

ESTUDIOS SOCIALES DE LA SALUD

*Experiencias sobre desarrollos
teórico-metodológicos
en investigación*

**María Laura Rodríguez
Lila Aizenberg
Natalia Tumas
COORDINADORAS**

COLECCIÓN PRISMAS


ediciones
CIECS

ESTUDIOS SOCIALES DE LA SALUD

Experiencias sobre desarrollos
teórico-metodológicos en investigación

Estudios sociales de la salud : experiencias sobre desarrollos teórico-metodológicos en investigación / María Laura Rodríguez ... [et al.]. - 1a ed - Córdoba : Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad, 2021.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-47661-5-1

1. Salud. 2. Historiografía. 3. Perspectiva de Género. I. Rodríguez, María Laura
CDD 305.4

Ediciones CIECS | Colección Prismas

Título

Estudios sociales de la salud
Experiencias sobre desarrollos teórico-metodológicos en investigación

Coordinadoras

María Laura Rodríguez; Lila Aizenberg y Natalia Tumas

Autores

Adrián Carbonetti, María Dolores Rivero, Julieta Lucero Neirotti,
Laura Natalia Vanadia, Francisco Fantini, María Laura Rodríguez,
Lorena Saletti-Cuesta, María Cecilia Johnson, Lila Aizenberg, Silvina Berra,
Emilse Degoy, Luisina Rivadero, Natalia Tumas

Hecho el depósito que indica la ley 11.273.

Este libro, perteneciente a la colección Prismas de Ediciones CIECS,
ha sido sometido a un proceso de evaluación por parte del Comité Editorial
y de evaluadores anónimos.

Bajo Licencia Creative Commons Atribución - No Comercial - Sin Derivadas 3.0



AUTORIDADES

CONSEJO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS

Presidenta

Dra. Ana María Franchi

Vicepresidente de Asuntos Científicos

Dr. Mario Martín Pecheny

Vicepresidente de Asuntos Tecnológicos

Dr. Roberto Daniel Rivarola

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

Rector

Dr. Hugo Oscar Juri

Vicerrector

Dr. Ramón Pedro Yanzi Ferreira

CENTRO CIENTÍFICO TECNOLÓGICO CONICET CÓRDOBA

Directora

Dra. María Angélica Perillo

Vicedirector

Dr. Adrián Carbonetti

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES. UNC

Decana

Mgter. María Inés Peralta

Vicedecana

Mgter. Jacinta Buriyovich

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS SOBRE CULTURA Y SOCIEDAD (CONICET Y UNC)

Director

Dr. Adrián Carbonetti

Vicedirector

Dr. Luis Alberto Tognetti

ÍNDICE

Introducción / 9

HISTORIA SOCIAL DE LA SALUD, ENFERMEDAD Y PRÁCTICAS DEL CURAR

Epidemia, estadística, periódicos y documentos.

Estudiar una enfermedad olvidada: la gripe española de 1918-1919

Adrián Carbonetti / 21

Una historia en imágenes: de objetos de estudio,
andamiajes teóricos y metodologías

María Dolores Rivero / 41

Lo mental como objeto de estudio: mis anudamientos
desde el psicoanálisis, la historia y el género

Julieta Lucero Neirotti / 55

Las escenas de curación en prácticas *psi*: trayectorias personales
e itinerarios de atención en salud mental

Laura Natalia Vanadia / 67

Experiencias subjetivas y construcción de un objeto de estudio:
itinerarios terapéuticos y representaciones sociales sobre el cáncer

Francisco Fantini / 89

GÉNERO Y SALUD

Deshilando entre Género e Historia: experiencias personales desde
la Historia Social de la salud y la enfermedad, Córdoba, Argentina

María Laura Rodríguez / 111

Lo académico es también personal: recorridos en el estudio
de las desigualdades de género y salud

Lorena Saletti-Cuesta / 139

Recorridos de una tesis feminista sobre reproducción asistida

María Cecilia Johnson / 157

(Auto) reflexiones en torno a la construcción
de una agenda de investigación en salud y género

Lila Aizenberg / 171

EPIDEMIOLOGIA SOCIAL

Miradas y desafíos de la investigación epidemiológica
en salud en la niñez y la adolescencia

Silvina Berra / 183

Salud y desempeño académico: tramas en el estudio de su relación

Emilse Degoy / 205

Devenir plurales: la comunicación en la práctica
investigativa interdisciplinaria

Luisina Rivadero / 221

Intersecciones entre las ciencias sociales y de la salud:
experiencias en la construcción de un objeto de estudio

Natalia Tumas / 235

Datos de los autores / 249

Introducción

Promediando julio de 2020, cualquier búsqueda de poner en valor las contribuciones de las humanidades y las ciencias sociales al estudio de la salud, la enfermedad y las prácticas curativas se halla atravesada por la urgencia y el miedo que acompaña el desarrollo de la pandemia de coronavirus. De hecho, la crisis actual viene requiriendo cada vez con mayor premura de abordajes que contribuyan a generar conocimientos sobre variadas temáticas clave, como el rol del Estado durante la pandemia y la pospandemia, la agudización de las desigualdades sociales en este escenario o sobre prácticas de cuidado y relaciones de género. Claro que, aunque nuestro campo de estudio cobre especial visibilidad y relevancia en los tiempos que corren, sus aportes no se agotan en la coyuntura actual, remitiendo a procesos de larga duración, generando una multiplicidad de contribuciones en el análisis crítico de las dinámicas de salud y la enfermedad, mirando tanto las sociedades del pasado como la realidad contemporánea.

Este libro retoma esta diversidad temática y de enfoques para plantear que esta compleja agenda aborda las enfermedades y “lo médico” como fenómenos socialmente construidos que trascienden los límites biológicos. Según mostramos, desde allí enhebramos un conjunto de investigaciones y propuestas de indagación que van desde el estudio del pasado de las enfermedades endémicas, epidémicas y crónicas, que se desarrollaron entre el siglo XIX y mediados del XX, hasta el abordaje de las desigualdades sociales en salud-enfermedad-atención desde diversos enfoques teóricos y metodológicos. A partir de reconocer esta matriz común, presentamos una compilación que puede leerse como una iniciativa colectiva que ha interpelado a un conjunto de docentes universitarios e investigadores, reunidos desde hace algunos años en el

marco del Programa “Salud, enfermedad y prácticas de curar” del *Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad*. Desde ese marco institucional, la organización y concreción del VIII Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad en Argentina y América Latina, durante octubre de 2018, nos alertó sobre la necesidad de organizar nuestra producción a los fines de sistematizar el trabajo desarrollado, dando a conocer las temáticas y dinámicas que vienen marcando la expansión y creciente renovación teórico metodológica del campo. En efecto, hemos pensado esta compilación como una posibilidad de brindar algún tipo de orientación a quienes por una u otra razón pudieran estar interpelados por los estudios sociales de la salud y la enfermedad, especialmente en lo que refiere a la interpretación de la realidad pasada y presente de Argentina en general y de Córdoba en particular. Para ello, hemos buscado reconstruir algunas aristas presentes en los procesos de investigación que han marcado y aún siguen marcando nuestras carreras. No obstante, el lector/a no debería esperar ni un compendio de consejos ni una serie de reflexiones prácticas pensadas para “todo terreno”. En cambio, cada uno de los trabajos aquí presentados, recuperó experiencias personales, cada una de ellas proyectadas tanto como un constructo estratégico para dar a conocer problemas y alternativas que enfrentamos en variadas instancias de nuestras investigaciones como para compartir itinerarios que revelan asuntos tan subjetivos como las motivaciones, hasta elementos más mensurables, ligados a herramientas teórico metodológicas o estados de la cuestión en constante renovación.

El libro está dividido en 13 capítulos organizados por áreas disciplinares, que recorren distintos dominios teórico metodológicos. La primera sección se introduce en los aportes de la Historia con el trabajo “Epidemia, estadística, periódicos y documentos. Estudiar una enfermedad olvidada: la gripe española de 1918-1919”. Adrián Carbonetti tensiona el

contexto de la pandemia actual para describir la prolífera temática de investigación que él ha desarrollado durante toda una década alrededor de la “gripe española” en la Argentina, entre 1918 y 1919. Este texto, ágil y de fácil lectura, pone en perspectiva insumos teóricos y metodológicos clave en el estudio de esa “pandemia olvidada”, describiendo un recorrido que va desde su abordaje de las estadísticas y los periódicos hasta problematizaciones que interrogan las condiciones de vida de la población, el comportamiento de la gripe en cada una de las provincias argentinas y las formas y estrategias con las que los actores y las políticas estatales reaccionaron.

Como lo venimos planteando, desde hace unos años los enfoques teóricos y metodológicos de nuestro campo se hallan en renovación y por supuesto la agenda historiográfica no constituye una excepción en ese sentido. De hecho, en el segundo capítulo, “Una historia en imágenes: de objetos de estudio, andamiajes teóricos y metodologías”, María Dolores Rivero parte de situarse en ese horizonte para emprender una puesta en perspectiva de lo que ella misma llama su “cocina de la Historia”. Pensando en estos términos, la autora ofrece un recorrido por sus primeros pasos en la investigación, compartiendo cómo se acercó al campo de la historia de la salud y de la ciencia a partir de un caso de estudio concreto, poniendo en consideración sus elecciones y estrategias para la construcción de su objeto de indagación. Sin duda, su narración de algunas experiencias autobiográficas, que conectan y a la vez distinguen su trabajo final de Licenciatura y su tesis de Doctorado en Historia, interpelan de una manera particular, puesto que sus aportes en el estudio de las publicidades de medicamentos e insumos médicos fue una empresa prácticamente sin antecedentes en la historiografía local especializada. Además, aunque su apuesta remite a la exploración de variables fundamentales del oficio, también deja a la vista una problemática

aun por profundizar en relación con las etapas y las complejidades que su trabajo identificó y que ahora se cuecen por el lado del estudio de las ofertas y prácticas del curar en los márgenes y fronteras de la biomedicina de fines del siglo XIX y primera mitad del XX.

Luego, en el capítulo 3, Julieta Lucero Neirotti propone un primer acercamiento entre los lindes de la historiografía y los estudios de género a partir del texto “*Lo mental* como objeto de estudio: mis anudamientos desde el psicoanálisis, la historia y el género”. Psicóloga de profesión y actualmente doctoranda en Ciencias de la Salud, su trabajo explora sus movimientos desde unos cuestionamientos nacidos del psicoanálisis a su posterior avance hacia las ciencias sociales. De manera particular, ella reflexiona sobre ciertos avatares que vienen definiendo su investigación doctoral aún en curso. Su punto fuerte se halla cuando comienza a describir su experiencia –la primera en su trayectoria personal– en la selección y análisis de fuentes históricas primarias. En efecto, este proceso le permitió acercarse al mundo de los trastornos mentales feminizados incorporando interrogantes soslayados hasta el momento. Asimismo, estas operaciones fueron acompañadas por nuevas lecturas y perspectivas teóricas desde donde comenzar a reenfocar el estudio de la psiquiatría cordobesa entre fines del siglo XIX y comienzos de XX.

Por su parte, los capítulos 4 y 5 desarrollan una original articulación entre pasado y presente favoreciendo un encuentro entre la Historia y la Sociología para rastrear lógicas de larga duración en la lectura de las prácticas de atención y también en los itinerarios terapéuticos. En el primer caso, Laura Natalia Vanadia, con su trabajo titulado “Las escenas de curación en prácticas *psi*: trayectorias personales e itinerarios de atención en salud mental”, pone bajo análisis distintos retratos de *escenas de curación*, puntualizando que estas elaboraciones, características del período fundacional de la psiquiatría, si bien tienen un valor heurístico

atado a aquella etapa inaugural, sus lógicas perduran hasta el presente representando imaginarios de medicalización de la locura y situaciones de asistencia terapéutica. En ese sentido, aborda dicho universo procurando analizar ciertos elementos del fondo de las escenas de curación para interpretar desde allí diferentes elementos que aparecerían involucrados en los recorridos subjetivos de los profesionales *psi* y los pacientes, ambos actores protagónicos en esas producciones: para el primer caso, se interroga alrededor de aspectos inherentes a la filiación y el rol profesional; en cuanto a los pacientes, indaga cómo las condiciones de su mundo de vida participarían en sus trayectorias de salud. Así, la particularidad de su envite analítico reside en proponer un recorrido por los principales resultados de su propia trayectoria en investigación y sus propias experiencias como especialista en el campo profesional de la atención de las patologías mentales.

En el segundo caso, “Experiencias subjetivas y construcción de un objeto de estudio: itinerarios terapéuticos y representaciones sociales sobre el cáncer”, Francisco Fantini retoma algunos renglones centrales de su tesis de Maestría en Sociología, ingresando en el análisis de los itinerarios y trayectorias de atención de pacientes oncológicos para abordar la utilización de una pluralidad de formas de alivio de sus malestares. Resulta sumamente interesante cómo pone en perspectiva estos procesos, rastreando algunas dinámicas históricas asociadas con los debates médicos en torno a los diagnósticos y terapéuticas sobre el cáncer o la creación de instituciones para investigar y combatir la dolencia. En esta línea, profundiza algunas lecturas sobre ciertos avatares en la medicalización que modelan creencias y prácticas saturando de significados el mundo de la enfermedad y la salud, fenómenos con intensidades variables a lo largo del tiempo y por supuesto con una penetración despareja en la trama social urbana. Uno de los aportes más interesantes de este

trabajo se vincula con ofrecernos la posibilidad de asociar los ritmos y rasgos del proceso de medicalización con las distintas representaciones sociales que construyen los pacientes oncológicos de la ciudad de Córdoba respecto del cáncer y sus modos de atención como parte de una adopción crítica del modelo biomédico dominante.

En el capítulo 6, “Deshilando entre Género e Historia: experiencias personales desde la Historia Social de la salud y la enfermedad, Córdoba, Argentina”, María Laura Rodríguez pone su atención en una suerte de microhistoria dirigida a recorrer los encuentros y desencuentros entre la Historia y el género. En líneas generales su contribución se divide en dos grandes bloques. Por un lado, retoma los años de su formación de grado interrogando el proceso de inclusión de las perspectivas teóricas feministas en la Escuela de Historia de la Universidad Nacional de Córdoba desde los años 1960 hasta la actualidad; para ello recupera documentación académica pertinente, cuyo análisis completa con entrevistas a actores clave. Por otro, realiza un recorrido a través de su trayectoria y mostrando cómo el género devino un elemento constitutivo para abordar la historia de las profesiones en salud, la medicalización y la ciencia médica.

A decir verdad, en distintos lugares de nuestro libro es posible encontrar insumos para reflexionar sobre la imperiosa necesidad de emprender un trabajo personal y académico que habilite una subjetividad capaz de oponerse a las jerarquías de género. No obstante, serán los capítulos 7, 8 y 9 los que acrediten con más solidez este tipo de aportes, enfatizando que los estudios de género y salud han permitido el desarrollo de todo un movimiento de fortalecimiento de los derechos de la mujer y de enfermos, contribuyendo a interrogar las desigualdades en la relación médico/a paciente, en cuanto a los desarrollo de los saberes y tecnologías médicas o los esquivos derechos reproductivos.

En esa sección se cuentan los trabajos de Lorena Saletti-Cuesta, “Lo académico es también personal: recorridos en el estudio de las desigualdades de género y salud”, donde analiza su recorrido profesional y académico en el campo de los estudios feministas y de la salud pública. A través de su devenir biográfico, ella posiciona a la ciencia como una práctica social, situada donde converge lo personal (y político) y lo social. En su escrito, también remarca la importancia de reconocer los ejes de la desigualdad social en la construcción del conocimiento científico y en su propio rol como investigadora, y posiciona al feminismo como una práctica clave para poner de manifiesto y transformar las distintas prácticas de poder que la profesión conlleva.

En segundo lugar, en “Recorridos de una tesis feminista sobre reproducción asistida”, María Cecilia Johnson aborda el proceso subjetivo que implicó el diseño metodológico del desarrollo de su tesis doctoral en estudios de género sobre experiencias de mujeres usuarias de técnicas de reproducción humana asistida. Su escrito recorre las motivaciones académicas que la llevaron a elegir su tema y a situarse dentro de determinadas teorías y anclajes metodológicos. Con ello, busca dejar explicitada su propia historia personal como un elemento subjetivo que, como ella señala, muchas veces la propia lógica académica busca silenciar frente a lo no positivamente objetivo.

A continuación, en “(Auto) reflexiones en torno a la construcción de una agenda de investigación en salud y género”, Lila Aizenberg analiza las articulaciones que formaron parte de sus indagaciones en el campo de la salud y del género. Explica cómo el devenir de la elección de sus temas de investigación, asociados a la interculturalidad y la salud migratoria, surgen de procesos donde convergen la propia biografía, la sensibilidad social y los caminos más formales e institucionales de la academia,

en donde manifiesta la importancia de colocar la pasión como un eje indiscutido del quehacer científico.

Finalmente, la tercera sección del libro reúne cuatro capítulos –del 10 al 13– sobre trayectorias de investigaciones epidemiológicas en las que se articulan diversos desafíos teórico-metodológicos en las distintas etapas de los recorridos académicos, en clave autobiográfica. En la descripción de las experiencias que vertebran este eje se recorren aspectos de la salud en la niñez, la adolescencia y la adultez, enfatizando la importancia de la perspectiva del ciclo vital y de la epidemiología social para mostrar las persistentes desigualdades sociales en los procesos de salud, enfermedad y atención. Aun en la heterogeneidad que albergan estos trayectos, es posible identificar denominadores comunes subyacentes, entre los que se destacan la consideración de distintas perspectivas y niveles de análisis, así como las miradas interdisciplinarias. A lo largo de estos capítulos, se reconoce tanto la importancia y los desafíos de la integración como la subjetividad implícita de las investigadoras con aquello que se estudia.

Silvina Berra, en “Miradas y desafíos de la investigación epidemiológica en salud en la niñez y la adolescencia”, nos presenta experiencias y reflexiones basadas en su trayectoria académica y personal en el estudio de la salud de las infancias y adolescencias. Destaca los desafíos metodológicos durante su recorrido, revelando la complejidad imbricada en el proceso de investigación que desarrolla. Comparte, además, conceptos e instrumentos intercalando en su descripción los valiosos resultados ya logrados e interrogantes actuales. A lo largo de su relato, revela la importancia de trascender las miradas adultocéntricas y propender a generar los canales de participación necesarios para escuchar la voz de niños, niñas y adolescentes. Asimismo, resalta la necesidad de reunir esfuerzos para la traslación de los resultados a la acción, puente imprescindible

para que la ciencia contribuya efectivamente a mejorar la calidad de vida de la población.

En consonancia con esta línea de estudio, Emilse Degoy nos presenta “Salud y desempeño académico: tramas en el estudio de su relación”, en el cual va hilando experiencias trascendentales de su vida personal con su recorrido académico con el fin de poner de relieve cómo los procesos académicos y personales están profundamente entramados. Nos comparte ciertas elecciones teórico-metodológicas realizadas en el transcurso de su carrera doctoral, que la llevaron a comprender cómo la salud, en tanto recurso vital, influencia el desarrollo de funciones, aspiraciones y el desempeño escolar. Devela en este recorrido algunos puntos de confluencia entre vicisitudes teórico-metodológicas durante su investigación doctoral y acontecimientos vitales.

Luisina Rivadero, en “Devenir plurales: la comunicación en la práctica investigativa interdisciplinaria”, expone sus interrogantes a la hora de insertarse en el mundo académico y transitar en él, intercalando el relato con reflexiones y referencias a experiencias personales. Destaca, reconoce y comunica las implicancias de la Fonoaudiología en el campo de la investigación científica, disciplina en cuya génesis confluyeron varias áreas del conocimiento para derivar en un producto *sui generis* en constante crecimiento y consolidación. Revitaliza en este recorrido a la comunicación como la estrategia clave para forjar abordajes más plurales y holísticos.

Por último, Natalia Tumas, en “Intersecciones entre las ciencias sociales y de la salud: experiencias en la construcción de un objeto de estudio”, comparte cómo fue articulando diversos enfoques, perspectivas, disciplinas, teorías, metodologías y niveles de análisis con el fin de avanzar hacia una comprensión más integral de la problemática del cáncer de mama. De ese modo, expone cómo fue transformando su propia manera

de mirar el objeto de estudio y cómo ciertas respuestas abonaron nuevos interrogantes, retroalimentando el proceso y originando también nuevos horizontes. Destaca los desafíos y potencialidades del campo de estudio situado en la yuxtaposición de las ciencias sociales y de la salud, así como la naturaleza creativa de la investigación. Reflexiona, además, sobre los procesos que permiten transformar la manera de mirar el campo de estudio y de interpelarse, los que confluyen a veces en una relación tan dialéctica como subjetiva.

En suma, a través de estos escritos buscamos compartir nuestras cocinas de investigación en el campo de la salud, la enfermedad y las prácticas de curar. Procuramos así que estas reflexiones compartidas sean de utilidad para quienes hoy están transitando distintos momentos y procesos de indagación. Sobre todo, esperamos que puedan transmitir la pasión que todos/as los/as que escribimos aquí sentimos a la hora de hacer investigación porque estamos convencidos/as de que, sin pasión, no hay conocimiento.

María Laura Rodríguez

Lila Aizenberg

Natalia Tumas

Invierno pandémico de 2020

**HISTORIA SOCIAL DE LA SALUD,
ENFERMEDAD Y PRÁCTICAS DEL CURAR**

Epidemia, estadística, periódicos y documentos. Estudiar una enfermedad olvidada: la gripe española de 1918-1919 en Argentina

Adrián Carbonetti

Introducción

Mi segundo escrito sobre la “gripe española” (2010) tenía un nombre muy sugerente, desde mi punto de vista: “Historia de una epidemia olvidada, la pandemia de gripe española en Argentina”. Ese título daba cuenta de una laguna en el subcampo del conocimiento de la Historia Social, como lo es el de la historia social de la salud y la enfermedad, sobre un fenómeno que había tenido una importancia fundamental en términos demográficos en el mundo (murieron entre 50 y 100 millones de personas). Los sistemas de salud fueron rebasados, la medicina se declaró impotente y el Estado –en sus distintos niveles– entró en confusión. Sin embargo, nada se había escrito sobre esta enfermedad¹.

1 La Argentina no es el único país en el que se generó este fenómeno. En su excelente tesis, Serrón (2013) observa que en Uruguay esta epidemia también fue olvidada.

En realidad, mi interés por la gripe española había comenzado antes de esta publicación. En mi tesis de maestría –y posteriormente de doctorado–, donde hacía una historia de la tuberculosis en la ciudad de Córdoba, mis directores me advertían que el crecimiento de los casos de tuberculosis en 1918 podría deberse a la pandemia de “gripe española” que se había desarrollado en esa época.

Mis maestros tenían razón. En efecto, busqué en la estadística y encontré que los casos de *grippe*² se habían elevado junto con los de tuberculosis, y eso me llevó a pensar y escribir una primera ponencia sobre la gripe española –en este caso, en la ciudad de Córdoba–, una vez terminada mi tesis doctoral. Concretamente, me aboqué a este estudio a partir de 2009: la fecha no es una casualidad, es el momento en el que se desarrolló la epidemia de AH1N1, que incentivó a otros historiadores de América Latina a volver su mirada hacia atrás y vislumbrar aquella gran pandemia, la última que había generado una mortalidad nunca vista en la historia reciente y que no sabemos si alguna vez volveremos a ver³.

Es así que un hecho del presente me llevaba al pasado, algo que también es importante desde el punto de vista historiográfico. Frente a un fenómeno que sufre la sociedad, la búsqueda en el pasado de un hecho similar o con las mismas características nos incentiva a estudiarlo para comprender cómo una sociedad actúa frente a un fenómeno que es poco frecuente.

2 Creemos que la palabra *grippe* era utilizada para diferenciar esta epidemia de las otras que ocurrían todos los años.

3 Citamos solamente algunos trabajos. Para el caso de Brasil es de destacar el trabajo pionero de Bertolli (1986), a partir del cual se elaboraron tres libros de importancia para el estudio de la gripe: Bertucci (2004), Torres Silveira (2007) y Cruz de Souza (2009). Para el caso mexicano, los trabajos de Cuenya Mateos (2010) y Molina Villar (2013). Para el caso de Colombia, Martínez Martín, Ospina Díaz, Manrique-Abril y Meléndez Álvarez (2009); Ospina Díaz, Martínez Martín y Herrán Falla (2009); y Martínez Martín (2013). Para el caso uruguayo, Serrón (2013). Para una síntesis general de trabajos sobre gripe española en Occidente, González García (2013).

En este capítulo, pondré énfasis en describir las estrategias de abordaje de una epidemia que fue olvidada. Una advertencia importante en este punto: para poder examinarla, tuve que agudizar los sentidos, ya que en muchos casos las fuentes son parcas, generan poca información y están fragmentadas. Frente a ellas, como historiador, tuve que recurrir a distintas estrategias que me permitieran llegar a entender una realidad histórica que se encontraba en las penumbras del olvido. De esta perspectiva surge el título: las fuentes utilizadas, los problemas que surgen de ellas y las estrategias que se pueden utilizar para tratar de encontrar una parte de lo que, para un historiador, es parte de la verdad.

En búsqueda de los insumos para el análisis histórico

Como observaba en la introducción, mis primeros trabajos estuvieron centrados, primero, en la ciudad de Córdoba, y posteriormente en la Argentina en general. En este sentido, entre 2008 y 2009 comencé a buscar estadísticas sobre la gripe española en Argentina. Como la epidemia de gripe fue una dolencia olvidada por la historiografía médica argentina, es difícil encontrar fuentes que hablen sobre ella. Por otra parte, tenía para mí una potencialidad infinita, ya que nadie se había ocupado de ella, pero para eso debía comprobar que había tenido un significado especial, que no había pasado desapercibida por el Estado ni por la población ni por la misma medicina. Esa comprobación fue satisfecha cuando conseguí una fuente de indudable valor: la estadística de mortalidad por gripe en las provincias argentinas, publicada en los *Anales del Departamento Nacional de Higiene*⁴. Esa información, sumada a la del censo, me

4 *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, 1920, 26.

permitió genera una primera mirada de la gripe española en Argentina, ya que logré elaborar tasas de mortalidad por cada una de las provincias y hacer un análisis inicial de los datos y de la significación que pudo haber tenido la epidemia en la sociedad de principios del siglo xx.

En números absolutos, estas tasas se traducían en 2.237 muertes en 1918 y 12.760 en 1919; las cifras permitían entender que no se trataba de una enfermedad más y que había tenido un desarrollo importante en todo el país. Por otra parte, eran superiores a los de Johnson y Mueller (2002), que habían calculado una tasa bastante inferior con 10.200 muertes. Desagregados en distintas provincias, mis números ofrecían otra evidencia: un desarrollo mayor en el noroeste en los dos momentos, pero de una contundencia impactante en 1919.

Cuadro 1. Tasas de mortalidad por gripe en el período 1918-1919 según provincias y total del país. Tasas por 10.000

Provincia	1918	1919
Capital Federal	2,63	4,22
Buenos Aires	2,06	7,00
Catamarca	0,29	39,26
Córdoba	2,81	18,56
Corrientes	6,64	10,48
Entre Ríos	4,72	7,91
Jujuy	7,29	95,82
Mendoza	5,97	32,15
La Rioja	0,98	34,05
Salta	9,81	118,68
San Juan	5,51	78,27
San Luis	3,88	25,55
Santa Fe	1,90	8,48
Santiago del E	0,71	39,79
Tucumán	1,33	40,11
Total	2,90	16,56

Fuente: elaboración propia a partir de Anales del Departamento Nacional de Higiene, 1920, 26; y censo de población de 1914.

No obstante, en ese momento me interesaba entender el desarrollo de la gripe en general en Argentina; y estos datos, articulados con otros que generaba el censo de población de 1914, me permitirían conocer las condiciones de vida de la población para analizar si estaban relacionadas con el desarrollo de la enfermedad. Así, el porcentaje de población rural, el porcentaje de analfabetismo y el número de médicos por cada mil habitantes se conformaron como indicadores sociales y sanitarios para entender el comportamiento de la gripe española en cada una de las provincias argentinas. Pero, al mismo tiempo, me interesaba saber cuáles habían sido las políticas estatales en los diferentes niveles y las reacciones sociales de la población en general: para ello recurrí a los periódicos, que eran los grandes testigos de esta pandemia olvidada. En un primer momento, y ayudado por una colaboradora (María Dolores Rivero), relevamos los datos de diarios de tirada amplia, aunque no nacional, como *La Nación* y *La Prensa*, y algunos locales, como *La Voz del Interior* y *Los Principios*. De esta forma, comencé a analizar los datos estadísticos y a triangularlos con aquellos que emergían del censo de población y de un análisis hermenéutico de la prensa. De este primer estudio, surgió un artículo que fue publicado por *Desacatos* (Carbonetti, 2010). En este primer análisis, pudimos comprobar que para, 1918, cuando se desarrolla la primera ola de la enfermedad, no existía demasiada relación entre los tres indicadores y la mortalidad por gripe por provincias, mientras que para 1919 el desarrollo de la epidemia y las características sociales que tenía la población en cada uno de los distritos se correlacionaban mucho más. A esto agregué un análisis de las políticas que había implementado el Estado nacional para combatir la enfermedad que se encontraban en los periódicos, en especial en *La Nación*.

Esto me llevó a hacer tres lecturas de la epidemia, a partir de sus correspondientes preguntas: ¿Cómo se había comportado y qué factores

intervinieron en el desarrollo de la pandemia en las provincias argentinas?, pero en especial en aquellas donde había tenido un impacto más profundo, como el caso de la Provincia de Salta; y ¿cómo había reaccionado el Estado frente a la enfermedad?

La primera de las preguntas comenzó a resolverse cuando logré viajar a Salta y acceder a una base de datos del Instituto de Estadística de la Provincia. En esa base de datos, sólo había una serie de la cantidad de nacimientos y muertes; y la población media calculada en cada año, desde 1915 hasta 1989. Con esas cifras, el Instituto había logrado elaborar tasas de mortalidad, de natalidad y de crecimiento vegetativo.

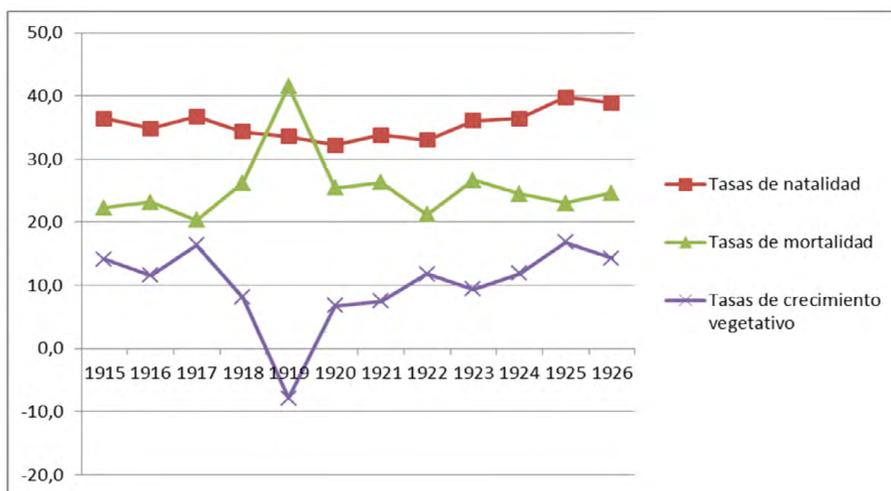
A partir de esos números, logré elaborar el gráfico 1. Este instrumento permite verificar varias cuestiones en relación a la gripe española y al régimen demográfico que regía la Provincia: se observa para 1919 un crecimiento desmesurado de la mortalidad, lo cual podría ser explicado por la gripe española; una segunda cuestión que aparece nítidamente es que la mortalidad era la que determinaba el comportamiento de la tasa de crecimiento, lo que indicaría un régimen poblacional pretransicional –eso se puede apreciar en el espejo en el que se encuentran ambas–; y por último, en 1920, una caída en la tasa de natalidad: estaba en presencia de una crisis de mortalidad.

Ahora bien, era posible que en la tan alta mortalidad no interviniera solamente la gripe española, también podría haber aparecido otra enfermedad epidémica que, relacionada con la gripe española, generaran un panorama demográfico como el que sucedió. Como no tenía las causas de muertes, acudí a documentación médica, como los informes del doctor Ricardo Aráoz, que hablaba de un régimen poblacional cruel, con una alta mortalidad infantil, pero de ninguna epidemia que coincidiera con la enfermedad sobre la que estamos tratando. También acudí a un diario, el único que se encontraba en la hemeroteca de la Provincia: *La*

Nueva Época tampoco explicitaba un dato específico sobre otro tipo de epidemias, y la gripe española ocupaba un gran espacio en sus páginas. Por lo tanto, debía ser la gripe española la que ocasionaba este súbito crecimiento de la mortalidad.

Debía, entonces, medir el impacto que había tenido la gripe en esta crisis. Para ello recurrí a una metodología especial desarrollada por Jacques Dupaquier (1975)⁵, de Escuela de los *Annales*.

Gráfico 1. Tasas de mortalidad, natalidad y crecimiento vegetativo de la provincia de Salta, 1915-1926



Fuente: elaboración propia en base a Dirección General de Estadística de la Provincia de Salta.

5 Su fórmula se expresa de esta forma: $I = D - M/a$. Siendo I : intensidad de la crisis en un año determinado; D : número de defunciones registradas en el año de crisis; M : media aritmética de las defunciones registradas en los diez años situados alrededor de la crisis; y a : desviación estándar de las defunciones durante dicho período. Si la intensidad es entre 1-2 se trataría de una crisis menor; 2-4, crisis media; 4-8, crisis fuerte; 8-16, crisis importante; 16-32, gran crisis; 32-64, catástrofe.

El ejercicio dio el número de 5,57, con lo cual se trataría de una crisis fuerte. Eso, relacionado con los testimonios de los periódicos de la época, me permitió concluir que la Provincia de Salta había tenido una crisis que había impactado fuertemente, no solo sobre la población salteña sino en todos los aspectos relacionados con la sociedad, la educación, la política, la cultura y la economía.

Faltaba únicamente analizar lo que había sucedido hacia el interior provincial. La pregunta que surgía tal vez tenía que ver con los factores que influenciaron en el desarrollo tan fuerte de la enfermedad: ¿Cómo había impactado la gripe española en cada uno de los departamentos? Para ello tenía el número de muertes en cada distrito, también en el mismo período. A partir de esto elaboré una metodología que me permitiría generar tasas de mortalidad acercándome a las específicas de la gripe: elaboré un promedio de las muertes entre 1916-17 y 1920-21 y resté las muertes de 1918 y 1919; el resultado sería la sobremortalidad generada por la gripe española en cada uno de ellos. A partir de esas cifras, elaboré, junto al doctor Javier Gómez, de la Universidad Nacional de Litoral, mapas y promedios de altura de cada uno de los departamentos. El resultado fue que la gripe habría generado una mayor mortalidad en los departamentos de mayor altura sobre el nivel del mar que en aquellos que eran más bajos. Esto lo relacioné con los testimonios que exponía el periódico, que coincidieron con los datos estadísticos. La conclusión fue que la mortalidad por gripe fue mayor en los departamentos más altos pero al mismo tiempo más pobres de la Provincia de Salta. ¿Por qué? Por un factor ambiental: los departamentos altos, por ser los más fríos, serían más aptos para la reproducción del virus. Mi resultado está en línea con otro trabajo elaborado por colegas en Colombia (Martínez Martín y Ospina Díaz, 2009): la mortalidad por gripe no prosperaría solo por este factor, sino también por mayor hacinamiento, menores niveles de

nutrición y menor capacidad de atención médica, todos efectos de la pobreza (Carbonetti, Gómez y Torres, 2013).

Las respuestas a la segunda pregunta que me había formulado, es decir ¿cómo había reaccionado el Estado frente a la enfermedad?, la encontré, en un principio, en los periódicos y en documentación que hallé en el Archivo General de la Nación. En realidad, había relevado esa documentación con anterioridad, pero, como no sabía qué buscaba, no sabía lo que había encontrado. Se trataba de una serie de documentos oficiales, telegramas, informes de delegaciones, de médicos de diversos lugares, informes de médicos sobre el hallazgo de una vacuna, también decretos sobre cómo debería tratarse la problemática de la gripe en las fábricas.

No obstante, cuando analicé y maduré la información que había leído en los periódicos comprendí el problema: *La Nación*, el 24 de octubre de 1918, bajo el título “¿En qué quedamos? Contradicciones sanitarias”, se encargaba de explicitar las contradicciones de las políticas sanitarias llevadas a cabo dos días después de que comenzara la epidemia en Buenos Aires. El periódico observaba que las autoridades habían generado una falsa confianza cuando aún no había llegado la epidemia, y que esta actitud había cambiado de tal forma que se habían impuesto disposiciones draconianas. Las críticas iban en todo sentido al señalar que no se habían desinfectado los edificios públicos y los medios de transporte, no se había comunicado a la población las formas de prever el contagio de la enfermedad mediante el aseo personal y la alimentación, la circulación de la moneda como objeto de contagio y la llegada de buques infectados a los cuales se permitía el desembarco.

Consideré que, en el caso de la ciudad de Buenos Aires, que estaba bajo la jurisdicción del Departamento Nacional de Higiene, la confusión devenía de tres ejes: (1) el clima y los niveles de nutrición del que gozaba

la ciudad y la zona pampeana eran, para el mismo pensamiento médico, un elemento fundamental para percibir la enfermedad como benigna; (2) los informes que llegaban del exterior exponían una situación crítica en términos de la salud pública en los países desde donde se informaba, lo que se podría repetir en la ciudad y el país; (3) la confusión que existía en la corporación médica acerca de la etiología de la enfermedad.

