde visibilizan las problemáticas que viven en sus villas: la venta de droga, el consumo de jóvenes y niñas/os, la relación del narcotráfico con los lugares de poder y las instituciones del Estado, la desnutrición, la falta de futuro, etc., posibilitando así colectivizar su dolor y reclamar justicia social. Realizan charlas en universidades, entrevistas en prensa, convocan manifestaciones, viajan a otras provincias para reunirse con agrupaciones de madres y exigen derechos tan variados como la atención humanizada a pacientes de las villas con problemas de consumo, el cumplimiento de la ley de salud mental, alimentos para evitar la desnutrición infantil, materiales para tener un techo donde vivir, alumbrado público para sus barrios, etc. Ellas vinculan la inseguridad y el estigma de “peligrosidad” con el problema de venta y consumo de pasta base en las villas y no con las personas que las habitan.

En particular, las mujeres (por el lugar asignado socialmente), asumen la responsabilidad de garantizar la supervivencia en épocas de agravamiento de problemáticas sociales donde se hace inevitable la ruptura del tejido social como consecuencia de estas situaciones. Ante el desamparo, ocurre una proyección de la función materna hacia la acción política: la maternidad se socializa, convirtiéndose estos espacios en lugares donde no solo se busca la supervivencia de sus propias/os hijas/os y de su núcleo familiar, sino que también se procura porque las necesidades de las/os demás estén cubiertas. Algo que recuerda al lema de las madres de la plaza de mayo ante la desaparición de sus hijos/as con el: *“No queremos a nuestro hijo/a solo/a. Queremos a todos/as los hijos/as de todas las madres”*.

Las mujeres que forman parte de este trabajo, a partir de su entorno local y cotidiano, es donde han tenido más posibilidades de construir acción participativa, llegando a establecer relaciones de fuerza y presión con los poderes públicos, demandando recursos, impugnando políticas públicas y decisiones, resistiendo, negociando y ejerciendo influencias, han aprendido a hacer política local, a la vez que adquirirían autoestima personal, habilidades de ciudadanía, prestigio y reconocimiento social. Con ello han generado alianzas con profesionales afines, participando en el entramado social en distintos niveles y en el debate de la salud pública.

Las prácticas políticas ejercidas por ellas, han generado, tanto a nivel subjetivo como colectivo, nuevas identidades, permitiendo posicionamientos distintos en ambos niveles y construyendo contrahegemonía desde la disidencia. Al mismo tiempo, sus modos de hacer política han sido muchas veces cooptados y capitalizados por la cultura política dominante, creando contradicciones, rupturas, asimilaciones y también resistencias al poder hegemónico.

Muchos de los procesos iniciados de forma espontánea (como las ollas populares en el 2000) terminaron siendo políticas públicas, condensando en personalismos algunos de los procesos colectivos y provocando efectos contrarios a los que emergieron de forma natural y horizontal en las épocas de crisis. Esta injerencia del Estado en las dinámicas participativas y en las prácticas espontáneas y horizontales del propio grupo, generó algunos conflictos, celos y rupturas con la comunidad, aunque no ha llegado a disolver su lucha y continúan avanzando en el día a día con las contradicciones que habitan. Aun así, y a pesar de estas contradicciones, las formas originarias de participación y de hacer política de estas mujeres distan mucho de los procedimientos institucionales de la política tradicional, poniendo los cuidados, la ayuda mutua y la subsistencia cotidiana en el centro de la vida.

Cabe destacar que, al mismo tiempo que los roles de madre y ama de casa descalificaron a estas mujeres para ingresar con plenos derechos e igualdad de oportunidades en las instituciones del poder político formal, son los que las han permitido incorporarse y actuar en la vida pública social y política, por medio de sus iniciativas y prácticas de acción

colectiva, conformando sistemas de acción solidaria y constituyéndose así mismas como sujetos sociales, políticos y protagonistas de sus propias necesidades y de las de la comunidad.

En los propios ámbitos cotidianos -en especial en el barrio, que funciona como una natural extensión de la esfera doméstica- construyen identidades colectivas, espacios de salud y aprendizajes de vida donde comparten el conocimiento colectivo en relación a diversos temas que las atañen: salud de sus hijos en relación al consumo, la administración de lo cotidiano y la posibilidad de aprovecharse del juego de poder de la política tradicional.

Participación y género. Lo público y lo privado. Lo personal y lo político.

El lugar en el que viven las mujeres de este trabajo, donde se enlazan crisis sociales y carencias materiales constantes, genera un trabajo ininterrumpido, donde ellas mismas despliegan estrategias de supervivencia y redes colectivas para organizar la salida a dichas situaciones. Ello hace de esta actividad la vida cotidiana de las mujeres, su trabajo político y personal y, en ocasiones, su indiferenciación entre el adentro y el hacia afuera de sus hogares, tanto en términos físicos como simbólicos.