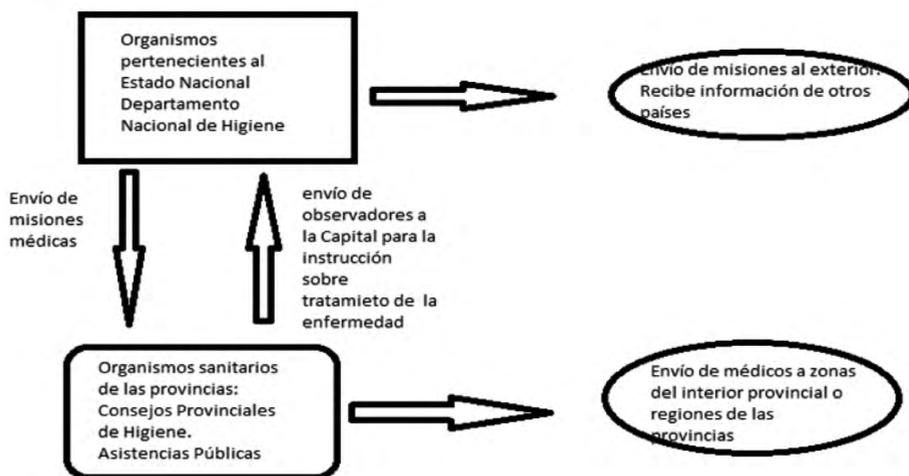
Ahora bien, a partir de este escenarios me preguntaba: ¿Cuáles eran y cómo se generaban políticas en un sistema de salud tan fragmentado como el argentino en medio de una pandemia como la de gripe española que necesitaba de la acción del Estado? La respuesta la concebí a partir de una imagen que conceptualizaba la implementación de políticas: la idea del espejo distorsionado.

En efecto, el sistema de salud, paradójicamente, en épocas de epidemias recurrentes, no estaba preparado para tales eventos, se trataba de un sistema fuertemente fragmentado y que frente al desarrollo de fenómenos como la de “gripe española”, que tenía una extensión territorial amplia, comenzaba a mostrar fuertes falencias. Esa fragmentación se apreciaba en el modo de funcionamiento de las diversas instituciones destinadas al combate de las epidemias. El órgano nacional, el Departamento Nacional de Higiene, se encargaba de generar medidas destinadas a la Capital Federal y los Territorios Nacionales. En menor medida, ayudaba a los estados provinciales, que tenían sus correspondientes Consejos de Higiene, mediante el envío de misiones que asesoraban e intervenían en las provincias.

A su vez, los Consejos de Higiene provinciales atendían, conjuntamente con las correspondientes Asistencias Públicas, a las poblaciones de las ciudades capitales, enviando médicos en comisión a los pueblos y ciudades del interior que reclamaban atención por escasez o falta de médicos. Las medidas que eran tomadas por el Departamento Nacional

de Higiene para la capital de la Argentina eran copiadas, en casi su totalidad, por los Consejos de Higiene provinciales, aunque teniendo en cuenta las características de sus respectivas poblaciones. En el caso de la gripe española, estas medidas generaron resistencias en corporaciones de empresarios o en instituciones como la Iglesia, donde esta tenía mayor poder.

Figura 2. Circulación de información y de medidas



Fuente: elaboración propia

Ahora bien, la dirección del Departamento Nacional de Higiene recibía directamente información del gobierno nacional, con lo cual podía muy rápidamente generar medidas para combatir la enfermedad en la ciudad. Pero los Consejos Provinciales de Higiene tardaban en recibir esa información, por lo tanto aplicaban las medidas cuando la enfermedad ya había llegado a la Provincia, a la ciudad capital y los pueblos; ya era tarde. La distorsión de las medidas se daba como consecuencia de una lenta circulación de la información.

Me quedaban tres preguntas basadas en la fuente que había estado consultando: los medios de comunicación, y en especial los medios gráficos, que era hegemónicos en ese momento. ¿Qué papel jugaba la pandemia en los periódicos?, ¿simplemente era un fenómeno a ser informado o servía como herramienta política para hacer oposición a los gobiernos de turno? ¿Por qué en los periódicos y revistas se encontraba una gran cantidad de publicidades de productos donde aparecía la palabra *grippe*? En la revista *Caras y Caretas*, un medio de interés general y que tenía una amplia tirada de carácter nacional, había una gran cantidad de caricaturas sobre la *grippe*, ¿cuál era su significado? ¿Cómo imaginaba la sociedad la gripe a partir de la caricatura y qué connotaciones sociales tenía esa mirada?

Esas preguntas me llevaron a elaborar ciertas hipótesis, y el análisis heurístico de las noticias y los escritos que generaban algunos periódicos, que no sólo eran de Buenos Aires sino también de otras provincias, como Salta y Córdoba, me permitieron entrever cierta intencionalidad con respecto a los gobiernos de turno en cada uno de los niveles estatales, actitud que relacioné con el tratamiento de las noticias sobre la epidemia de AH1N1 que habían desarrollado algunos medios en 2009.

El juego entre el pasado y el presente me permitió entender que tanto *La Nación* en relación con el gobierno nacional, como *La Voz del Interior* y *La Nueva Época* frente a los gobiernos de Córdoba y de Salta, respectivamente, no sólo generaban noticias sobre la gripe española sino que, tal como habían sido redactadas, eran utilizadas como forma de oposición política partidaria. Así, por ejemplo, el 24 de octubre de 1918, *La Nación* publicaba: “Hay pues una contradicción en el procedimiento que supone cierta desorientación en los conceptos sobre el estado real de las cosas [...] si hay incertidumbre arriba, no puede haber seguridad abajo”.

El 10 de noviembre de 1918, *La Voz del Interior* elaboraba frases similares

en relación a la gripe: “El Poder Ejecutivo de la Provincia se acuerda de combatir la epidemia cuando ha llegado a la casa de gobierno” [...] esta indiscutida farotería [sic] se confirma con las medidas adoptadas a última hora y en las que demuestran esa ausencia de conocimientos y el ansia de lucirse”. Y el 10 de mayo de 1919, *La Nueva Época* expresaba: “a pesar del desamparo del Poder Ejecutivo de la Provincia, que no ha tomado hasta la fecha la menor iniciativa tendiente a conjurar el mal reinante”. En todos los casos, la política editorial estaba en relación a una oposición política cerrada. Desde esta perspectiva, entonces, las noticias sobre la gripe española se transformaban en herramientas útiles para horadar políticamente a los gobiernos de turno. Esto mismo había pasado en 2008-2009 con la epidemia de AH1N1, con respecto al gobierno kirchnerista.

La segunda pregunta que me hacía a partir de observar los periódicos era por qué aparecía la palabra *grippe* (eufemismo con el que se designaba a la gripe española) en las publicidades. Se me ocurrió comenzar a analizar, desde una perspectiva histórica y heurística, las diferentes propagandas de productos que fueron publicadas en periódicos en diversos momentos del desarrollo de la gripe española en Argentina, en especial en 1918, cuando la enfermedad estaba ingresando.

Lo hice bajo la hipótesis de que la gripe española se transformaba en un elemento de marketing para integrar al centro del mercado productos que en épocas no epidémicas se encontraban en una posición marginal. Volviendo hacia el presente, el ejemplo que aparecía en mi experiencia era el alcohol en gel. Antes de que se desatara la epidemia de AH1N1, este producto era bastante desconocido para la sociedad argentina. Sin embargo, una vez que pasó el peligro de aquella enfermedad, el alcohol en gel continuó siendo parte de la cotidianeidad de los argentinos y por lo tanto un producto objeto de demanda en el mercado.

En los periódicos y revistas de entonces, las publicidades de productos o servicios con la palabra *grippe* o la leyenda *contra la grippe* remiten a calefones; mesas para enfermos; pastillas milagrosas; cajas con sustancias antisépticas que prometían, con sus emanaciones, destruir el bacilo de la *grippe*; desinfectantes como Lysoform; jarabe para la tos; té de los Andes; reconstituyentes capilares que afirmaban que luego de que se padeciera la *grippe* se caería el cabello y esta pócima lo evitaría; hasta masajes para fortalecer el cuerpo y de esa forma resistir y evitar la gripe, y un agua mineral a fin de evitar el contagio.

Como decía anteriormente, la gripe aparecía como un elemento de marketing, el miedo que generaba la aparición de la enfermedad evocaba la necesidad de evitarla o curarse cuando se estuviera enfermo. Estas demandas eran satisfechas por el mercado que, en este caso, pretendía ir más allá: no sólo imponía los productos en momentos en que arreciaba la pandemia, sino que en la publicidad aparecía la intención de imponerlos para momentos no epidémicos; de ahí que los productos no sólo fueran recetados para la gripe, sino también para otro tipo de enfermedades o simplemente para mantener higienizado el cuerpo o el ambiente (Carbonetti, 2013).

Algunas publicidades sobre productos durante la pandemia de gripe española



Fuentes: *Caras y Caretas* (26 de octubre de 1918 y 9 de noviembre de 1918); *La Nación* (23 de octubre de 1918).

En esta búsqueda en medios gráficos sobre publicidades, comencé también a encontrarme con las muchas imágenes caricaturescas que mencionaban a la gripe española. Para investigar esa problemática, partí de entender a estas caricaturas como de consumo masivo, en especial en la ciudad de Buenos Aires, donde la revista *Caras y Caretas* tenía mayor circulación. En términos de la metodología, traté de analizar heurísticamente la imagen: era necesario entenderla como un documento al cual debíamos estudiar con sus silencios y sus discursos. Las imágenes representaban en su conjunto cierta ambigüedad, en el sentido que la gravedad de la enfermedad estaba en relación con cierta virtualidad, ya que eran el Estado y los medios de comunicación los que habrían generado cierto temor a la dolencia, que no llegaba a sociedad en su conjunto. Esto se podía apreciar en una caricatura en particular, a partir de una frase: *la epidemia de moda o el pánico de la gripe*⁶.

6 *Caras y Caretas*, Buenos Aires, 26 de octubre de 1918, 1.047, pp. 45: “La epidemia de moda”.

Esa imagen y otras permitían vislumbrar la mirada que tenía la sociedad porteña, y posiblemente la argentina sobre la gripe española, pero también ponía énfasis en otras cuestiones que atravesaban a la población: el clasismo, el racismo, la ambición, la crítica política, incluso el machismo se encontraban en gran parte de las imágenes que aparecían en la revista.

Lo que más me llamó la atención en relación con las imágenes fue la mirada clasista a través de la cual el criollo y pobre era tratado de vago, como aquel que aprovechaba la enfermedad para no asistir al trabajo, algo muy común en la sociedad argentina de principios del siglo xx. La crítica a políticos, tratando de utilizar la enfermedad para su provecho, fue parte de una gran cantidad de caricaturas, pero lo que más me llamó la atención fue la forma de representar a la gripe española: la caricatura de un mosquito vestido de dama española, lo que me llevó a pensar en la memoria histórica: la epidemia más devastadora que había tenido la ciudad de Buenos Aires fue la fiebre amarilla (transmitida por un mosquito), en 1871. Ese dibujo fue revelador para entender que, más allá de la ambigüedad que expresaba, en última instancia, el temor a una enfermedad devastadora fue lo que primó en estos dibujos.

Caricatura "Sarrasqueta y la gripe"



Fuente: Caras y Caretas (16 de noviembre de 1918).

A modo de reflexión

Escribo esta experiencia en medio de la cuarentena que ha generado el ingreso del coronavirus al país; de alguna manera, el contexto en el que pienso estas palabras me ayuda. Es que estoy convencido de que la comprensión del presente se puede y se debe buscar en el pasado, para eso es que sirve la historia. Pero esa búsqueda no se puede hacer solo relevando archivos, la pregunta es un elemento esencial para encontrar esas experiencias. Sin ellas, el relato histórico, en este caso de las enfermedades, no sería más que una crónica que hace que la historia discurra de un momento a otro sin encontrar los procesos, los intereses humanos, las miserias y las virtudes, los conflictos y los acuerdos. Como

podrá apreciar el lector, la forma en que pude avanzar sobre el estudio de la gripe española fue a través de preguntas y búsquedas de fuentes, sustentadas sobre la base de ciertas conceptualizaciones y teorías que tuve que captar desde otras disciplinas.

La historia de las enfermedades, y en especial de las epidemias, permite escrutar a las sociedades desde diversos puntos de vista: lo demográfico, lo social, lo económico, lo cultural y lo político.

Bibliografía

Bertolli Filho, Claudio (1986) *Epidemia e sociedade. A gripe Espanhola no Município de São Paulo*. Dissertação de Mestrado em História Social, Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.

Bertucci, Liane Maria (2004) *Influenza, a medicina enferma*. São Paulo: Unicamp.

Carbonetti, Adrián (2010) “Historia de una epidemia olvidada. La pandemia de gripe española en Argentina. 1918-1919”. *Desacatos*, 32, 159-174.

Carbonetti, Adrián (2013) Ofrecimiento de productos en épocas de epidemia. La publicidad en momentos de la pandemia de “gripe española” en Argentina, 1918-1919. En Mateos Cuenya y Rosalina Estrada (comps.), *Nuevas miradas desde América Latina y México. Enfermedad y control social. Siglos XIX y XX*, pp. 147-166. Puebla, México: Editorial de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

- Gómez, Javier y Torres, Eduardo (2013) “La gripe española y crisis de mortalidad en Salta, Argentina. A principios del siglo xx”. *Historiolo*, 5-10, 269-300.
- Cruz De Souza, Christiane Maria (2009) *A gripe española na Bahia: Saúde política e medicina em tempos de epidemia*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Cuenya Mateos, Miguel Ángel (2010) “Reflexiones en torno a la pandemia de influenza de 1918. El caso de la ciudad de Puebla”. *Desacatos*, 32, 145-158.
- Dupaquier, Jacques (1975) “L’analyse statistique des crises de mortalité”. Ponencia presentada en el *Colloque International de Démographie Historique*. Montréal, 8-10 de octubre.
- González García, Alberto (2013) “Avances y tendencias actuales en el estudio de la pandemia de gripe de 1918-1919”. *Vínculos de Historia*, 2, 309-330.
- Johnson, Niall P. A. S. y Mueller, Juergen (2002) “Updating the Accounts: Global Mortality of the 1918-1920 «Spanish» Influenza Pandemic”. *Bulletin of the History of Medicine*, 76-1, 105-115.
- Martínez Martín, Abel Fernando (2013) La pandemia de gripe de 1918-1919 en Tunja y Boyacá, Colombia. En Miguel Ángel Cuenya y Rosalina Estrada Urroz (eds.), *Enfermedad, epidemias, higiene y control social*, pp. 167-180. Puebla, México: Editorial de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Ospina Díaz, Juan Manuel; Manrique-Abril, Fred Gustavo; y Meléndez Álvarez, Bernardo Francisco (2009) “Antes, durante y después de la visita de la «Dama Española»: mortalidad por gripe en Boyacá, Colombia, 1912-1927”. *Varia Historia*, 25- 42, 499-517.
- Molina Villar, América (2013) México ante la pandemia de influenza de 1918: informes de salubridad y la prensa. En Miguel Ángel Cuenya

- y Rosalina Estrada Urroz (eds.), *Enfermedad, epidemias, higiene y control social*, pp. 181-204. Puebla, México: Editorial de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Ospina Díaz, Juan Manuel; Martínez Martín, Abel Fernando; y Herrán Falla, Oscar Fernando (2009) “Impacto de la pandemia de gripa de 1918-1919 sobre el perfil de la mortalidad general en Boyacá, Colombia”. *Historia, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 16-1, 53-81.
- Serrón, Víctor (2013) *Epidemia y modernidad política: la influenza en Uruguay, 1918-1919*. Tesis de Doctorado en Sociología, Universidad Católica Argentina.
- Torres Silveira, Anny Jackeline (2007) *A influenza espanhola e a cidade planejada. Belo Horizonte, 1918*. Belo Horizonte: Argumentum.

Una historia en imágenes: de objetos de estudio, andamiajes teóricos y metodologías

María Dolores Rivero

Introducción

El campo de estudios históricos de la salud y la enfermedad es, a todas luces, un espacio aún fértil. Si bien las últimas décadas del siglo pasado encontraron a historiadores e investigadores de otras disciplinas interrogándose por las más variadas crisis epidemiológicas, la puesta en marcha de determinadas políticas sanitarias, los avatares de la medicalización, o los “éxitos” o “fracasos” de la ciencia biomédica, entre otros tópicos, resulta innegable que numerosos objetos de estudio esperan por ser revisados.

Este diagnóstico me llevó, en el marco de los inicios de mi camino en la investigación, a preguntarme por elementos particulares que atravesaron –y atraviesan actualmente– los estadios de salud y enfermedad de la sociedad cordobesa: los medicamentos e insumos médicos especializados. Puntualmente, mi tesis de grado estuvo orientada a mostrar

cómo se construía y consolidaba un mercado publicitario destinado a un público particular –los médicos–, considerando una serie de procesos históricos locales y nacionales: la profesionalización médica en Córdoba, el escenario epidemiológico, el desarrollo de la industria argentina en general y la farmacéutica en particular, etc. De acuerdo con mi perspectiva, todas estas variables incidirían en la forma en que eran publicitados en una revista médica específica –con determinadas características editoriales– los medicamentos y la aparatología terapéutica.

Los resultados de ese trabajo condujeron a plantearme interrogantes en torno a las particularidades de este mercado publicitario, pero en otros espacios nacionales y otras revistas médicas. Así, la elaboración de mi tesis doctoral implicó la puesta en perspectiva y análisis –a partir de las variables antes mencionadas y considerando las especificidades de cada enclave– de publicidades colocadas en revistas que provenían del seno de instituciones médicas sobresalientes de Córdoba, Rosario y Buenos Aires, a saber: el Círculo Médico de Córdoba, el Círculo Médico de Rosario y la Asociación Médica Argentina.

En las páginas siguientes intentaré comentar, brevemente, esta experiencia en investigación en el marco de lo que fue mi formación en posgrado, retomando algunas vicisitudes y “anécdotas” de la elaboración del trabajo final de licenciatura.

De recortes espaciales, temporales y andamiajes teóricos

La notoriedad y trayectoria de las instituciones de las cuales emanaban las revistas médicas que escogí para mi análisis, además de la importancia histórica de las ciudades de Córdoba, Rosario y Buenos Aires, ayudó a que pudiese realizar el recorte espacial sin demasiadas dudas.

Claro que, en términos de la labor del historiador, la elección del período bajo estudio era también un elemento clave. En este sentido, una revisión preliminar de las fuentes, guiada por preguntas de investigación aún tímidas, me indicó que ciertos procesos macro resultaban indispensables para entender cómo se había ido desarrollando la industria farmacéutica argentina y, con ella, los mercados publicitarios en cuestión. Además, y a escala local, también eran importantes las lógicas editoriales propias de cada revista. El año de inicio de mi estudio, entonces, fue 1912 (momento a partir del cual entraron en circulación las tres revistas médicas), concluyendo en 1938, junto con la finalización del periodo de entreguerra; así, los avatares bélicos –como la Gran Guerra– y económicos –como la crisis del 29– atravesaron mi selección temporal. Sin embargo, y a diferencia de lo que ocurriese con la delimitación geográfica, la cuestión del tiempo no se resolvió sin dubitaciones. Inicialmente, la idea de llegar hasta la década de 1960 era concreta, a partir de anclar mi análisis en la matriz epidemiológica. Es que, en los comienzos de mi planteo, pensar las dinámicas publicitarias a partir de periodos pretransicionales y transicionales¹ resultó tentador, fundamentalmente porque en mi imaginario ciertos productos se ofertaban a partir de determinadas demandas o situaciones de crisis sanitaria. Luego, los intercambios con mi director terminaron por convencerme de que abordar 50 años de historia –con todas las variables que pretendía considerar y con el

1 Estos conceptos derivan de la teoría de la transición epidemiológica, que explica el proceso por el cual la mortalidad pasa de un régimen denominado *pretransicional*, caracterizado por la preponderancia de causas de muerte provocadas por enfermedades infectocontagiosas, endémicas y epidémicas, hambrunas, violencia, a un régimen *posttransicional*, que se caracteriza por la reducción de estas y el dominio de las muertes causadas por tumores, enfermedades del corazón y accidentes cerebrovasculares fundamentalmente (v. Omran, 1971).

caudal de fuentes previsto–, en el marco de mi beca doctoral² (que sólo duraba cinco años), sería demasiado.

A partir de esa decisión, ya tenía un marco témporo-espacial concreto. Ahora bien, un examen algo más exhaustivo de las fuentes –ubicadas todas, por fortuna, en la biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba– develó, como veremos a continuación, lo que sería el mayor inconveniente de todo el proceso de mi investigación doctoral.

Hasta el momento en que me volqué hacia la realización del Doctorado en Historia, yo había dado tan sólo algunos pasos en el oficio del historiador. En primer lugar, años atrás había colaborado en algunas actividades con quien sería mi mentor en el marco de un proyecto amplio vinculado al estudio de la epidemia de gripe española de 1918-1919³. Allí realicé lo que podría considerarse el primer trabajo de archivo, a partir de la búsqueda de fuentes periodísticas ubicadas en hemerotecas de la ciudad de Córdoba. Claro que estas –junto con otras a las que había tenido acceso durante el cursado de la carrera de grado, de siglos pasados y manuscritas– poseían la característica de constituirse a partir de textos extensos, descriptivos, explicativos, etc.

Posteriormente, en la definición de mi trabajo final de grado, encontré fuentes muy distintas a las revisadas hasta el momento. Como mencioné, se trataba de publicidades colocadas en una revista médica cordobesa. Estas ofertaban tónicos, jarabes, vitaminas, sueros, cajas para parto y hasta aparatos de rayos X, entre muchos otros productos. Como no podía ser de otra manera, la primera iniciativa que surgió frente a

2 Otorgada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

3 Se trata del proyecto titulado “De ayer y hoy: epidemias de gripe en Argentina”, que fue financiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de Córdoba.

estas fuentes estuvo ligada a entender qué se estaba publicitando y bajo qué circunstancias históricas (de la profesión médica, del momento epidemiológico, de la industria farmacéutica, etc.). No obstante, resultaba imposible no atender a la existencia de múltiples elementos que hacían al formato publicitario tan particular, tan diferente a otras fuentes: el uso de cursivas, mayúsculas, resaltados, signos y símbolos que pretendía captar la atención del lector; la puesta en escena de una variada paleta de colores; la colocación de imágenes que iban desde la presentación del envase del producto hasta la parte del organismo sobre la que estos productos aparentemente actuaban. Junto con ellas, era claro que también había exhortaciones para que el lector de aquellas publicidades comprase los productos. De esta manera tuve que acercarme, por un lado, al universo gráfico y gramatical y, por otro, a la teoría discursiva. Las lecturas en torno a ambas líneas me resultaban absolutamente ajenas. Tal vez, lo más cerca que había estado de aquellos tópicos eran las clases de Epistemología de las Ciencias Sociales durante mi último año como estudiante de grado, a partir de las lecturas de Hayden White (1992)⁴.

Podría decirse, entonces, que como historiadora (aún en formación) tenía dos frentes teóricos desconocidos que no eran “propios” de mi disciplina y que resultaban indispensables para el análisis del *corpus* documental seleccionado.

Encarar el primero fue, comparativamente, muchos menos complejo que el segundo. Es que algunos pocos investigadores del área ya habían ingresado en el estudio de las publicidades haciendo hincapié en los aspectos gráfico y gramatical. En este sentido, me sirvieron de guía los trabajos de Soledad Pessi (2009 y 2010), en los que coloca en perspectiva

4 En términos generales, su obra debe entenderse en tanto “apelación a la teoría literaria para desentrañar los recursos lingüísticos que intervienen en la producción de todo discurso histórico” (Tozzi, 2009: 75).

avisos que promocionan la venta de productos destinados a la higiene femenina (como toallas higiénicas y tampones) y la importancia de los titulares en esos anuncios.

A partir de estas contribuciones, pude comprender –con los más variados ejemplos– que, en el nivel gráfico, el empleo de distintos formatos tipográficos, destacados (cursiva, negrita, subrayado, mayúsculas) y de la puntuación (puntos suspensivos, signos de exclamación, comillas, paréntesis) adquieren una relevancia fundamental, en particular, cuando aparecen en forma combinada. Junto con la imagen, son los encargados de indicar de forma visual la existencia de un sentido paralelo, una lectura en segundo plano o de señalar el camino que debe seguir el lector en la interpretación del mensaje (Pessi, 2010). En el nivel gramatical, pude entender la importancia del uso de conectores, construcciones comparativas, elipsis, construcciones nominales, fórmulas de tratamiento, etc.

El segundo frente fue, desde el comienzo, dificultoso. Quien fuese mi directora de trabajo final de grado (hoy, una querida amiga), consideró que el andamiaje teórico de Eliseo Verón era apropiado para desentrañar la información que contenían las publicidades. Así, empecé por revisar algunos artículos cortos del autor, hasta llegar a su gran obra (Verón, 1993). El primer recuerdo que tengo de aquel libro es no haberlo entendido. Necesité poner en marcha una lectura lenta, un cuaderno de apuntes y resúmenes para bucear entre todas esas páginas y aprehender el significado de marcas y huellas textuales, condiciones de producción y reconocimiento de los discursos, entre otras cosas. A partir de este proceso, logré abordar el *corpus* documental, interrogarlo y encontrar algunas respuestas.

La elección de este marco teórico para mi estudio de posgrado fue, nuevamente, un desafío. Primeramente, porque era consciente de que no había alcanzado la realización de un análisis profundo, exhaustivo, de

las fuentes escogidas para la tesis de grado. Además de ello, mi director –historiador y demógrafo– no terminaba de simpatizar con la idea de correrlos (sí, en plural, porque fuimos siempre un equipo) teóricamente hacia la semiótica. Lo cierto es que pude convencerlo de que una parte del camino estaba allanado; mi análisis previo –en menor escala, claro– tenía que ser la antesala de un estudio mejor logrado.

Una metodología cualitativa, sin olvidar los números

Frecuentemente, en los estudios históricos enmarcados en el binomio salud/enfermedad se explicita que el análisis de fuentes se realiza a partir de una metodología cualitativa, anclada en la hermenéutica. En términos generales, todos partimos de reconocer que nuestra principal habilidad como historiadores radica en la interpretación de esa “materia prima”, ya sea escrita u oral. Inspeccionamos el escenario –o las condiciones de producción de los diferentes tipos de discurso que examinamos– e intentamos descifrar cierta información y dotarla de determinado sentido a partir de las preguntas que elaboramos en los inicios de nuestro plan de trabajo. Es decir, pretendemos alejarnos cabalmente de la idea rankeana que asevera que los documentos hablan por sí solos (Ranke, 1974).

Ahora bien, esta técnica analítica debe dialogar, en sobradas oportunidades, con otras. Incluso, aunque de entrada el historiador no pretenda que así sea. En mi caso particular, esta “revelación” sobrevino en un evento científico: habiendo presentado una especie de adelanto de lo que sería un capítulo de mi tesis doctoral, la colega que leyó ese escrito me señaló –muy atinadamente– que yo hablaba de cómo crecía o disminuía la cantidad de publicidades en diferentes momentos del período examinado, pero en ningún momento especificaba cuántos avisos

consideraba en mi estudio y a partir de qué criterio los había escogido. Semejante alarma me puso manos a la obra: tracé una tabla (que se tornó cada vez más extensa) donde especificué el año de publicación y nombre de la revista –junto con otras informaciones editoriales que pudiesen ser de utilidad–, la denominación del producto que se ofertaba, para qué tipo de enfermedad estaba destinado y cuál era su origen (en términos nacionales). La selección se realizó a partir de esos elementos: las publicidades debían contener la mayor parte de esos datos. Además de estas particularidades, también me dispuse a trabajar con fuentes que mostraran ciertas tendencias en el uso de imágenes, ilustraciones, logos u otras formas de destacar los medicamentos o insumos médicos que se promocionaban (ver figuras 1 y 2).

Figura 1: Levadura de frutas Gibson



LEVADURA de FRUTAS
GIBSON
EN PLENA ACTIVIDAD - DE EXQUISITO SABOR

Elaborada con el jugo de Ananás, Manzanas, Ciruelas, Uvas, Mandarinas, Naranjas, Cerezas, Chirimoyas, Limones, Fresas. etc., etc.

Mantiene el vientre libre, la piel limpia y fresca, dá apetito a los niños. Práctica en el tratamiento de la jaqueca, forunculosis, estreñimiento, diabetes y ezezemas diversos.

Conserva su actividad durante dos años

Farmacia y Droguería **DIEGO GIBSON**
168, DEFENSA, 192 — Sucursal: FLORIDA 159 (Pasaje Güemes)

Figura 2: Calfosina Massone

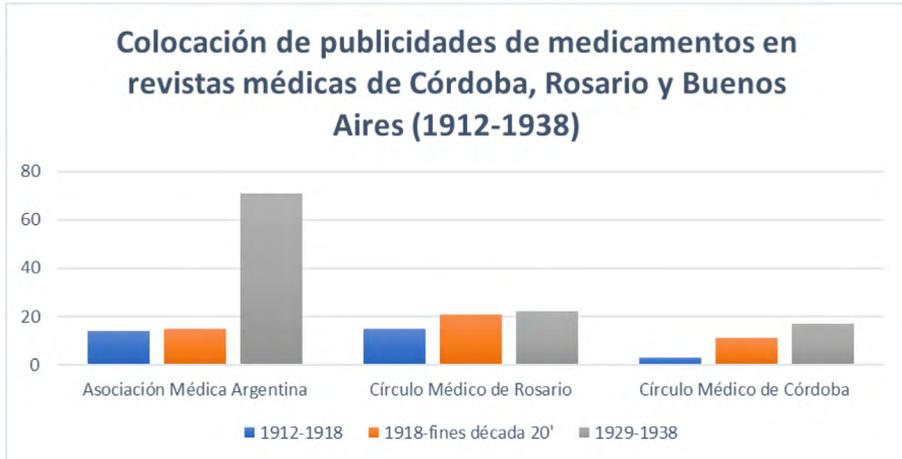


Fuente: Revista Médica del Rosario, 1936, Año XXVI, Número 10, octubre, 965.

De este modo, organicé mi universo publicitario y pensé en la posibilidad de plantear la existencia de etapas diferenciales en los mercados, en vistas también de realizar algunas comparaciones entre Córdoba, Rosario y Buenos Aires. Esos momentos –pensados a partir de ciertos ritmos y rasgos de las dinámicas publicitarias– se emparentaron cabalmente con procesos históricos de gran envergadura. Así, presenté tres etapas analíticas: desde 1912 hasta la finalización de la Gran Guerra; desde 1918 hasta la Gran Depresión; y desde 1929 hasta la culminación del periodo de entreguerras (1938).

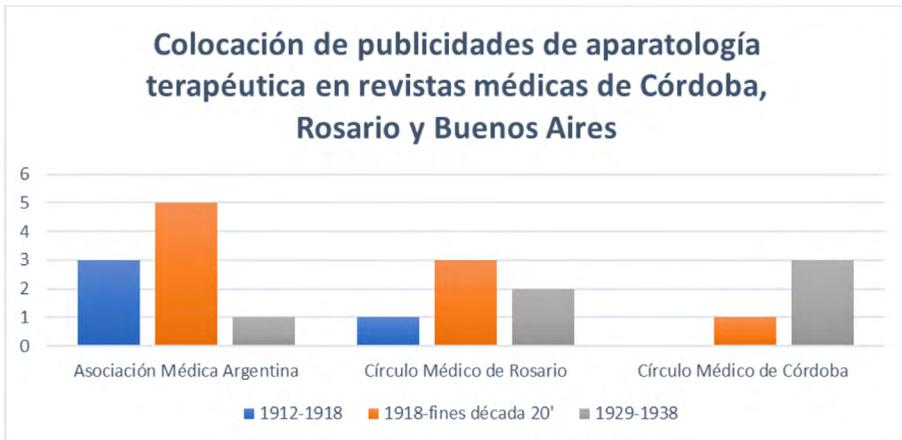
Esta sistematización de la información en clave cuanti-cualitativa me permitió no solo trazar esas divisiones y correlaciones, sino también elaborar gráficos que sintetizaron algunas tendencias.

Gráfico 1: Publicidades de medicamentos



Fuente: elaboración propia.

Gráfico 2: Publicidades de aparatología terapéutica



Fuente: elaboración propia.

En ambas imágenes, es posible observar la cantidad de publicaciones de medicamentos e insumos médicos especializados por cada revista en diferentes momentos. En otras, pude exponer la cantidad de

publicidades de origen nacional e internacional, mientras en otros gráficos di cuenta de las lógicas publicitarias en torno a los grupos de enfermedades que esos productos, al menos en apariencia, atacaban. Así, las “cantidades” me obligaron a pensar en qué momento epidemiológico se estaban ofertando determinados preparados, elixires y jarabes; en qué situación institucional se encontraban los médicos a los que estaban dirigidos los avisos (en tanto profesionales de la salud) y las universidades en las cuáles se formaban o ejercían la docencia; en qué estadio se encontraba la industria farmacéutica nacional; y cuáles eran las particularidades de cada revista, entre otras cuestiones.

La investigación llegó a buen puerto. Logré resolver la cuestión numérica, como también la comprensión completa del andamiaje teórico. Este último asunto requería más lecturas y, tal vez, compartir mis incertidumbres con otros colegas. De hecho, en la instancia de formación doctoral conté con la colaboración de algunos compañeros más experimentados en el tema que me ayudaron a revisar puntos que habían quedado pendientes desde la tesis de grado. De ese modo logré ir cerrando –en parte– la etapa de acercamiento y puesta en uso de las herramientas que otorga la semiótica, como también del análisis publicitario⁵.

Sin embargo, y como no podía ser de otra manera, la elaboración de ese trabajo final despertó una serie de interrogantes... yo me encontraba inmersa en un mundo publicitario ligado a la industria fármaco-química, destinado a profesionales diplomados y donde se hacía referencia de manera constante a determinadas personalidades de la tribuna médica. Ahora bien, por fuera de esa trama había –y hay actualmente– otros sujetos promocionando su experticia en el arte de curar, ofreciendo

5 La aclaración viene a colación de que en algunos trabajos aislados retomé estas herramientas y me volqué al estudio de las imágenes en relación a la gripe española (v. Carbonetti y Rivero, 2020).

remedios de los más variados para todo tipo de males, soluciones para prevenir dolencias... de este modo, arribé a mi nuevo tema de investigación: el mercado terapéutico en Córdoba, un estudio sobre ofertas y prácticas del curar en los márgenes y fronteras de la biomedicina (fines del siglo XIX y primera mitad del XX).

Consideraciones finales

Este escrito ha intentado ser una suerte de relato autobiográfico en torno a mi trayectoria en el mundo de la investigación, fundamentalmente en la instancia formativa de posgrado, aunque sin olvidar algunos tramos del grado. Expuse algunas de las dudas, limitaciones y vicisitudes que se me presentaron en términos teórico-metodológicos. Pues bien, esos obstáculos fueron sorteados, pero mi camino en el campo de la investigación no está libre de nuevas dificultades. Concretamente, en la actualidad me encuentro intentando ingresar a la Carrera del Investigador Científico (CIC) de CONICET. Tamaña empresa implica, a grandes rasgos, dar cuenta de un desempeño laboral muy particular; la condición *sine qua non* es contar con el título de doctor/a. De allí, se prevé que el/la postulante tenga en su haber una abultada cantidad de publicaciones en revistas indexadas (de renombre y, preferentemente, internacionales), como también en libros patrocinados por editoriales reconocidas. Otros “casilleros” importantes a completar –tan solo para entrar en la competencia– se vinculan a la trayectoria docente, la extensión, la transferencia de servicios y conocimientos a la sociedad, la presentación de los resultados o partes de nuestras investigaciones en eventos científicos, etc.

Además de todos estos aspectos, son ítems fundamentales en la evaluación la pertenencia a una institución científico-tecnológica y contar

con la dirección de un/a investigador/a consagrado/a que cumple un rol fundamental: coadyuvar en la elaboración de nuestro proyecto de investigación. Este último puede pensarse como el elemento más subjetivo de la valoración general, fundamentalmente porque –como sugieren los y las múltiples integrantes de las comisiones evaluadoras– el proyecto “gusta o no”. Sin lugar a dudas, es un requisito indispensable que la propuesta cuente con una estructura particular (objetivos, antecedentes, hipótesis, marco teórico, metodología, etc.) correcta, pero también es cierto que nuestro destino laboral está en manos de sujetos sociales, permeados por innumerables saberes, pareceres y vivencias.

Hoy, escribiendo estas páginas, estoy atravesando este extenso proceso de examen (cuya duración es de, por lo menos, ocho meses). Con anhelos, expectativas (en sobradas oportunidades, desmedidas), altibajos emocionales... tal vez, solo quienes formamos parte de este mundo podamos, realmente, dar testimonio y comprender lo que implica transitar la pedregosa ruta para llegar a ser parte del sistema científico argentino.

Bibliografía

- Carbonetti, Adrián y Rivero, María Dolores (2020) “La enfermedad en imágenes: representaciones de la gripe española en la prensa argentina (1918)”. *Población y Salud en Mesoamérica*, 17, 1-25.
- Omran, Abdel (1971) “The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change”. *The Milbank Quarterly*, 49-4, 509-538.
- Pessi, María Soledad (2009) “Comunicación y tabú. Análisis de la publicidad de productos para la higiene femenina”. *Question*, 1-21,

- sin paginación. Disponible en: <https://www.perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/739>.
- (2010) “Tabú y publicidad. El titular en avisos publicitarios gráficos de productos para el período menstrual (1930-1955)”. *Tonos Digital*, 19, 1-27.
- Ranke, Leopold (1974) *Pueblos y Estados en la historia moderna*. México: FCE.
- Tozzi, Verónica (2009) “Hayden White y una filosofía de la historia literariamente informada”. *Ideas y Valores*, 58-140, 73-98.
- Verón, Eliseo (1993) *La semiosis social. Fragmentos de una teoría de la discursividad*. Barcelona: Gedisa.
- White, Hayden (1992) *Metahistoria: la imaginación histórica en la Europa del siglo XIX*. México: Fondo de Cultura Económica.

***Lo mental* como objeto de estudio: mis anudamientos desde el psicoanálisis, la historia y el género**

Julieta Lucero Neirotti

Introducción

Me he propuesto abordar algunos ejes claves de mi recorrido como doctoranda en Ciencias de la Salud, destacando cómo he atravesado, desde el campo disciplinar de grado en que me formé, otros espacios *extraterritoriales* que me hallo transitando. Busqué presentar estos procesos en términos simples, mostrando cómo me fui acercando al campo y a la agenda de las Ciencias Sociales y las Humanidades en busca de respuestas, pero, aun más, de nuevas y mejores preguntas.

Siguiendo esa impronta, mi ensayo se concentró en dos secciones donde he mostrado cómo abordé el complejo proceso de construcción de *lo mental* en la Córdoba de fines del siglo XIX y comienzos del XX. En la primera de ellas, ofrecí al lector una narrativa que presentó el camino por el que circularon mis interrogantes iniciales, preguntas vagas

e ingenuas, que fueron convirtiéndose en construcciones más sistemáticas, ancladas en un continuo aprendizaje de nuevas formas de pensar, de escribir, en fin, de transitar múltiples espacios teóricos e institucionales, poblados de personas señeras. En la segunda sección, ingresé un conjunto de experiencias de investigación que no dejaron de ser subjetivas. Mi *encuentro* con las fuentes históricas no sólo puso a prueba mi formación académica, sino que también movilizó lo más íntimo de mi identidad como mujer. Tal como refiero a lo largo de la última parte del trabajo, dos experiencias de mujeres cordobesas resultaron una bisagra en mi trabajo de investigación. Los anudamientos que se fueron tejiendo en este proceso de investigación entre la historia y el género delinearon la particularidad de mis indagaciones, centradas no sólo en los discursos y los saberes médicos *psi*, sino también en los cambios sociales –relativamente tímidos, relativamente rupturistas– que fueron articulando el lugar de la mujer en la sociedad argentina en general, y en la cordobesa en particular. En este sentido, mi acercamiento a la perspectiva de género (Scott, 1996) transformó mi investigación, enriqueciendo mi visión de las construcciones culturales, abriéndome la posibilidad de tensionar la imbricación de poder dispuesta entre la conformación de *lo mental* y los valores y normas sobre una supuesta naturaleza femenina.

Mis primeros pasos, un ida y vuelta entre preguntas y fuentes

Fue durante la última etapa de la carrera de Psicología cuando asomaron algunos de los primeros interrogantes que, mucho más tarde, marcarían mi camino de investigación doctoral. Aunque, por aquel entonces, como futura psicóloga, sostenía una especie de necesidad de no poner en tela juicio las bases mismas sobre las que se asentaría mi profesión, algunas

preguntas y vacíos me rondaban permanentemente, cuestionándome sobre cuándo y por qué el tratamiento de lo mental devino en objeto del campo de la salud en Córdoba. En aquel momento, dichas inquietudes tenían un carácter vago y muy personal.

Mis preguntas comenzaron a esclarecerse al ir culminando mi primer trabajo metodológico que ponía punto final a la formación de grado. Allí me aboqué a las ideas que el psicoanalista Jacques Lacan sostenía sobre los términos involucrados en la idea de *salud mental*. Lacan insistió sobre lo mental como un concepto clave para el Psicoanálisis, y se refirió a la salud, a aquellas prácticas sostenidas con dicho fin, como una búsqueda de cierta coherencia social. A pesar de que, desde el campo de la Psicología, y más específicamente del Psicoanálisis, dichos planteos oficiaban de puntapié para un primer acercamiento, era evidente que mis búsquedas no podían ser resueltas desde dicho campo disciplinar. Lo social tenía implicancias que no podían pensarse en términos individuales y, además, respondía a un carácter profundamente histórico que también atravesaba mi curiosidad por la salud mental y sus procesos de patologización en una sociedad y cultura dada.

Las Ciencias Sociales constituían, sin duda, el universo disciplinar adecuado donde buscar respuestas, o mejor aun, la usina donde encontrar preguntas y emprender el proceso de construcción de una problemática de investigación. Mi primer acercamiento estuvo bien orientado, al menos así lo reveló el futuro. Distintas circunstancias, que no vienen al caso, me llevaron a concretar mi primer acercamiento a ese campo disciplinar. Podría decirse que el cursado a principios de 2015 del Seminario “Aportes de las Ciencias Sociales al campo de la salud” (Centro de Estudios Avanzados de la Universidad Nacional de Córdoba), fue un momento bisagra, cuando mis inquietudes comenzaron a encontrar un vehículo y una dirección. Se abrió entonces una puerta a las Ciencias

Sociales y a las Humanidades, a partir de una mirada enfocada en la historia de la salud y la enfermedad. En ese universo se crearon nuevas condiciones en mi formación que me aproximaron a la necesidad de seleccionar y analizar fuentes históricas y un amplio universo de bibliografía especializada, que debía disponerme a conocer y articular.

A partir de esta instancia de formación, se fue imprimiendo una exigente agenda, dándome también la oportunidad de entablar un preciado vínculo académico y personal con mi directora de tesis, María Laura Rodríguez, con quien discutí por muchos meses mis inquietudes, para por fin empezar los cursos de doctorado y cristalizar mi proyecto de investigación, requisito necesario para ingresar al Doctorado en Ciencias de la Salud de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Para ello, fue un espaldarazo fundamental mi integración como adscripta en el programa de investigación “Sociedad, Enfermedad, Salud y Prácticas de Curar”, radicado en el Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CONICET y UNC) y dirigido por el doctor Adrián Carbonetti. Desde ese espacio, tuve la oportunidad de conocer mejor las dinámicas de investigación del campo y, para entonces, muchos de mis interrogantes iban transformándose radicalmente a medida que lograba actualizarme frente a una sustancial agenda de antecedentes de investigación, discusiones y perspectivas teóricas. Aunque pudiera parecer anecdótico, por aquella época, conocer personalmente y presenciar la conferencia de un referente del campo de la historia de la Psiquiatría, como el doctor Rafael Huertas, representó un giro fundamental para mi trabajo de investigación en marcha.

A esta altura, resulta de mayor utilidad referirme a tres momentos que tuvieron una gravitación de primer orden en la construcción de mi objeto de estudio; proceso que, no sin zozobras, descubrí como una dinámica en continua transformación. En primer lugar, como mencioné,

retomando algunos de los trabajos de Huertas (2011 y 2012), concebí a la cultura como un factor determinante que imprime su marca en los comportamientos relativos a lo mental. De manera que solo a partir de un trabajo de indagación del marco histórico-cultural de Córdoba me sería posible comprender plenamente aquellas enfermedades que las fuentes designaban como objetos clínicos. Esta mirada me permitió repensar las similitudes y las diferencias con otros contextos y otras latitudes respecto de los saberes, prácticas y representaciones que los médicos desarrollaban en sus propios discursos y en sus praxis. Así, cobraba sentido preguntarme por aquellos profesionales que comenzaban a especializarse en la Psiquiatría cordobesa a fines del siglo XIX y comienzos del XX.

En una segunda instancia, ya con nuevos interrogantes delimitados, inicié un trabajo que desconocía totalmente hasta entonces: dado que mi investigación tenía un carácter eminentemente histórico, di comienzo a la etapa heurística. Sobre esta empresa se desatacaron varios puntos, entre los que debería listar mi falta de preparación previa en el asunto. De ello se derivaron importantes dificultades al comienzo de mi proceso de investigación, y especialmente en cuanto a mi cronograma de trabajo, ya que en mi recorrido no había dispuesto un acercamiento previo a los repositorios que me habilitarían las respuestas a mis preguntas de investigación. Sin embargo, este acercamiento a las fuentes planteó la necesidad de adecuar y profundizar el alcance de mi hipótesis. Es que, como retomaré en la segunda parte de este escrito, todo el material consultado en una primera etapa –tesis para optar al título de médico, artículos de la *Revista del Círculo Médico*, manuales de la especialidad, entre otros– remitió a un temario muy definido donde los trastornos mentales ocurridos en mujeres concretas ocuparon el centro de la agenda en las construcciones teóricas de los primeros especialistas que venía identificando.

Tras las huellas de la “feminización de la locura”

A partir de aquí, tuvo lugar un tercer momento en mi trabajo, imponiéndose la necesidad de focalizar en la categoría *género* como un insumo analítico clave para reconstruir miradas, saberes y respuestas terapéuticas que parecían señalar que “la locura” se caracterizaba con “atributos femeninos”. Aunque partí de la premisa metodológica de articular y confrontar el análisis teórico con el material empírico, admitiendo que mis supuestos eran provisionales, a cada paso, con cada fuente, verificaba, de manera más cabal, una proposición fundamental ligada a lo que Ruiz Somavilla y Jiménez Lucena (2003) denominan la “feminización de la locura”. Pude, así, recuperar en las tesis de los galenos cordobeses un conjunto de enunciados y representaciones científicas que respondían a normativas socioculturales androcéntricas donde se articulaban la ciencia, la moral cristiana y también una moral laica. Era cada vez más claro cómo el cuerpo y la sexualidad de las pacientes mujeres eran puestos en cuestión, y rápidamente articulados a la neurastenia y a la histeria, al no responder al ideal de mujer del hogar y madre abnegada.

Las fuentes analizadas también mostraron recorridos teóricos de una especialidad en conformación abierta a los referentes de la ciencia europea y estadounidense de la época. Por su parte, los relatos sobre experiencias de mujeres cordobesas *trastornadas*, que fueron reconstruidas por los médicos a partir de observaciones clínicas, me permitió recuperar algunas cuestiones clave de sus condiciones de vida, dando a conocer algunos pliegues de sus deseos, de sus frustraciones y de las manifestaciones de su *sinrazón*. Asimismo, aparecieron algunas dinámicas de resistencias y conflictos femeninos frente a los mandatos masculinos de dominación de sus cuerpos, su sexualidad y sus vivencias, atravesadas por una división del espacio entre lo público y lo privado, entre lo

productivo y lo familiar, que destinaba a las féminas a una vida puertas adentro. En fin, pude introducirme en escudriñar algunos renglones de las batallas que les tocó vivir, en una Córdoba atravesada por constantes disputas entre la racionalidad y la escolástica, pugnas entre nociones biológicas y espirituales, sintetizadas en la imagen de Córdoba en una “situación de frontera” (Aricó, 1999: 171).

En este marco, el género resultó, al decir de Scott (1996), una categoría útil para captar la complejidad inherente a las experiencias de las mujeres desde una mirada que contemplaba las desigualdades del poder organizado sobre la base de la clase, de la raza y del género. De hecho, los casos clínicos de las tesis en Medicina no solo develaban cómo las féminas soportaban un peso agregado de acuerdo a su función reproductiva gestacional y su rol social en el seno de sus familias, sino que, además, mostraban cómo esto recrudecía cuando eran de estratos sociales bajos. Para captar con mayor agudeza estos deslizamientos en las fuentes, fue fundamental cursar el seminario de posgrado “Estado, ciudadanía, género: lecturas historiográficas sobre Argentina”, que dictó la doctora Karina Ramaciotti en la Universidad Nacional de La Plata, en 2018. A partir de encontrarme con estos aportes, mis lecturas desde la perspectiva de género profundizaron en las relaciones de poder entre los sexos, en tiempos de construcción del Estado-nación argentino. De aquí en adelante, mi propósito fue no desatender la idea de que la información que las fuentes brindaban sobre la mujer era, a la vez, información sobre el hombre, y que el estudio de uno involucraba el estudio del otro. La situación de desigualdad que experimentaban las féminas tenía que ser analizada a partir de su correlato con la de dominación que atravesaban los hombres.

Esta mirada teórica posibilitó la apertura analítica a cuestiones acerca del modo en que se habrían definido los distintos roles y funciones

para cada sexo, los significados de las categorías hombre/mujer según los contextos, la imposición de normas regulatorias del comportamiento sexual y de las relaciones de poder. Por su parte, dichas lecturas repercutían en lo personal, movilizándolo mi lugar de mujer, psicoanalista e investigadora. Las historias de aquellas cordobesas que pagaron el precio de la exclusión parecía una contracara del *progreso y la construcción del saber psiquiátrico* que había sucedido en la misma Casa de Estudios que yo habitaría más de 100 años después. ¿Ellas y yo habíamos transitado texturas similares? Buscaba entonces recuperar cada detalle de esas tramas, de la voz de esas mujeres, que ahora me hablaban a través de las fuentes.

Algunas de esas experiencias resultaron casos claves. Tal fue, por ejemplo, la situación vivida por Arsenia, que no remitía a un caso individual, sino a toda una concepción de época sobre la vinculación entre enfermedad mental y mujer pobre. Con 22 años, fue remitida al Hospicio de Alienadas de la ciudad de Córdoba por las autoridades de la localidad de Cruz del Eje, luego de encontrarla en un “estado de inconciencia y miseria” (Bas, 1914) en las calles de una de las zonas más pobres del noroeste de la Provincia. No perdamos de vista que, para esa época, una significativa parte de la población cordobesa vivía sumergida en la pobreza, francamente pauperizada o vulnerable de serlo, en un contexto de permanente desempleo o subempleo y con sus necesidades básicas insatisfechas (Moreyra, 2009). Precisamente, estas circunstancias golpearon de forma particular a las mujeres de los sectores populares de la ciudad. Sus modos de subsistencia obedecían a trabajos sostenidos en relaciones de dependencia y sumisión, como era el caso de los servicios domésticos que ellas prestaban.

Volviendo al caso de Arsenia, una vez ingresada al hospital, fue víctima de la violencia médica, que le quitó su hijo recién nacido debido a

su “trastorno mental”. Claramente asistió a lo que hoy se conoce como *mala praxis*, o al menos de una significativa omisión en sus procesos de diagnóstico. Es que recién tiempo después, en el fin de su vida, recordemos que la mujer apenas tenía 22 años, “[...] se hizo un examen prolijo de su aparato respiratorio, diagnosticándose una bronconeumonía, comprobándose ya muerta la existencia de tuberculosis” (Bas, 1914: Historia Clínica N° 2). El análisis de la situación vivida por esta joven marcó una ruptura en mis preguntas iniciales sobre el modo en que el campo médico interpretaba conductas y situaciones de vida cotidiana de las mujeres como procesos de orden patológico, como pasó con la neurastenia y luego con la histeria. A su vez, lograba escudriñar los modos por los cuales esta élite de galenos cordobeses, erigidos desde un lugar de poder, construían representaciones sobre la mujer y los atributos femeninos cargados de la moral y la ideología religiosa que caracterizaban a la sociedad de Córdoba.

Otro caso notable fue el trabajo que el tesista Luque (1906) dedicó al mutismo histérico. Allí se refirió a María Luisa, de 18 años, como el caso típico protagonizado por jóvenes de clase elevada que se convertían en histéricas a causa de la lectura de novelas. Aunque en la observación clínica nunca se explicitaron detalles familiares, se evidenció que la consulta fue hecha por su madre, la que notó que su hija dormía poco, con ensoñaciones, mientras “[...] la lectura de novelas la deleitaba en sumo grado constituyendo su mejor sociedad [...]”. La mirada moralizada de la madre y del médico se tejía alrededor del “verdadero problema” de Luisa, que habría sido de clara connotación sexual, ya que su “[...] excitación nerviosa iba en aumento y alguna vez llegaba al paroxismo y la polución” (Luque, 1906: 47). Lo notable de esta historia no fue que la familia y el “médico de la casa” se preocuparan por la sexualidad de la señorita “bien”, o el riesgo que representaba para la joven su inclinación

“desmedida” por dichas lecturas. Lo realmente llamativo de esta historia fue que los “síntomas histéricos” aparecieron recién luego de que María Luisa tuviera un “gran disgusto” “[...] con la madre que por consejo del médico de la casa le retiró las novelas y la hostigó al trabajo: ese día pasó sin hablar [...] Esa noche estuvo muy intranquila, lloró, estaba rabiosa, con deseos de morir [...]”; finalmente pierde el habla (Luque, 1906: 46).

Presento estas experiencias de mujeres cordobesas porque considero que pueden interpretarse como casos bisagra en mi trabajo de investigación. Los anudamientos que se fueron tejiendo entre la historia y la perspectiva de género delinearon la particularidad de mi búsqueda, revelando que ciertos discursos, saberes y terapéuticas médicas se imbricaron con valores androcéntricos. En este sentido, el abordaje de una ciudad como Córdoba requirió no soslayar los influjos que en los valores y costumbres traía consigo el clericalismo conservador. Gardenia Vidal (2013) nos habla de un imaginario social donde la figura de la “perfecta casada” y la diferenciación de los sexos por cuestiones biofisiológicas se mezclaban en proporciones diferentes, mostrando entramados donde los sectores clericales se identificarían con ambas miradas, enfatizando en más de una oportunidad la primera.

Recién con los desarrollos del psicoanálisis en Córdoba, con Gregorio Bermann a comienzos de la década de 1930, se abrió en la investigación un panorama de la enfermedad mental que contemplaba el funcionamiento psíquico de las padecientes. Esta renovación conceptual, entendí, brindó nuevos aires al estancamiento que atravesaba la Psiquiatría local, para dar respuestas a nuevas patologías conforme avanzaba el siglo xx. No obstante, tampoco estos procesos fueron ajenos a las tensiones y desigualdades de género.

Bibliografía

- Aricó, José María (1999) *Entrevistas. 1974-1991*. Córdoba: CEA.
- Bas, Isaías (1914) *Psicosis puerperales*. Tesis para optar el título de Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba: Tip. M. y Viso.
- Huertas, Rafael (2011) “En torno a la construcción social de la locura. Ian Hacking y la historia cultural de la psiquiatría”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31, 437-456.
- Huertas, Rafael (2012) *Historia cultural de la psiquiatría*. Madrid: Los libros de la Catarata.
- Luque, Elías (1906) *Mutismo histérico*. Tesis para optar el título de Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba: Mitre.
- Moreyra, Beatriz (2009) “Los avances en la construcción del estado social en Córdoba (1914-1930): legislación social y prácticas asistenciales”. *Población y Sociedad*, 16, 75-118.
- Ruiz Somavilla, María J. y Jiménez Lucena, Isabel (2003) “Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica”. *Frenia*, 3-1, 7-29.
- Scott, Joan (1996) *De mujer a género. Teoría, interpretación y práctica feminista en las ciencias sociales*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Vidal, Gardenia (2013) “Asociacionismo, catolicismo, y género. Córdoba, finales del siglo XIX, primeras décadas del XX”. *Prohistoria*, 20, 45-66.

Las escenas de curación en prácticas *psi*: trayectorias personales e itinerarios de atención en salud mental

Laura Natalia Vanadia

Introducción

Imagen 1. "Pinel faisant enlever les fers aux aliénés de Bicêtre". Lienzo de Charles Müller, 1849.



Imagen 2: “Pinel, médecin en chef de la Salpêtrière en 1795”. Lienzo de Tony Robert-Fleury, 1876



A principios del siglo XIX, el clínico francés Phillippe Pinel, personaje principal de las producciones artísticas propuestas, protagonizó lo que se considera el símbolo fundacional de la Psiquiatría: *“la liberación de los locos de sus cadenas”*. Ambas *escenas de curación*, reconstruidas por Charles Müller (1849) para el caso de “los locos” del asilo de Bicêtre (imagen 1), y por Tony Robert-Fleury (1876), para el caso de “las locas” del asilo de Salpêtrière (imagen 2)¹, han ofrecido la imagen más característica de la aparición de una medicina mental que, en el marco de un amplio movimiento filantrópico, propició la humanización de la actitud

1 El lienzo de Charles Müller actualmente se encuentra en la entrada de la Academia Nacional de Medicina de París; representa a Philippe Pinel ordenando liberar de sus cadenas a los locos de Bicêtre. La pintura de Tony Robert-Fleury se encuentra en el hospital Salpêtrière y retrata al médico francés haciendo lo propio con las locas de dicho asilo.

hacia *los insanos* mentales, así como la apropiación de la locura como objeto de intervención científico-médica. Sin duda, la atribución exclusiva de ese fenómeno a un personaje particular adquiere visos de exceso cuando en otras latitudes se gestaban dinámicas semejantes². El clima de reforma social europeo del momento movilizó a distintos médicos de diversos lugares del viejo continente en función de renovadas conceptualizaciones, discursos e intervenciones sobre la locura, cuyos aportes coincidían en denunciar la situación de abandono y maltrato que experimentaban las personas con enfermedad mental (Stagnaro, 2015).

Los retratos de *escenas de curación* forman parte del conjunto de producciones literarias y gráficas que recorrían los manuales científicos de la época y decoraban las nacientes instituciones médicas. Plasmadas en fotografías, pinturas, narraciones sobre proyectos edilicios propicios para espacios de tratamiento de personas con enfermedad mental, fueron elaboraciones características del período fundacional de la Psiquiatría, en las primeras décadas del siglo XIX (Castro, 2004) y perduran hasta el presente representando imaginarios de situaciones de asistencia terapéutica. Como aconseja Castro (2004), por *escena*, no hay que entender un episodio teatral, sino más bien un ritual, una estrategia, una dinámica, que se va transformando a lo largo de la historia de las llamadas “disciplinas *psi*” (psiquiatría, psicología, psicoanálisis), y frente a las cuales es interesante detenerse a analizar lo que sucede dentro del cuadro.

La Teoría de la Gestalt define las composiciones visuales a partir de las relaciones que se establecen entre cada una de las partes que conforman una totalidad (figura-fondo), asumiendo que *el todo es más que la suma de sus partes*. Una totalidad, una composición, un campo, o en

2 Otros análisis incluyen referencias a aportes de diferentes figuras: J. Ch. Reil y J-C. Heinroth, en Berlín; V. Chiaruggi, en Florencia; J. Daquin, en Chambery; y W. Battie, en Inglaterra (Stagnaro, 2015).

este caso, una escena de curación, se estructura por la diferenciación de una figura, que por sus atributos de “buena forma” sobresale, respecto de un fondo. La relación que existe entre ambos elementos otorga el sentido a lo percibido. No obstante, si intencionalmente focalizamos nuestra atención en un elemento particular del fondo, este deviene en figura y se redefine el sentido de lo percibido.

Retomando las pinturas propuestas, ambas presentan escenas de curación de enfermos mentales, cuya figura es un médico, en este caso Pinel, que se distingue del fondo de objetos, ambientes y personas. Entre ellas, algunas están encadenadas, con semblante de malestar. Otras asisten al galeno, y parecen colegas. Todas se ubican en un espacio abierto: los asilos para orates. Aunque transmiten el simbolismo de liberación, los sentidos varían al energizar cada elemento del fondo y transformarlo en figura: podemos conjeturar, por ejemplo, que el médico no sopesaba del mismo modo la presencia/ausencia de sus ayudantes o su cantidad, ni tampoco el hecho de ser retribuido por su ayuda con un beso en su mano que con una mirada más amenazante. Aún más, las experiencias de tratamiento, no serían iguales para los hombres o para las mujeres y, dentro de ellas, para la que está siendo desencadenada, ni la que sostiene al niño en sus brazos, y menos aún para ese niño sostenido.

El objetivo de este trabajo es analizar ciertos elementos del fondo de las escenas de curación, en tiempo pasado y presente, que condicionan las trayectorias subjetivas de sus elementos protagónicos: profesionales *psi* y pacientes. En cuanto al primer elemento, interesa indagar aspectos inherentes a la filiación profesional que surcan aspectos del ejercicio de su rol. En cuanto a los y las pacientes, se buscará reflexionar sobre las condiciones de su mundo de vida que participan en sus trayectorias de salud. Para hacerlo, se realizará un recorrido por los principales resultados de la trayectoria en investigación de la autora, en vinculación con

sus propias experiencias en el campo profesional de patologías mentales severas que contextualizan el enfoque de lectura de las escenas de curación realizado. En un primer momento, se compartirán los principales resultados sobre la investigación histórica realizada en el contexto de la tesis doctoral, a partir de la obtención de una beca doctoral del CONICET, sobre el tratamiento de las patologías mentales severas en el Asilo Colonia regional mixto de alienados de Oliva, entre 1930-1943, para luego esbozar los interrogantes que guían la trayectoria de investigación personal presente y futura.

¿Qué sucede en la escena protagonizada por Pinel?

La liberación de los locos de sus cadenas representó, desde algunas perspectivas, el inicio de una prisión moral y del régimen custodial al interior de las instituciones manicomiales (Foucault, 1976). Otras lecturas descubren, en el mismo acto, la posibilidad de preguntarse por la constitución subjetiva de las personas y el surgimiento del diálogo intersubjetivo con la insensatez inherente a toda condición humana, e identifican a las instituciones psiquiátricas como espacios de observación y conocimiento de los fenómenos mentales (Gauchet y Swain, 1983).

El punto de encuentro entre los diferentes enfoques historiográficos es la aceptación simbólica de la “liberación de los locos de sus cadenas” como el momento de distinción de las personas con locura de otros personajes sociales (mendigos/as, leproso/as, pobres, etc.) con el fin de alojarlas en instituciones específicas para su tratamiento, al ser consideradas portadoras de una enfermedad.

Este proceso de *medicalización de la locura* implicó la apropiación por parte de un grupo de profesionales de un campo de comportamientos

que justificaban la existencia de determinados especialistas, junto a la necesidad de su intervención terapéutica. En consecuencia, la novel disciplina elaboró un marco conceptual que explicó las causas de la alienación mental, un sistema de clasificación de los comportamientos que comenzaron a considerarse sintomáticos, el desarrollo y fundamentación de una técnica terapéutica particular que diera esperanzas de mejoría y, por último, la edificación de un marco legal, profesional y social que legitimara la autoridad y necesidad de existencia de los componentes anteriormente mencionados.

Los antecedentes internacionales de la nueva especialidad médica se localizan en Europa a fines del siglo XVIII. Fue conocida primero como alienismo y luego reemplazada en la terminología médica por el término psiquiatría, lo que señala también las modificaciones que experimentaron sus marcos conceptuales y terapéuticos en línea con las exigencias del campo médico general y las debilidades que fueron encontrando sus desarrollos conceptuales³. Para su surgimiento, construyó un nuevo especialista: el *alienista*; quien actuó en un espacio determinado: *el asilo*, con una terapéutica privilegiada: *el tratamiento moral*.

A partir de este entramado inicial, la disciplina fue atravesando avatares en un proceso siempre orientado a defender su legitimidad como especialidad autónoma de la Medicina. De manera resumida y tal vez excesivamente esquemática, el recorrido se inicia con la defensa de los primeros alienistas del *tratamiento moral* como intervención terapéutica que apuntaba a la reeducación del enfermo mediante un diálogo humanizado con él. Para su aplicación, indicaban la segregación de las

3 Para profundizar en la cronología de marcos conceptuales históricos de la Psiquiatría, ver Lantéri-Laura (2000) y Berrios (2013).

personas con alienación mental en los asilos como espacios de atención especializados (Huertas, 2012).

A mediados del siglo XIX, comenzaron en Europa los primeros miramientos a la efectividad del asilo cerrado como institución terapéutica, recrudescidos por el arraigamiento de posturas organicistas que asumieron la incurabilidad de la patología (Castel, 1980). La transformación de las primeras instituciones asilares en establecimientos *Open-Door*, basadas en el tratamiento en libertad, la ausencia de métodos de contención física (*non restrain*) y la aplicación del tratamiento moral de manera colectiva, que adoptó muchas veces la forma de la laborterapia, formó parte del *aggiornamento* que el movimiento alienista operó para superar las críticas y la imagen pública deteriorada de la especialidad (Huertas, 2012). Es así como en Europa, las tentativas de reformas se orientaron en dos direcciones divergentes: una, tendiente a recomponer el espacio asilar a través de los principios del *Open-Door*; y otra, que buscó romper la relación de las prácticas profesionales de los alienistas con el espacio hospitalario a través de los movimientos de la higiene mental (Castel, 1980). Esta fractura interna del campo psiquiátrico europeo condujo finalmente a un proceso de desplazamiento del quehacer profesional *psi* por fuera de los espacios asilares (Renneville, 2004).

Alienismo, neuroalienismo, frenología, neuropsiquiatría, higiene mental, son algunas de las variaciones terminológicas o vinculaciones conceptuales utilizadas para nominar a la Psiquiatría en su versión histórica e ilustran las torsiones operadas en sus aparatos conceptuales y la transformación de sus escenarios de curación. Cada una de estas transformaciones (que incluyen desde los asilos, pasando por los *Open-Door* y consultorios externos, para llegar en la actualidad a servicios ambulatorios, casas de medio camino y la variada oferta de centros de día), han respondido a agendas políticas, sociales y científicas, y se articulan en

momentos en que la efectividad del accionar profesional se erosiona e intensifica su descrédito.

Todos estos movimientos internos de la disciplina y las transformaciones de los escenarios de curación, me conducen a preguntarme sobre qué va sucediendo entre profesionales y personas portadoras de patologías mentales severas, en el proceso de medicalización de la locura. Las respuestas dependen, como ya he mencionado, de la selección de elementos que se realiza para el análisis de los escenarios de curación (las instituciones psiquiátricas).

En la dinámica del nacimiento de la Psiquiatría europea contemporánea, los aportes teóricos-metodológicos de Foucault (1976) identificaron una estrategia política: un producto científico que sirvió de herramienta de control social, al servicio del Estado y de la sociedad burguesa. Las líneas de investigaciones actuales que continúan sus análisis conceptúan a las instituciones psiquiátricas como dispositivos de despliegue de una microfísica del poder; espacios de control y reclusión social. Instituciones al servicio de las intenciones de exclusión del Estado, regidas por lógicas de un poder absoluto desarrollado mediante estrategias de disciplinamiento. Sin embargo, este tipo de análisis provocaron reacciones que motivaron una renovación historiográfica, siendo una de las más destacadas los aportes realizados por Gladys Swain y Marcel Gauchet (1983), que trascienden las explicaciones del propósito de custodia y segregación alienante de estos establecimientos (sin negar la presencia de tales objetivos) para buscar indagar e identificar las condiciones de posibilidad de los saberes disciplinares.

¿Cómo comprender la posición del loco/a y el psiquiatra dentro del espacio asilar argentino?

Los desarrollos científicos de la medicina mental europea tuvieron un fuerte impacto en el campo psiquiátrico nacional hacia finales del siglo XIX y durante el siglo XX (Golcman, 2017). Más allá de los modos en que cada región interpretó y resignificó los referentes europeos en relación con sus contextos socioculturales, políticos y económicos, es posible encontrar ciertas líneas de continuidad. Entre los aspectos comunes más importantes, se destacan: el hacinamiento y la falta de recursos, que fueron estructurales a los hospitales psiquiátricos; la vinculación entre los profesionales de la Psiquiatría y el Estado; y las tensiones disciplinares frente a la incorporación de marcos conceptuales más dinámicos o métodos terapéuticos como la laborterapia (Golcman, 2017).

Las lecturas historiográficas de los escenarios de curación en Argentina continuaron caminos trazados por las perspectivas europeas. La comprensión de la posición del loco/a y el psiquiatra en la historia de la Psiquiatría argentina reconocieron en los aportes de Hugo Vezzetti (1985) un puntapié inicial para superar abordajes caracterizados por crónicas muchas veces laudatorias y reseñas de la evolución edilicia de los principales espacios asistenciales argentinos (Stagnaro, 2006). A partir de allí, se utilizaron de preferencia perspectivas de carácter sociológicas basadas en los aportes de Foucault, que comprendieron los dispositivos psiquiátricos como espacios de poder o instrumentos del Estado para el disciplinamiento y la reclusión social de los/las enfermos/as (Vezzetti, 1985). Lecturas más recientes, como las de Ablard (2008), pusieron en tensión aquellas aseveraciones sobre la existencia de un todopoderoso Estado nacional, con capacidad de intervención y regulación absoluta sobre los cuerpos y voluntades de pacientes.

Los resultados de la investigación que realizo actualmente, sobre el Asilo Colonia de Oliva, anuncian que los contextos institucionales de establecimientos psiquiátricos fustigados en la década de 1930 por la crisis política y económica nacional experimentaron disímiles desenlaces en virtud de los horizontes de respuestas accesibles en cada región. A su vez, también surcaron las trayectorias profesionales de los protagonistas de esos escenarios y contextualizaron elementos de los recorridos asistenciales de las personas asistidas allí. Se abrió así un rico panorama para realizar lecturas oportunas, esta vez desde una perspectiva histórica que, como sugieren los aportes de Ferrari (2016), apunten a recuperar los matices disciplinares locales. Los discursos de los alienistas cordobeses del Asilo de Oliva, durante el proceso de profesionalización de la Psiquiatría argentina, devuelven una imagen debilitada del prestigio y poder absoluto que suele atribuírseles.

El Asilo Colonia de Oliva: cronicidad y debilitamiento profesional

El Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados de Oliva, actualmente llamado Hospital Emilio Vidal Abal, fue la primera institución de tipo *Open-Door* fundada en el interior del país, al sudeste de la Provincia de Córdoba, en 1914. Por su extensión y envergadura, fue el más grande de Sudamérica y recibió alienados de todo el territorio nacional. Dada su importancia estratégica como centro de descongestionamiento del hacinamiento experimentado por los hospitales bonaerenses, fue objeto de investigaciones historiográficas por parte de Agüeros y Eraso (1999; Eraso, 1999 y 2002). Las autoras analizaron el dispositivo psiquiátrico implementado desde la fundación del establecimiento hasta 1930 y

reconstruyeron el panorama institucional, caracterizándolo por la continua sobrepoblación y hacinamiento, conjugada con la permanente insuficiencia de recursos profesionales y económicos. Aunque este contexto no difería del resto de las instituciones psiquiátricas nacionales, Agüeros y Eraso (1999) concluyen que la intensidad de estos obstáculos se agravó hacia la década de 1930 y cristalizaron en una crisis que comenzó a atravesar el Asilo Colonia de Oliva.

El valor de las investigaciones mencionadas reside en la recuperación de un caso de estudio regional que amplía una mirada historiográfica dominante que, por lo general, asimila los resultados de estudios en instituciones psiquiátricas porteñas y bonaerenses sin más “a lo nacional”. No obstante, sus contribuciones continuaron leyendo a Oliva desde una perspectiva metodológica más afín a postulados foucaultianos. El escenario de curación retratado por las autoras ilustra experiencias de reclusión y disciplinamiento, en el que las personas con enfermedades mentales crónicas internadas fueron conceptuadas más bien como un medio de sostenimiento institucional, a través de la aplicación de la terapéutica de la laborterapia, más alejada de la intervención disciplinar estrictamente psiquiátrica (Agüeros y Eraso, 1999).

Sin desconocer el valor de los estudios mencionados, la lectura de diversas fuentes documentales alojadas en el archivo actual del hospital, en conjunto con reminiscencias personales de mi práctica profesional en instituciones psiquiátricas similares, motivaron mi interés por retomar y reconstruir históricamente dicho escenario de tratamiento. La delimitación de mi objeto de estudio, abordado en mi actual tesis doctoral, respondió inicialmente a un proceso intuitivo delineado por alcances, límites y encrucijadas de mi experiencia previa, que convenientemente repasaré al final de este trabajo. El enfoque teórico-metodológico asumido busca complejizar la visión dominante sobre los espacios manicomiales,

interpelándolos como espacios transitados de múltiples experiencias. Las líneas que siguen reflejan algunos resultados de mi tesis doctoral en la que profundizo las experiencias profesionales de los alienistas protagonistas y las vivencias de cronificación de personas internadas entre 1930-1943 en Oliva. Las fuentes seleccionadas fueron las historias clínicas de pacientes y las producciones científicas del cuerpo médico del establecimiento publicadas en el boletín institucional⁴.

En la primera etapa de análisis, la presencia de ciertas lógicas de poder articuladas en el funcionamiento institucional del Asilo de Oliva fue innegable en virtud del tipo de escenario de curación del que se trataba. La organización arquitectónica del establecimiento trazó una distinción de pacientes basada en jerarquías profesionales y diagnósticos psiquiátricos, a quienes se les asignaban estatus particulares y respuestas asistenciales diferentes (Vanadia y Rodríguez, 2019). También se corroboró el sentido que Agüeros y Eraso (1999) asignaron al tratamiento indicado para abordar la locura: la laborterapia, como fuente de sostenimiento económico.

Sin embargo, el contexto institucional del establecimiento a partir de 1930 también muestra diferencias con aquella imagen mítica de los lienzos que retratan a Pinel, o las composiciones realizadas por investigaciones historiográficas argentinas sobre los manicomios y los alienistas como poseedores de un poder monolítico.