Algunos de los sentidos tradicionalmente asociados a lo público y lo privado, según Rabotnikof (1998) tienen que ver con la interioridad y la exterioridad, también ligadas a la idea de la casa y de la calle. Para este autor el “adentro” es un espacio asociado a lo familiar, a lo oculto en la mirada de los demás. De ahí se desprenden acciones que culturalmente se identifican con tareas relacionadas con el cuidado del cuerpo, la reproducción de la vida, la primera socialización, etc. Este escenario estable y con poca movilidad puede producir también cierta sensación de “encierro” o aprisionamiento del propio rol que en él se ejerce, sobre todo para las mujeres, tradicionalmente garantes de la reproducción de la vida y los cuidados. La casa produce subjetividades y estampa figuras bajo relaciones íntimas de códigos compartidos. El exterior, sin embargo, está abierto al cambio y a la posibilidad, se despliega a la luz del día y a la mirada de los demás, aunque también éste sea producido desde lo proporcionado por el espacio interior. La calle es el territorio de lo discontinuo, de la interacción con los/as otros/as, de lo fortuito y, por lo tanto, abre posibilidades a lo desconocido.

El adentro y el hacia afuera de la casa configuran actitudes cotidianas, rutinas y conductas de una forma dialéctica. Ambos constituyen lo subjetivo tanto individual como colectivo y los dos son espacios de sociabilidad y de interacción con las demás personas. Digamos que “la identidad es el resultado del ser social con su tiempo y su espacio, es decir, su historia. Y si el espacio es componente fundamental de la identidad, cualquier mutación del espacio conlleva una modificación de la identidad, y viceversa” (Tamayo y Widner, 2005, p. 32).

Las mujeres de este trabajo, han construido y reconvertido el espacio en el que residen desde el momento en el que llegaron al mismo, habitándolo y convirtiéndose ellas mismas en las principales transformadoras de su propio territorio, e influyendo, como consecuencia, en la vida de las personas que lo habitan.

La vida doméstica y la vida pública forman parte de lo mismo, haciendo de lo personal y cotidiano algo político que se expresa en el territorio en forma de comedores infantiles donde hay desnutrición de hijas/os, o espacios de formación y de ocio saludable para jóvenes, donde hay desempleo y consumo de drogas. Con estos espacios (resultado de la acción de las mujeres), se visibiliza el papel activo de éstas en sus comunidades, quienes, a su vez, desdibujan la línea entre lo público y lo privado, aspecto que también repercute en la construcción de sus identidades de una forma dialéctica.

B: “Yo no era más que una empleada doméstica y no sabía que me iba a traer a donde me traje hoy”

En concreto, para las mujeres del barrio de “El Sifón”, la salida a lo público ha conllevado grandes desafíos para sus vidas personales y riesgos de distinto tipo y gravedad. Estas mujeres con su acción colectiva, han utilizado la vida “privada” como una vía para salir al mundo público; lo mismo que las relegaba a un segundo plano en su ejercicio de ciudadanía, es lo que las ha convertido en sujeto político, y protagónico de las necesidades de sus barrios y comunidades. El rol reproductor que se les ha asignado a las mujeres culturalmente a lo largo de la historia, es el que las ha permitido convertirse en agentes sociales de sus comunidades.

Ante la ausencia del Estado, las mujeres han salido de sus hogares en numerosas ocasiones de crisis históricas. Estas salidas a lo público se han realizado en un contexto local y conocido por su similitud al del hogar, donde despliegan las redes comunitarias y vecinales construidas en su día a día. Su saber acumulado sobre el territorio y las personas que habitan en él, las permite crear formas de organización útiles para las necesidades concretas del contexto, creando una forma diferente de hacer política a través de estrategias de supervivencia colectivas y redes de apoyo mutuo que enfrentan necesidades comunes; éstas formas también han servido para denunciar violencias institucionales vividas por la población de sus barrios. La acción colectiva ha introducido nuevas formas de hacer política desde lo cotidiano, instituyendo prácticas informales que han ensanchado la concepción de lo que se consideraba de interés público o competencia de las instituciones.

Según Segato (2016) las comunidades indígenas previas a la colonización consideraban el espacio doméstico como dotado de politicidad, no siendo exclusivo de ésta la esfera de lo público y de sus actividades. Sin embargo, con la colonización, cuando lo público masculino se tornó universal se alteraron los valores, permaneciendo las otredades en los márgenes.

De esta manera, el espacio doméstico se vuelve privado, íntimo y todo lo que en él sucede, desvalorizado. Ello da lugar a formas de victimización agravadas, también por el traspaso de la violencia de las guerras a los hogares sin el amparo protector de la mirada comunitaria sobre el mundo familiar. Lo doméstico se encierra en sí mismo y se pierde el control protector que la comunidad ejercía. Desaparece así el valor y prestigio de las mujeres y de sus actividades y la capacidad de su accionar en lo colectivo.

Género y salud mental en mujeres de sectores populares.

La producción de sufrimiento y malestar es un proceso que emerge de lo social, de la interacción del sujeto con el mundo; enmarcado en un contexto socio histórico donde los determinantes económicos, ambientales y sociales en los que estas mujeres viven inmersas, son en buena parte productores de su sufrimiento. Las condiciones de vida en los asentamientos humanos y el gran estigma que recae sobre las personas que allí viven, ligadas a las exiguas salidas que existen de la pobreza extrema, plantean un panorama del que es difícil mejorar. La venta y el consumo de pasta base forma parte del paisaje cotidiano y de la trayectoria de vida de muchos de las/os jóvenes (incluso niñas/os del barrio), ligado al consumo abusivo de alcohol por parte de personas adultas (mayoritariamente hombres). La dificultad para plantearse un proyecto de vida por fuera de estas condiciones de existencia es casi una ilusión.