Una breve reconstrucción del escenario de curación del Asilo de Oliva, realizada desde las memorias administrativas institucionales redactadas por los médicos durante la década de 1930, ejemplifica las situaciones cotidianas con las que debían lidiar tanto pacientes como profesionales: reclamos sistemáticos al Estado por la falta de presupuesto,

número escaso de profesionales que –en promedio– se correspondían a un médico por cada 452 pacientes (Vidal Abal, 1936) y la organización de turnos rotativos para el descanso nocturno de pacientes por falta de disponibilidad de camas⁵ (Cabeza, 1942). Asimismo, las publicaciones científicas del *Boletín* del Asilo de Oliva evidenciaban fracturas disciplinares y tensiones entre los galenos que se nucleaban en el movimiento de Higiene Mental Argentina y los alienistas de Oliva que denunciaban la imposibilidad de aplicar las nuevas propuestas disciplinares a la realidad institucional. Todos los elementos mencionados, sumados a otros tales como las reestructuraciones operadas por el cuerpo médico de Oliva para afrontar la situación, las clausuras sufridas por el establecimiento y los cambios de reglamentos internos, hablan más de un cuerpo profesional perturbado por la realidad disciplinar que de portadores de un poder monolítico y omnipresente.

Si dirigimos nuestra mirada a la otra figura de la escena, las personas internadas, los escritos médicos de las historias clínicas y algunas correspondencias familiares de pacientes aportan nuevas aristas al estudio de las *internaciones de por vida*. Tales trayectorias de asistencia no siempre se producían por intereses profesionales, sino también por factores sociales, económicos y familiares que se sumaban a las complicadas condiciones institucionales mencionadas (Vanadia y Rodríguez, 2019).

El trabajo realizado por Teyssedou (2019) con historias clínicas de Oliva, publicado recientemente, revela la relación entre inmigración e internaciones crónicas en el hospital en aquellas personas de origen europeo que buscaron refugio en el establecimiento como un lugar para asegurarse alimentos, trabajo y asistencia sanitaria. El autor concluye que

5 El establecimiento había sido diseñado inicialmente para 1.400 personas y llegó a albergar a 4.226 en 1939.

esta realidad no habla sólo de un sistema asilar donde primaba aislar a las personas consideradas anormales, desviadas o inútiles, sino que también expresa la falta de una política de Estado para integrarlos a la convivencia familiar o a la cotidianidad exterior al espacio psiquiatrizado.

A esta altura, la reconstrucción de la escena de curación del Asilo Colonia de Oliva entre 1930-1943 aporta otros matices para la comprensión de experiencias de salud mental y trayectorias profesionales institucionales, en las que no resulta excesivo pensar al establecimiento como espacio de refugio y supervivencia, principalmente para aquellos casos en los que, además de tendencias de desatención y abandono de las familias, se combinaban una situación de pobreza y un aislamiento social. En este sentido, los resultados cuestionan la tradicional relevancia otorgada a este manicomio como espacio de reclusión y control social. En un contexto de constante crisis de los recursos institucionales y de transformación de los modelos psiquiátricos, el rol profesional de estos alienistas no constituyó una autoridad monolítica ya que los comportamientos de los pacientes y sus allegados, los valores y usos sociales también definían tipos de ingresos, diagnósticos y posibilidades de tratamiento.

Los marcos legales, intercambios disciplinares, procesos de legitimación profesional y contextos socioculturales son destinos habituales en las investigaciones sobre la salud mental. Actualmente, encuentro un particular interés y motivación por la indagación de otros elementos que también intervienen y condicionan las prácticas médicas y en particular cualquier acción terapéutica de las disciplinas *psi* y su incidencia en las trayectorias de salud de las personas. La integración de mis vivencias en esta novel y breve trayectoria en investigación actual activa interrogantes que me interpelaban ya durante el ejercicio clínico y sanitario de mi profesión. Así, resurge con vigor la inquietud sobre cómo liberar la salud mental respecto de esa forma singular de poder-saber desde la que

solemos interpellarla. Se renueva mi interés por el análisis de los marcos familiares y sociales de aceptación y rechazo, el nivel socioeconómico o la propia autopercepción de las personas respecto de su propia salud, como factores que imprimen direcciones diferentes a sus itinerarios asistenciales y promueven diversas respuestas de afrontamiento.

Lectura y reconstrucción de escenas de salud en clave autobiográfica: Investigación-Acción, Teoría de la Gestalt y *Empowerment*

Las reflexiones de George Devereux (1980) mostraron que, en el ámbito de la investigación científica, la elección del objeto de estudio y el enfoque utilizado para su aproximación están vinculados a la historia personal y trayectoria profesional del investigador e investigadora. A esta altura, es conveniente entonces explicitar mis propias trayectorias personales que subyacen a las lecturas que he venido proponiendo y que configuran mis imaginarios de “escenas de curación”, o como prefiero llamarles, “*escenas de salud*”.

Las trayectorias profesionales pueden pensarse como la articulación de un pasado-presente que concluye a cada instante, a partir del cual se valoran y proyectan, ya sea por diferencia o analogía, o por aceptación o rechazo de lo vivido, expectativas y trazados futuros. Para dar sentido al cuadro actual que representa mi trayectoria en investigación, me es útil reflexionar y retomar el ejercicio realizado con los cuadros sobre la “liberación de los locos y las locas” propuestos al inicio de este trabajo, pero en esta oportunidad en clave de autorrelato. Es decir, señalaré qué figuras protagónicas se destacan, cuáles son los elementos que constituyen el fondo y la interrelación entre ambos, para encontrar allí el sentido

de mi enfoque de investigación presente y futuro que se presenta siempre como nuevas conjeturas sujetas a revisar.

Las figuras son aquellos trabajos científicos que desarrollé y por los que experimenté un interés y afinidad singular: el estudio de la configuración institucional del Asilo de Oliva, la indagación de aristas poco exploradas en investigaciones históricas sobre las experiencias de cronicidad en dicho *Open-Door* (Vanadia y Rodríguez, 2019), la descripción de imaginarios sociales en la población argentina sobre la esquizofrenia (Vanadia, Benchart y Muscellini, 2014), el rol de la familia en la historia de los tratamientos en salud mental (Vanadia y Berra, 2019), la autopercepción de calidad de vida y muerte, y la salud autopercebida de personas que atraviesan la tercera edad (Mazzetti Latini y Vanadia, 2019) y también de adolescentes.

El fondo son aquellas situaciones reales de encrucijadas cotidianas que debí afrontar en la práctica psicológica en primera persona: marcos legales que contradicen pautas éticas o de resguardo y libertad de la persona, cuestionamientos sobre intervenciones profesionales realizadas según protocolos científicos, imposibilidades de acceso a servicios de atención a la salud mental para personas de bajo estrato socioeconómico aun existiendo sistema gratuitos destinados a tal fin, discriminación social y familiar de personas usuarias de servicios de salud mental, tensiones entre diferentes percepciones de estados de salud entre profesionales-profesionales y pacientes-profesionales, y hasta diferentes valoraciones atribuidas a estados de salud, entre otras innumerables disquisiciones.

El fondo también se compone de mi fuerte interés vocacional por la investigación y producción de conocimiento científico desde mi formación escolar y principalmente universitaria. A pesar de mis deseos por dedicarme a ello, las necesidades materiales de sostenimiento de la vida diaria me condujeron al ejercicio profesional de la Psicología en ámbitos

privados: el trabajo individual en el área clínica y principalmente el área sanitaria en tratamientos grupales de patologías severas. La reducción de mis posibilidades y expectativas de dedicación plena a las tareas de investigación científica fue un hecho; no obstante, dado que siempre (o al menos hasta la actualidad) esas tareas renovaban mi ímpetu, curiosidad y motivación profesional, dedicaba tiempos libres a participar en trabajos de investigación o también transformaba mi práctica diaria en un trabajo metódico que se aproximara a los procesos reflexión científica. Así, parte del fondo también está compuesto por muchos diálogos terapéuticos que asumían la estructura de conjeturas delimitadas dialógicamente junto a una “otredad”, a partir de lo cual se abría un proceso de acompañamiento para desentrañar malestares portadores de sentidos, y desde allí promover la movilización de energía para el cambio que se ajustara a la perspectiva de la persona que trataba.

Al finalizar mi Licenciatura en Psicología, realicé una formación de 5 años de especialización en psicoterapia gestáltica, y trabajé 12 años en una institución abocada a la investigación, asesoramiento y rehabilitación psico-neuro-cognitiva, social y laboral de personas portadoras de esquizofrenia y trastorno bipolar. Ambos anclajes, hoy también forman parte del fondo pero, sin lugar a dudas, influyeron en la predilección del marco metodológico cualitativo, de enfoque descriptivo y fenomenológico al que acudo en primera instancia, e impregnan la mayoría de las líneas de análisis que luego intento deconstruir, de preferencia recuperando el punto de vista de los actores y propendiendo a preguntarme por los alcances, límites y sentidos de sus acciones, que me señalen sus niveles reales de autonomía y autodeterminación individual (*empowerment*)⁶.

6 El concepto de *empowerment* se define desde la salud mental como el empoderamiento

La configuración de este complejo escenario me ha mostrado hasta el momento que las trayectorias del cuidado de la salud se vinculan estrechamente con la autopercepción que las personas poseen sobre sus propios procesos de salud-enfermedad, y los valores y sentidos que asignan a cada uno de esos elementos. Al mismo tiempo, cada itinerario de salud se haya influido por las condiciones que conforman los mundos de vida de las personas y trazan rutas iniciadas para su resolución, según el agente a quienes acuden o pueden acudir.

Consideraciones finales personales

Mi tránsito por la profesión estuvo atravesada por diferentes circunstancias: salarios bajos o condiciones laborales inseguras, situaciones de riesgo que también interferían con mi salud, trabajo con pacientes que disponían de recursos para acceder a determinada medicación y profesionales, como así también aquellos que no contaban con las mismas posibilidades aunque sí con una marcada necesidad e interés en hacerlo. Frecuentemente fui reconocida en entornos institucionales por ser “afectiva”, “cuidadora”, “dulce” y “delicada”, y en ese mismo reconocimiento fui atravesada por aquellas cuestiones de género que configuraron el escenario del momento en que presenté mi renuncia al centro de día en que trabajaba porque había obtenido mi beca de investigación doctoral en CONICET. Escenario en el que se manifestó el ensanchamiento de la

de la persona mediante un trabajo que le otorga autonomía al paciente, a través de la aceptación de la lectura propia que realiza sobre sus dificultades para que pueda decidir sobre su propia trayectoria de salud y solución de conflictos, para lo cual es necesario, en primer lugar, el fortalecimiento de su autodeterminación individual, que estimula a tomar decisiones, y en segundo lugar, la democratización de la vida comunitaria que promueva la igualdad (Musitu Ochoa y Buelga Vásquez, 2004).

grieta que habitualmente ya distancia a “los” psiquiatras y “los” psicólogos (frecuentemente en desmedro de los últimos), pero esta vez acentuada por mi condición de mujer, al tener que escuchar una frase célebre que nunca olvidaré: “doctora, ¡¿usted?!, déjese de joder, eso no está hecho para mujeres”.

Frente a esta variedad del relato, se preguntará el lector o la lectora hacia dónde lo/a llevaré, y es que, justamente, este recorrido abre la pregunta que me conduce a recuperar la visión de los propios actores y actrices en los escenarios de salud. Es decir, cuáles son aquellas condiciones personales o determinantes sociales de estados de salud que se alojan en el fondo de las escenas e influyen en trayectorias de salud de las personas. Por eso me encuentro transitando caminos paralelos pero sinérgicos dentro de un mismo espacio de trabajo, el programa de investigación “Salud, Enfermedad y Prácticas de Curar”, radicado en el CIECS (CONICET y UNC), en el que desde la interdisciplina del equipo de trabajo pueden abordarse los diferentes elementos que componen escenas de salud con diversos enfoques que aportan sentido y evitan descuidos. Así, continúo en vías de concluir el estudio histórico del *Open-Door* de Oliva. En el aquí y ahora, a ciencia cierta, desconozco a dónde me llevará, pero al mismo tiempo mantengo el convencimiento de que las estrategias en salud mental deben continuar en la línea del empoderamiento individual y el reconocimiento de aquellas dinámicas que energicen elementos que hasta el momento están destinados a ser fondo porque no “han hecho demasiado ruido” en trayectorias de salud comunitaria.

Bibliografía

- Ablard, Jonathan (2008) *Madness in Buenos Aires: Patients, Psychiatrists, and the Argentine State, 1880-1983*. Calgary: University of Calgary Press.
- Agüeros, Nélica y Eraso, Yolanda (1999) “Saber psiquiátrico e institución manicomial. Hacia una comprensión de las estrategias de moralización en el Asilo Colonia de Oliva (Córdoba, 1914-1934)”. *Cuadernos de Historia. Serie Economía y Sociedad*, 2, 7-26.
- Berrios, Germán (2013) *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. México: FCE.
- Cabeza, Manuel (1942) “Memoria del «Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados en Oliva» (Pcia. de Córdoba). Desde su fundación hasta el presente 1918-1941”. *Boletín del Asilo de Alienados de Oliva*, 40, 3-76.
- Castel, Robert (1980) *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Madrid: La Piqueta.
- Castro, Edgardo (2004) *El vocabulario de Michel Foucault*. Buenos Aires: Prometeo.
- Devereux, George (1980) *Basic problems of ethnopsychiatry*. Chicago, Illinois: University of Chicago.
- Eraso, Yolanda (1999) *Trabajo alienado. Aportes para la comprensión del trabajo de los enfermos mentales en una institución psiquiátrica pública: Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados de Oliva*. Tesis de Licenciatura en Historia, Escuela de Historia, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba.
- (2002) “El trabajo desde la perspectiva psiquiátrica. Entre el tratamiento moral y el problema de la cronicidad en el manicomio de

- Oliva de Córdoba en las primeras décadas del siglo xx”. *Cuadernos de Historia. Serie Economía y Sociedad*, 5, 33-63.
- Ferrari, Fernando (2016) *De la locura a la enfermedad mental en Córdoba 1758-1930. Una historia cultural de los discursos y prácticas médicas sobre la locura*. Córdoba: Autor.
- Foucault, Michel (1976) *Historia de la locura en la época clásica*. México: FCE.
- Gauchet, Marcel y Swain, Gladys (1983) “Un nouveau regard sur l’histoire de la folie: Entretien avec Marcel Gauchet et Gladys Swain”. *Esprit*, noviembre, 77-86. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/24269571>.
- Golcman, Alejandra (2017) “Escenarios de las prácticas psiquiátricas en América Latina (siglos XIX y XX)”. *Asclepio*, 69, 188-195.
- Huertas, Rafael (2012) *Historia cultural de la Psiquiatría. (Re) pensar la locura*. Madrid: Catarat.
- Lantéri-Laura, Georges (2000) *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Madrid: Triacastela.
- Mazzetti Latini, Carolina y Vanadia, Laura Natalia (2019) “Muerte y espiritualidad: creencias en la tercera edad”. *Cuadernos*, 55, 221-238. Disponible en <http://revista.fhycs.unju.edu.ar/revistacuadernos/index.php/cuadernos/article/view/312>.
- Musito Ochoa, Gonzalo y Buelga Vásquez, Sofía (col.) (2004) Desarrollo comunitario y potenciación (*empowerment*). En G. Musito Ochoa, J. Herrero Olaizola, L. M. Cantera Espinoza y M. Montenegro Martínez, *Introducción a la Psicología Comunitaria*, pp. 167-193. Barcelona: UOC.
- Renneville, Marc (2004) Aliénisme. En Dominique Lecourt, *Dictionnaire de la pensée médicale*, pp. 26-29. Paris: PUF.

- Stagnaro, Juan Carlos (2006) “Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en la Argentina. *Frenia*, 4, 7-37.
- (2015) “Introducción: en torno al origen del primer alienismo”. *Asclepio*, 67, 104-113.
- Teysseidou, Raúl (2019) *Historias clínicas de Oliva: 1920-1921-1922*. Córdoba: El Rincón de los Justos.
- Vanadia, Laura Natalia; Benchart, Noelia; y Muscellini, Raimundo (2014) “Beliefs about the concept of schizophrenia in the argentinian population”. *Schizophrenia Research*, 15, 173-174.
- Vanadia, Laura Natalia y Berra, Silvina (2019). Historia de la salud mental familiar: concepciones sobre las enfermedades mentales en el Asilo Colonia de alienados de Oliva (1930-1943). En AA. VV., *Abordajes inclusivos en salud mental. Clínica, comunidad y derechos*, pp. 353-366. Buenos Aires: aasm.
- Vanadia, Laura Natalia y Rodríguez, María Laura (2019) “El saber ver y el saber hacer en el Hospital Asilo de Oliva: los 14.468 días de Adela”. *Salud Colectiva*, 15, 1-15
- Vezzetti, Hugo (1985) *La locura en la Argentina*. Buenos Aires: Paidós.
- Vidal Abal, Emilio (1936) “Síntesis de actividades”. *Boletín del Asilo de Alienados de Oliva*, 11, 5-26.

Experiencias subjetivas y construcción de un objeto de estudio: itinerarios terapéuticos y representaciones sociales sobre el cáncer

Francisco Fantini

Introducción

La construcción de un objeto de estudio se encuentra profundamente vinculada a la propia biografía de quien investiga. Bourdieu y Wacquant (1995) afirman que una particularidad propia de la teoría social contemporánea es su reflexividad. La investigación de prácticas sociales de cualquier tipo implica, desde la óptica de Gutiérrez (2005), poner en tela de juicio nuestro privilegio de sujetos conocedores y dar cuenta de que estamos situados en un determinado lugar del espacio social con condicionamientos incorporados –derivados de internalizar ciertas disposiciones– que impactan en nuestras decisiones en el proceso de indagación.

Para hacer explícitos estos condicionamientos, comenzaré este escrito con una experiencia familiar. En 1995, tenía 12 años cumplidos y vivíamos en Villa General Belgrano, un pueblo de Córdoba situado a 80 kilómetros de la ciudad capital. Mi padre es médico y en ese entonces realizaba guardias en la única clínica del lugar. Trabajando en el sanatorio, recibió una llamada en la que le notificaban de un accidente ocurrido entre una motocicleta y un automóvil en la ruta que comunica el poblado con la ciudad de Córdoba. En la moto se transportaba una pareja que rondaba los 20 años. Quien conducía fue el mayor perjudicado en el accidente; hundimiento de cráneo y pérdida de masa encefálica eran los signos clínicos más evidentes. Su acompañante presentaba fracturas y contusiones, pero su estado era visiblemente menos crítico.

Ante ese panorama, y al disponer de una sola ambulancia, mi padre debió decidir respecto de la prioridad de los traslados a nosocomios con diferentes niveles de complejidad. En ese entonces, los pueblos de la zona no poseían instituciones con unidades de terapia intensiva o servicio de neurocirugía, por lo que los pacientes con riesgo de vida debían ser derivados a la ciudad de Córdoba. Por ese motivo, dispuso el traslado del conductor de la motocicleta a la capital de la provincia y el de su acompañante al hospital provincial de Santa Rosa de Calamuchita.

El joven falleció en la ambulancia cuando viajaba a Córdoba, mientras que su novia se recuperó en Santa Rosa. La familia del motociclista –entendiendo que mi padre había obrado inadecuadamente enviando al joven a la capital y no a Santa Rosa– presentó una demanda judicial en donde se lo acusaba no haber cumplido el protocolo de traslado que obliga al profesional a derivar los pacientes al centro más cercano. Este pedido no llegó a convertirse en un juicio ya que no se encontraron pruebas suficientes para inculparlo de mala praxis médica; no obstante, desató en mi padre una crisis profesional y personal.

Considero que esta experiencia familiar debe ser leída en términos de configuración social e histórica, a partir de un clima de época en donde se tornó legítimo cuestionar la práctica médica desde muchos espacios. En este sentido, parto –en el marco de mi tesis de Maestría en Sociología– de un conjunto de interrogaciones en torno al devenir de la medicalización. Concretamente, intento complejizar la visión de este proceso y vislumbrar la pluralidad de variables que impactan en él. Parto de tomar en cuenta no solo la visión foucaultiana (sobre la hegemonía y ubicuidad de la medicina occidental que investía de legitimidad la práctica de las y los profesionales), sino además el rol que en la actualidad despliegan pacientes, familiares e instituciones como la justicia y la industria farmacéutica.

El impacto de esta circunstancia personal es uno de los elementos que abreva en un interés incipiente en el rol de los pacientes en la actualidad. ¿Cómo construyen las percepciones de las patologías que atraviesan?, ¿qué relaciones establecen con la biomedicina y los tratamientos complementarios?, fueron algunas de las preguntas vagas que surgieron en el proceso de indagación de las diferentes aristas de la medicalización. Con la revisión de antecedentes y la consulta a profesionales comencé a advertir que existe una estrecha relación entre las recientes configuraciones de la medicalización y el predominio de algunas enfermedades sobre las cuales la medicina académica no tiene respuestas acabadas. Aquí aparece el cáncer por antonomasia; no solo por incertidumbres propias de su comportamiento biológico, sino además por un marcado componente simbólico vinculado con la carga de deterioro o incurabilidad que lo rodea. Dichas cualidades lo distinguen de otras enfermedades –particularmente las infecciosas como la tuberculosis o la sífilis–, conquistadas por la biomedicina después de la Segunda Guerra Mundial (Sontag, 2003; Mukherjee, 2012).

En este contexto de incertidumbre, toman fuerza las múltiples formas del itinerario terapéutico de las y los enfermos oncológicos, quienes circulan por varias y a veces complementarias ofertas para lidiar con sus malestares. El cáncer, entonces, se constituye para mi estudio en una ventana que permite observar ciertas lógicas del proceso de medicalización inacabado y complejo, leído a partir de las heterogéneas trayectorias terapéuticas de personas que han cursado y cursan la enfermedad en la ciudad de Córdoba.

Las y los protagonistas de esos derroteros de atención cimentan conceptualizaciones acerca de las formas en que enfrentan sus dolencias. Las nociones de salud y enfermedad en general, y sobre algún tipo de aflicción puntual, repercuten en los significados, la disquisición de sensaciones y el conocimiento de los cambios corporales que la persona tendrá al experimentar su padecimiento. Estas construcciones pueden vislumbrarse con la lente de las representaciones sociales. A partir de esta mirada teórica, consideré significativo analizar qué representaciones sociales caracterizan al itinerario terapéutico del paciente oncológico. Más precisamente, partiendo de tomar como supuestos la presencia de una medicalización inacabada y el cuestionamiento por parte de algunos pacientes de la biomedicina, indago qué características poseen las representaciones sociales de pacientes oncológicos de la ciudad de Córdoba respecto del cáncer y los modos de atención de la enfermedad.

Andando y desandando caminos de la medicalización: actores, enfermedades y medicinas

El concepto de *medicalización* arribó de manera tardía a mi proceso de investigación; no estuvo planteado desde las primeras charlas y

definiciones con mi directora de tesis. Sin embargo, a medida que avanzaba en las lecturas, empecé a considerar que era una noción ineludible. Actualmente, parto de entender que ese concepto refiere a los procesos por los cuales –en las sociedades occidentales modernas de los últimos tres siglos– se han ido integrando como objetos y campos propios de las disciplinas, instituciones y saberes médicos, prácticas sociales, objetos y otros elementos que con anterioridad no remitían al terreno de lo médico (Germain, 2007).

Claro que las primeras aproximaciones sobre el tema vinieron de la mano de referencias clásicas que había revisado en mi trayectoria en el grado. Para Foucault, este proceso consiste en un conjunto de transformaciones por las cuales “la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se vieron englobados [...] en una red de prácticas e instituciones médicas cada vez más densa y amplia” (Foucault, citado en Germain, 2007: 9). Desde su óptica, la biomedicina se consolida en gran medida debido a motivos que no son parte de la demanda del enfermo; con más frecuencia, ese saber se impone al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad (Foucault, 2014).

En un tiempo más cercano, me aproximé a los estudios del historiador Diego Armus (2016), quien sostiene que los argumentos devenidos de las interpretaciones –muchas veces simplistas– de los escritos de Foucault robustecieron el lugar preponderante de los médicos en la historia de la salud y la enfermedad. Esto construye una mirada parcial de ese derrotero, en tanto que la historia del enfermo es fruto de una mirada profesional que lo erige como un sujeto pasivo dominado por el proceso de medicalización.

Otro de los ejes centrales del planteo de Armus, que disparó toda una serie de interrogantes en el marco de mi estudio, es que la medicalización de la sociedad como proceso nunca es total. Es histórica, cambia a

lo largo del tiempo y es desapareja en la estructura social urbana (Armus, 2016). Este carácter inconcluso, como cualidad inherente, se manifiesta en incertidumbres para las cuales la biomedicina no tiene respuestas inmediatas y efectivas. Ante estas perplejidades, los pacientes desarrollan diversas estrategias para preservar o mejorar su salud¹.

Un caso que evidencia las limitaciones de la biomedicina al momento de enfrentar ciertas dolencias –y del proceso de medicalización– es el cáncer. Como es sabido, esta enfermedad, junto con otras crónico-degenerativas, ha empezado a tener un lugar estelar en las tasas de mortalidad a partir del siglo xx. Sin embargo, y de manera particular, las patologías oncológicas han dejado al descubierto la imposibilidad por parte de la medicina alopática de dar respuestas acabadas en torno a los tratamientos. A partir de allí, el saber biomédico es interpelado ya que, por ejemplo, algunos tumores casi no tienen terapéuticas y en los que sí las hay, su eficacia no funciona igual en todos los pacientes. Esto reconfigura el sentido de la enfermedad, que desplaza parcialmente el temor a la muerte por el miedo de los enfermos a seguir expuestos a tratamientos propios de la medicina alopática percibidos como enfermanes o con efectos iatrogénicos (Fernández, Bengochea, Durand y Wu, 2015).

1 Murguía Lores, Ordorika Sacristán y Guerrero Mc Manus (2016) argumentan que en la última década del siglo xx surgen miradas más complejas de la medicalización. Especialmente, adquiere vigor la tesis que sostiene una sobrevaloración de la capacidad de dominio de la medicina, tematizando, en cambio, la pérdida del poder de sus discursos y prácticas. Igualmente, se vuelven a enfatizar las capacidades reflexivas y de agencia de las personas, “[...] reconociendo que ellas participan activamente, ya sea resistiendo o promoviendo la medicalización de sus condiciones de manera que no puede considerarseles sujetos inermes frente a los procesos” (Murguía, Ordorika y Lendo, 2016: 639).

Considerando lo anteriormente expuesto, en mi estudio parto de reconocer que el itinerario² de los pacientes es variado; los sujetos transitan por muchas ofertas para enfrentar sus dolencias. Esto no es tan sólo el fruto de una pregunta no respondida por parte de la medicina alopática; en sobradas oportunidades, incluso colocando en un primer puesto a las terapéuticas ofrecidas por la biomedicina, las y los pacientes oncológicos recurren a otras herramientas para mitigar los síntomas y dolores de carácter físico y/o emocional. Por lo tanto, las neoplasias malignas son procesos que me permiten analizar ciertas lógicas del proceso de medicalización inacabado, leído a partir de itinerarios heteróclitos de personas que atraviesan o atravesaron la enfermedad en la ciudad de Córdoba.

Sobre el cáncer y sus representaciones: una aproximación teórica

Una de las motivaciones que me llevaron a estudiar el cáncer se vincula al hecho de que posee la particularidad de ser entendido como una de las dolencias estelares de la “modernidad” que, desde su descubrimiento hasta nuestros días, viene planteando una serie de interrogantes y discusiones al interior y entre variados campos de la medicina. Un exceso o defecto de algunos humores en el marco de la medicina griega hipocrática del siglo VI a. C.; una neoplasia a mediados del siglo XIX (Mukherjee, 2012); un bacilo, un virus... la etiología de la enfermedad desveló a la

2 Entiendo como itinerarios terapéuticos a “[...] todos los movimientos que un sujeto o grupo realiza en la preservación de su salud, con todos los diferentes recursos que puede movilizar, que incluyen desde remedios caseros y prácticas religiosas hasta los dispositivos biomédicos predominantes. Refieren a una sucesión de acontecimientos y toma de decisiones que teniendo como objeto el tratamiento de la enfermedad, construyen una determinada trayectoria” (Fernández, Bengochea, Durand y Wu, 2015: 62 y 63).

ciencia médica. Una vez establecido el carácter celular de los tumores –descubrimiento que vería la luz en la Europa decimonónica– pudieron formularse las bases morfológicas y taxonómicas para investigación en cáncer (Buschini, 2010).

Es, además, una enfermedad fascinante –al menos desde mi óptica– debido a las metáforas elaboradas por la ciencia y los pacientes para dar cuenta de ella (Sontag, 2003). En efecto, la misma biología nos lleva a pensar al cáncer como la enfermedad de la sobreproducción, una máquina incapaz de desactivar su función inicial: crecer. Se convierte así en un autómatata que no se puede destruir y que trabaja por sí mismo; un individualista desesperado (Mukherjee, 2012).

Aunque existieron, desde inicios del siglo xx, avances en el estudio y tratamiento de la enfermedad, aquellas revelaciones no traerían consigo recetas mágicas que implicaran curas irreversibles ni absolutas. En todo caso, se puede argüir que la manifestación y desarrollo de esta patología en diferentes latitudes tensionó y tensiona tanto a los actores a cargo de los saberes científico-médicos como a aquellos ligados a las políticas públicas en salud y los viene instando a realizar sus máximos esfuerzos en pos de combatirla. Karpenstein Essbach (2006) sostiene que, después de que se hubiera disipado el optimismo terapéutico respecto al cáncer que se manifestó entre los 50 y 80, ninguna promesa de curación proveniente de la medicina galénica lograría silenciar la expresión del sujeto relativizándola e inhibiendo su discurso.

Entonces, en un escenario de múltiples preguntas aún sin responder desde la medicina alopática, el cáncer ha propiciado el entretejimiento y configuración de diferentes *representaciones sociales*. Esta construcción teórica se constituye en algo clave para mi estudio, pues las *representaciones* surgen con la reelaboración de los propios enfermos de información circulante –avalada o no por la comunidad científica–, y otorgan

sentido al origen de la afección, a sus posibilidades de cura y a los diversos modos en que resulta plausible sobrellevarla³.

Las dimensiones que estructuran los contenidos de las representaciones sociales, y funcionan como una alternativa de operacionalización del concepto, son tres (Palacios Espinosa y Zani, 2014). En primer lugar, la *información*, entendida como el conocimiento que se tiene sobre el objeto social representado, tanto en lo que refiere a la cantidad y la calidad como a las fuentes de la información de las que se dispone. Primordialmente se refiere a las formas de explicación que la persona posee acerca del objeto. En este caso, interpreté como fundamentales los conocimientos apropiados y metáforas utilizadas por las y los pacientes respecto del cáncer como patología, la biomedicina y demás alternativas de atención. Seguidamente, *el campo de representación* es definido como la forma en que se organizan los diversos elementos que la estructuran (Araya Umaña, 2002); particularmente, la forma jerarquizada que posee la representación (Mora, 2002). En mi trabajo, el campo de representación se vincula a cómo los pacientes ponderan las causas de su padecimiento y su derrotero de atención a lo largo de la enfermedad; qué elementos son centrales y cuáles periféricos o derivados de los primeros. Finalmente, la *actitud* es entendida como la dimensión evaluativa y afectiva, que guía la conducta de los sujetos y, equivalentemente, anticipa a las otras dimensiones en tanto que, una vez tomada una posición sobre un fenómeno, nos informamos acerca de él y en función de esa posición tomada (Mora, 2002). Más allá de la previsible negatividad de la actitud

3 Las representaciones sociales (Araya Umaña, 2002) constituyen sistemas cognitivos en los que se puede reconocer la presencia de estereotipos, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Ellas se configuran como una organización de opiniones construidas socialmente, relativas a un objeto dado, resultante de un conjunto de comunicaciones sociales intra e intergrupales que permiten controlar el ambiente, orientando las conductas (Palacios Espinosa, 2013).

hacia las enfermedades oncológicas, aquí pueden caracterizarse las cualidades del intenso temor y sufrimiento que manifiesta el enfermo frente a esta patología.

Una incursión en el campo

El trabajo de campo de mi investigación estuvo orientado por las dimensiones mencionadas arriba e implicó una estrategia de muestreo “bola de nieve”, en donde profesionales de la salud y pacientes que accedieron a encuentros conmigo recomendaron otras personas que transitaban la enfermedad. Originalmente, intenté realizar mi investigación en el Hospital Oncológico de la Provincia de Córdoba “Dr. José M. Urrutia”; presenté en la institución mi plan de trabajo, la carta de consentimiento informado y la guía de pautas para las entrevistas con las y los pacientes, junto con diferentes avales acompañados por firmas de mi directora y autoridades de CONICET. Sin embargo, después de meses de espera, el comité de ética del hospital no me permitió el ingreso al nosocomio, notificándome por teléfono que no tenían críticas éticas a mis intenciones en el marco del proyecto, sino alegando que ese año no iban a recibir nuevas propuestas de investigación. A partir de esto tuve que redireccionar mi trabajo, optando por buscar pacientes por fuera de la institución.

Como técnica de recolección de datos, opté por realizar con las y los pacientes entrevistas individuales en profundidad con una guía de pautas *ad hoc* (Valles, 1999) ya que las personas revelan sus representaciones mayormente a través de sus producciones verbales y esto puede contribuir a la comprensión de las perspectivas que tienen los y las informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones. Asimismo, las entrevistas en profundidad (Barragán Solís, 2005) pueden proporcionar

reconstrucciones presentes y retrospectivas de la vivencia con la enfermedad; lo que permite reconocer algunas prácticas y representaciones sobre ella. En consonancia con Alonso (1999), considero que las entrevistas no expresan meramente un “yo individual” sino un “yo social” que reelabora cierta perspectiva generalizada como las perspectivas de sus grupos de referencia sobre un tema en función de su experiencia biográfica. Además, se manifiesta un “yo narrativo” en tanto que, mediante narraciones, la persona entrevistada organiza sus experiencias en el mundo social; no son un reflejo de hechos sino expresiones frente a los temas que se quieren estudiar.

Entrevisté a 12 personas de ambos sexos con diferentes patologías oncológicas. La participación de las y los pacientes fue voluntaria, dieron su consentimiento informado antes de empezar, las entrevistas fueron grabadas y transcritas para proceder al análisis. Para mantener el principio de confidencialidad se asignaron nombres ficticios a las y los entrevistados. Es importante señalar aquí que la muestra fue particularmente heterogénea ya que me resultó dificultoso entrevistar a hombres, solo pude hacerlo con dos y las diez restantes fueron mujeres. En el devenir de los encuentros se manifestaron emociones profundas que obligaron a pausar, reprogramar o cancelar las entrevistas. Estos eventos me interpelaban como investigador novato en el área de la salud, ya que me encontraba en la disyuntiva de intentar reconfortar con gestos o palabras a quien brindaba su testimonio o escuchar lo más objetivamente posible su relato. Vale aclarar también que intenté establecer contacto con ciertas personas que se negaron a ser parte de mi estudio, aludiendo que no querían revivir ese momento doloroso de sus vidas.

En lo que respecta a la sistematización de datos, utilicé el análisis temático reconociendo patrones a partir de los datos en donde los elementos emergentes se convierten en categorías analíticas. Las entrevistas se

transcribieron, delimitando núcleos temáticos y creando categorías con mayor contenido inferencial. De los encuentros emergieron datos relativos al campo de representación de los pacientes oncológicos respecto de la enfermedad y sus formas de atención. A partir de ellos pensé y articulé las siguientes categorías.

En primer lugar, *la etiología o la aparición del cáncer como corolario de malestares emocionales*. A menudo, el anclaje que construyen los pacientes respecto de las vivencias del cáncer busca dar sentido a las causas de la aparición de la enfermedad. En este aspecto, en coincidencia con lo vislumbrado por Luxardo (2006), los pacientes que entrevisté no utilizan tecnicismos o argumentos de corte biologicista, sino que apelan a sus propias frustraciones como motivo de la aparición de la patología. En ese sentido, “Emilse” manifestaba: “[...] Creo que la gente se enferma cuando no encuentra una salida, cuando hay algo que le está hinchando mucho las pelotas o la cabeza, y la salida es la enfermedad”. En una misma línea, “Luciana” construye la información de su representación, afirmando: “[La enfermedad] coincide con una etapa dura que estaba pasando, que es la separación de mi marido, y es como que ahí el cuerpo me... como que lo largó por el cuerpo. [...] siempre digo que creo que enfermé porque estaba pasando por esa situación en particular que me estaba matando de tristeza”.

Merecen especial atención las yuxtaposiciones que emergen entre las explicaciones etiológicas del modelo biomédico (Menéndez, 1992) y aquellas esgrimidas por las y los entrevistados; en ambas se postula al “paciente” como principal “responsable” de su propia enfermedad. En efecto, quienes han atravesado padecimientos oncológicos muchas veces adjudican acciones o escenarios personales ligados al desencadenamiento de la enfermedad. En ese sentido, puede advertirse que los argumentos de las y los padecientes no circulan en caminos paralelos a

las construcciones científicas. Precisamente, las representaciones sociales sirven para arrojar luz sobre cómo los discursos científicos son apropiados por los grupos sociales. Desde una óptica similar, Susan Sontag (2003) manifiesta que las metáforas explicativas de los orígenes de las enfermedades oncológicas –promovidas en parte por la producción teórica psicoanalítica– se vinculan a la represión constante de sentimientos. Circula en la imaginaria social la idea de que el cáncer afecta a quienes carecen de pasión, a inhibidos o incapaces de cólera.

En segundo lugar, otro elemento integrante del campo de representación del cáncer lo condensé en la categoría *sobre biomedicina, cuerpos y estigmas*. Actualmente, los pacientes dejan de ser agentes pasivos que consumen servicios de salud para transformarse en sujetos portadores de conocimientos que despliegan al momento de emprender y narrar sus itinerarios terapéuticos (Mercado Martínez, Robles Silva, Ramos Herrera, Leal y Alcántara Hernández, 1999). En este contexto, las actitudes de los enfermos respecto de la medicina académica, o de algunos de sus procedimientos, se circunscriben a entenderla como una especie de “mal necesario”. Asimismo, advertí que algunas de las actitudes frente a la biomedicina la caratulan como nociva porque su accionar es incierto o cuasi experimental. En el caso de “Susana”, luego de conocer los resultados de la cirugía y la biopsia, esta representación la llevó hasta un cuestionamiento explícito de las indicaciones de su oncólogo: “[...] me indica quimio y rayos. «Quimio no voy a hacer –le digo–, ¿por qué no me va a dar el mismo protocolo si mis 21 ganglios dieron negativo?, ¿¡por qué me lo indica!?!». «Por si quedó alguna célula», dice. «Bueno –le digo–, bajo mi responsabilidad no me lo voy a hacer, tomaré el Tamoxifeno⁴ y me haré la radiación»”. Referencias similares hacía “Roberto”,

4 Es una droga moduladora selectiva de los receptores de estrógeno. Se utiliza

dando cuenta de una punción que le realizaron para una biopsia: “Me hicieron una punción en el cuello sin anestesia, me metieron una aguja así y empezaron a moverla adentro del tumor [...]”.

Igualmente, pueden destacarse las representaciones que construyen las y los padecientes sobre los cambios en su cuerpo con el transcurrir del tratamiento. Aquel funciona como un estigma, en tanto atributo socialmente desacreditador. El perder el pelo, las transformaciones en la piel y el peso, actúan como cualidades “reprochables”. En términos teóricos, trabajo con la idea de que el estigma es un lenguaje de relaciones, en donde se construyen etiquetas de conductas “desviadas” y “normales” como una forma de manifestación del control social (Goffman, 2006). Algunos pasajes del relato de “Emilse” reflejan este estigma vinculado a su imagen: “[...] hay una cosa deshumanizante en todo el proceso, estar pelado es como estar asexual, más para una mina”. El miedo anticipado ante el juicio de las personas “normales” hace que quienes sufren una enfermedad estigmatizante desarrollen diferentes estrategias para ocultar esa particularidad. Por un lado, un estigma puede provocar aislamiento: “[...] sin darte cuenta te fuiste como aislando un poco de lo que era la vida normal de una persona cuando trabaja, cuando hace sus cosas. Y volver a reinsertarse es muy difícil, a mí me costó muchísimo. Entonces tenía miedo de manejarme sola, de subirme a un colectivo. Me acordaba de lo que tenía y tenía pánico”.

Por último, resta mencionar que las y los pacientes oncológicos articulan y desarrollan estrategias *más allá de la medicina alopática*. En el devenir de su atención, las personas apelan –muchas veces– a medicinas “no convencionales”, las cuales entendemos como cualquier práctica

terapéutica por fuera de la medicina académica (Idoyaga Molina y Luardo, 2005). En el trabajo de campo percibí en múltiples ocasiones un “pluralismo médico” (Barragán Solís, 2005), acción referida a que la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención, no solo para diferentes problemas sino para un mismo problema de salud⁵. En el análisis de las entrevistas, las actitudes respecto de las medicinas no convencionales fueron mayormente positivas, en el sentido que ayudaban a transitar y aliviar las dolencias propias de la enfermedad y las curas devenidas de la medicina alópata. Los agresivos tratamientos, propios de la oncología, se complementan, en algunos casos, con el autotratamiento utilizando *cannabis*. Así, “Sabina” recordaba a su amigo: “El Guille tenía sus plantas, así que sabía que los viernes tenía quimioterapia y a mí la marihuana en ese tramo de la quimioterapia me ayudó muchísimo. [...] Me daban mejor los análisis cuando fumaba marihuana”.

Por otro lado, pero siempre como agregación a la terapia galénica, hubo una fuerte presencia en las entrevistas de trayectorias donde se optaba por las medicinas religiosas por iniciativa propia o impulso familiar. Así lo rememoraba “Cecilia”: “Toda mi vida fui católica, desde que nací hasta el año pasado... hasta que me dijeron «vos tenés cáncer». Busqué mi fe en Dios, me fui para el lado de la iglesia evangelista, me sentí cómoda, me aferré a la iglesia evangelista... [...] No, no, no la

5 Estas prácticas, en crecimiento en las últimas décadas, ocurren en un panorama de cambios en la profesión médica (hiperespecialización, tecnologización y despersonalización de la atención del paciente), en la organización de los sistemas de salud (burocratización y crecimiento de la medicina defensiva) y la expansión de la industria farmacéutica (y su consecuente farmacologización progresiva de los padecimientos) (Freidin, 2014). Las medicinas no convencionales, en cambio, desde la perspectiva de Freidin y Abrutzky (2010), hacen un escaso uso de la tecnología, reducen los efectos adversos de los fármacos, otorgan soluciones satisfactorias a padecimientos crónicos y favorecen un rol más activo del paciente reduciendo la asimetría propia de la medicina académica.

pensé. Dije directamente voy a la iglesia. Entre la iglesia y un psicólogo... preferí la iglesia, me sentía cómoda. Fui a la iglesia y me acuerdo que me lloré... Era como que en la iglesia me desahogué, sentí y pasé ese momento [...]”.

Presentes, aunque en menor medida, se manifestaron las utilizaciones de medicinas alternativas. Particularmente, prácticas lindantes con la Psicología, como es la biodecodificación. Para esta terapéutica, las enfermedades u otros eventos traumáticos están estrechamente vinculados con experiencias de los ancestros. Aquí toma fuerza la creencia de que los hechos se repiten generacionalmente hasta evidenciarlos y sanarlos.

Consideraciones finales

Pienso que el proceso de escritura de mi tesis de maestría –que aún no ha terminado– viene a mostrar que la objetividad absoluta en las ciencias no solo es imposible de alcanzar, sino que probablemente tampoco sea una meta deseable. Como argumenté, cuando investigamos prácticas sociales lo hacemos desde un lugar en el espacio social que nos determina a través de constricciones materiales y referencias axiológicas. Asimismo, es importante resaltar que esos condicionamientos no actúan sobre un sujeto pasivo, sino que pueden ser recreados por nuestra subjetividad en tanto construcción identitaria que potencialmente se emancipa de normas y valores hegemónicos.

En mi caso, estas influencias se manifiestan en la historia de mi familia y el devenir profesional, fundamentalmente, de mi padre. Dichas razones me motivaron a indagar en la medicalización como un proceso complejo, atravesado por múltiples variables, donde la asimetría entre médico y paciente no se reproduce armónicamente como hace décadas,

sino que –actualmente y por diversos motivos– manifiesta aristas variadas y conflictivas.

Debemos entender la práctica médica como nutrida por lógicas que no se restringen a un proceso de análisis de los “desórdenes” biológicos de los pacientes para la búsqueda de una posterior “homeostasis”, sino que esta dinámica está atravesada por particularidades sociales e históricas. Dichas cualidades son apreciables en las dificultades que posee la medicina alopática –luego de haber afrontado de manera relativamente efectiva las patologías infecciosas– para dar una respuesta enteramente plausible a las enfermedades crónico-degenerativas en general y al cáncer en particular. Esta realidad afecta la cotidianeidad de las y los pacientes que, ante las incertidumbres del saber médico, construyen itinerarios terapéuticos complejos que no se restringen e incluso cuestionan al modelo hegemónico.

Bibliografía

- Alonso, Luis (1999) Sujeto y discurso, lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En Juan Delgado y Juan Gutiérrez (coords.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, pp. 225-240. Madrid: Síntesis.
- Araya Umaña, Sandra (2002) *Las representaciones sociales. Ejes teóricos para su discusión*. San José: FLACSO.
- Armus, Diego (2016) “Medicina casera, remedios y curanderos en los inicios de la medicalización de la ciudad moderna: Buenos Aires, 1870-1940”. *Tempos Históricos*, 20-1, 47-80.
- Barragán Solís, Anabella (2005) “La interrelación de los diferentes modelos médicos en la atención del dolor crónico de un grupo de

- pacientes con neurología posherpética”. *Cuicuilco, Revista de Ciencias Antropológicas*, 12-33, 61-78.
- Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loïc (1995) *Respuestas por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.
- Buschini, José (2010) *Emergencia y desarrollo de las investigaciones sobre el cáncer en la Argentina: marcos institucionales, trayectorias profesionales y prácticas (1909-1983)*. Buenos Aires: FLACSO.
- Fernández, Silvia; Bengochea, Laura; Durand, Alfonso; y Wu, Hong (2015) Desafíos para la detección temprana y la calidad de atención en los servicios de salud. En Natalia Luxardo y Laura Bengochea, *Cáncer y sociedad. Múltiples miradas, enfoques, recortes*, pp. 61-105. Buenos Aires: Biblos.
- Foucault, Michel (2014) La crisis de la medicina o la crisis de la anti-medicina. En *La vida de los hombres infames*, pp. 93-120. Buenos Aires: Altamira. (Fecha original del texto, como conferencia, 1974; como artículo, 1976. Edición original del libro, 1993.)
- Freidin, Betina (2014) *Proyectos profesionales alternativos: relatos biográficos de médicos que practican medicinas no convencionales*. Buenos Aires: Imago Mundi.
- y Abrutzky, Rosana (2010) *Transitando los mundos terapéuticos de la acupuntura en Buenos Aires: perspectivas y experiencias de los usuarios*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani.
- Germain, Marisa (2007) “Elementos para una genealogía de la medicalización”. *Cátedra Paralela*, 4, 6-22.
- Goffman, Erving (2006) *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gutiérrez, Alicia (2005) *Las prácticas sociales: una introducción a Bourdieu*. Córdoba: Ferreyra.

- Idoyaga Molina, Anátilde y Luxardo, Natalia (2005) “Medicinas no convencionales en cáncer”. *Medicina (Buenos Aires)*, 65, 390-394.
- Karpenstein Essbach, Christa (2006) Cáncer - literatura - conocimiento. De la personalidad cancerosa a la comunicación total. En Wolfgang Bongers y Tanja Olbrich (comps.), *Literatura, cultura, enfermedad*, pp. 130-148. Buenos Aires: Paidós.
- Luxardo, Natalia (2006) “Tejiendo tramas para explicar la aparición del cáncer (Argentina)”. *Mitológicas*, 21, 55-67.
- Menéndez, Eduardo (1992) Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En Roberto Campos Navarro (comp.), *La antropología médica en México*, pp. 97-114. México: Instituto Mora - Universidad Autónoma Metropolitana.
- Mercado Martínez, Francisco; Robles Silva, Leticia; Ramos Herrera, Igor; Leal, Nora; y Alcántara Hernández, Elizabeth (1999) “La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico”. *Saúde Pública*, 15-1, 179-186.
- Mora, Martín (2002) “La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici”. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 2, 1-25.
- Mukherjee, Siddhartha (2012) *El emperador de todos los males. Una biografía del cáncer*. Buenos Aires: Taurus.
- Murguía, Adriana; Ordorika, Teresa; y Lendo, León (2016) “El estudio de los procesos de medicalización en América Latina”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23-3, 635-651.
- Murguía Lores, Adriana; Ordorika Sacristán, Teresa; y Guerrero Mc Manus, Fabrizio (2016) “Consideraciones epistemológicas en torno

- a la medicalización en América Latina: balances y propuestas”. *Ludus Vitalis*, 24-46, 99-128.
- Palacios Espinosa, Ximena (2013) *Representaciones sociales de la medicina popular en el paciente oncológico adulto, la familia del paciente y los miembros del equipo de salud*. Tesis de Doctorado en Psicología Social, del Desarrollo y Organizacional, Universidad de Bologna.
- y Zani, Bruna (2014) “Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en pacientes oncológicos”. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 10-2, 207-223.
- Sontag, Susan (2003) *La enfermedad y sus metáforas*. Buenos Aires: Taurus.
- Valles, Miguel (1999) *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.

GÉNERO Y SALUD

Deshilando entre Género e Historia: experiencias personales desde la Historia Social de la salud y la enfermedad, Córdoba, Argentina

María Laura Rodríguez

Las feministas nos hicimos primero feministas y después llegamos a la perspectiva de género. Me parece que ahora es más al revés [...] las chicas en la Universidad llegan al conocimiento de la perspectiva de género y desde la perspectiva de género van avanzado al feminismo, van encontrando respuestas y se les van generando nuevas preguntas, inquietudes.

Marta Sagadín¹, 5 de abril de 2017

1 Referente feminista de Córdoba.

Introducción

Algunos meses atrás, completé la etapa *on line* del curso de capacitación sobre género propuesto por la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) en el marco de la Ley Micaela (Ley Nacional N° 27.499). Aunque el objetivo de este espacio es capacitar y sensibilizar a toda la comunidad universitaria en materia de género y violencias de género, el material también incorpora un conjunto de entrevistas que exponen complejidades de una historia de la UNC eminentemente androcéntrica. Un primer disparador detonó al escuchar ciertas notas enfatizadas por reconocidas intelectuales y profesoras cordobesas, que narraron cómo las inquietudes personales por la desigualdad entre varones y mujeres marcaron sus caminos en la investigación (Jaqueline Vasallo) o, en otros registros, postularon que cuando se insiste en seguir enseñando imágenes androcéntricas se generan conocimientos sesgados, potencialmente falsos (Patricia Morey²).

En efecto, estas palabras se revelaron centrales al momento de pensar cómo podía ser útil contar mi experiencia personal como historiadora del campo de la Historia Social de la salud y la enfermedad. A esa altura, no pasaba por alto que, a pesar de haber participado desde 2007 como docente en el Seminario optativo en Historia de la Salud y la Enfermedad, recién este año, 2020, había propuesto integrar al género como eje de análisis. Estos desencuentros y encuentros entre el Género y la Historia constituyeron un buen punto de partida para comenzar a darle

2 Vasallo y Morey fueron entrevistadas en el ciclo “Mujeres que mueven el mundo” (2017), coproducción del Programa de Género de Extensión de la UNC, el Plan de Acciones para Prevenir y Sancionar la Violencia de Género en la UNC, la Prosecretaría de Comunicación Institucional de la UNC y Canal 10. Disponibles en: <https://www.youtube.com/watch?v=B0yFQMwlnXM> y <https://www.youtube.com/watch?v=tsT4YgMZmma>.

sentido a mi trayectoria en el campo. Para ello, propuse tensionar este vínculo como primordial, procurando abrir puertas que fueran más allá de una experiencia egocentrada. El resultado fue un texto organizado en dos secciones. En primer lugar, retomo mi periodo de mi formación de grado en la Escuela de Historia, entre 1996 y 2006, como puntapié para reconstruir la oferta académica ofrecida por esta carrera desde su creación hasta los tiempos actuales. En una segunda instancia, hice lo propio recorriendo puntos centrales de mi agenda de estudios como una vía para colocar en análisis diversos procesos de construcción de los objetos de mis investigaciones. El objetivo fue considerar especialmente las transformaciones emprendidas a lo largo de los últimos años, cuando comencé a reconocer las tensiones de género como un elemento constitutivo para abordar la historia de las profesiones en salud, algunas dimensiones de la medicalización y de la ciencia médica.

La actual pandemia me impuso límites en la consulta de fuentes. No obstante, esos obstáculos fueron compensados por la buena predisposición del personal directivo y del Secretario de la Escuela, así como de un conjunto de colegas docentes de esa Casa que me brindaron su tiempo y atención para ayudarme a reconstruir una historia que, a pesar de ser propia, desconocía en gran medida. Personalmente, esta mirada retrospectiva me ha permitido interpretar los claroscuros que han definido mis procesos formativos y performativos, y me ha impulsado a comprometerme más con mis búsquedas para evidenciar que las raíces de la opresión femenina no se sitúan en la biología sino en cambiantes articulaciones de poder históricas.

El género no es una cuestión de grados

Es notable que si bien muchas carreras de grado y posgrado de la UNC todavía hoy no han incluido una mirada de género en sus materias troncales, desde hace algunos años, la Escuela de Historia viene reconociendo el valor de incorporar algunas herramientas teóricas y metodológicas para comprender los procesos históricos desde una perspectiva de género³. Claro que la progresiva disposición de este tipo de agenda en sus propuestas curriculares no habría respondido a un proceso lineal ni de fácil consecución, más bien estas dinámicas fueron un resultado de múltiples factores enlazados a lo largo de muchos años⁴. Al menos parcialidades de esa historia pudieron reconstruirse escudriñando en la memoria de algunos historiadores que nos formamos en la Escuela; de hecho, aunque soy docente de la Escuela de Historia desde 2007 nunca me había preguntado por este tipo de asuntos.

Mi supuesto de partida, que luego se mostró excesivamente general, fue que esa agenda se mantuvo regularme marginal y marginalizada. A decir verdad, esta lectura estuvo exageradamente azuzada por recuerdos personales de aquellos años en que fui estudiante del Profesorado y la Licenciatura en Historia. Durante ese tiempo, entre 1996 y 2006, las asignaturas de cursada obligatoria, las *troncales*, soslayaron cualquier problematización con contenido de género y, en algunos casos, remitieron a contenidos profundamente misóginos. Sin detenerme a referir

3 Véase el programa de algunas materias de 2018 en: <https://blogs.ffyh.unc.edu.ar/escueladehistoria/programas-de-materias-y-seminarios/>.

4 Tampoco debe obviarse el papel de la militancia feminista y de la Facultad de Filosofía y Humanidades en su lucha por el progresivo fortalecimiento de políticas universitarias en pos de la inclusión de la diversidad de género y la igualdad de la mujer. Para profundizar este panorama, véase la entrevista al doctor Eduardo Mattio disponible en https://www.youtube.com/watch?v=KK_dJoT_VEk y A

a tratos sexistas que eran usuales en esa época, la efeméride más nítida que conservo se vincula a mi experiencia como alumna de Americana I. En esa materia me fue inevitable *estudiar* algunas versiones historiográficas muy violentas, como las que reconstruían la entrada de Pizarro con sus hombres a Cusco, narrando que, *entre otras tropelías*, violaron algunas mujeres locales, entre las que se mencionaba puntualmente a las vírgenes del Sol. A propósito de ello, el autor del texto, del cual no puedo recordar su nombre, concluía a modo de homenaje festivo: *¡He aquí el comienzo de la gran aventura del mestizaje americano!* De hecho, han pasado más de 20 años de aquel acontecimiento y aún recuerdo como si fuera hoy –aunque ahora con mucha más vergüenza propia– no ser capaz de interpelar al profesor Lobos por avalar ese tipo de interpretaciones fruto del patriarcado más rancio. Tal vez esa pasividad devino luego en algún tipo de crisis de conciencia; de todas maneras, ella no emergió hasta muchos años después.

Mientras pasaba la carrera, no me percaté de esas vacancias y sesgos en mi formación teórica. Más bien me conformé con algunas disquisiciones sobre la condición de la *mujer proletaria* en el marco de vagas *discusiones de café filomarxistas*, alcanzando a esbozar ciertas miradas críticas al dictar historia moderna o argentina en el nivel medio, recorrido que sostuve por varios años y que lamento no haber estado en condiciones de profundizar. De hecho, para entonces, había pasado y estaba cruzando mucha *agua bajo aquel puente*. Tal como señaló Joan Scott, a partir de la década de 1970, la historia de las mujeres logró “[...] posicionarse como terreno definible, enfrentándose ineludiblemente al «dilema de la diferencia» respecto a posicionamientos contruidos desde una universalidad devenida en arbitraria y masculina” (Rocha, 2007: 88).

A pesar de que la producción historiográfica dedicada a la mujer y al género era prolífera para la época en que cursaba la carrera, existió, en

líneas generales, un importante desfasaje entre este desarrollo y el interés de los docentes y los alumnos, incluida yo por supuesto. En cuanto a los profesores, si bien muchos daban solvente cátedra sobre un sujeto colectivo de la historia, que no podía ser pensado como uniforme ni homogéneo, sólo un pequeño puñado, a los que me referiré más adelante, otorgaron entidad entre las desigualdades esenciales a la diferencia sexual producida por medios históricos y culturales.

Si aún hoy tantísimos docentes apenas se muestran adheridos a un discurso *políticamente correcto*, no cuesta imaginarlos constreñidos por su época, quizá reproduciendo una matriz trazada por sus propios maestros, históricamente reticentes a reconocer los aportes del feminismo y el rol de la mujer en la historia. Ese era el tipo de panorama que vislumbraba a partir del relato la doctora Patricia Morey cuando, refiriéndose a la Escuela de Filosofía, recordó que lo usual a finales de los 60 y en los 70 era encontrarse con profesores conservadores que contrastaban con el espíritu insurrecto de esa época. Después, el golpe militar devino en un retroceso para cualquier búsqueda de reivindicaciones y para el pensamiento de las Ciencias Sociales todo. Este repliegue no se habría revertido con el regreso a la democracia, cuando el género se mantuvo excluido curricularmente, imperando “[...] un ninguneo a los temas de género en la filosofía, una ausencia de interés en la Facultad de Filosofía y Humanidades” (Morey⁵).

Mirando desde los alumnos, entre los 577 trabajos finales (TFL) elaborados en la Escuela para optar a la Licenciatura en Historia entre agosto de 1961 y marzo de 2020, solo poco más de un 3 por ciento, 19 investigaciones en total, habrían aludido a temas relativos a la mujer/mujeres o enmarcadas en los estudios de género⁶. Evidentemente, sería imposible

5 Conceptos vertidos en la entrevista citada.

6 En orden cronológico, esas investigaciones son: Marta Sagristani y Noemí Córdoba, *El*

difícil disociar estos valores porcentuales del comportamiento de los profesores, ya que ellos son los directores de esas investigaciones. No obstante, un conjunto de entrevistas realizadas a colegas que estudiaron en la Escuela, algunas autoras de parte de aquel magro porcentaje, me revelaron complejidades que venía pasando por alto.

Sondeando entre los actores los procesos que fueron discordantes con aquella tendencia general que vengo mostrando, un primer hito se

matriarcado: nueva discusión acerca de su existencia en la antigüedad (1985); María Cecilia Chiesa de Egea, *La familia y la mujer en el teatro de Lorca* (1989); Pedro Raúl Peralta, *La condición de la mujer. Argentina. El caso Córdoba. 1910-1920* (1994); Paula Costa y Patricia García, *Estrategias matrimoniales sucesorias de la élite de Córdoba. 1610-1640* (1996); Mariana Dain y Romina Otero, *Las metáforas de la tolerancia: construcciones discursivas acerca de la prostitución (Córdoba 1883-1910)* (2002); Karina Clissa, *Delitos contra la moral y las "buenas costumbres". Córdoba 1750-1797* (2002); Elizabeth Pizzo de Moreaux, *Salud – Enfermedad. La mujer en la Córdoba finicolonial* (2003); Miguel Candia y Francisco Tita, *Crimen y maternidad. Infanticidio en Córdoba, 1850-1905* (2005); Ana Noguera y Melina Alzogaray Vanella, *Lo personal y lo político. Mujeres y militancia estudiantil de la Nueva Izquierda en Córdoba. 1967-1976.* (2005); Ana Peiretti, *Procesos de inversión y desinversión de capital: impacto social y memoria entre los trabajadores de Canteras El Sauce* (2006); Laura Quiroga, *Modelos de comportamiento y pautas sociales. Ser mujer en la Castilla de los siglos XI a XIII* (2007); Eugenia Ambroggio, *Mecanismos formales e informales de control social. Un acercamiento desde la aplicación de la justicia y los estudios de género en la Córdoba tardo colonial* (2007); María Daniela Durán, *Las representaciones de la homosexualidad masculina en el cine argentino entre 1983 y 2004* (2008); Noelia Rimonda, *Tecnologías de control social en defensa de la salud pública. La prostitución en la ciudad de Córdoba* (2008); Verónica Basso y Araceli Gómez Nou, *Pensar y descubrir a las mujeres. La imagen de las mujeres según la visión de la prensa escrita en la Córdoba del Centenario. El caso de Los Principios* (2012); Lucía Busquier, *Los inicios de la interseccionalidad: orígenes, debates y militancia política de la Third World Women's Alliance en el marco del feminismo negro norteamericano entre 1970 y 1975* (2017); Paola Lehtinen y Florencia Salguero, *Control, vigilancia y regeneración: la reglamentación de la prostitución en Córdoba (1900 -1938)* (2017); Leticia Reinerio, *La Fundación Eva Perón: su acción en la ciudad de Córdoba entre los años 1948-1955* (2018); Melina De Ángeli y Ornella Maritano, *Rebaño de ovejas negras. La Cárcel Correccional de Mujeres y Asilo de Menores del Buen Pastor, Córdoba, 1892-1912* (2019); María Paula Puttini, *Hijos e Hijas por la Identidad y la Justicia contra el Olvido y el Silencio, Regional Córdoba. Resignificación de las demandas de memoria, verdad y justicia durante la segunda mitad de la década del 90* (2020).

produjo en 1985 cuando Marta Sagristani y Noemí Córdoba rompieron la inercia que imperaba hasta ese momento. Con su investigación fueron “[...] más allá del trabajo historiográfico previo que usualmente consistió en «restituir las mujeres a la historia»” (Bock, en Ortiz Gómez, 2004: 233). En ese sentido, la discusión sobre la existencia del patriarcado en la antigüedad se sumó a un viento de cambio que venía soplado tímidamente con el regreso de la democracia. En ese contexto, resultaron atrayentes los recortes de esa etapa en la vida de estas tesis, que conjugaron, de acuerdo al relato de Noemí Córdoba⁷, ingentes búsquedas de bibliografía feminista por parte de Sagristani, con motivaciones estimuladas en sus habituales reuniones en la Asociación de Mujeres Juana Manso⁸.

Los 90 fueron relativamente prolíferos en TFL que interrogaran las condiciones de vida de la mujer: hubo cinco investigaciones. Lamentablemente, no accedí a entrevistas que iluminaran esa etapa, pero me parece necesario nombrar a Betty Romero como una docente reconocida que dirigió algunos de ellos. En términos generales, a nivel nacional, esos años trajeron transformaciones historiográficas más centradas en la condición femenina. Entre los factores que estimularon este proceso en la Argentina, se contaron la crisis de la Historia Social con “[...] la adopción de objetos propios de la Historia Cultural, y proyecciones del feminismo y de su vigorosa producción intelectual entre las décadas de

7 Entrevista personal con Noemí Córdoba (2020).

8 Desde que surgieron los primeros grupos feministas en Argentina, a fines del siglo XIX, el movimiento ha vivido períodos de auge y de repliegue. En la década de los 70, los sectores feministas crearon grupos de autoconciencia, discutieron sobre la dependencia económica, la inseguridad y la sexualidad, y se incorporaron al debate de feministas europeas y norteamericanas. Entre ellos, el Centro de Estudios Sociales de la Mujer Argentina (CESMA), creado en 1974, la Agrupación de Mujeres Alfonsina Storni (AMAS), de 1977, y la Asociación Juana Manso (1978), ubicada en Córdoba capital.

los 70 y los 90, que alcanzaron de lleno a la Historia y conformaron la delimitación de un campo con nombre propio” (Barrancos, 2004: 41). Ahora bien, estas y otras transformaciones no se identifican con cambios revolucionarios en la agenda nacional y, mucho menos, en el *menudo cuaderno* que en materia de género venía escribiendo la Escuela de Historia. Se trataba más bien de un proceso lento y con escollos. Como advierte Barrancos (2004: 40) refiriéndose a las Primeras Jornadas de Historia de las Mujeres de 1991, allí “[...] no apareció «género» como nevadura central de las comunicaciones”.

En cuanto a los TFL, recién en marzo de 2002 se retomaron aquellos impulsos con la investigación de Dain y Otero sobre las construcciones discursivas acerca de la prostitución en Córdoba de fines del siglo XIX y principios del XX. Precisamente, Mariana Dain señaló el horizonte que surcaba la oferta académica de la Escuela en esos años. Habría sido crucial para los tesisistas el compromiso *ad hoc* de los docentes, quienes –si se tenía suerte, como lo tuvieron Dain y Otero con la profesora Pavoni– hallaban directores esforzados por actualizarse en las miradas de género, moviéndose más allá de sus campos de especialización. Todas las entrevistadas hablaron de este tipo vacíos y de los consecuentes esfuerzos de autogestión. La lectura de Laura Quiroga resultó particularmente interesante, al recordar que su formación e investigación en clave femenina fue solitaria, y tanto su TFL como su tesis doctoral fueron motivadas y sostenidas a partir sólo de su interés y esfuerzo personal. Para María José Magliano, las cosas no sucedieron de modo muy distinto; en su caso, ella se acercó a la perspectiva de género a partir de una estancia de investigación en México, posterior a que se recibiera de licenciada en 2002⁹.

9 Entrevistas personales con Mariana Dain, Laura Quiroga y María José Magliano (2020).

Sin embargo, en cada una de las entrevistas realizadas se recordó a unos pocos docentes y alumnos que fueron una suerte de contracara de este panorama dominante. Resulta especialmente valioso citar las expresiones de Mariana Dain (2020) aludiendo a “[...] personas que tenían otra formación y otra sensibilidad”, para referirse en particular a Néli-da Agüeros, Gustavo Blázquez y Mauro Cabral¹⁰. A decir verdad, ellos fueron indispensables para instalar la problematización de la mujer y el género, creando condiciones para trastocar el quehacer histórico en nuestro ámbito institucional. Es decir, así comenzamos a transitar por “[...] nuevas preguntas y establecer relaciones y formas de interpretar los hechos del pasado tanto si las mujeres participaron en ellos como si no” (Bock, en Ortiz Gómez, 2004: 233).

Del paso de Cabral por la Escuela, alumno en ese momento, Dain recordó su empuje instalando el estudio de otras identidades sexuales, lo que directamente no era siquiera mencionado por aquella época, así como haber coordinado junto con él una “Mesa de Mujeres y Política” en el marco de unas Jornadas que se hicieron en la Escuela de Historia en los inicios de los 2000. No debería perderse de vista que los discursos y acciones que hoy podrían ser interpretados sólo como aportes relativamente valiosos, hace algo más de dos décadas eran también indiscutibles gestas que, como tales, requerían osadía personal y solvencia intelectual, usualmente no muy bienvenida por la academia y los académicos de entonces.

En cuanto a Blázquez, mucho podría decirse de sus contribuciones como profesor titular de la Cátedra de Historia de la Cultura y de su participación desde 2005 como director de varios TFL. Por cuestiones de espacio, sólo destaco su temprana contribución a la carrera con el

dictado en 2003 del Seminario *Poéticas y políticas de género*¹¹. Sus aportes en esa línea facilitaron formaciones profesionales en estudios de género y teorías *queer*, favoreciendo espacios ineludibles en la Escuela de Historia, vehiculizados, por ejemplo, en 2017 y 2018 en seminarios sobre arte y cuestiones de género en el pasado reciente de Argentina, a cargo de su discípula, la doctora Soledad González.

Me detengo un poco más en el caso de Nélica Agüeros, no sólo porque dirigió, asesoró y evaluó numerosos TFL vinculados a distintos recortes que problematizaron el género, sino también porque ella propuso el primer espacio académico que incorporó esa matriz de análisis en la Escuela de Historia. Algunos desarrollos y ciertos hechos ineludibles facilitan colocar en perspectiva sus contribuciones. Sirve comenzar por anotar el cursillo que dictó en el segundo semestre de 2000 *–Las mujeres en la Europa moderna–*, en el marco de una propuesta innovación pedagógica presentada al decanato de la Facultad de Filosofía y Humanidades.

Dos conjuntos de asuntos fueron de particular interés. En cuanto al aporte teórico metodológico, sus empeños trajeron una ruptura en *nuestra comarca*. Su cursillo introdujo en la Escuela (valga la redundancia, por primera vez), la noción de género, concepto planteado por la historiadora norteamericana Joan Scott en 1986, como *elemento constitutivo de las relaciones sociales y campo primario donde se articula el poder* (Scott, 1990). Para entonces, también incorporó dicha complejidad al material obligatorio de los trabajos prácticos de la Cátedra de Historia Moderna, donde se desempeñaba como “JTP”¹².

11 Entrevista personal con Soledad González (2020).

12 Entrevista personal con Nélica Agüeros (2020)

Sin embargo, la apuesta que venía haciendo Agüeros no se correspondió con una línea de investigación histórica feminista consumada. De hecho, como ella misma rememoró, estos tiempos fueron los de la *Nueva Historia Social*, especialmente cuando el pensamiento en Humanidades y Ciencias Sociales estaba en crisis y transformación. En ese sentido, sus elecciones se apoyaron en referentes y caminos diversos, los que podrían ilustrarse en aquel episodio de 1986 cuando Ofelia Pianetto le dio para leer *Vigilar y castigar*, de Michael Foucault. El impacto de esa recepción se fue sumando a la influencia de varias reconocidas historiadoras feministas, como Dora Barrancos. En efecto, esta prestigiosa historiadora visitó por primera vez el Centro de Estudios Avanzados de la UNC gracias a gestiones personales de Agüeros y asesoró personalmente su producción durante los 90.

No cabe duda de que existió un compromiso de largo aliento en su búsqueda para historizar la categoría de género. Es evidente que esa insistencia encontró en aquel pionero cursillo una posta, entre otras. Antes de esa fecha, ella había cursado seminarios de posgrado sobre feminismos y derechos de las mujeres y también había investigado sobre las cuestiones de género en las instituciones psiquiátricas en la Argentina de comienzos del siglo xx. En cuanto a su participación en instancias de discusión específica, fue ponente en las *VI Jornadas de Historia de las Mujeres y I Congreso Iberoamericano de Estudios de las Mujeres y de Género* de la Universidad de Buenos Aires y en las *I Jornadas de Discurso Social y Construcción de Identidades: Mujer, Género y Políticas* del CEA. Luego, prosiguió su labor, por ejemplo, como coordinadora de Mesa en 2003 en las *VII Jornadas de Historia de las Mujeres y II Congreso Iberoamericano de Estudios de Género en la Universidad Nacional de Salta* o, entre 2004 y 2006, como *miembro del comité organizador y de la comisión académica de las VIII Jornadas de*

Historia de las Mujeres y III Congreso Iberoamericano de Estudios de Género de la UNC.

Las intervenciones de Nélica Agüeros no sólo lograron enriquecer la perspectiva de género en el ámbito de la Escuela de Historia. Su propuesta en el grado y su preparación académica cristalizaron dando impulso a esfuerzos grupales de naturaleza interdisciplinaria que la puso a trabajar junto a distintas referentes del campo, como Adriana Boria, quien hace varios años es directora del Doctorado en Estudios de Género de la UNC. Bien pronto se hizo preponderante en la carrera de Agüeros su interés por la Historia Oral, a la que se ha dedicado los últimos años, logrando, por dar solo un ejemplo, crear y dirigir el Programa Municipal de Historia Oral Barrial de la ciudad de Córdoba. También en esta especialidad se destacó dirigiendo el primer TFL que articuló memoria oral y género de la mano de Ana Laura Noguera y Melina Alzogaray Vanella, en 2005, presentando recientemente en el Archivo Provincial de la Memoria el libro de autoras, *Revoltosas y revolucionarias. Mujeres y militancia en la Córdoba setentista*¹³.

De enfermeras, ciencia y aborto

Ahora, retomo el hilo sobre mi trayectoria personal. Durante 2004, llegué a la etapa de elegir seminarios y cursos optativos en la Escuela de Historia con vistas a la elaboración de mi TFL. En aquella época, sucedió mi primer acercamiento a la Historia Social de la salud y la enfermedad, animada por una motivación vocacional a la que respondió la oferta académica de ese año. Las posibilidades abiertas al entender la enfermedad

13 Entrevista personal con Nélica Agüeros (2020).

y la salud como cuestiones social y culturalmente construidas se tradujeron en numerosos focos de atención a lo largo de *mi carrera*.

Un punto esencial fue la elaboración de mi TFL, donde me concentré en el análisis del proceso de profesionalización de la élite médica en Córdoba entre fines del siglo xx y las primeras décadas del xx. Este primer trabajo sistemático fue una experiencia que dejó huellas perdurables. Hubo mucho de agobiante en aquellas interminables jornadas de recopilación y análisis de fuentes y bibliografía especializada, combinadas con mi trabajo diario en la escuela secundaria, en momentos en que usufructuar al máximo las horas destinadas a la investigación era una necesidad vital. Así y todo, como me sugirió insistentemente mi director, *me enamoré de mi objeto de estudio*, una manera de decir que *a investigar se aprende investigando*. Ese trabajo resultó en la obtención de la licenciatura y luego en un libro, donde abordé cómo la élite médica egresada de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba entre 1878 y 1923, en su articulación con las instancias estatales provinciales y municipales, impulsaba un proceso de medicalización en una sociedad local envuelta en la urgencia de constantes episodios epidémicos.