Las mujeres de contextos populares del norte argentino padecen (muchas veces de una forma naturalizada), pautas y prácticas culturales opresoras y estigmatizantes por su género y por su origen de clase. Además de ser mujeres en un contexto cultural especialmente difícil para el género femenino, son mujeres pobres, lo cual hace que carguen con una doble o triple opresión, si añadimos el estigma por su origen campesino y sus rasgos originarios.

El rol como mujeres y madres que portan, les implica cumplir con una función materna que responde a cuidados hacia otras personas. Este trabajo diario tiende a repetirse y a no valorarse, puesto que reproduce la vida, siendo señalado solamente cuando no se realiza o se ejecuta mal. Todo ello genera un anticiparse a las necesidades ajenas, postergando o incluso olvidándose de las propias. Como dice Burin (2010), “todas estas prestaciones yoicas son las requeridas para la función materna, así como los rasgos de postergación de sus necesidades y de propiciar el crecimiento del otro con la convicción de que, en tanto se posiciona subjetivamente como ayudante del cónyuge, obtiene su confirmación narcisista y de satisfacción de un ideal social (el ideal maternal)” (p. 16).

Según esta autora, el rol doméstico es más susceptible de generar estados depresivos debido a las características del mismo: ser el único posible para ellas, no encontrar apenas fuente de gratificación debido a la infravaloración social que se le otorga, generar

aislamiento, etc. Todo ello conlleva un tipo singular de malestar, derivado de un trabajo frustrante por la dificultad para proyectarse al futuro. Esto se acentúa en los sectores populares donde se dificulta la incorporación de las mujeres a cualquier otro tipo de empleo formal, y aun cuando lo hacen, continúan acarreado la carga física y mental del trabajo doméstico. Por estos motivos, estas mujeres viven unas condiciones de opresión en sus vidas cotidianas mayores que otras de otros sectores sociales, algo que repercute de forma manifiesta en su salud.

Estas condiciones de vida generan crisis personales, sentimientos de “terror de inexistencia” y anonimización, construyéndose una identidad desvalorizada y una subjetividad empobrecida (Romero, 2012). La cotidianeidad de estas mujeres, por lo tanto, es generadora de vulnerabilidad, descubriéndose problemáticas asociadas como un mayor uso de psicofármacos, trastornos psicósomáticos, una tendencia a la dependencia de reconocimiento, vivencias de vacío, tristeza, abatimiento, desvalorización, culpa, depresión etc.

R: *“Yo antes me encerraba mucho acá, vivía angustiada. Después me di cuenta de que los problemas siempre están, pero ya no es tanto porque una ahora lo habla. Yo aprendí a hablar, a tener menos violencia. Antes me medicaba ¿cómo es? de eso del psiquiatra, ahora tengo que volver, pero estoy mejor...”*

Las mujeres de esta tesis han desempeñado este rol a lo largo de su vida, creando con la maternidad, los cimientos de su posición como sujetos sociales y psíquicos, generando en la crianza su único sentido de vida. El haber visto como sus hijas/os se desnutrían en épocas de crisis o consumían pasta base de forma adictiva, las ha sumido en un malestar aun mayor del que solo han podido salir a través de la participación con otras.

Es imposible desvincular el contexto de estas mujeres como condición principal de su malestar; obligadas a permanecer en el habitualmente poco valorado ámbito de lo privado, relacionan la salida del espacio doméstico como condición misma para “estar bien”.

E: *“Yo he vuelto a ese comedor porque era salud... para salir de la casa...porque yo andaba muy enferma es que vuelvo a un comedor”.*

(...)

R: *“Yo escapo de mi casa para estar bien”*

Las mujeres construyen salud mental entre ellas mediante la ayuda mutua y los espacios de cuidados colectivos generados grupalmente, así como en la participación en sí misma, colectivizando el dolor individual y generando una subjetividad basada en la participación social, posicionándose como sujetos sociales y políticos.

Participación comunitaria y construcción de salud mental colectiva.

El orden sociohistórico forma parte de la construcción de los procesos psíquicos en una dialéctica entre el sujeto y el contexto, por lo que este orden también está implicado en las conductas que expresan salud mental y patología en un momento histórico y en un contexto particular dado. El individuo no es sólo un producto de su contexto (aunque no se lo puede entender fuera de esta relación que condiciona la vida psíquica) sino que también es productor del mismo por medio de una praxis. Se da una dialéctica entre sujeto y contexto que supone una “estructura vincular” de carácter tanto intra e intersubjetiva. La salud no solo depende del sujeto y de sus procesos biológicos internos, sino que en ella influyen las tramas vinculares en un sentido posibilitador u obstaculizador de la integración de un sujeto, tanto en sí mismo como en otros/as. Un sujeto sano es un sujeto con posibilidad para elaborar, aprender y reparar gestando proyectos vitales con otras/os en el escenario de la vida cotidiana, tanto en lo que hace a lo intra como a lo intersubjetivo (Quiroga, 2012).

Las mujeres que han sido parte de este trabajo, construyeron salud mental entre ellas mediante la ayuda mutua y los espacios de cuidados colectivos generados grupalmente, así como con la participación en sí misma, colectivizando el dolor individual y generando una subjetividad basada en la participación social, que las posicionaba como sujetos sociales y políticos².