Si bien pasaron varios años, finalmente noté que la agenda que venía sosteniendo, enfocada preponderantemente en una historia de la salud pública argentina, y en mi caso del interior del país, no había reparado ni un ápice en problemáticas ligadas a la *generización* de los agentes de los proyectos profesionales. De hecho, en 1990 Anne Witz había advertido que la relación entre género y profesionalización era ignorada por los estudios sobre el tema (Martín, Queirolo y Ramaciotti, 2019). Cuando comencé a formarme, mi contacto con la historiografía médica europea y norteamericana no involucró la lectura de autores que habían centrado su interés en documentar y ensalzar la práctica médica de las mujeres; médicas, pero también enfermeras, matronas, dentistas y

sanadoras empíricas. Hago notar que una peculiaridad de la mayoría de estos relatos fue que ofrecieron un análisis en el que el criterio *de género* estaba por encima del de jerarquía y pertenencia a un grupo profesional, discreción dominante en la historia de la profesión médica (masculina) (Burnham, en Ortiz Gómez, 2004).

En ese mismo sentido, hubo tempranos aportes en la historiografía nacional realmente notables. En 1992, Catalina Wainermann y Georgina Binstock examinaron los orígenes de una profesión de larga tradición femenina como la enfermería (Barrancos, 2004). Con particular visibilidad en los últimos años, se sumó una floreciente línea de investigación que ha ahondado en las relaciones entre los grupos profesionales más encumbrados, como los médicos, y otros actores que ocupan lugares subordinados dentro del mismo campo. En ese trazo se han destacado un conjunto de autores que han analizado cómo las asistentes sociales, las educadoras sanitarias, dietistas, visitadoras, enfermeras y voluntarias sortearon los límites impuestos por su género y por la sociedad de su tiempo (v. Martín y Ramaciotti, 2016; y Martín, Queirolo y Ramacciotti, 2019).

En los últimos años, el desarrollo de los estudios sobre el caso de las enfermeras resultó especialmente relevante, visibilizados en artículos de Karina Ramacciotti y Adriana Valobra (2010) y en dos producciones compiladas por Biernat, Cerdá y Ramaciotti (2015) y Ramaciotti (2020). A propósito de esta última producción, fue encomiable su apuesta de ofrecer un abordaje de la compleja trayectoria de la enfermería argentina incorporando escenarios tan disímiles y cruciales para la historia de la profesión como Buenos Aires, Santa Fe, Rosario, Mendoza, Jujuy, La Plata, Tucumán, La Pampa, Neuquén, Río Negro y Córdoba. Mi participación en el análisis del proceso de conformación de la enfermería universitaria en Córdoba (Rodríguez y Aizenberg, 2019 y 2020) representó

la posibilidad de volver sobre las experiencias profesionales, pero ahora sin presuponer un itinerario de antemano asociado a una corporación fuertemente masculinizada.

Estaba buscando transitar hacia un compromiso genuino por analizar los logros de las mujeres sin caer en la lectura que apunta a nombres excepcionales, insistiendo en una mirada que, como recalcó Diana Maffía (2007), visibilice la jerarquización sexista y atienda a una nueva forma de valoración diferente a la que la impuso la cultura patriarcal. Además del capítulo de 2020, promoví algunas investigaciones junto a miembros del programa de investigación del que formo parte. En un caso, la propuesta fue problematizar la construcción de la figura de la curandera, mostrando la reproducción de representaciones, estereotipos y prácticas androcéntricas en el mercado alternativo del cuidado de la salud y el cuerpo femenino en la ciudad de Córdoba de las décadas de 1920 y 1930 (Rodríguez, Aizenberg y Carbonetti, 2018). En otro caso, pusimos en estudio la modernización de la enfermería cordobesa vista desde la perspectiva de un proceso de colaboración estrecha entre la OPS/OMS, la Universidad de Córdoba y las instituciones de la salud pública provincial. Así, revelamos engranajes centrales para la emergencia de la enfermería “moderna”, pero también visibilizamos dinámicas de feminización y fragmentación dentro de la profesión, que aún se sostienen en la actualidad (Rodríguez y Aizenberg, 2019 y 2020).

Ahora bien, de mis primeras investigaciones también surgieron importantes resultados como parte de una extensa agenda que tensionó la compleja imbricación entre la salud y la enfermedad y procesos políticos, representaciones socioculturales y dimensiones sociodemográficas clave. En estos trabajos, muchos de ellos elaborados junto a mi colega Adrián Carbonetti –quien por muchos años fue mi director–, recorrimos distintas aristas alrededor de la tisis, el cólera, el paludismo o la

polio. En otras oportunidades, durante mi tesis de Maestría, y más aún en la de Doctorado en Ciencia Política (que completé en 2012), me ceñí al estudio de las instituciones de salud pública, poniendo en perspectiva las particularidades del Estado peronista en la construcción de la infraestructura sanitaria en la Provincia de Córdoba. Aunque por una cuestión de espacio no voy a dar más detalles sobre estas indagaciones, reconozco los aportes de algunos referentes mayúsculos, como Ricardo González Leandri y Susana Belmartino. Tampoco puedo obviar el valor que tuvieron en ese proceso de formación el otorgamiento de las becas doctoral y posdoctoral CONICET y Erasmus Mundus de Maestría.

Por otro lado, quisiera detenerme en ciertas elecciones y determinadas circunstancias que marcaron caminos de gran calado en mi vida académica. En términos resumidos, en 2013 comenzó un cambio radical en mis investigaciones, abriéndose una vía para dedicarme a otras temáticas que apenas había referido en mis trabajos anteriores. Ese año me alejé del análisis de procesos cordobeses para poner en perspectiva un conjunto de revistas producidas en el ámbito médico porteño, profundizando en ciertas lecturas teóricas y empíricas sobre la comunidad científica argentina especializada en estudios de cáncer ginecológico en el contexto de entreguerra. Sobre el porqué de mi nuevo interés, cada vez me resulta más evidente la importancia que tuvieron razones personalísimas, ligadas a un grave carcinoma que transitó mi madre hace más de 25 años. Según ella me expresó, su recuperación se habría vinculado al *buen criterio* de su ginecólogo de *escucharla* y realizarle una histerectomía radical, la que, de acuerdo al grado de avance del cáncer, no era imprescindible; es decir, le extirparon el útero, el cuello uterino, ambos ovarios, ambas trompas de Falopio y el tejido circundante, sin que todas esas zonas estuvieran en presencia de la neoplasia. Este parece un momento necesario en el texto para adelantar que mi postura

no se adhirió a la idea de estudiar ciertas prácticas y teorías como *mala ciencia*.

En términos historiográficos, en aquellos tiempos, sólo reconocía que el cáncer era una patología *moderna* que había comenzado a influir en el panorama de morbi-mortalidad argentino a comienzos del siglo xx. El acercamiento a esta temática fue intensa e intensiva, movilizaba por dejar atrás el rechazo de mi presentación para el ingreso a carrera de investigador en CONICET (2012) con un proyecto sobre políticas públicas en torno al sector salud en la Córdoba posperonista. La nueva propuesta, centrada en historia de la ciencia, tuvo muy buena recepción y al año siguiente ingresé con una evaluación muy favorable, de acuerdo al objetivo de estudiar las condiciones históricas que intervinieron en los procesos de construcción del conocimiento y las actividades de investigación biomédicas alrededor de las neoplasias mencionadas. Para dar un pantallazo de esta línea, remito a mis indagaciones sobre la introducción de los métodos de radioterapia entre los ginecólogos que trataban el cáncer cervical en importantes hospitales de la ciudad de Buenos Aires (Rodríguez, 2016a).

A pesar de que mi propuesta inicial no tenía relación con las tensiones de género, al estudiar las neoplasias del útero me fui introduciendo en ciertas fuentes y aportes bibliográficos que abrieron un panorama en ese sentido. Sin perder de vista mi campo concreto de investigación, era preciso proponer una visión crítica de la ciencia desde donde problematizar un universo de discursos, prácticas y relaciones entre actores que iba divisando en la articulación entre las ciencias de laboratorio y la medicina llamada *al pie del lecho*. No sólo estaba frente a un mundo médico en transformación, donde los nuevos conocimientos en circulación se conjugaban con limitaciones materiales y en materia de recursos humanos especializados. Fue fundamental identificar que los profesionales

que trataban el cáncer ginecológico decidían sus prácticas por criterios definidos caso por caso.

A esta altura, resultó central mi contacto con dos conjuntos de perspectivas que tenían bastante historia en la búsqueda de romper cercos epistemológicos. Por un lado, el proyecto de la nueva historia de la ciencia, interesada por la compleja articulación entre diversos aspectos de la ciencia, enfocada, siguiendo las palabras de Ilana Löwy (1994: 16), en “[...] as articulações entre o discurso e a materialidades, «valores físicos» e «valores morais», o universo do laboratório e da fabrica e o dos valores culturais e morais de uma dada sociedade [...] estuda também a passagem de um universo cultural para outro”. Por otro lado, la intención de poner en cuestión los principios de objetividad, neutralidad y universalidad de la ciencia contemporánea me impulsó a reconocer las relaciones de género como condicionantes de las agendas, métodos, conceptos y criterios en los que se apoyaba la ciencia y la práctica médica (Harding, 1996). A partir de esta interpretación del conocimiento médico sobre las mujeres y las *patologías femeninas*, comencé a transitar por una línea que la historiografía internacional, desde los 90, ha procurado contextualizar: la producción del conocimiento científico, explicando de qué maneras las ideas sobre la diferencia sexual se cargaron de poder (Ortiz Gómez, 2004).

Mi plan original era poner en esa perspectiva discursos científicos, criterios de intervención y prácticas médicas en relación al cáncer genital femenino. No obstante, recién emprendí ese estudio durante 2019 y entregue la versión final de un trabajo que fue aceptado por la revista *Descentrada*. Antes de eso, los archivos me llevaron a considerar la asociación entre tisis y embarazo considerada en un conjunto de artículos y experiencias clínicas publicadas por obstetras, ginecólogos y tisiólogos

que trabajaban en algunos populosos hospitales de la ciudad de Buenos Aires entre 1920 y 1930.

Una vez reorientada en esa dirección, los referentes se multiplicaron. Sin pretender agotar todos los nombres, algunos no pueden ser obviados¹⁴. Dos momentos fueron cruciales para articular mi línea de indagación, preguntas, objetivos e hipótesis. En primer lugar, debo detenerme en un artículo de Armus (2002), donde explora cómo, en el contexto de los cambios urbanos porteños de las primeras tres décadas del siglo xx, la poesía, el cine, el teatro y las letras de tango –escritas mayoritariamente por hombres– trabajaron con insistencia la trayectoria protagonizada por la *muchacha de barrio*, hablando de un viaje en clave de condena en donde la tuberculosis apareció como la materialización de un castigo para esas mujeres jóvenes que habían osado desafiar su lugar en el mundo doméstico y barrial. Nadie pondría en duda el valor de esas narrativas sobre una *subcultura* que excedía en mucho las preocupaciones de la higiene social y la salud pública, y que convertían a la tuberculosis en una enfermedad *saturada de significados*. Sin embargo, aunque el planteo de Armus sobre la *economía moral* se pensó en términos de *patriarcado* y *relaciones de género*, me quedó una especie de *sabor a poco* al focalizarse solo en imaginarios y metáforas sobre esas mujeres tuberculosas. Mis intereses, mis preguntas, estaban más dirigidos a reconstruir experiencias que procuraran revelar cómo esos discursos envolvían el refuerzo de ciertos valores sociales predominantes, pero también implicaban cambiantes articulaciones de poder con consecuencias concretas de dominación y exclusión. Encontraba una posible vía en la potencialidad hermenéutica del estudio de la ciencia médica desde una perspectiva

14 Voy a soslayar numerosas contribuciones, pero no quiero pasar por alto los aportes que, en una primera instancia, se vincularon a las lecturas de los trabajos de Barrancos (1991), Nari (2004) y Giordano (2013).

feminista, la que, como marcó Diana Maffía (2007), ha permitido revisar teorías muy sólidamente establecidas abordando cómo influyen en la vida cotidiana de las mujeres, tanto como en la determinación de su lugar social, político y jurídico.

En segundo lugar, aparecieron en mi biblioteca los estudios de Yolanda Eraso (2007) sobre la práctica de la eugenesia en el tratamiento de mujeres argentinas durante la década de 1930¹⁵. Puntualmente, los planteos que llamaron mi atención surgieron en el marco de una discusión historiográfica sobre eugenesia en la Argentina que recuperó Diego Armus (2016) para una de las revistas más prestigiosas de nuestro campo de estudios, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. No quiero hacer tediosa una historia que, en términos generales, puede resumirse explicando que Armus (2016: 165) sostuvo que Eraso se había valido de un número muy limitado de ejemplos de prácticas médicas y, aun así, sostuvo que en “[...] el hospital los médicos se las ingenieron a practicar abortos terapéuticos con el argumento de prevenir la transmisión de caracteres hereditarios degradantes de la raza nacional”; evidentemente, como realzó Armus, no es posible asumir que “[...] la existencia de un discurso debe entenderse, sin más, como la existencia de una práctica”. No obstante, el valor de la interpretación criticada remitiría a mostrar, a través de algunas “pocas” historias clínicas, la profunda discrecionalidad con la que se movían los profesionales –generalmente obstetras y ginecólogos– durante las décadas de 1930 y 1940. En efecto, la potencialidad de tales ideas devino en un clivaje fundamental para mis lecturas.

No podía dissociar esa mirada de las prácticas médicas, de los previos análisis sobre aquellos ginecólogos que, dedicados a tratar el cáncer

15 Más recientemente, Eraso (2018), desde la perspectiva de la medicina y el género, ha abordado el tratamiento del cáncer de mama considerando el uso de testosterona y estrógeno y sus implicancias genéricas.

genital, habían articulado criterios clínicos y, a partir de ellos, intervenciones concretas sin seguir protocolos, decidiendo *caso a caso*. Entre 2016 y 2017, me dediqué a abordar las prácticas de abortos terapéuticos en tuberculosas durante los años 1920, recuperando un contexto histórico bastante explorado por la historiografía. En aquella época imperaba un ideario que alentaba políticas sociales y de salud que afirmaban la moral católica y la ética médica, con un foco particular en la atención de la salud de madres e hijos (Armus, 2016). Además, en 1921 la reforma del Código Penal definió la no punibilidad del aborto terapéutico, aunque, como subrayó Maffía (2006), la propia redacción del inciso no trajo consigo un cambio radical en las concepciones sobre las jerarquías de género por utilizar un lenguaje relacional para definir a la mujer, al señalar que el aborto no sería punible “si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la *vida o la salud de la madre*”. Como se puede ver se marcó una identidad femenina anclada a un fuerte carácter biológico y determinista.

Busqué en la tuberculosis un espejo desde donde mirar estas dinámicas de sesgo androcéntrico. Esta enfermedad parecía ideal, puesto que, además de sus reconocidas connotaciones socioculturales, Armus (2016: 162) reconoció que “[...] durante unos pocos años, el aborto de las tuberculosas parece haber tenido alguna presencia en las prácticas médicas institucionalizadas”. En efecto, más allá de los discursos, no era posible demostrar que esta práctica se realizaba de manera dominante buscando limitar la reproducción de las/los tuberculosos. Por el contrario, las historias clínicas y los artículos médicos mostraron que era usual que no indicaran abortos por razones de salud o vida, incluso se corroboró la definición de tendencias conservadoras respecto de la gestación y los órganos genésicos de las tísicas.

Sin embargo, el aporte de mi indagación se definió en mostrar que, tanto a nivel de las argumentaciones teóricas como de las prácticas, el

aborto por razones médicas estuvo conceptualizado y se practicó –o se negó– a partir de valores y normativas ancladas en matrices de género (Rodríguez, 2016b y 2018). En realidad, predominaron discursos y prácticas que no priorizaron la salud de las enfermas. Así, la interrupción del embarazo o la continuidad de la gestación en tuberculosas dependió de la mirada del médico sobre situaciones tales como si tenía hijos vivos por cuidar, si estaba casada o no, si el varón causante del embarazo tenía intenciones de casarse con una mujer que no tenía su “himen intacto”¹⁶. En otros términos, a pesar de que la despenalización del aborto por razones de salud o vida fuera reconocido por su amplia permisividad para la década de 1920, este recurso constituyó de manera predominante un asunto de exclusivo interés médico, atravesado por puntos de vista *androcéntricos*, articulados a un contexto en que la mujer era considerada una persona sin autonomía para tomar sus propias decisiones.

Consideraciones finales

Aun dejando cuestiones sin descubrir, esta porción de la historia que me tocó narrar no parece lejana porque, en efecto, no lo es en términos cronológicos y porque sus renglones reflejan el impulso que hoy nos permite hablar de anudamientos entre Género e Historia. De nuevo recorro a las palabras de Patricia Muray cuando afirma que, aunque todavía existen múltiples déficits en el ámbito de la UNC, el avance en materia de investigaciones es maravilloso con becas y seminarios multitudinarios¹⁷.

16 Cito la sesión científica en la que expusieron los doctores Peralta Ramos y Bello (1926) porque desde el título pone de manifiesto la densidad histórica de las imbricaciones entre la medicina y los valores de género.

17 Conceptos vertidos en la entrevista citada.

La Escuela de Historia forma parte de este cauce. Inclusive es difícil hallar en la actualidad investigaciones sobre el pasado de la sociedad cordobesa y argentina que incurran en connotaciones androcéntricas o prejuicios sexistas. Hoy, aún con deudas, la historiografía de Córdoba cuenta con un conjunto de notables historiadores que encumbran los aportes del feminismo a la historia. A lo largo de este texto he mencionado sólo un puñado de esas contribuciones.

Por mi parte, sostengo dos deseos que orientan mi praxis profesional. Por un lado, seguir sumando a una agenda que, en el quehacer historiográfico, procura desnudar el pensamiento esencialista de la ciencia médica: la meta es desmontar, como oportunamente ha expresado Diana Maffía (2007), un rasgo central de las ideologías de opresión. Por otro lado, busco seguir formándome como una docente feminista para orientar a las nuevas generaciones de historiadores en ese camino de libertad y compromiso intelectual. En definitiva, estos propósitos animan mis actuales reflexiones.

Bibliografía

- Armus, Diego (2002) “Milonguitas en Buenos Aires (1910-1940): tango, ascenso social y tuberculosis”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 9 (Supl.), 187-207.
- (2016) “Eugenesia en Buenos Aires: discursos, prácticas, historiografía”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 23 (Supl.), 149-169.
- Barrancos, Dora (1991) “Contraconcepcionalidad y aborto en la década de 1920: problema privado y cuestión pública”. *Estudios Sociales*, 1, 75-86.

- (2004) “Historia, historiografía y género. Notas para la memoria de sus vínculos en la Argentina”. *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*, VIII-1/2, 35-65.
- Biernat, Carolina; Cerdá, Juan Manuel; y Ramaciotti, Karina (dirs.) (2015) *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.
- Eraso, Yolanda (2007) “Biotypology, endocrinology, and sterilization: the practice of eugenics in the treatment of argentinian women during the 1930s”. *Bulletin of the History of Medicine*, 81-4, 793-822.
- (2018) El reino del estrógeno. Generizando el tratamiento hormonal para el cáncer de mama. En Cecilia Rustoyburu y Yolanda Eraso (dirs.), *Cuerpos hormonales. Intersecciones entre laboratorio, clínica y sociedad*, pp. 53-92. Mar del Plata: EUDEM.
- Giordano, Verónica (2013) “La sanción de la capacidad civil plena de la mujer en los países del Cono Sur, 1945-1990. Una propuesta de análisis del fenómeno legal”. *Latin American Research Review*, 48-3, 25-43.
- Harding, Sandra (1996) *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata.
- Löwy, Ilana (1994) “Ludwih Fleck and a history of science today”. *História, Ciências, Saúde –Manguinhos*, I-1, 1-18.
- Maffia, Diana (2006) Aborto no punible: ¿Qué dice la ley argentina? En Susana Checa (comp.), *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós. Disponible en: <http://dianamaffia.com.ar/archivos/Aborto-no-punible.-Qu%C3%A9-dice-la-ley.pdf>
- (2007) “Epistemología feminista: La subversión semiótica de las mujeres en la ciencia”. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 12-28, 63-98.

- Martín, Ana Laura y Ramacciotti, Karina Inés (2016) “Profesiones socio-sanitarias: Género e Historia”. *Avances del Cesor*, 13-15, 81-92.
- Martín, Ana Laura; Queirolo, Graciela; y Ramacciotti, Karina Inés (2019) *Mujeres, saberes y profesiones. Un recorrido desde las Ciencias Sociales. Argentina, siglo xx*. Buenos Aires: Biblos.
- Nari, Marcela (2004) *Políticas de maternidad y maternalismo político: Buenos Aires (1890-1940)*. Buenos Aires: Biblos.
- Ortiz Gómez, Teresa (2004) “Interacciones entre salud, historia y feminismo. Una revisión historiográfica”. *Diálogo Filosófico* 59, 229-244.
- Peralta Ramos, Alberto y Bello, R. (1926) “La pequeña cesárea en un caso complicado por tuberculosis pulmonar e himen intacto”. *Revista Argentina de Obstetricia y Ginecología*, VII-2, 296-297.
- Ramacciotti, Karina Inés (dir.) *Historias de la enfermería en Argentina: pasado y presente de una profesión*. Buenos Aires: Edunpaz.
- y Valobra, Adriana (2010) Nuestra meta no es el premio sino la lucha. Itinerarios de una enfermera bonaerense. En Adriana Valobra (ed.), *Mujeres en espacios bonaerenses*, pp. 167-180. Buenos Aires: Archivo Histórico de la Provincia de Buenos Aires.
- Rocha, Milagros (2017) “La historia del género y el género en historia. Apuntes preliminares dentro del profesorado en Historia, de la Universidad Nacional de La Plata”. *Clío & Asociados*, 25, 86-97. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.8627/pr.8627.pdf
- Rodríguez, María Laura (2016a) “La terapéutica en el cáncer cervical: Debates de la ginecología argentina en la adopción de la radioterapia entre 1917 y 1919”. *Eä Journal* 8-1, 63-92.
- (2016b) “El aborto terapéutico en la tocoginecología argentina de la década de 1920: concepciones y prácticas clínicas”. *Revista de Salud Pública*, xx, 93-97.

- (2018) “Medicina, eugenesia y género: el aborto terapéutico en las mujeres con tuberculosis. Buenos Aires, 1920-1930”. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, 45-1, 191-213.
- y Aizenberg, Lila (2019) “Actores, procesos y proyectos en la profesionalización de la enfermería universitaria en Córdoba, Argentina, 1956-1968”. *Trabajos y Comunicaciones*, 49, 1-16. Disponible en: <https://www.trabajosycomunicaciones.fahce.unlp.edu.ar/article/view/TyCe088>.
- y Aizenberg, Lila (2020) La conformación de la enfermería universitaria en Córdoba. En Karina Inés Ramacciotti (directora), *Historias de la enfermería en Argentina: pasado y presente de una profesión*, pp. 339-370. Buenos Aires: Edunpaz.
- Aizenberg, Lila; y Carbonetti, Adrián (2018) “Construcciones de género sobre las mujeres curanderas: miradas desde la medicina y el periodismo en la ciudad de Córdoba, Argentina, durante las décadas de 1920 y 1930”. *Trashumante*, 12, 120-141.
- Scott, Joan W. (1990) El género: una categoría de análisis útil para el análisis histórico. En James Amelang y Mary Nash (eds.), *Historia y género. Las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*, pp. 44-56. Valencia: Alfons El Magnànim.

Lo académico es también personal: recorridos en el estudio de las desigualdades de género y salud

Lorena Saletti-Cuesta

Introducción

Presentaré mi recorrido personal/profesional en el campo de los estudios de género y salud pública. Para ello, parto de mi comprensión de la ciencia, del hacer ciencia y del conocimiento científico como fenómenos sociales, prácticas situadas que no son neutras ni universales. Esta comprensión de la ciencia se ancla en las diversas críticas que el feminismo ha realizado, y que continúa haciéndolo, a este conocimiento que es posicionado en nuestra sociedad como hegemónico (Harding, 1993). Por ejemplo, teóricas como Diana Maffía (2007) destacan el doble aspecto de proceso y producto científico y señalan que en ambos existe el sexismo. Hay un sexismo no sólo en la composición de las instituciones científicas y en exigencias de méritos dentro de las comunidades científicas (proceso), sino también en las teorías científicas comprendidas como

productos. El desafío del feminismo consistiría entonces en demostrar el vínculo entre ambos, y en conducir a un cambio radical en el conocimiento, logrando al menos como un primer paso una ciencia con menos sesgos sexistas y de discriminación.

Incorporar la subjetividad en la producción del conocimiento científico implica también una crítica a la objetividad postulada por la ciencia hegemónica. Tal como señala Donna Haraway (1995), la ilusión de la objetividad postula una dicotomía mente/cuerpo, una separación ficticia entre sujeto y objeto de conocimiento. Se trata entonces, de algún modo, de superar dicha dicotomía partiendo tanto del reconocimiento de los posicionamientos situados de quien investiga como de comprender que los conocimientos que se formulan son parciales, locales y con espíritu crítico. Así, nos indica la autora, una propuesta para reformular la objetividad desde el feminismo es subrayar la localización limitada y el conocimiento situado, sin pretensiones de trascendencia y de desdoblamiento del sujeto y del objeto. Partiendo de comprender el ámbito denominado como “*personal*” como un espacio que también es político y por ello influenciado por el contexto social e histórico en donde habito, presentaré a continuación mi recorrido, mis elecciones sobre temas de estudio, metodologías y abordajes en articulación con momentos clave de mi biografía para ilustrar cómo lo académico es también personal y dar cuenta de la ciencia como una práctica social y situada.

Encuentros con los feminismos

Iniciaré este recorrido en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), donde estudié Licenciatura en Psicología con un interés inicial en el campo de la escucha y el trabajo clínico que

luego se fue desplazando al abordaje de las psicosis en un contexto de trabajo educativo/comunitario. Nunca olvidaré cuando mi supervisor de práctica final de licenciatura (gracias, Carlos) me recomendó asistir a un curso de posgrado que se dictaba en el Centro de Estudios Avanzados (UNC) sobre Judith Butler, filosofía y teorías feministas. Allí, por primera vez, quizás, escuché hablar sobre el género desde un posicionamiento teórico y sentí cómo todos esos conceptos filosóficos de los que hablaban, atravesaban mi subjetividad y corporalidad. Salí de allí removida, con otra mirada, con inquietudes que, años más tarde, con mi inmigración a España y mi desarrollo profesional y personal, pude profundizar e incorporar a mi vida.

En 2004, recién licenciada, emigré a España junto a mi pareja, con una valija, pero con redes de apoyo y con pasaporte español. Al llegar a la tierra donde nacieron mis abuelos maternos, ya nos esperaba mi madre y mi hermano. Decidí a los pocos meses inscribirme para cursar el doctorado de Salud, Antropología e Historia en la Universidad de Granada y así continuar mi formación. Uno de los cursos del doctorado que más me interesó fue el de género y salud, donde conocí a una de mis queridas mentoras (gracias, miles, Teresa). Ella me acompañó en el proceso de convertirme/transformarme en una investigadora feminista. Con paciencia me explicó cómo hacerlo, cómo leer literatura científica y sobre todo cómo elaborar, primero, una tesis de maestría y luego, una tesis doctoral. En mi tesis de maestría, o diploma de estudios avanzados, como se denomina en España, abordé las representaciones sobre la maternidad. Me interesaba estudiar el deseo de la maternidad, el embarazo, los discursos científicos y de las mujeres en torno a dicha experiencia. Probablemente atravesada por mis propias preguntas en torno a la maternidad (mandato, elección, prácticas, etc.), elegí trabajar ese tema. Realicé una revisión bibliográfica sobre cómo los feminismos postulaban y

comprendían a las maternidades y la pluralidad de miradas y experiencias en torno al tema. Rescato de dicho trabajo, entre otros aspectos, mi aprendizaje sobre la diversidad de miradas feministas y la pluralidad teórica y metodológica que los feminismos recogen.

Ya en 2007, luego de varias postulaciones, pude cumplir mi sueño de poder trabajar en la Escuela Andaluza de Salud Pública, primero como becaria y luego como técnica de investigación, junto a otra de mis queridas mentoras (gracias, totales, Ana). Esta experiencia cambió mi rumbo como mujer migrante “sudaca”, en cuanto a la posibilidad de acceder a un trabajo mejor calificado de los que venía teniendo: limpiadora, encuestadora, acompañante terapéutico, y una vez obtenida la homologación de mi título, psicóloga en una escuela infantil. Reconocer esta trayectoria y cómo llegamos a un cierto lugar, que en ese momento fue el inicio de mi vida profesional, es importante para comprender ciertas experiencias y dar cuerpo al concepto de interseccionalidad, a la complejidad de las desigualdades a las que nos enfrentamos las mujeres a la hora de querer insertarnos en ciertos campos de trabajo, que no solo están principalmente ocupados por varones, sino que además los cruzan otros ejes como la raza, la clase o la edad, que hacen también al conocimiento situado de quien investiga. Acceder a esa beca, a ese primer empleo académico, precarizado en sus comienzos, pero al menos remunerado, me permitió acceder a un capital simbólico y cultural importante, a vínculos y redes, a congresos, a cursos que quería hacer, a un hermoso grupo de compañeras y compañeros de quienes aprendí muchísimo y nos reímos mucho más, y un larguísimo etcétera que contribuyó a complejizar mis intereses personales, profesionales y mi campo de investigación. Este nuevo abanico de estudios, vinculado en ese entonces a las desigualdades de género en la profesión médica, lo abordaré con mayor profundidad en el siguiente apartado.

Asimismo, el feminismo no solo ya era tema de mi tesis de maestría, sino que comenzó a ser parte de mi trabajo a la par de acompañarme en otras esferas de mi vida para inundarla y cambiarla toda. Sentí entonces la necesidad de participar activamente en alguna organización, y fue así como conocí en las calles granadinas a un hermoso grupo de mujeres jóvenes llamado *Tomakandela*. Con ellas, quienes se convirtieron en grandes amigas, aprendí nuevos significados del ser y estar en el feminismo, comprendí otros modos de militancia y sobre todo el sentido de aquella frase de Emma Goldman, “si no puedo bailar, tu revolución no me interesa”, de la que hacíamos cuerpo, fiesta y revolución.

Todas estas experiencias que relato fueron transformando mi vida, situando mi mirada y mis horizontes. Puedo decir que llegué a España en 2004 como Lorena Saletti y retorné a Argentina, 12 años más tarde, con mi apellido materno anexado. Me transformé en Saletti-Cuesta, así, con un guion que nunca dejo de escribir para que no se pierda mi legado materno y para, de alguna manera, reconocer todo lo que de mi madre aprendí, aprendo y quiero reconocer.

Género y desigualdades en la profesión: encuentro con las médicas

Mi encuentro con los estudios del desarrollo profesional en la medicina de familia española fue gracias a la beca primero y al contrato como técnica de investigación después, en la Escuela Andaluza de Salud Pública. Podría decir, por tanto, que no fue un tema de estudio que en sus inicios yo haya elegido personalmente, que haya imaginado y desarrollado pensando en mis intereses subjetivos y trayectoria académica. En mi

caso, se me contrataba para que lo desarrollara, colaborase y aprendiera (muchísimo).

A finales de 2007, presenté mi tesis de maestría sobre feminismos y maternidad a la par que, a inicios de ese mismo año, comencé a trabajar en mi primer proyecto sobre desigualdades de género en el desarrollo profesional y práctica profesional de médicas y médicos de familia en Andalucía. Cabe mencionar que tanto este estudio como el posterior derivado se contextualizaron en un periodo donde el número de médicas de familia aumentaba y superaba al de los médicos, a la par que se implementaba en la Atención Primaria un modelo gerencialista basado en la evaluación y acreditación meritocrática de la actividad profesional (Saletti-Cuesta y Delgado, 2015). Este primer estudio fue un proyecto cuantitativo, basado en cuestionarios autocumplimentados que yo debía repartir en mano y recolectar en los centros de salud. Adentrarme en los centros de salud desde otro rol, presenciar algunas reuniones médicas, y hacer tiempo en las salas de espera fue toda una aventura que disfruté ya que me permitió conocer a su largo y su ancho la bonita Andalucía.

Una vez analizados los datos obtenidos, observamos desigualdades entre médicas y médicos como, por ejemplo, que a pesar de que las médicas alcanzaban menos logros (publicaciones de artículos, congresos, cursos, etc.) que sus compañeros, ellas percibían una experiencia de logro, una satisfacción con sus carreras, igual a la de los médicos. Este hallazgo llevó a la investigadora principal del equipo, mi maestra Ana Delgado, a solicitar y obtener financiación para un estudio cualitativo que permitiera indagar con profundidad dichas diferencias en la percepción del logro profesional. Comencé entonces a trabajar en este nuevo proyecto, a estudiar metodologías cualitativas, participar en grupos de discusión y a analizar los datos.

Al mismo tiempo, repensaba en cómo continuar mi tesis doctoral, si iba a seguir con la línea de maternidades y feminismos; si así lo hacía, con qué financiación y cuánto tiempo me llevaría finalizarla. Tenía dudas no solo respecto del tema de estudio sino a las condiciones materiales para llevar adelante un proceso de tesis. Me motivaba también estudiar cómo las mujeres profesionales, entre las que me situaba yo misma, reformulábamos, resistíamos o bien nos adaptábamos a los mandatos de género relacionados con la maternidad. Cuando comencé a trabajar en los proyectos de investigación que he mencionado, pude observar cómo las médicas de familia, como mujeres, no estaban alejadas de la influencia de estos mismos mandatos. Fue entonces cuando, caminando por las calles de Curitiba, saliendo de un congreso al que habíamos ido Ana y yo, ella me regaló la posibilidad de apropiarme del proyecto de investigación para hacerlo mi tesis doctoral. Recuerdo no haber dicho que sí inmediatamente, este cambio en mi idea original de tesis había que reflexionarlo. Tenía muchas ventajas y practicidades, pero también sentía que dejaba atrás mi tema de estudio. Quizás, detrás de ese sentimiento, estaba la idea romántica del tema de estudio, como algo innato y pasional. Llegué así, toda enredada, a una tutoría con mi maestra Teresa Ortiz. Al plantearle la posibilidad de cambio del tema de estudio, ella me dijo: “la vocación [el tema] se encuentra y se hace”. Me resonó a la frase de Beauvoir, de “mujer no se nace, se hace”, algo de eso hay en esto de hacerse investigadora y, también, a la hora de elegir el tema. Volviendo a mi tutoría, Teresa me habló sobre cómo se construye, elabora y reelabora el tema de estudio, cómo se vincula también a una realidad concreta y determinada, a las condiciones materiales para hacer ciencia, en definitiva. Esa charla cambió mi mirada sobre “mi” tema de estudio, entre paréntesis, porque comencé a cuestionarme también la idea de la propiedad del tema. Sentí entonces que no traicionaba mi/la idea original

de partida, me sacudí las culpas, y decidí ser práctica y aceptar el regalo ofrecido por Ana.

Mi interés se diversificó, surgieron nuevas inquietudes y comenzaron a preocuparme nuevos temas, además de la maternidad, relacionados con el desarrollo profesional en una sociedad con igualdad formal, pero intrínsecamente patriarcal. Me interesó analizar y explicar cómo, a pesar del masivo ingreso de las mujeres a la profesión médica, es decir con igualdad formal en el acceso y en las oportunidades de educación y empleo, el patriarcado se transforma, se adapta, para reformular sus discursos y prácticas, para perpetuar las desigualdades en el desarrollo profesional, y cómo todo ello impacta en la subjetividad de las médicas y en la mía propia. Dar cuenta de las complejas interrelaciones que ocurren entre nuestra experiencia como mujeres y la actividad profesional implicó también ofrecer una mirada crítica a la idea androcéntrica de las profesiones, a la meritocracia, al desarrollo profesional y a las instituciones que me resulta de suma utilidad al día de hoy.

Aprendí mucho en el proceso de realización de la tesis. Comenzando desde la reflexión en torno a la definición del tema de estudio, el estudio de las diversas miradas feministas a la incorporación y el desarrollo profesional de las mujeres, hasta las preguntas y elecciones metodológicas que derivaron en un escrito (Saletti-Cuesta, 2015) y en decisiones fundamentales, como la de focalizarme en el análisis crítico de los discursos de las médicas. Destaco también, como resultado de este proceso, la mirada crítica de las profesiones y de mi quehacer como investigadora. Resaltar la capacidad de agencia, en el sentido de resistencia, cuestionamiento y reformulación de los discursos sobre el deber ser profesional es clave para el cambio social, también en el ámbito científico/académico. Analizar desde una mirada feminista el contexto social, las condiciones

de trabajo y de desarrollo profesional contribuyeron en muchas decisiones personales y profesionales posteriores.

Género, prácticas profesionales y usuaries de salud

Fue así como, luego de presentar mi tesis doctoral, continúe trabajando junto a Ana y equipo en otro proyecto vinculado a las diferencias y desigualdades de género en la práctica profesional en medicina de familia. Poder analizar los sesgos de género en la atención médica, por ejemplo, de malestares físicos supuestamente neutros como la lumbalgia, puso en evidencia la supuesta neutralidad y objetividad de la ciencia que el feminismo viene manifestando desde hace ya algún tiempo. Al finalizar dicho proyecto, se profundizó la crisis económica y política en España, y se recortaron los fondos asignados para investigación. Concluyó el proyecto y, con él, mi contratación; ante el panorama de desempleo, no solo propio sino generalizado, tuve que decidir si quería continuar con mi trayectoria de investigación o hacer algo nuevo de mi vida profesional para permanecer en Granada.