Pichon-Rivière describe la salud mental como una adaptación activa a la realidad, cuestión que implica una relación con el mundo en términos de aprendizaje, transformación mutua y recíproca en función de las necesidades. Esta adaptación activa implicaría al sujeto en la autoría de su propia existencia en un mundo material, social e histórico desde una posición crítica y creativa, siendo la salud mental la capacidad para poder entender y resolver las contradicciones internas y las que resultan del propio contexto como ser social, histórico y de necesidades (Quiroga, 2011).

Tanto la salud como la enfermedad son parte de la vida de las personas, a veces una prima sobre la otra, pero ambas son pares dicotómicos de una dialéctica constante entre el sujeto y sus condiciones concretas de existencia. Las dos se construyen y se deconstruyen en la vida cotidiana de las personas en constante relación con el contexto que las rodea, así como en las formas de percibir las y significarlas. Podemos encontrar numerosos ejemplos en la historia de vida de estas mujeres, donde la salud y la enfermedad se combinan en una lucha de contrarios, donde cada una de ellas prima en un momento, al mismo tiempo que es susceptible de transformarse en su opuesto, encarnando una dialéctica entre aspectos sanos y patológicos.

² Entendemos sujeto político como un sujeto en constante construcción a partir de estrategias y mecanismos que le permitan disponerse a la realidad, y mejorar y transformar la suya propia

Si pensamos desde la salud colectiva y desde la visión de que ésta se produce entre las personas -concibiendo lo que tienen en común y lo que hay de individual en ese común- podemos entender los espacios compartidos por estas mujeres como lugares donde se construye salud, tanto a partir de la posibilidad de compartir el sufrimiento individual.

C: *“Es como que yo siento que es mutuo que yo ayudo a las mujeres y que ellas me ayudan a mí”*

(...)

B: *“En el otro grupo, por ejemplo, yo me siento muy contenida. Por ahí me pasa algo y siento que nos estamos mandando mensajes y es como que nos aliviarnos el dolor el sufrimiento que estamos pasando”*

La salud mental se construye y se desarrolla puesto que contiene, es sostén recíproco, facilita la elaboración, la reparación y la simbolización ante situaciones de fragmentación, aislamiento, opresión y violencias cotidianas. Es un hacer y deshacer como actores protagonistas en el escenario de la vida cotidiana. Esta construcción social se desarrolla junto con un proyecto colectivo en el que cada quien pueda inscribirse y realizarse de forma personal (Quiroga, 2012).

La emergencia de las crisis sociales vividas por estas mujeres, ha posibilitado la oportunidad de otorgarle a sus vidas un sentido de trascendencia, así como de dejar en el mundo algo de lo propio. Con su accionar han prevenido fragmentaciones del yo, combatiendo en conjunto el horizonte que las amenazaba con una actitud de interrogación y reflexión crítica, apropiándose de la realidad, movilizándolo su accionar en conjunto para modificarla y creando espacios de encuentro y creatividad comunitaria que respondían a sus necesidades.

B: *“A mí la lucha me dio esas ganas de vivir... al principio me quería llevar a casa a la gente (jóvenes con consumo) pero me dijeron que no, que era mejor ir a la plaza con las otras madres” (...) “Ayudar a otras mamás me enseñó a aprender a seguir viviendo”*

Para Pichon-Rivière (1972) “la necesidad, que compromete al sujeto como totalidad, aparece como la condición interna del desarrollo de la vida psíquica, condición interna de la dialéctica, de la contradicción no polar entre sujeto y naturaleza, entre sujeto y mundo externo. Es en este proceso dialéctico, en esta contradicción en la que el sujeto es producido” (p. 3). La hipótesis que marca el punto de partida es la existencia de una relación dialéctica entre el sujeto y el mundo. El motor de esa relación es la necesidad, a partir de lo cual el hombre es entendido como una construcción histórico-social resultante de una praxis (P. de Quiroga, 1989). El sujeto, por lo tanto, es a la vez productor y producido en una relación dialéctica con el mundo donde construye, deconstruye y reconstruye su mundo interno y externo en contacto con su contexto (Pichon-Rivière y Quiroga, 1972).

Desde esta perspectiva, estos mismos autores entienden la salud del sujeto como una “adaptación activa a la realidad”, esta dialéctica provocaría la transformación del sujeto que, modificando el medio, se transformaría a sí mismo en una espiral, abriendo y flexibilizando estructuras rígidas y estereotipadas, facilitando así procesos de salud desde lo común (Pichon-Rivière, 1981).

Grupo sostén del psiquismo.

Pichon-Rivière define al grupo como “un conjunto restringido de personas que ligadas por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna se propone, en forma explícita o implícita, una tarea que constituye su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles”.

La tarea explícita del grupo de familias en acción estaba relacionada con acciones colectivas que buscaban la recuperación de los jóvenes con problemas de consumo en su barrio u otras acciones y actividades con tareas distintas relacionadas con la salud, la nutrición, la resolución de necesidades, el mejoramiento barrial y la proyección a futuro de las personas en su comunidad.

La tarea implícita del grupo tenía que ver con la contención que sus componentes necesitaban y con la posibilidad de tener un espacio de sostén para ellas, ya que como madres y como mujeres de sectores populares, dedicaban su vida al cuidado de los demás, careciendo muchas veces de un lugar de sostén para ellas. La mayoría de estas madres tenían a sus hijos con problemas de consumo y, muchas veces, se hacían cargo también de los problemas de alcoholismo de sus maridos, del cuidado de sus nietos, de las tareas del hogar y de las labores comunitarias dedicadas al cuidado. Otra tarea implícita que se desarrollaba era la socialización de la maternidad, puesto que entre ellas también se ayudaban en la crianza de sus hijas/os y en la resolución con otras madres de las dificultades y de las contradicciones que se iban encontrando en esta tarea.

Los espacios grupales que conformaban, funcionaban como espacios para ellas, para su descarga y sostén. Por lo que estos espacios cumplían con esa doble función explícita: la de la organización ‘hacia el afuera grupal’ en la lucha por mejorar esas condiciones en su comunidad y el ‘hacia adentro’ con la contención y el sostén que entre ellas se brindan, factor indispensable para poder fortalecerse entre ellas, continuar con la tarea explicitada del grupo y con “la lucha” (como ellas muchas veces la significaban).

El grupo hace la función de sostén o función materna, en la que actúa como espacio simbólico y social donde el sujeto se reconoce a sí mismo de una forma integrada, ante la posible amenaza de desintegración que se vive, especialmente en las situaciones de crisis. Los distintos grupos en los que ellas desarrollaban su día a día, funcionaban como sostén

psíquico y espacio en el que depositar formas primitivas de la personalidad que acarrear temores y vulnerabilidades. De ahí que el grupo posibilite que los sujetos que interactúan puedan tener procesos internos más evolucionados y complejos, siendo éste un espacio de intercambio simbólico de las fantasías y ansiedades donde se despliega la ilusión de la completud y de la indiscriminación con el otro.

M: *“C tiene miedo a las reuniones... eso le pasa” (...) “¿y qué vamos a hacer con el miedo?”*

R: *“Para eso estamos nosotras, para enfrentar el miedo”*

La temática del grupo nos devuelve necesariamente a la problemática del sujeto siendo muchas veces esta temática, la cantidad de responsabilidades de cuidado hacia otras personas que estas mujeres tenían, ello nos remite a las problemáticas como mujeres en situación de pobreza, doblemente oprimidas por su condición de género y clase.

C: *“No puedo más, el cuerpo a veces no me alcanza para todo, no tengo ayuda, estoy sola haciéndome cargo de todos ellos”.*

De hecho, en el ámbito grupal se reproduce la vida cotidiana. Las vicisitudes y crisis de esa cotidianidad, determinan las formas de encontrarse e interactuar con el otro, así como de significar la situación grupal y de relacionarse con el objeto de conocimiento. En el ámbito grupal que compartían, esto se manifiesta en la dificultad de que todas las integrantes pudieran sostener el espacio cada martes, puesto que se encontraban con una sobrecarga de tareas que las impedía, en muchas ocasiones, hacerse cargo de espacios que ellas significaban como lugares “para fortalecerse ellas”, considerando así al espacio grupal.

En estos encuentros, sucedían también, posibilidades de vincularse en una mutua interrelación con otras, con procesos de comunicación y aprendizaje a partir de las propias experiencias y saberes que se compartían en relación a las adicciones, la crianza de sus hijas/os, en su posición como madres, en relación a sus maridos y a la violencia que muchas de ellas sufrían, etc.

La tensión interna manifestada como una necesidad, posibilita una serie de operaciones materiales y simbólicas que, a través de la conducta, determinan una acción que promueve la satisfacción de dicha necesidad. Esta acción transforma el contexto y a la persona que la lleva a cabo de forma que se da un aprendizaje. Ocurre entonces en el grupo, una doble función instituyente: del grupo en el sujeto y del sujeto en el grupo, posibilitando que de la confrontación entre lo intrasubjetivo y lo intersubjetivo resulte una dialéctica abierta de trayectoria espiralada, evitando el circuito cerrado y estereotipado. Es en esta resultante de la interacción interna y externa que se situará el grupo como un espacio común de salud (Pichon-Rivière, 1985).

En este proceso de interacción e internalización mutua es en el que emerge la concepción de un “nosotras”, donde la experiencia grupal se convierte en pertenencia, proceso en el que se internalizan a las otras participantes permitiendo una identidad grupal e individual. La realización de la tarea grupal, por lo tanto, exige que las/os integrantes reconozcan esas necesidades y objetivos como comunes. Es decir que el otro aparezca intrincado en su propia necesidad, compartiéndola o desde necesidades complementarias.

Salud colectiva y saberes profanos. El saber de lo cotidiano, los cuidados y el reconocimiento social de la tarea.

La salud colectiva nace de una necesidad de pensar al sujeto, no como objeto de intervenciones y saberes técnicos y científicos, sino como sujeto activo y constructor de procesos terapéuticos tanto individuales como colectivos. La idea de lo común resulta de la elaboración entre y desde todas/os, reconociendo que la salud no sólo se construye entre batas blancas y laboratorios científicos, sino que todas las personas somos también capaces de producir salud, especialmente si es con otras personas. La salud también puede ser elaborada por fuera de lo técnico y profesional, siendo las personas capaces tanto de producir salud desde lo común, como de construir espacios con efectos terapéuticos. Como dice Martínez (1998), el conocimiento en el campo de la salud mental ha estado históricamente centrado en los saberes expertos que han construido un soliloquio vertical, dejando a un lado la producción de conocimiento respecto a la experiencia subjetivada y negando otros lugares de enunciación en salud: la articulada desde los propios sujetos. Así, las personas mantienen y ponen en práctica un conocimiento activo que produce resultados en el plano de la efectividad.