Me decidí por la investigación, apoyada por mi familia (gracias, siempre, Edu); esto es mencionable porque no siempre ocurre en las trayectorias profesionales de las mujeres, al contrario de lo que sí suele pasar en la de los varones. Comencé entonces a buscar trabajo en proyectos de investigación en diversos países. Me postulé a todo lo vinculado con salud pública y género que podía encontrar, incluido el programa de repatriación de CONICET. Meses más tarde, casi a la par de que comunicaron la aprobación de mi solicitud de repatriación, me contrataron en el sistema de salud inglés, en Oxford. Decidí/mos entonces postergar la

repatriación el máximo tiempo otorgado por el organismo para participar en este nuevo proyecto, que inicié en 2015. Era un estudio cualitativo de experiencias de pacientes que estaban ingresados en el hospital porque se habían quebrado la cadera. Fue así como pasé de estar estudiando a los y las profesionales de salud de atención primaria, a mirar en un hospital a los pacientes desde una perspectiva fenomenológica, donde la experiencia vivida y la reflexividad son fundamentales para comprender la realidad. Todo un desafío teórico metodológico que se sumaba a una nueva emigración y a entrevistar a personas en otro idioma, donde la escucha y la formulación de buenas preguntas son dos habilidades fundamentales en cualquier estudio cualitativo. Sobre el lenguaje no materno, las entrevistas y la reflexividad en la investigación cualitativa me interesé bastante debido en parte a mi sesgo antropológico. Incluso comencé un artículo sobre el tema, pero no lo concluí. Entre los bocetos de ese escrito, encontré este fragmento del diario de campo que a continuación comparto:

Primer día de acercamiento a las salas de internación: bajé a las salas acompañada de dos compañeras de oficina: una socióloga y una enfermera. La enfermera me explicó la organización de la sala: dónde estaba la sala de enfermería, cómo interpretar la pizarra, los roles de las personas que trabajaban en la sala y la organización de los espacios. Mientras caminábamos por los pasillos, me sentí extraña. Sentí que invadía más aún la escasa privacidad e intimidad de quienes estaban allí internados. Me sentí observada por pacientes y profesionales y pensé que seguramente se preguntarán quién soy yo puesto que no llevo uniforme. Vi salas compartidas entre 4 personas y salas individuales y pensé que esta característica podría ser importante a la hora de realizar las entrevistas y observaciones. La visita me impactó. Ver la escasa intimidad de las personas ingresadas en las salas compartidas me provocó cuestionamientos

sobre su importancia. Ver a tantas personas sufriendo, en un estado frágil de salud, me dio tristeza. Sentir los olores de excrementos me dio asco. Observar el constante ir y venir de profesionales me alivió al identificarme como una más en el grupo de quienes podrían moverse y salir de este entorno... (Diario de campo, Hospital Universitario de Oxford, Inglaterra, 6 de agosto 2015. Extracto.)

Como señala de Lima Costa (2000), el empoderamiento depende de la propia localización en las estructuras de privilegio, lugar que es irremediablemente construido y fracturado por diferencias, tensiones, circuitos y bordes que exceden a las formulaciones binarias de las relaciones de poder. En estas primeras aproximaciones al campo como inmigrante mujer, joven, latina hispano-hablante, tomé conciencia de que mi sensación de empoderamiento era escasa. Me sentía insegura y dudaba de todo. Percibí cómo la relación de poder entre quien investiga y quien es investigado era diferente debido a mi localización social de desventaja en las estructuras sociales de este nuevo entorno. Sin embargo, otros factores, como mi estado de salud, mi edad y mi estatus profesional, me colocaban en una posición ventajosa y de poder respecto de las y los pacientes ancianos, frágiles y doloridos que entrevisté, quienes en ocasiones me solicitaron, por ejemplo, que les diera agua o consultaron su situación hospitalaria conmigo. Esta relación dinámica de poder entre sujetos de investigación y mi persona como investigadora resulta importante en el proceso de construcción del conocimiento, especialmente a través del análisis de mi propia reflexividad. Fue quizás la primera vez que tomé conciencia de este aspecto, que valoro como un aprendizaje que continúa siendo de gran utilidad, especialmente a la hora de entrar al campo y en el encuentro con las personas.

También sentí más fuerte en mi experiencia, o sentí-pensé, la sensación de ser *outsider*, debido en parte a mi lugar de origen, a mi idioma materno, pero también al tema de estudio y a la localización hospitalaria. Audre Lorde (1984) ofrece esta idea de *outsider*, la extranjera, que me resultó útil para pensar mi experiencia como investigadora migrante en otro país, pero también mi vinculación con mis temas de estudio. Lorde habla de la ausencia de la experiencia de las mujeres negras en la Academia y también en los estudios de género; podríamos decir lo mismo de las latinas, ausencia que muchas veces es justificada por su “diferencia” y por ser definidas como “las otras”. El problema, señala la autora, no son las diferencias entre las personas, sino cómo la sociedad distorsiona esas diferencias y las pone al servicio de la segregación. Analizar la realidad que estudiamos desde la propia experiencia, explicitando ese lugar, en mi caso de otredad, y situar la complejidad de las diferencias que tenemos con otras personas en el centro y como punto de partida de la investigación, nos permite acceder a un conocimiento crítico, situado y parcial. Nos dice además Lorde que la identidad de las personas se compone de diversos ingredientes y aspectos, a veces se nos pide que uno de ellos destaque y se presente como un todo negando a las otras partes. Sin embargo, nos recomienda Lorde, deberíamos integrar todas las partes de lo que somos utilizando las diferencias y permitiendo que cada parte fluya sin ocultarse para enriquecer nuestra mirada y ponernos al servicio de las luchas a las que nos entregamos y que forman parte de nuestras vidas.

Me gusta esa idea. Pensándolo ahora, quizás con esa ilusión de integración, para nada consciente, fue que inicié mi viaje de repatriación en 2016. Fueron muchos los cambios personales y profesionales que se derivaron también con ese nuevo viaje. Duelos por pérdidas y celebraciones por reencuentros. Se abrían a la vez muchas posibilidades, muchas

de ellas facilitadas por el lugar de trabajo con el que me encontré, el CIECS, y por mi nuevo director de carrera. Comencé así un proyecto de investigación propio, diseñado y liderado por mí misma, por primera vez, sobre violencias de género en los servicios de salud. Este estudio se enmarca en mi línea de investigación de desigualdades de género en la práctica profesional sanitaria, pero esta vez focalizándome en violencias de género. En primer lugar, comencé a pensar las violencias en relación con las mujeres y luego amplíé mi mirada para indagar las violencias basadas en el género que atraviesa la población disidente. Elegí iniciar mi proyecto por donde sentía mayor confianza, por la mirada de los y las profesionales de salud. A la vez, me iniciaba en una temática nueva para mí desde lo académico, pero no desde mi historia familiar. En la construcción del tema de estudio, como pretendo ilustrar en este trabajo, siempre hay algo subjetivo, personal, que nos interpela y que de algún modo buscamos comprender a través de la investigación. La violencia de género es un tema que me moviliza no sólo por mi historia familiar sino también por ser, lamentablemente, algo común en nuestras experiencias como cuerpos feminizados. Es por eso importante reflexionar en cómo vamos llegando, construyendo, y nos situamos frente o junto a los temas de estudio que nos invocan. Son decisiones que adquieren relevancia en cómo, pero especialmente en para qué, investigamos.

Así, elegí estudiar los discursos y prácticas profesionales de profesionales sanitarios respecto de las violencias de género. Para ello, reconociendo mi desconocimiento de cómo el sistema de salud funcionaba ni cómo se abordaba esta problemática en nuestro contexto local, me decidí por la metodología de investigación-acción-participativa, precisamente para aprender de la comunidad junto con la que estudiaba el tema. Este diseño de investigación, que implementaba por primera vez, parte del reconocimiento de las potencialidades, recursos y

conocimientos existentes en la comunidad para promover cambios sociales que la beneficien. Instalada en Jesús María junto a mi familia, conformé un hermoso equipo local con profesionales de salud y de los servicios de atención municipales que se implicó en todas las fases del proceso de investigación. En conjunto, estudiamos los discursos de los y las profesionales de salud en centros de salud y hospitales del norte de Córdoba y también cómo la comunidad atendía las violencias de género y situaba al sector salud ante esta problemática. Vimos que había un gran desconocimiento respecto del tema y nos emprendimos en la tarea de organizar talleres de formación sobre violencias para el personal de salud. Nos encontramos con aplausos y abucheos, ya que algunas personas sintieron que estábamos cuestionando su práctica y su posición de autoridad. De algún modo, evidenciar los sesgos de género y el desconocimiento sobre el tema es cuestionar el modelo biomédico imperante y las relaciones de poder que se generan en las prácticas asistenciales. Pretender cambiar esa realidad, mediante el proceso del estudio y la acción formativa derivada, sabíamos que no sería fácil. Sin embargo, también plantamos semillas que años más tarde dieron como fruto, en una de las localidades, una formación en salud comunitaria que busca fortalecer una mirada biopsicosocial de la salud y a la propia comunidad.

Casi en paralelo con el desarrollo del estudio, fui convocada para abordar en la Universidad y, desde 2019, también en CONICET, esta problemática al interior de ambas instituciones. Desde entonces participo en la atención de violencias de género y también en el diseño de políticas institucionales para prevenir y abordar esta realidad. El tema que hace algunos años elegí estudiar ahora abarca diferentes roles profesionales que se entrecruzan. Todas estas partes de mi ser y de mi labor profesional apuntan a contribuir a eliminar las violencias de género y a modificar las instituciones donde esta problemática se ejerce, reproduce y legitima. No

es tarea fácil, porque cada relato que escuchamos nos atraviesa como personas, nos moviliza, y también porque las dinámicas de poder al interior de las instituciones adquieren relevancia y nos demuestran su complejidad y resistencias. Lo positivo es que somos muchas quienes estamos en esta tarea; apoyarnos y construir alianzas es una de las claves.

Retomando mi proyecto de investigación, me interesa, en un futuro cercano, continuar mi trabajo con el estudio de las experiencias de mujeres que han vivido situaciones de violencias con los sistemas de salud a los que acceden. Conocer sus encuentros y desencuentros con los sistemas de salud será fundamental para mejorar su atención y su rol en la prevención y promoción de una vida libre de violencias. Algunas de las preguntas que me gustaría indagar son: ¿de qué factores dependen que las mujeres revelen o no su situación de maltrato al personal de salud?, ¿qué otros ejes de desigualdad social intersectan con el modo de ser escuchadas y atendidas por una situación de violencia en nuestro sistema de salud?, entre otros interrogantes a abordar en el futuro. Recuerdo cómo me interpeló cuando una amiga me contó una vez que, gracias a una enfermera, después de parir a su hijo, pudo acceder a recursos y denunciar a quien era su pareja. Su relato me movilizó, quizás porque le dio de alguna manera sentido a mi tema de estudio, destacando su para qué. Me interesa ahora adentrarme en conocer esas estrategias, esas resistencias, la capacidad de agencia, los diferentes recorridos que atraviesan las mujeres donde los encuentros con el sistema de salud pueden resultar cruciales en sus vidas. Cómo ellas esperan ser escuchadas por los y las profesionales, cuáles han sido sus experiencias y qué recomendaciones tienen para fortalecer la respuesta del sector salud.

Me interesa también articular con algunas integrantes del programa “Salud, Enfermedad y Prácticas de Curar”, que integro en el CIECS. Es por eso que, en conjunto, presentamos un proyecto que articula diversos

intereses; entre ellos, el mío vinculado a violencias, con el objetivo de sumar las voces de mujeres migrantes que viven en el norte cordobés. La experiencia de migración es un tema que me atraviesa y me interesaría trabajar incorporando los aportes del feminismo latinoamericano y decolonial. Considero importante recoger la diversidad de voces y experiencias de las mujeres, no solo para contribuir a generar conocimiento científico crítico, situado y feminista, sino también para poder llegar a los sistemas de salud con el objetivo de revisar y, en el mejor de los casos, aportar en la transformación de sus prácticas y miradas. De alguna manera, también para eso generamos conocimiento científico, para transformarlo todo.

A modo de cierre

El ejercicio de escritura de este trabajo me llevó a recuperar los aportes y críticas feministas a la ciencia para, utilizando dichas herramientas, recorrer mi pasado y comprender mi presente.

Artículo en este trabajo momentos clave de mi biografía con mi recorrido profesional y académico en el campo de los estudios feministas y la salud pública. El tránsito a través de mi trayectoria académica –viajes, encuentros con los feminismos y con mis mentoras, los procesos de construcción de temas de estudio, las decisiones metodológicas y los abordajes– pretende ilustrar cómo lo personal y lo social se entrelazan con lo académico, postulado como neutro y objetivo, para dar cuenta de que la ciencia es una práctica social y situada. Lo académico es también personal: es una frase que pretende visualizar la subjetividad, ponerla en el centro y analizar cómo nos transformamos en académicas. Esta construcción se produce en instituciones, especialmente académicas, que

reproducen lógicas y estructuras patriarcales que con nuestra práctica feminista buscamos transformar. Es por ello que reconocer las condiciones materiales, cómo nos localizamos en la compleja intersección de los diversos ejes de desigualdad social, y cómo todo ello impacta en la construcción del conocimiento científico resulta clave.

Fue mi intención, con este humilde escrito, contribuir a la reflexión respecto de nuestros posicionamientos científicos, al para qué hacemos ciencia, para quién y cómo. No es tarea fácil a la que animo, implica entre otros aspectos analizar y cuestionar nuestra propia subjetividad, nuestros privilegios y también nuestras subordinaciones; en otras palabras, reflexionar sobre las dinámicas de poder cotidianas en las que estamos inmersas y que también reproducimos de alguna u otra manera. Sin embargo, esta tarea no debería ser solitaria. Apoyarnos en las redes feministas que nos contienen, en mentoras, lecturas variadas y en las experiencias de otros procesos nos aportará ideas, recursos, estrategias y también consuelo. Considero que vale la pena hacer dicho esfuerzo. Como resultado, quizás obtengamos alguna claridad, al menos parcial y local, respecto de nuestro compromiso, y las posibles prácticas que contribuyan a la transformación social que anhelamos.

Bibliografía

De Lima Costa, Claudia (2000) "Being here and writing there: Gender and the politics of translation in a Brazilian landscape". *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 25-3, 727-760.

Haraway, Dona (1995) *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.

Harding, Sandra (1993) *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata.

- Maffia, Diana (2007) “Epistemología feminista: la subversión semiótica de las mujeres en la ciencia”. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 12, 63-98.
- Lorde, Audre (2002) *La hermana, la extranjera*. Madrid: Horas y Horas.
- Saletti-Cuesta, Lorena (2015) Feminismos y metodologías, ¿traslaciones en la investigación? En Lorena Saletti-Cuesta (coord.), *Traslaciones en los estudios feministas*, pp. 11-27. Málaga: Perséfone.
- y Delgado, Ana (2015) *Discursos de las médicas sobre el desarrollo profesional. Miradas propias*. Granada: Universidad de Granada.

Recorridos de una tesis feminista sobre reproducción asistida

María Cecilia Johnson

Introducción

Aunque en los ámbitos de investigación de ciencias sociales la noción de objetividad ha sido ampliamente debatida, generalmente no hablamos de la subjetividad de las personas que investigamos. Esto suele ser aquello *no dicho* en los proyectos de investigación; es decir, los motivos por los que elegimos un tema, por qué nos posicionamos desde ciertas teorías y no otras, por qué elegimos una metodología en lugar de otra no tan distinta, pero particularmente las vinculaciones subjetivas de una problemática con la propia trayectoria de vida. Todo lo expuesto resulta en ocasiones el núcleo central de una tesis, pero suele tener poco espacio de enunciación en el mundo académico, quedando relegado a un aspecto anecdótico o un apartado en la introducción.

Durante la realización de mi tesis doctoral –que finalicé en marzo de 2019¹–, tuve la suerte de conocer las experiencias y recorridos de diferentes investigadores que fueron muy importantes para entender mi propio proceso. Es por ello que en este ejercicio valioso intentaré reconstruir el proceso mediante el cual diseñé y llevé adelante aquellos aspectos metodológicos que formaron parte de mi investigación doctoral en Estudios de Género durante cinco años. Esta experiencia ha sido un proceso creativo que ha implicado algunos recorridos personales que no se pueden disociar tan fácilmente en la práctica de los itinerarios académicos. Para ello voy a reconstruir algunas preguntas, motivaciones e intereses que me llevaron a formular el problema de investigación, así como intentaré volver sobre mis propios pasos y decisiones que marcaron el rumbo de este proceso de investigación.

Desandando la decisión más importante: la perspectiva y la construcción del objeto de estudio

Anticipándome al final de la historia, la tesis se centró en el estudio de las experiencias de (cis)mujeres² con las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) de la ciudad de Córdoba. Fue un trabajo de investigación realizado en el marco de un doctorado en Estudios de Género, por lo que la mirada sobre la sexualidad, reproducción y las nuevas

1 “Nuevas tecnologías reproductivas: sentidos sobre el parentesco en las trayectorias biográficas de mujeres de Córdoba”.

2 Se hará referencia a mujeres, pero es preciso señalar que las personas entrevistadas son reconocidas como mujeres cisgénero, es decir mujeres donde su identidad de género autopercebida coincide con la identidad genérica asignada al nacer.

formas de familias estuvo atravesada por una formación que partía desde las teorías feministas.

La perspectiva feminista que propone una tesis en esta formación doctoral implicó una primera ruptura epistemológica para pensar el saber. Como propone Donna Haraway (1995), es cierto que la posición feminista es una perspectiva parcial, interesada, pero ese aspecto, lejos de constituir una desventaja, es un modo de construir conocimiento valioso del cual es preciso ser consciente en la producción, como defiende la autora. En mi caso particular, es inevitable pensar que la construcción de la tesis se encontró atravesada por mi posición como mujer cis, joven, sin hijos, de un sector medio, urbano, becaria de investigación y feminista, aspecto que durante el proceso pude resignificar y darle nuevos sentidos.

Siguiendo el propósito de este trabajo, intentaré no volver sobre la justificación teórica del problema de investigación. Sin embargo, algunos de estos aspectos aparecerán en la medida que comience a explicitar cómo algunas dimensiones de mi objeto de conocimiento se tradujeron en decisiones teórico-metodológicas y en interrogantes personales. En una ida y vuelta que no es casual, sino parte de mi propia historia personal, mi interés de investigación inicial estaba orientado a conocer las transformaciones sociales sobre las conformaciones familiares en Argentina. La elección de este tema se vincula, en primer lugar, al haber transitado durante varios años por espacios de formación desde el Trabajo Social en intervención con familias, espacio que me acercó a discusiones sobre familias y género. Pero también este tema particular llamó mi atención porque tenía la intuición de que a partir de las discusiones que suscitó la ley de matrimonio igualitario algo se había movido en la cultura argentina, muy conservadora en este aspecto. Vinculando esto a mi historia personal, encuentro que las dimensiones de la sexualidad

y la reproducción constituyen aspectos que me llevaron a tensionar y cuestionar mi pertenencia a la religión católica desde muy joven. Uno de estos aspectos se vincula a mis cuestionamientos sobre las formas de discriminación de algunas instituciones religiosas sobre la diversidad de modos de vivir la sexualidad y la vida familiar. Luego, advierto que en este proyecto inicial aparecían como dimensiones que me interesaba conocer y disputar.

En esta búsqueda, orientada a construir un proyecto de investigación doctoral, es que me encuentro con las TRHA como una de esas experiencias que dieron lugar a una diversidad de conformaciones familiares. Y me encontré con la pregunta por los efectos de estas técnicas sobre las personas y la sociedad, interrogante que encuentro asociado al contexto social. En este sentido, considero que el debate de ley de matrimonio igualitario permitió que se comenzara a reconocer en Argentina, no sin tensiones y discriminación, una diversidad de experiencias familiares que antes se encontraban invisibilizadas. Así mismo, la ley de acceso a las técnicas de reproducción asistida (2013) constituyó otro hito que me llevó a conocer que existía toda una experiencia de activismo en la sociedad civil sobre estos temas, colectivos y personas interesadas que tenían algo para decir sobre la reproducción, la maternidad y las experiencias de las familias cordobesas en estos tiempos.

Asimismo, el inicio de mi tesis se encontró atravesado desde el *Ni una Menos* hasta la llamada *Marea Verde*, movimientos que también se *filtraron* en los relatos de mis entrevistadas, en las preguntas que me hacía y me hasta llevaron a repreguntarme por el aporte de este estudio. Así también me encontré conectada con espacios políticos que me preguntaron sobre otras dimensiones de este estudio, como las Católicas por el Derecho de Decidir y los feminismos decoloniales. Las creencias y la sexualidad como dos aspectos que en relación al aborto

encontré fuertemente conectados, la pertenencia a una sociedad donde las fronteras entre las instituciones públicas y religiosas son borrosas, también constituyen dimensiones que me atravesaron en el proceso de investigación.

En este marco, la elección del tema tampoco estuvo ajena a algunas preguntas que me propuso el contexto social como apuesta personal y académica. Las experiencias con los tratamientos de reproducción asistida eran una preocupación que circulaba en algunas personas conocidas y familiares, pero particularmente me empezó a interesar porque encontré allí una práctica que consideré que podía aportar en comprender algunas vivencias que tensionan a las personas gestantes y no gestantes en un campo biomédico: la medicalización y patologización del cuerpo, la sexualidad y la maternidad, y la posibilidad tecnológica de potenciar una decisión reproductiva en las experiencias diversas de familias. En este proceso, fui advirtiendo que las TRHA no sólo hablaban de la tecnología reproductiva, sino también de las decisiones de parejas heterosexuales, de parejas del mismo sexo, como de personas que decidían ejercer la monoparentalidad a partir de la posibilidad de acceder a las TRHA.

Es por ello que, interesada por estas transformaciones, comencé a interrogarme por los sentidos que tenía para las usuarias el transitar por una experiencia con estas tecnologías, qué les sucedía, qué cambiaba en sus cuerpos, cómo lo nombraban, qué emociones involucraban. Así también, sobre la dimensión religiosa, me pregunté por el lugar que ocupaban sus creencias religiosas/espirituales sobre sus cuerpos, cómo las afectaban ciertas normas religiosas sobre una práctica que para muchas religiones no es moralmente aceptada.

Todos estos interrogantes se tradujeron en una propuesta teórico-metodológica que partía del estudio de las experiencias de usuarias

cordobesas con las TRHA, intencionalmente situado en los relatos de las usuarias. Aquí la experiencia constituyó una categoría analítica y política que me permitió comprender algunas transformaciones en la vida de las usuarias. De acuerdo a de Lauretis (1996: 26), la experiencia “es reformulada continuamente para cada sujeto con su compromiso continuo con la realidad social, una realidad que incluye –y para las mujeres, centralmente– las relaciones sociales de género”. Sumado a esta parcialidad, las teorías feministas también me llevaron a plantear que las experiencias de las usuarias de TRHA siempre son experiencias que dan cuenta de las intersecciones de género, generación, sector social y racial, que conforman la decisión de tener hijos y sus formas de resolución, en el marco de un espacio microsocioal específico (González, Nucci, Soldevila, Ortolanis y Crossetto, 1999; Viveros Vigoya, 2014).

Asimismo, si bien realicé esta tesis partiendo desde las teorías feministas y los estudios de género, implicó cierta complejidad en el proceso de construcción teórico-metodológica no perder de vista que sobre las TRHA se han posicionado los más disímiles campos de estudio. Como la experiencia reproductiva está atravesada por diversos campos políticos y disciplinares, constituyó todo un desafío encontrar la manera de articular las teorías feministas y los estudios de género con algunos aportes de estos campos de estudio que se vinculaban al tema de investigación, como es la sociología y la antropología feminista, del campo de la salud, del parentesco y de la religión.

Sin embargo, la posición feminista marcó decisiones teórico-políticas al desplazarme de la categoría de infertilidad, que desde un inicio la entendía de forma patologizante. Es por ello que me centré en la experiencia reproductiva de mujeres con las TRHA que tuvieran como objetivo la maternidad, más allá de los resultados posteriores. Si bien para analizar las TRHA se podrían haber incorporado las experiencias

de personas trans y de varones usuarios, decidí realizar un recorte en la investigación sobre mujeres cis. En este sentido, la propuesta se construyó desde esta categoría de experiencia de mujeres usuarias con la tecnología reproductiva, amplificando la idea de infertilidad, que dejaba por fuera a las mujeres lesbianas, bisexuales o que deciden maternar sin una pareja. De esta manera, la propuesta abarcó la amplitud de experiencias de mujeres cis de diferentes edades, religiones, orientación sexual y diversos arreglos conyugales, criterio amplio en sí mismo para este trabajo específico.

Hilando más fino: decisiones metodológicas

Conocer estas transformaciones subjetivas en las usuarias de TRHA supuso explicitar desde un inicio que estaba partiendo desde un enfoque cualitativo. Ello es así porque me interesaba comprender transformaciones y procesos en la experiencia reproductiva de las personas. Entendía que había algo en el proceso reproductivo que no podía comprenderse en un momento puntual de la vida, sino que precisaba entenderse de forma diacrónica, ya que movilizaba otros sentidos y dimensiones en las vidas de las usuarias: ¿En qué momento de sus vidas realizar un tratamiento con TRHA se constituyó en una necesidad y en una posibilidad? ¿En qué entramado vincular y social ello fue posible, deseable, accesible? ¿Qué otras experiencias de lo reproductivo, sexual, familiar a lo largo de sus vidas aparecen conectadas con esta decisión? ¿Qué transformaciones de sentidos sobre estas dimensiones se produjeron a lo largo del tratamiento? ¿Qué cosmovisiones y creencias dieron sentido y obstaculizaron estas decisiones reproductivas?

Por otra parte, comprendí, a través de diversas lecturas críticas sobre las TRHA, que la experiencia individual no bastaba para comprender estos procesos. Era necesario realizar una lectura que me permitiera comparar las experiencias diferenciales en múltiples aspectos. Por ejemplo, por qué para algunas usuarias la experiencia había sido significada como un momento de fuerte control e intervención de la biomedicina y para otras había sido simple y accesible. Por qué para algunas usuarias ciertos aspectos de las TRHA (uso de gametos donados, criopreservación de embriones, fallas en el tratamiento, hasta la comprensión del tratamiento en sí) fueron dilemáticos y para otras constituyó una decisión práctica. Por qué las creencias religiosas habían obstaculizado algunas decisiones del tratamiento en las usuarias y para otras constituyeron un recurso central para sostenerse en el proceso, teniendo en cuenta el papel de lo religioso en Argentina respecto de la sexualidad y la reproducción. Y también, de qué manera las nuevas normativas que en Argentina reconocen el acceso a los tratamientos y la filiación por TRHA permitían el acceso a un recurso que respondía a necesidades diferenciales.

Todas estas preguntas suponían pensar que algunas transformaciones precisaban ser comprendidas en dos niveles: un nivel subjetivo, pero sin desconocer algunas explicaciones que la coyuntura social, política y cultural en Argentina posibilitaba ciertos procesos que acontecían en la vida de las usuarias. De esta manera es que el enfoque biográfico surgió como una manera de conciliar estos intereses y lecturas sobre el tema. Los relatos biográficos, como subgénero de los relatos de vida, permiten acceder, como señala Bertaux (1993), a la *trama simbólica de significados, vehiculizando los sentidos* (Meccia, 2013) que las mujeres usuarias de TRHA le dan a sus experiencias reproductivas, las cuales no se encuentran desconectadas de los sentidos sobre otras dimensiones familiares, sexuales y religiosas en sus biografías.

El trabajo con relatos biográficos implicó también comprender cómo se construía el “dato” de una forma diferencial. La manera en que estos relatos dan cuenta de estas experiencias permiten acceder a un conjunto de construcciones y transformaciones que Idalina Conde (1994) señala como “self-telling” –o modos de contar(se)– que implica comprender que hablamos de una reflexividad retroactiva, que siempre es interpretativo desde una posición presente; y “un self-making” –o modos de construir(se)– como producción identitaria. El acto narrativo de la llamada “infertilidad”, como señala Lucía Ariza (2014), da cuenta de la construcción de sentidos sobre ella, pero también el carácter productivo del mismo acto de narrar.

En un mismo sentido, este dar cuenta de sí misma se constituye un ejercicio analítico donde planteé que las mujeres son agentes activas que construyen teoría social. Hablar del sentido que tuvo esta experiencia con las TRHA expresa en cada una de las usuarias la construcción de una “teoría del actor”, ello supone que las y los sujetos también son constructores de sentido y de búsqueda de inteligibilidad de su propia biografía (Meccia, 2013). Como señala Ricoeur:

Al utilizar el relato de vida en investigación, trabajando analíticamente sobre el relato de una persona sobre sí misma o sobre un aspecto de su vida, situamos un segundo nivel de interpretación: interpretamos una producción del narrador, que a su vez, es una interpretación que hace de su propia vida. Esta «doble interpretación» (Ricoeur, 1983-1985) y los sucesivos niveles de trabajo analítico permiten introducir una distinción conceptual entre relato e historia de vida. (Ricoeur en Cornejo, Mendoza y Rojas, 2008: 30).

De esta manera, es posible rastrear, desde un enfoque biográfico, tensiones y negociaciones en las experiencias de las mujeres entrevistadas (de Lauretis, 1996), donde las transformaciones de la subjetividad y la identidad son ejes centrales (Arfuch, 2005) para comprender las diversas maneras en que estas técnicas revelan ciertos sentidos en relación con la reproducción y la familia, como así también la manera en que viven y habitan la religión y la espiritualidad en relación con estas experiencias.

Asimismo, la construcción de este dato no se encontraba por fuera de mi propia subjetividad. El análisis de las experiencias de las mujeres usuarias también resulta en un conocimiento parcial por el propio vínculo que se genera desde las propias subjetividades entre investigadora y entrevistadas como doble hermenéutica (Giddens, 2001). Entendiendo que las mujeres entrevistadas producen relatos reflexivos que proponen interpretaciones sobre las TRHA desde sus propias subjetividades y que son retomadas desde este trabajo, entendí en este proceso que la producción de conocimiento no es unilateral. En el medio de sus relatos, se refleja mi condición de mujer de 30 años y sin hijos, lo que provocaba en algunas mujeres aconsejarme por mi reproducción, como la sugerencia de que congele ovocitos o que los done a otras mujeres. También me encontré reflejada en sus ambivalencias, sus reformulaciones sobre las diferentes maneras de vincularse con la maternidad, la familia y la espiritualidad. Del mismo modo, las emociones y la afectividad no ocupan un último lugar en este proceso. Cuando las mujeres usuarias me contaban sobre todos los obstáculos y el sufrimiento por no poder tener hijos, también me interpelaban como investigadora feminista, dando cuenta de que también experimentan un fuerte estigma al igual que aquellas que desean no tenerlos.

La construcción de la muestra tampoco estuvo desconectada del entramado social del que como investigadora soy parte. Las mujeres

entrevistadas fueron contactadas a partir de algunas informantes claves y a través de un método de bola de nieve, lo que implicó que a partir de algunos contactos personales se fueron estableciendo vínculos con otras usuarias para sucesivas entrevistas.

Es por ello que algunas entrevistas están atravesadas por un relato de intimidad, confianza, vinculado a que siempre existía entre las entrevistadas y yo alguien de conexión o referencia que garantizaba la apertura, dando lugar a los temores y emociones de las usuarias. La desventaja de este modo de muestreo fue la homogeneidad de la muestra: me encontré en mayor medida con usuarias profesionales o académicas, provenientes de un sector medio y que accedieron a las TRHA por la obra social, en pareja, por lo que luego intencionalmente comencé a buscar otras experiencias más diversas, como las de monoparentalidad, que no se vinculaban a la infertilidad, que también partieron de vínculos personales. De alguna manera, se tejió una red en las que no es casualidad que estos relatos se vinculen con algunos aspectos de mi identidad y trayectoria personal.

Reflexiones finales

A lo largo de este relato, me propuse compartir algunas dimensiones subjetivas que consideré importantes para construir mi tesis doctoral. Poder investigar sobre un tema que nos resuene de forma subjetiva y que sea un aporte a un proceso social y político del cual somos parte es un desafío del que no siempre somos conscientes. Más aún, no siempre tenemos el lugar y el “permiso” para decirlo y compartirlo porque la lógica de la academia en ocasiones silencia aquello que parece conectar con lo personal, con lo no *positivamente objetivo*.

Considero, en ese sentido, que partir de un doctorado en género, desde la conciencia política de las perspectivas teórico y político feministas, me permitió ejercitar esta reflexividad política y subjetiva desde del inicio, aunque siempre esté presente en los procesos de construcción de conocimiento. Esta conciencia a la que me refiero no es más que la vigilancia epistemológica necesaria para construir un saber claro y transparente y pensando en un colectivo: entendiendo que este saber será construido y deconstruido por otras personas que se hacen las mismas preguntas en diferentes momentos y contextos sociales.

Bibliografía

- Arfuch, Leonor (comp.) (2005). *Identidades, sujetos y subjetividades*. Buenos Aires: Prometeo.
- Ariza, Lucía (2014) “La construcción narrativa de la infertilidad. Mujeres que narran la experiencia de no poder concebir”. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, 18, 41-73.
- Bertaux, Daniel (1993) La perspectiva biográfica: validez metodológica y potencialidades. En José Miguel Marinas y Cristina Santamarina (Eds.), *La historia oral: métodos y experiencias*, pp. 149-170. Madrid: Debate.
- Conde, Idalina (1994) “Falar da Vida (II)”. *Sociologia. Problemas e Práticas*, 16, 41-74.
- Cornejo, Marcela; Mendoza, Francisca; y Rojas, Rodrigo (2008) “La investigación con relatos de vida: pistas y opciones del diseño metodológico”. *Psykhé*, 17-1, 29-39.
- De Lauretis, Teresa (1996) “La tecnología del género”. *Mora*, 2, 6-34.

- Giddens, Anthony (2001). *Las nuevas reglas del método sociológico: crítica positiva de las sociologías interpretativas*. Buenos Aires: Amorrortu. (Edición original, 1967.)
- González, Cristina; Nucci, Nelly; Soldevila, Alicia; Ortolanis, Eduardo; y Crossetto, Rossana (1999) *Necesidades y satisfactores en el espacio social familiar*. Informe de investigación con aval de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de Córdoba para el Programa de Incentivos.
- Haraway, Donna (1995) Manifiesto para *cyborgs*: ciencia, tecnología y feminismo socialista a finales del siglo xx. En *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reivindicación de la naturaleza*, pp. 251-311. Madrid: Cátedra.
- Meccia, Ernesto (2013) “Subjetividades en el puente. El método biográfico y el análisis microsociológico del tránsito de la homosexualidad a la gaycidad”. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, 2-4, 38-51.
- Viveros Vigoya, Mara (2014) “The sexual erotic market as an analytical framework for understanding erotic-affective exchanges in interracial sexually intimate and affective relationships”. *Culture, Health & Sexuality*, 12, 1-13.

(Auto) reflexiones en torno a la construcción de una agenda de investigación en salud y género

Lila Aizenberg

El sentir lo social

La invitación a reflexionar sobre mi propia cocina de investigación en los campos de la salud y del género me lleva inevitablemente a pensar en el libro *La imaginación sociológica*, de Charles Mills (1959). Para Mills, la imaginación sociológica se torna una oportunidad para entender el escenario más amplio que da significado a nuestra propia biografía. La idea de Mills es que el individuo sólo puede comprender su propia experiencia y evaluar su propio destino localizándose a sí mismo en su época, y sólo puede conocer sus propias posibilidades en la vida si conoce las de todos los individuos que se hayan en las mismas circunstancias. Cuando a fines de 2001 la Argentina entró en una de sus más profundas crisis políticas, sociales y económicas, me encontraba trabajando en el área de Salud del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), en

Buenos Aires. cursaba el último año de la carrera de Sociología de la UBA, cuando la crisis de 2001 caló profundo en la manera en que empecé a mirar algunos temas del campo social y de la salud, que comenzaba incipientemente a aparecer entre mis intereses. Durante 2001, como asistente de investigación del CEDES, formaba parte de un estudio que buscaba analizar las diferencias en la calidad de la atención en salud reproductiva de tres servicios sanitarios de la ciudad de Buenos Aires. Cuando llegó diciembre de ese año, me encontraba realizando encuestas a mujeres de sectores populares que asistían a un centro de salud de un barrio humilde de la periferia de la ciudad. Al regresar en febrero del año siguiente a seguir con las entrevistas, el patio del centro de salud se había transformado en un comedor comunitario. El comedor era atendido por las mismas mujeres que habitualmente llevaban a sus hijos al vacunatorio o al pediatra, que además habían organizado una colecta de ropa usada y una feria de platos que ofrecían los sábados por la noche. Aun cuando la crisis social y económica y la falta de insumos y recursos humanos habían convertido al centro de salud en un escenario altamente desolador, para las mujeres comenzaba a transformarse en una oportunidad para salir de sus casas, conversar y tejer redes con otras mujeres del barrio. A mediados de 2002, ellas habían organizado un espacio de charlas y talleres sobre prevención del embarazo no deseado y para fines de 2003, ese grupo anónimo se había organizado dentro de un colectivo más grande, para ese entonces bajo el ala de género de la CTA (Central de Trabajadores de Argentina).

Hace más de 20 años que el campo de los estudios sociales de la salud y del género viene formando una parte de mi agenda de investigación. Primero como estudiante de Sociología en la Universidad de Buenos Aires, luego dentro de mis estudios de maestría y doctorado en el Departamento de Sociología en la State University of New York at Binghamton,

y más tarde como becaria posdoctoral e investigadora del CIECS. Como dice Giddens (1984), siguiendo a Weber, entender fenómenos humanos no es sólo una cuestión de interpretar las acciones de los agentes sino de entender la manera en que sus interpretaciones y construcciones subjetivas de significado dan forma a sus acciones. Si bien mi transitar por los estudios de la salud y del género tomó, durante mi vida académica y profesional, distintos matices y formas, aquellas mujeres de sectores populares definieron mucho de los temas de estudios que busqué abordar a lo largo de mi carrera.