Las acciones y violencias simbólicas que se ejercen sobre las mujeres y los sujetos “pobres” o “vulnerables”, no tienen que ver con una operación de violencia explícita, sino con un tipo de coacción sutil en el plano de las relaciones cotidianas por parte de profesionales técnicos que intervienen bajo un supuesto saber que ellas no tienen, políticos que tan solo acuden a los barrios en periodos pre electorales, medios de comunicación que cultivan el estigma y, como consecuencia de ello también, ciertos sectores de la sociedad.

Estas mujeres, a partir de su entorno local y cotidiano -que es donde tenían más posibilidades de construir acción participativa- intentaron subvertir estas violencias llegando a establecer relaciones de fuerza y presión con los poderes públicos, haciendo valer su saber experiencial ante profesionales, impugnando políticas públicas y decisiones, resistiendo, negociando y ejerciendo influencias. Aprendieron a hacer política local, a la vez que adquirirían autoestima personal, habilidades de ciudadanía, prestigio y reconocimiento social.

Teniendo en cuenta las múltiples violencias en las que vivían inmersas, podemos valorar y entender los procesos de transformación subjetiva apreciados en estos espacios de fortalecimiento colectivo, así como considerarlos parte indispensable en la construcción de salud en común, permitiendo su salida de la exclusividad de los territorios invisibles del ámbito doméstico a lugares de prestigio social:

E: *“Para mí, un orgullo... yo me siento orgullosa... orgullosa por lo que he brindado y lo que me han brindado porque lo poco que me han brindado yo lo brinde y lo poco que yo he tenido, lo brindé también... porque brinde no solamente cosas materiales, brinde cariño... porque no es solamente brindá’ materiales, brinde cariño, afecto... y recibí también muchas cosas de otras personas digamo’...brindé afecto que por ahí sí recuerdan lo que yo hice... entonces yo me siento orgullosa porque me dicen: ‘¿vo’ te acordá’? De cuando vó hacia tal cosa, ¿te acordá cuando vó cocinaba así?’*

(...)

R: *“yo salgo y me saludan todos”*

En los espacios construidos por estas mujeres, se ponía en práctica un conocimiento activo que producía resultados efectivos y saberes propios desde sus experiencias cotidianas, desde donde pensaban los problemas y las alternativas a estos problemas en común, generando prácticas e ideando procesos de cambio personales y colectivos.

En los grupos construían aprendizajes y articulaban un saber propio que se colectivizaba, como dice Martín Correa-Urquiza (2014) “los saberes profanos son en relación a un sentido particular de aquel que lo enuncia, un sentido que se manifiesta por un lado en lo relativo a los procesos simbólicos de elaboración y/o interpretación de los acontecimientos que lo rodean y, por otro, en los aspectos prácticos/específicos en los que el sujeto toma decisiones y actúa en relación a lo que cree/sabe/piensa conveniente para su mejor/estar” (p. 86). Estos, son saberes que han existido siempre, tanto en la reflexión teórica como en la experiencia de la práctica, al mismo tiempo son saberes que no se constituyen como certezas impuestas sobre otras, sino que surgen a la hora de superar dificultades y articular capacidades y herramientas que posibiliten sobrellevar la situación. Estas prácticas conjugan conocimientos experienciales que conforman estos saberes.

R: *“En el grupo se identificaba con lo mismo que decían las otras, me ayudo a sacar, me aliviaba... Me daba cuenta de que me hacía bien, se ordenaban muchas cosas desde que empecé a ir. Aprendí a poner límites a mis hijas, enseñar lo que aprendía en el grupo a otras madres” (...)* *“El grupo me ha ayudado a acompañar a otras personas. He aprendido a ayuda, a dar respuesta a otras”.*

Los procesos de aprendizaje de las mujeres que participaban en el barrio de El Sifón, se elaboraban en conjunto, poniendo en valor los saberes profanos y haciendo conscientes las múltiples opresiones bajo las que se encontraban, ello posibilitaba la conciencia y, a veces, la ruptura con algunos vínculos de dominación que las sometían, generando así fortalecimiento subjetivo en colectivo. También aprendían a acompañarse entre ellas, a prestar sostén a otras madres que lo necesitaban, a transmitirse información útil sobre la problemática de desnutrición o de adicción de sus hijas/os, etc.

Desde esta concepción, entendemos la salud no solo como un proceso intrapsíquico sino como un proceso abierto que se construye de vínculos interpersonales y relaciones sociales, para lo cual es preciso repolitizar los problemas de salud y colectivizar el sufrimiento tal y como hacen las mujeres protagonistas de esta tesis.

Las mujeres que forman parte de este estudio, así como las comunidades que habitan las villas, han recibido constantes discursos desvalorizantes desde los sectores hegemónicos, con los consecuentes efectos devastadores que la estigmatización acarrea. Pero tan importante es lo que se dice como lo que se oculta en el discurso dominante, siendo el silencio deslegitimador de la posibilidad de otros discursos alternativos. Lo que no aparece y lo que no se dice, no existe. De ahí la importancia de la labor que las mujeres en cuestión realizaron a la hora de reivindicar y alzar la voz para poder introducir su verdad y ser así reconocidas y legitimadas. Esta acción se producía saliendo del lugar nombrado por los otros, para alzar la propia voz y visibilizar lo que ocurre en la cotidianeidad de las villas miserias donde desarrollan sus vidas y sus quehaceres diarios. Ellas hablaban y denunciaban la falta de derechos a las que son sometidas las personas que allí viven, buscando respuestas que parten desde abajo, desde lo personal, desde la ayuda mutua y desde lo autogestionado hasta llenar las calles con un solo grito, generando comunidad y rearmando tejido social.

Es esta capacidad la que ha de ser reconocida desde los lugares de saber-poder profesionales, para poder actuar en función de estas premisas y combinar estas narrativas con las que emanan del mundo académico. Esta capacidad no solo habla de ofrecer resistencia por parte de las clases oprimidas, sino también de cómo estas pueden orientarse hacia acciones no conformistas e incluso transformadoras desde la unidad más mínima de la experiencia vital tomada en la vida cotidiana.

Por lo que, estas mujeres ponían en el centro de sus comunidades (entre otras cuestiones), un mecanismo de cuidados colectivos, al mismo tiempo que desarrollaban formas de cuidado entre ellas y hacia el resto de la comunidad, interpelando a la política institucional.

Entendiendo al grupo como espacio privilegiado para construir esta salud en colectivo, las mujeres que han colaborado en este trabajo, aparte de colectivizar los cuidados, legitimaban

un espacio semanal de construcción e intercambio de estos saberes profanos que, como diría Freire (1970) se producen, sobre todo, porque es el resultado de una elaboración compartida que tiene lugar en la comunidad, generada desde la misma instancia de grupo que forman los participantes en su hacer cotidiano. El saber es producto de lo que cada una de estas mujeres trae en su mochila de conocimiento a través de las experiencias vividas como madres, como mujeres y como habitantes de una villa miseria y de la producción de significaciones compartidas que se dan en cada encuentro grupal. Cada reunión grupal es un espacio para compartir reflexiones, malestares y hablar sobre todo aquello que generalmente no hablan o no pueden hablar.

Salud, participación y reparación de la historia personal.

Desde el psicoanálisis el concepto de reparación introducido por M. Klein (1937) nos habla de un mecanismo intrapsíquico del sujeto en relación a sus objetos internos. Utilizo este concepto para dar explicación al proceso de salud que realizaron estas mujeres en lo simbólico a la hora de generar acciones hacia otras/os hijas/os, así como también en cuanto a la lucha por la justicia social en la prevención de que estas/os futuras/os hijas/os de su comunidad se viesan dañadas/os como lo han sido las/os propias/os. También se observa esta reparación personal en relación a las opresiones y violencias vividas por otras mujeres de sus comunidades.

Cuando se habla de reparación se asume que algo tuvo que romperse, destruirse, perderse o dañarse, etimológicamente “reparar” deriva del latín “reparare” y significa “disponer de nuevo”. Las mujeres que ha colaborado en este trabajo, colectivizaron el sufrimiento individual como madres ante las problemáticas de desnutrición, adicciones y falta de proyecto de futuro de sus hijas/os, así como también como mujeres ante la violencia machista vivida en sus hogares. Estas vivencias tenían repercusión en ellas a modo de daño psíquico, siendo en la elaboración conjunta y en el pasaje de lo privado a lo público, lo que permitió restituir algo de la trama que las lastimo.

La participación y la lucha por la justicia social actúa aquí como acto reparador en sí mismo, un hecho que, aunque nunca las devuelve al estado previo, si ayuda a generar un orden distinto, provocando cambios en el contexto social que favorecen el reordenamiento psíquico de aquello que las sucedió. Esta posibilidad de reestablecer algo de lo dañado por las condiciones propias del orden social, es lo que facilita el inicio de una reparación y un reposicionamiento subjetivo, permitiéndolas disponer de una existencia más digna.

La reparación es simbólica porque no se recupera lo que se ha perdido sino lo que representa. No se puede reparar todo el daño sufrido, pero sí se puede reconstruir otra cosa, algo diferente y novedoso (Laplanche, 1984). La reparación, por lo tanto, es simbólica y

subjetiva puesto que es un proceso íntimo y singular, donde la propia persona lo resignifica y lo transforma (Dayeh, 2004).

La reparación también ocurre por medio del diálogo que establecían con algunos sectores de la sociedad a través de charlas en universidades, mesas de reuniones con políticos, con profesionales, medios de comunicación etc. en las que utilizaban el lenguaje como forma de comunicación hacia una sociedad, esperando que existiera un otro que escuche y de sentido a las palabras para que fuera así su dolor reconocido.

Para finalizar este trabajo apelo de nuevo al concepto de “la rebeldía como medicina” donde el sufrimiento se colectiviza y, compartiendo las impresiones de Segura (2018) en relación a que la rebeldía, articulada de forma colectiva frente a las condiciones de vida que exponen a riesgos para la salud, es la mejor medicina.

Como dice B: *“A mí la lucha me dio esas ganas de vivir...”*



BIBLIOGRAFÍA

- Burin, M. y col. (1987): Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental. Buenos Aires. Grupo Editor Latinoamericano.
- Correa-Urquiza, M. (2006). "La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales". Revista Quedaderns nro 22. Barcelona, Ed UOC-ICA.
- Correa-Urquiza, M. (2009). "La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros territorios para la locura". Tesis doctoral. URV. Tarragona.
- Correa-Urquiza, M. "La irrupción posible del saber profano. Hacia una construcción colectiva del conocimiento en salud mental".
- Correa-Urquiza, M. "Salud Mental Colectiva I". Posgrado salud mental colectiva (UOC/URV).
- Segura del Pozo, Javier. (2018) "Comunitaria". Ediciones "Salud Pública y otras dudas".
- Quiroga, A. (1999) "Enfoques y perspectivas en psicología social". Ed. Cinco. Argentina.
- Quiroga, A. (2000) "Aprendizaje y vinculo". Ediciones cinco. Buenos Aires. Argentina.
- Freire, P (1994) "Educación y participación comunitaria". Editorial Paidós. Barcelona.
- Pichon-Rivière, E. (1981). El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (I). Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Romero B. (2012) "La salud mental como construcción colectiva". Ediciones cinco. Buenos Aires, Argentina.
- Pichon-Rivière, E.; Quiroga, A (2012). "Psicología de la vida cotidiana". Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina.
- Racedo, J. (2000). "Crítica de la vida cotidiana en comunidades campesinas". Ediciones cinco. Buenos Aires, Argentina.
- Quiroga, Ana P. "Salud mental y derechos humanos". Intervención en la mesa realizada en la facultad de psicología de la Universidad de Buenos Aires el día 8 de octubre 1984. Publicado en Temas de Psicología social, nº7, 1985.
- Quiroga, Ana P. (2011) "Los criterios de salud desde la psicología social pichoniana". Maestría en psicología social. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Tucumán.
- De Quiroga, Ana P. "Crisis, procesos sociales, sujeto y grupo. Desarrollos a partir del pensamiento de Enrique Pichon-Rivière". Ediciones Cinco. Buenos Aires, 2005.
- Heller, Agnes (1987). "La estructura de la vida cotidiana" en Sociología de la vida cotidiana. Barcelona: Ediciones Península.
- Echevarría, C.; Bard Wigdir, G. (2013). "Frente a la crisis neoliberal, las mujeres se organizan: la experiencia de participación comunitaria de las mujeres de sectores populares en la Argentina". Centro de investigación y Estudios sobre la Cultura y la Sociedad (CIECS/CONICET-UNC). Argentina.
- Massolo, A. "Los medios y los modos. Participación política y acción colectiva de las mujeres". Ed: El Colegio de México.
- Rosenzvaig, Eduardo (1987) Historia Social de Tucumán y del Azúcar, Tomo II Universidad Nacional de Tucumán, Tucumán.

- Juliano, Dolores (2017). "Tomar la palabra. Mujeres, discursos y silencios." Edicions Bellaterra, S.L, 2017. Barcelona. España
- Falú, Ana y Rainero, Liliana (1995). "Habitat urbano y políticas públicas. Una perspectiva de género". Universidad de Córdoba. Argentina.
- Falú, Ana (sf). "La ciudad y las mujeres" en Mujeres en la ciudad. De violencias y derechos. UNIFEM. Ecuador.
- Massolo, Alejandra. (1994) "Introducción política y mujeres: una peculiar relación". Los medios y los modos. Participación política y acción colectiva de las mujeres. Ed. El colegio de México. México.
- Massolo, Alejandra (1999). "Las Mujeres y el Hábitat Popular: ¿cooperación para la sobrevivencia o para el desarrollo?". Anuario de hojas de Warmi, 1999, Núm. 10, p. 79-89,
- Mansilla, Sandra Liliana (1993-94). "Del conventillo a la villa de emergencia: segregación residencial y migraciones intraurbanas en San Miguel de Tucumán". Revista de Geografía. Vols XXVII-XXVIII. 73-81.
- Sosa, Claudia Inés; Molina, Karina Beatriz (2006) "Mujeres pobres: representaciones en torno a la pobreza". Novum. Revista de Ciencias Sociales Aplicadas; No 31. Universidad Nacional de Colombia.
- Bethsabé, Andía Pérez (2007). "Lo personal es político. Una lectura de lo público y lo privado". Boletín Generando del Instituto Runa de Desarrollo y Estudios de Género. Año 1. Nº 10. Lima noviembre 2007.
- Echavarría, Corina y Wigdor Bard, Gabriela. (2013). "Frente a la crisis neoliberal, las mujeres se organizan: la experiencia de participación comunitaria de las mujeres de sectores populares en la Argentina". Nomadías; Nº17; 89-107.
- Guilis, Graciela y Equipo de Salud Mental del CELS, (2012). "El concepto de reparación simbólica". Instituto Latinoamericano de Derechos Humanos. Argentina.
- Morales Avalos, Ignacia (2012). "Aproximación al a reparación desde la psicología". Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos Dr. Fernando Ulloa, dependiente de la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Argentina.
- Córdova Valladares, Andrea (2014). "Reparación y su relación con el cambio psíquico en la obra de Melanie Klein". Tesis para optar al Grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos. Santiago de Chile.