Teoría-praxis-teoría

En 2003, cuando planté mi tesis de maestría mi pregunta de investigación giraba en torno a ¿cómo aquellas mujeres habían podido salir de esos roles tradicionales como madres hacia otros donde eran ellas quienes se organizaban y reclamaban por sus derechos a la salud y por la posibilidad de decidir sobre sus cuerpos? Desde la formulación de esa pregunta, pasaron sin embargo varios años hasta que pude pensar a esas mujeres desde una perspectiva de género. El libro de la gran historiadora y teórica feminista Joan Scott (1988), *Gender and the Politics of History*, que había leído en la Facultad, pero que tuve por primera vez en mis manos gracias a la gran biblioteca que me proporcionaba mi universidad en Estados Unidos, fue parte importante de este proceso. El libro de Scott sienta, sin dudas, las bases para mirar los estudios sociales e históricos desde una perspectiva de género y al género como una categoría integral de análisis clave en dichos estudios. Como señala la autora, no se trata de saber qué dimensiones sociales nos sirven para entender las relaciones de género en una sociedad, sino qué nos dicen determinadas

relaciones de género sobre la sociedad en que vivimos. Pasaron varios años hasta que logré ponerme los famosos lentes de género para mirar lo que sucedía en mi propia vida y en las mujeres que investigaba. Scott y otros varios libros sobre estudios de género que leí por primera vez en esa biblioteca, pero también varias experiencias personales de discriminación por ser mujer y un involucramiento más activo en el movimiento feminista en Argentina, me llevaron a la necesidad de tomar una mirada y una práctica feminista. De alguna manera, como señala Gramsci (1990), la elección de nuestra concepción del mundo siempre es un acto político, y por eso la importancia de generar insumos de investigación que puedan apuntar a poner en relieve las distintas formas de dominación patriarcal que limita a las mujeres en su salud y su libertad.

Mi experiencia en el mundo académico en el Norte fue una oportunidad inmensa para acceder a recursos como bibliotecas y becas para hacer trabajos de campo. Sin embargo, esa experiencia también visibilizó la importancia que tenía para mí volver a estar cerca de mis temas de interés. Necesité, como plantea Guber (1984), traer la reflexividad en el trabajo de campo para volver a repensar la teoría en el propio territorio y junto con los sujetos (as) que estudiaba. Un poco con esa idea y otro tanto por el azar, comencé a trabajar para una ONG en La Paz, Bolivia. La ONG necesitaba una asistente de investigación para realizar un estudio sobre el acceso de las mujeres al Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y yo necesitaba un marco de trabajo para comenzar a indagar la problemática de lo que hasta ese momento fue mi tema de estudio: el impacto de las políticas de salud y salud reproductiva sobre el acceso a la salud en el marco de las reformas neoliberales. Sin embargo, en el propio quehacer de mi trabajo de campo, durante el contexto de la llegada de programas interculturales que surgieron en Bolivia en 2006, cambió este tema por otro vinculado a entender el acceso de las mujeres indígenas a

los programas de salud y salud reproductiva desde aproximaciones interculturales. La construcción de mi problema de estudio giró en torno a una reflexión que, de alguna manera, fueron piezas de un rompecabezas que fui poniendo hasta identificar los vacíos de conocimiento en estos campos y los temas en donde a mí me interesaba aportar. El rompecabezas se construía de la siguiente manera.

Según la literatura, los pueblos indígenas habían sido históricamente identificados como uno de los grupos más vulnerables en términos de salud y con mayores demandas para que sus intereses sean reconocidos. Sin embargo, desde mediados de la primera década del 2000, los gobiernos comenzaron a darles prioridad, reconociendo la cultura tradicional (prácticas, conocimientos y valores) en las políticas nacionales de salud. Este reconocimiento marcó un punto de inflexión en los programas sanitarios: en vez de incluir a las poblaciones indígenas en programas universales, los gobiernos han empezado a diseñar y desarrollar políticas específicamente focalizadas en este tipo de población desde una perspectiva intercultural. La perspectiva intercultural había sido definida como estrategia clave para mejorar la salud de toda la población indígena. Pero, especialmente, ha sido reconocida como una oportunidad única para las mujeres, consideradas el grupo más vulnerable dentro de esta población a causa de sus bajos niveles de acceso a servicios modernos y de los pobres indicadores de salud reproductiva. A pesar de este reconocimiento, la literatura sobre salud indígena y género mostraba que las mujeres indígenas atravesaban múltiples barreras para acceder al sistema sanitario; entonces, ¿cómo los programas interculturales logran obtener resultados positivos sobre la confianza y el nivel de salud de las mujeres indígenas? A partir de este análisis y desde una aproximación crítica, la tesis buscó revisar las aproximaciones en salud intercultural, poniendo en relieve el contexto más amplio (político, social y

económico) que atravesaba la calidad de la atención sanitaria en contextos interculturales.

De la pasión a la profesión

De vuelta en Argentina, mis temas de estudios siguieron la línea de la salud intercultural pero aplicada al campo de estudios de las migraciones. En el marco de la presentación a la beca posdoctoral del CIECS, comencé a identificar importantes vacíos de conocimiento en torno a la salud migratoria y especialmente en articulación con la de género. Fue así que me propuse plantear un proyecto de investigación para conocer la situación de la salud de los migrantes sudamericanos viviendo en la ciudad de Córdoba. Para esto, busqué analizar cómo es el acceso a y uso de los migrantes de los servicios de salud pública y el contacto que tienen con los profesionales y la manera en que el sistema de salud responde a las demandas específicas de la población migrante. Seguí ahondando en el campo intercultural para identificar los factores que influyen sobre la atención sanitaria de los migrantes, tanto limitando el cuidado de la salud como permitiendo la apertura de prácticas interculturales entre estos últimos y el sistema de salud argentino.

Aquí busqué identificar las piezas que me permitieran armar el rompecabezas que me llevaría a mi nuevo problema de investigación. Desde diferentes enfoques teóricos y metodológicos, numerosos estudios han abordado la problemática de la migración sudamericana para el caso argentino, especialmente la boliviana. Asimismo, han cobrado importante dinamismo los estudios interesados en analizar el rol de las mujeres dentro los procesos migratorios. No obstante, todavía resulta escaso el conocimiento que existe sobre los problemas específicos de salud de las

mujeres migrantes en general y su salud reproductiva en particular y sobre cómo el sistema de salud argentino ha respondido a sus necesidades específicas. En la actualidad, la problemática de la salud reproductiva y la migración merece particular atención tomando en cuenta la cantidad de migrantes sudamericanos que residen en el país, el alto grado de feminización que caracteriza a dicha población, entre la que se encuentra una elevada proporción de mujeres en edad reproductiva, y el desafío que implica para los servicios sanitarios garantizar las condiciones para satisfacer esta demanda. Entonces, ¿cuál es la situación de la salud y la salud reproductiva de las mujeres migrantes sudamericanas?

Estas investigaciones abrieron, a su vez, una nueva línea de indagación: el tema de la cultura en la salud migratoria. A pesar de que la cultura ha venido siendo incluida al campo académico de la migración y lo cultural es incorporado de forma reiterada en las narrativas de los profesionales sanitarios, todavía resulta problemático de qué manera ha sido conceptualizada la cultura y cómo estas concepciones han influenciado las prácticas médicas y las miradas sobre la población migrante. Menos aún, ha sido problematizado en la relación migración-salud, la articulación entre salud, cultura y género, y en particular la forma en que opera el sistema biomédico en la atención de las mujeres migrantes a partir de la identificación de la mujer migrante boliviana y de su cultura en los procesos de salud-enfermedad-atención. La forma en que el modelo médico hegemónico influye en la salud de las mujeres migrantes bolivianas requiere una mirada profunda sobre la manera en que opera el biologicismo sustentando la construcción de roles de género, la valoración de sus prácticas y las recomendaciones que se hacen respecto de los comportamientos que ellas deben llevar adelante para transformarse en un determinado tipo de paciente y de mujer acorde al modelo de salud deseado. Desde aquí busqué reflexionar críticamente sobre la forma en

que habitualmente los estudios académicos y los propios profesionales de salud asocian la “cultura” de las poblaciones bolivianas como una barrera para el cuidado de la salud y el contacto con los servicios sanitarios. El análisis me permitió mostrar que, en un escenario caracterizado por un sistema sanitario excluyente, las mujeres migrantes emplean racionalmente una serie de estrategias que les permiten recurrir a sus activos comunitarios plasmados en redes de capital social y a prácticas de auto-cuidado, permitiéndoles afrontar más fácilmente las dificultades que deben atravesar como migrantes en el campo de la salud reproductiva.

Los propios resultados de investigación me llevaron a buscar nuevas indagaciones teóricas en los estudios de género, como la de interseccionalidad. La posibilidad de articular los estudios en salud migratoria con la mirada interseccional me permitió demostrar que las mujeres se enfrentan con distintos obstáculos para el cuidado de su salud, que abarcan dimensiones culturales, de género, económicas, administrativas y de derechos humanos. También cómo las mujeres migrantes emplean distintas estrategias de cuidado de la salud recurriendo a activos comunitarios que reconfiguran desde su país de origen para lidiar más fácilmente con los obstáculos que atraviesan en distintas etapas de su salud reproductiva en Argentina. Actualmente busco incorporar la mirada de la transnacionalidad para profundizar aún más sobre los múltiples vínculos e interacciones que unen a las personas más allá de las fronteras y que incluyen el intercambio de información, medicamentos y prácticas generales de cuidado de la salud. Algunas de las preguntas que me interesan responder son: ¿Cómo el género, el origen nacional, la etnicidad y la clase se intersectan configurando formas de desigualdad en las trayectorias en salud de las migrantes en los lugares de destino? ¿Cómo analizar las relaciones de desigualdad que experimentan las migrantes en el ámbito sanitario y que producen formas específicas de exclusión pero

también de agencia en contextos socio-históricos específicos? ¿Cuáles son y cómo operan las dinámicas e interacciones transnacionales en el cuidado de la salud de mujeres migrantes a la hora de afrontar las distintas barreras de acceso al sistema sanitario?

Por supuesto que todas las reflexiones y líneas de investigación fueron producto de innumerables diálogos y charlas informales con colegas, directorxs de tesis, compañeras de trabajo y activistas en estos temas, muchos de los cuales fueron investigadorxs y autorxs de muchos de los trabajos que aquí hago mención. Porque no es posible investigar sin pasión, tampoco lo es sin el diálogo, la retroalimentación y la mirada constante con otrxs investigadores y actorxs que aportan a estos temas por fuera de la academia.

Bibliografía

- Gramsci, A. (1990) *La política y el estado moderno*. Puebla: Premia.
- Guber, Roxana (1984) *El salvaje metropolitano*. Buenos Aires: Paidós.
- Giddens, Anthony (1984) *La constitución de la sociedad: bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mills, Charles Wright (2003) *La imaginación sociológica*. México: FCE. (Edición original, 1959.)
- Scott, J. (1988) *Gender and the Politics of History*. New York: Columbia University Press.

EPIDEMIOLOGÍA SOCIAL

Miradas y desafíos de la investigación epidemiológica en salud en la niñez y la adolescencia

Silvina Berra

Introducción y reconocimientos

Puedo decir con orgullo que mi experiencia iniciática en la investigación fue un estudio de cohortes de niños y niñas recién nacidos y sus madres, con un equipo interdisciplinario de investigación, en un tema de gran relevancia en salud pública, con enfoque en la construcción social de la salud y el compromiso del vínculo con la comunidad, propiciando su participación en acciones de promoción de la salud. El estudio de la alimentación, el crecimiento y el desarrollo en los primeros años de vida me acercó a las primeras nociones de la Epidemiología Social y de la epidemiología del ciclo vital; es decir, a atender tanto a la importancia de las circunstancias del embarazo y el nacimiento en el desarrollo durante la infancia y posiblemente en la vida adulta como así también a

las injustas diferencias en las que esos procesos ocurren entre diversos grupos sociales.

La mirada en la construcción social de la salud gestó el encuentro entre mi maestro en la Universidad, Jacobo Sabulsky, y quien luego fue mi director de tesis de maestría y doctorado, Luis Rajmil. A partir de su coincidencia como ponentes en una mesa de un congreso de Pediatría, iniciamos un diálogo de colaboración que me tendió un puente hacia la formación de posgrado en Salud Pública en Barcelona.

En la etapa de trabajo en el viejo continente, además de estudiar y participar en investigaciones en los asuntos que trato aquí sobre salud en la infancia y la adolescencia, asimilé la inquietud por la vinculación de la actividad científica con las necesidades sanitarias y sociales en espacios y con personas que reconozco con admiración. Uno fue mi empleo en un área de evaluación de la investigación en salud y en servicios sanitarios dirigida por una visionaria Marta Aymerich, en la que se ponía en cuestión la aplicabilidad y el impacto de las investigaciones en el campo de la salud, más allá de la sola producción de conocimiento. Otro fue el ejemplo del cuerpo docente del Master en Salud Pública de la Universitat Pompeu Fabra, que personifico en la figura de Carme Borrell, gestora y científica de excelencia en el estudio de las desigualdades sociales en salud, trabajando desde y para la Salud Pública. Y también, como dichosa testigo de las preocupaciones de Barbara Starfield, una luchadora incansable porque se hicieran efectivos los cambios que los servicios de salud y los sistemas sanitarios se deben desde Alma Ata para el logro de la equidad.

Todas estas personas significativas en mi formación académica y en la orientación de mis trabajos de investigación, que he mencionado aquí a modo de reconocimiento y no por atribuirme alguna de sus virtudes, fueron médicos y médicas con un evidente interés en la determinación

social de la salud y en la relevancia de la investigación para las políticas públicas. Estas son posiblemente las cuestiones más importantes que me desvelan cada vez que diseño una investigación y cuando me enfrento a sus resultados plagados de limitaciones, que quizás otros y otras colegas no mirarían con la frustración con que yo los veo. Desde el primer trabajo de campo en maternidades y barrios de la ciudad de Córdoba, pasando por el estudio europeo Kidscreen, los trabajos sobre los principios de la atención primaria de la salud en Iberoamérica y las actuales investigaciones en contextos poblacionales y clínicos, he desarrollado una conciencia tenaz acerca de la representatividad de las muestras que estudiamos, del contenido y la validez de los instrumentos de medición y de la utilidad de los resultados. Sobre estas preocupaciones y en base a algunas experiencias, presentaré algunos conceptos de salud y otros de carácter metodológico para intentar unas reflexiones finales sobre las posibilidades y algunos desafíos actuales en la investigación en salud en infancias y adolescencias.

Desde la universidad a maternidades y barrios de Córdoba

En 1993, se inició un estudio longitudinal de niños y niñas recién nacidos en la ciudad de Córdoba para conocer la prevalencia de la lactancia materna al cabo de un mes. Un grupo grande de estudiantes de Nutrición y Medicina recorrimos los 54 establecimientos de salud con servicios de Obstetricia de la ciudad para registrar partos durante 12 días, hablar con mujeres puérperas y pedirles su colaboración y sus domicilios para visitarlas 30 días después. La rigurosidad y el empeño con los que se consiguieron los primeros datos nos llevó a continuar el seguimiento de esa cohorte durante cinco años, en los que se estudió la duración de

la lactancia, la alimentación, el crecimiento y el desarrollo en esa etapa. Esas palabras dieron nombre al estudio CLACYD, que no hizo justicia a la mirada que tuvo sobre los fenómenos de salud que se estudiamos: “Nuestra preocupación es determinar cómo las diferencias sociales influyen en la alimentación infantil [...]” (Sabulsky, Batrouni, Carballo, Reyna, Quiroga, Goldenhersch, Gorostiaga y Brizuela, 1995).

Las vivencias recorriendo maternidades y barrios de la ciudad, las visitas a los hogares de todas las familias, por donde fuera que vivieran, para realizar entrevistas y mediciones antropométricas, los días de análisis meticulosos y reflexiones sobre los resultados no solo fueron un tránsito por los requisitos de graduación sino la experiencia que marcó para siempre mi trayectoria profesional. El grupo de profesionales, de diversas disciplinas de la salud y de otras ciencias, estaba conformado por docentes universitarios, empleados de instituciones de salud municipales y provinciales, estudiantes y hasta promotoras comunitarias de salud que constituyeron un grupo de apoyo a la lactancia materna, junto a algunas de las profesionales del equipo de investigación.

El estudio de la duración del amamantamiento me puso frente un fenómeno de salud mucho más influido por cuestiones sociales que biológicas. Me apasionó conocer y constatar el efecto de décadas de prácticas de promoción y comercialización de leches artificiales mediante incentivos perversos sobre las prácticas médicas, sobre las creencias y preferencias sociales respecto del amamantamiento e incluso sobre algo supuestamente “natural”, como la fisiología de la producción de la leche materna (Quandt, 1995). Algunos de los resultados principales pusieron de manifiesto que las prácticas de atención del parto y el puerperio no eran acordes a las recomendaciones, que mostraban llamativas diferencias entre instituciones públicas y privadas, y que influían fuertemente en la modalidad de alimentación posterior del recién nacido (Berra,

Galván, Sabulsky, Dal Lago, Gorgerino, Rajmil, Passamonte, Pirán Arce y Pascual de Unía, 2002). Luego también se comprobaron perfiles de lactancia (Berra, Sabulsky, Rajmil, Passamonte, Pronato, y Butinof, 2003), crecimiento y desarrollo según los estratos sociales en los que se posicionaban las familias (Fundación CLACYD, 2002).

La mirada epidemiológica en las dimensiones, dinámica y determinantes de la salud en la infancia y en la adolescencia

Como becaria del proyecto europeo Kidscreen, en el que realicé mi tesis doctoral, me introduje a nuevos conceptos de salud en la infancia y la adolescencia y al conocimiento de las mediciones cuantitativas de la salud autopercibida como indicadores de necesidades o de resultados sanitarios, generadas para su uso en la clínica médica, pero que desde entonces fui utilizando en diversos estudios poblacionales de niños, niñas y adolescentes en Europa y después en Argentina. Creo necesario exponer una síntesis de algunos conceptos para enfatizar luego en la valiosa oportunidad de tener nuevas miradas sobre la salud de las infancias y adolescencias argentinas.

El concepto de salud fue discutido profusamente durante el siglo pasado, apuntando a las funciones y potencialidades de la salud y dejando en un lugar estrictamente clínico la determinación de diagnósticos por la aparición de lesiones, signos y síntomas que permitían definir enfermedades. En casi todas las definiciones se reconoce que la salud incluye capacidades personales, sociales, físicas y psicológicas que permiten a las personas afrontar su entorno (interpersonal, social, biológico y físico) para realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades. En la infancia, este concepto incorpora el desarrollo evolutivo y la posibilidad

de adquirir y expresar esas capacidades, así como la visión de que un determinado estado de salud resulta de un estado anterior y condiciona a los siguientes (Starfield, 2001; National Research Council and Institute of Medicine, 2004). El crecimiento y el desarrollo son funciones que por sus rasgos físicos, psicológicos, cognitivos o sociales manifiestan la salud y reflejan los efectos de los problemas de salud y sus tratamientos sobre las actividades diarias y conductas de niños y niñas. La salud potencial, también denominada resiliencia, comprende recursos positivos de la salud que determinan la capacidad para responder a amenazas físicas, psicológicas o sociales. Se distingue de las funciones porque siempre se trata de factores positivos, a diferencia de aquellas, que pueden ser negativas o anormales. Entre los factores de la resiliencia están la curiosidad, la reacción, la recuperación, la imaginación, la autoeficacia, el optimismo o la resistencia a enfermedades.

Los nuevos conceptos de la salud promovieron, en ámbitos clínicos, el interés por valoraciones de la salud capaces de captar esa multidimensionalidad y complementar la información que ofrecían los diagnósticos y los indicadores de morbilidad. Así se propuso el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), que es la percepción subjetiva de la capacidad para realizar actividades y funciones importantes para la persona, en la que los dominios físicos, psicológicos y sociales de la salud son áreas influidas por las experiencias, creencias, expectativas y percepciones de una persona (Testa y Simonson, 1996). Entre sus valores sustanciales están su composición multidimensional y la posibilidad de conocer manifestaciones de la salud desde la perspectiva de las propias personas.

El proyecto europeo Kidscreen se abocó al desarrollo transcultural de una medida de calidad de vida relacionada con la salud. Seguramente, a causa del procedimiento utilizado, que incluyó métodos cualitativos

para extraer los significados acerca de la salud de los discursos de los propios niños y niñas (Detmar, Bruil, Ravens-Sieberer, Gosch, Bisegger y European Kidscreen Group, 2006) y sofisticadas técnicas estadísticas para seleccionar los mejores ítems (Ravens-Sieberer, Gosch, Rajmil, Erhart, Bruil, Power, Duer, Auquier, Cloetta, Czemy, Mazur, Czimbalmos, Tountas, Hagquist, Kilroe y Kidscreen Group, 2008), el contenido del instrumento resultó en una dimensión de bienestar físico y una inmensa mayoría de dimensiones psicosociales: bienestar psicológico, estado de ánimo, autopercepción, autoestima, relación con amigos, ambiente familiar, entorno escolar, aceptación social y recursos económicos.

Interesantemente, la epidemiología del ciclo vital señala la dinámica de las relaciones entre la salud y sus “determinantes” o “influencias”. El rol y los efectos de esas influencias cambian a medida que el niño o niña crece, dado que el desarrollo es un proceso de evolución permanente en el que existen períodos con mayor sensibilidad respecto de esos determinantes, así como edades con desafíos especiales, como son los periodos críticos, los periodos sensibles y ciertas etapas de transición (Ben-Shlomo y Kuh, 2002). Esa dinámica temporal de la salud infantil hace que un estado de salud determine a otro en el futuro, por lo que un determinante de la salud puede influir, positiva o negativamente, sobre estados actuales y futuros (National Research Council and Institute of Medicine, 2004). Y existen además momentos de transición que presentan desafíos especiales y ventanas de oportunidad en los que los niños y las niñas transitan de un estado a otro con situaciones estresantes o demandas específicas que pueden afectar también su salud. De ahí la importancia de tener en cuenta el momento oportuno para estudiar influencias específicas en el desarrollo y en las trayectorias de salud.

El enfoque de la epidemiología del ciclo vital también propone modelos de análisis para el estudio de los efectos a largo plazo de exposiciones

físicas y sociales durante la gestación, la niñez, la adolescencia, la adultez temprana y la adultez tardía. Esos modelos propenden al estudio de mecanismos biológicos, conductuales y psicosociales que operan en el curso de la vida de los individuos, así como también a través de generaciones, para influir en el desarrollo de enfermedades crónicas (Ben-Shlomo y Kuh, 2002). Este enfoque conlleva el desarrollo de diseños de estudios y análisis tan apasionantes como complejos y dificultosos. Asimismo, la noción de que la niñez o la adolescencia son estadios que se deben cuidar para garantizar una mejor salud en la adultez ha sido criticada con justicia como adultocéntrica (Bustelo Graffigna, 2012).

La salud manifestada por niñas, niños y adolescentes en contextos clínicos y poblacionales

Actualmente existen más de un centenar de cuestionarios de salud auto-percibida o de CVRS para ser utilizados con niños, niñas y adolescentes, que tienen la capacidad de medir múltiples dimensiones relevantes y específicas de cada etapa vital (Solans, Pane, Estrada, Serra-Sutton, Berra, Herdman, Alonso y Rajmil, 2007), que antes no eran mensurables en estudios cuantitativos. Tales son los significados que los niños y las niñas les otorgan a sus relaciones sociales (con pares, con familiares, con docentes) cuando se les pregunta qué es sentirse bien, sentirse sano o qué les hace felices. Dado que la salud percibida, recogida de forma genérica por estas medidas, puede verse afectada por muchos otros factores de la persona o su entorno, permite una medida común para evaluar a personas con diferentes problemas y tienen un potencial enorme para el estudio de fenómenos de salud con relación a cuestiones sociales, culturales o territoriales.

A partir del estudio europeo Kidscreen se constataron una enorme diversidad de cuestiones que parecen afectar la salud de niños, niñas y adolescentes en diferentes dimensiones y magnitudes, así como también que algunas dimensiones de la salud empezaron a cobrar relevancia frente a ciertas situaciones de naturaleza eminentemente social. Mientras que enfermedades muestran mayor impacto en el bienestar físico y en la autonomía, al analizar por niveles de escolaridad de madres y padres o recursos materiales de las familias, emergen diferencias en las dimensiones de bienestar psicológico, estado de ánimo, aceptación social, entorno familiar y recursos económicos (von Rueden, Gosch, Rajmil, Bisegger y Ravens-Sieberer, 2006).

Tras realizar la adaptación transcultural del Kidscreen en Argentina para que el lenguaje fuese culturalmente adecuado (Berra, Bustingorry, Henze, Díaz, Rajmil y Butinof, 2009) y comprobar que las propiedades métricas fueran suficientes y equivalentes a la europea (Berra, Tebé, Esandi y Carignano, 2013), iniciamos una serie de estudios en diferentes contextos de nuestro país. Así fuimos conociendo cómo los niños, las niñas y los/las adolescentes ofrecen respuestas diferentes y manifiestan variaciones en su salud autopercebida según edad, sexo, estado nutricional antropométrico, enfermedades declaradas o con diagnósticos médicos, desempeño escolar y nivel socioeconómico.

Corroboramos diferencias en salud desde edades tempranas como en las de escolares de 4° a 6° grado de 19 escuelas municipales seleccionadas aleatoriamente. Las niñas puntuaron menos en casi todas las dimensiones, con mayor diferencia en el bienestar físico (más bajo en niñas) y en el entorno escolar (más bajo en niños). Tanto niños como niñas con obesidad presentaron menores puntuaciones en bienestar físico y en autopercepción. Entre los resultados más notables, encontramos que existe una fuerte asociación entre dimensiones de la CVRS y el

rendimiento académico. Los niños y las niñas de 9 a 12 años con calificaciones de Muy Bueno/Excelente en Lengua o Matemáticas puntuaron significativamente más alto en todas las dimensiones psicosociales de la CVRS en comparación con quienes obtuvieron No Satisfactorio, con efectos notables en entorno escolar, relación con los padres, autonomía, autopercepción y aceptación social (Degoy y Berra, 2018).

En un estudio multicéntrico en el que reunimos información de escolares de Bahía Blanca y Córdoba, con grupos de niños y niñas con diagnóstico clínico de trastornos crónicos del Hospital Italiano y el Hospital Nacional de Pediatría Garrahan de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los niños/as con trastornos crónicos confirmados (muestras de hospitales) mostraron con mayor frecuencia malestar físico y los que tenían trastornos crónicos declarados (muestras de escolares) manifestaron malestar en áreas psicosociales, en comparación con los niños/as sin trastorno (Rivera, Mamondi, Lavin-Fueyo, Jouglard, Pogany, Sánchez, Prina, Roizen, Esandi y Berra, 2015). Previamente habíamos observado puntuaciones más bajas en bienestar físico y estado de ánimo en adolescentes con asma de Bahía Blanca (Carignano, Spagnolo, Abrego, Elosegui, Berra y Esandi, 2010).

Resulta muy interesante también que nuestros niños y niñas en Córdoba y Bahía Blanca, en comparación con las referencias europeas, presentaron mayores puntuaciones medias en las dimensiones de bienestar psicológico, autonomía y relación con amigos y apoyo social, y menores puntuaciones en estado de ánimo y rechazo social. Estos hallazgos abren preguntas que se deberán abordar en el futuro, sobre la base de teorías de producción social de la salud y de las influencias culturales sobre la percepción de la salud.

Inequidades en autopercepción de la salud de infancias y juventudes

En la revisión antes citada del grupo que integró el *National Research Council and Institute of Medicine* (2004), se propone el estudio de la salud como resultado de una compleja y dinámica interrelación de determinantes. Esos determinantes se agrupan en factores biológicos, conductuales y características del medioambiente físico y social, como determinantes directos de la salud infantil, y sitúa en un nivel contextual a los servicios sanitarios y las políticas. A primera vista, el esquema de variables e interrelaciones parece poner a los factores con cierta equidistancia, mientras que desde la Epidemiología Social se jerarquizan los factores sociales señalando que la distribución de los riesgos de enfermar o actuar de una manera está determinada por la pertenencia de un individuo a una sociedad y a un estrato social (Marmot y Wilkinson 2006).

Un objetivo de primordial interés en nuestros estudios es poner de manifiesto las inequidades en salud que amenazan el desarrollo y las oportunidades desde edades tan precoces. En el grupo de 9 a 12 años, observamos que las puntuaciones medias de la CVRS, particularmente en bienestar físico, autonomía, amigos y apoyo social y recursos económicos, fueron mayores en quienes disponían de más recursos materiales en el hogar (Mamondi y Berra, 2011). A su vez, al analizar la confluencia de la malnutrición con la carencia de algunos recursos, en el estudio de Bahía Blanca observamos cómo se potenciaba el malestar: los y las adolescentes con obesidad de nivel socioeconómico bajo tuvieron cinco de las 10 dimensiones de la CVRS afectadas en comparación con aquellos sin exceso de peso; y los de nivel medio-alto únicamente dos (Mamondi, Sabulsky y Berra, 2011).

El indicador de recursos materiales en el hogar no tiene la validez de contenido que deseamos para medir desigualdades sociales, pero es un indicador indirecto eficiente por ser información provista por los mismos sujetos. Para lograr indicadores más adecuados, como niveles de escolaridad o de posición social según la ocupación, se requiere la participación de personas adultas, que es una limitación muy frecuente en estudios en poblaciones escolares. Uno de los desafíos actuales es lograr mejores medidas de pertenencia a grupos sociales o de indicadores de la determinación social de la salud. Así es como en un proyecto actual intentaremos profundizar esta perspectiva de la salud poniendo nuestra mirada en los barrios, al reconocer la influencia de los ámbitos sociales en que se desarrollan las personas. Comprendemos que la percepción que tiene cada individuo sobre su propia salud puede estar influenciada por sus grupos de pertenencia y el contexto en el que vive cotidianamente, por lo que aspiramos estimar el grado de influencia sobre la salud de territorios como la escuela o el barrio. Empezaremos el reconocimiento del territorio como un paso básico para la caracterización de la población y de sus problemas, en una aproximación a los análisis de segregación socioespacial.

La participación de niños, niñas y adolescentes en los estudios de salud autopercebida

Se reconoce a los niños, niñas y adolescentes como actores sociales con derechos de expresarse respecto de su propia salud, su entorno y en asuntos que les conciernen y son de su interés, conforme a la Convención Internacional de los Derechos del Niño y a la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

Esta ley establece la presunción de que el y la adolescente de entre 13 y 16 años tiene aptitud para decidir por sí respecto de tratamientos que no resulten invasivos ni comprometan su estado de salud, y recoge el principio de capacidad o autonomía progresiva para el ejercicio de sus derechos. Además, hemos leído y comprobado en nuestra experiencia que los cuestionarios de salud autopercebida tienen muy buena aceptación en esta población. Pero en este camino aparecen una serie de obstáculos y limitaciones a la posibilidad de lograr la participación de niños, niñas y adolescentes de diferentes grupos sociales, en parte por el diseño y los procedimientos de las investigaciones y en parte también por su “dependencia” de personas adultas o de las instituciones escolares a través de las cuales nos ponemos en contacto. Es un imperativo ético que todos los individuos y/o grupos de una sociedad tengan acceso equitativo a la posibilidad de beneficiarse de investigaciones científicamente válidas, de manera independiente a su situación cultural, educativa, social o económica.

Como mencioné al inicio, una preocupación constante en la construcción de conocimiento en salud pública es su utilidad potencial para monitorear políticas de salud y proporcionar información para la gestión y planificación. Para ello, un aspecto sensible en los estudios cuantitativos es la representatividad de las muestras; es decir, su similitud con la población de la cual es extraída y hacia la cual después se pretende generalizar los resultados. Si un grupo de la población queda sistemáticamente excluido de la investigación, no sólo limita la representatividad sino que puede introducir un sesgo de selección que afecte los resultados del estudio¹. Si además ese grupo excluido es de los estratos

1 En el colectivo de académicos y científicos de la Epidemiología, existe una preocupación notable por los porcentajes de participación que logra un estudio respecto de las personas inicialmente elegibles; y casi indiscutiblemente se exigen altas tasas de

más desfavorecidos de nuestra sociedad, en vano intentaremos mostrar inequidades. De ahí que debemos prestar mucha atención al diseño del estudio y a la ejecución cuidadosa de sus procedimientos de contacto y de trabajo de campo. Existen además numerosos factores ajenos a la investigación que pueden influir en la decisión de participar en un estudio por parte de cualquier sujeto. Luego de haber dedicado los párrafos anteriores a fundamentar que disponemos de instrumentos atractivos, válidos y confiables para registrar sus declaraciones, ahora quiero señalar que la población adolescente no goza de la autonomía que debería para manifestarse.

En el estudio europeo, analizamos la participación según algunas características individuales. Comprobamos una mayor tasa de respuesta de niñas en comparación con los niños, mientras que, en cuanto a la edad, hubo mayor participación de niños y niñas en comparación con los y las adolescentes. Además, encontramos una representatividad aparentemente menor de grupos con menor nivel de escolaridad, cuando comparamos con datos censales de la población (Berra, Ravens-Sieberer, Erhart, Tebé, Bisegger, Duer, von Rueden, Herdman, Alonso, Rajmil y European Kidscreen Group, 2007).

Hubo un tiempo en que la obligatoriedad de obtener el consentimiento informado y firmado de las personas que son invitadas a participar en una investigación se extendió desde los estudios experimentales a los estudios observacionales por encuestas, donde las consideraciones éticas de riesgos pueden circunscribirse, si acaso, a un número limitado de preguntas sensibles. Es posible, además, asumir que la persona responde

respuesta. Las amenazas a la representatividad o a la validez interna dependen de que haya un grupo con ciertas características que resulte sistemáticamente no incluido. Es decir que no se debe asumir directamente que la falta de respuesta implica una alta posibilidad de sesgo.

un cuestionario porque ha consentido participar. En la investigación en salud pública, la exigencia del consentimiento firmado puede convertirse en un obstáculo que lleve a una menor participación dadas las diferentes modalidades de selección y contacto de las personas elegibles. Se suma a lo anterior que el interés de los individuos en participar en una investigación en salud pública puede ser menor que en una investigación clínica, donde la participación puede ofrecerle beneficios más tangibles cuando quien invita es el profesional médico tratante.

Si bien en años anteriores era necesario que madres, padres o tutores/as legales autorizaran la participación de menores de 18 años en una encuesta de salud, actualmente contamos con la autorización del Comité Institucional y Consejo Provincial de Ética de la Investigación en Salud para que la voluntad de participar de los y las adolescentes se respete independientemente del consentimiento de la persona adulta, lo cual supone no solo que pueden participar sin consentimiento de una persona adulta sino también que ningún/a estudiante es obligado a responder, lo cual además es definitivamente imposible.

Otra barrera significativa a la oportunidad de participar puede estar en las instituciones que median entre el equipo de investigación y las personas que son sujeto de estudio. La realización de encuestas en instituciones escolares constituye una alternativa útil en los estudios de salud pública porque se puede acceder prácticamente a la totalidad de la población, controlar el diseño de la muestra y lograr una buena representatividad cuando se trata de segmentos de escolarización obligatoria con baja deserción. Además, las instituciones brindan la posibilidad de realizar un trabajo de campo concentrado en un espacio físico y suelen producir mayores tasas de cooperación (Berra, Ravens-Sieberer, Erhart, Tebé, Bisegger, Duer, von Rueden, Herdman, Alonso, Rajmil y European Kidscreen Group, 2007) que podrían deberse al grado de confianza

hacia las autoridades de las instituciones (directivos, maestros, profesionales de la salud). Sin embargo, a menudo las autoridades de instituciones escolares anteponen razonables prioridades de planificación escolar a la posibilidad de que los y las adolescentes puedan participar en un estudio.

Este es un debate abierto que requiere muchos más elementos de los que aquí expongo. Para finalizar este llamado a garantizar el derecho de niños, niñas y adolescentes a participar con autonomía en estudios de salud autopercibida, planteo una serie de recomendaciones, como cuidar las estrategias de contacto e información para invitar a las personas a participar; divulgar sistemáticamente a la comunidad los resultados de las investigaciones para contribuir a una mejor predisposición a participar en futuros estudios; analizar qué grupos de la población tienen mayor tendencia a quedar menos representados en las muestras y considerar la aplicación de sobremuestreos de esos grupos para asegurar una adecuada representación en la muestra final; informar en las publicaciones de estudios epidemiológicos los métodos de selección y contacto de la muestra, los números de personas elegidas, de las que aceptaron participar y de las que respondieron, así como las características de esos tres grupos; y abogar por la autonomía de niños, niñas y adolescentes en asuntos relativos a su salud.

Reflexiones finales

En este recorrido, expuse atractivos avances en conceptos e instrumentos para valorar la salud en la infancia y la adolescencia, en particular, en sus aspectos positivos y en sus cualidades multidimensional y dinámica.

Es posible diseñar investigaciones en muestras poblacionales o clínicas

para analizar perfiles, estados o cambios de la salud autopercebida, así como las diferentes jerarquías, momentos y mecanismos de las influencias sobre la salud, según proponen los modelos de la Epidemiología Social o de la epidemiología del ciclo vital. Con esos instrumentos se puede ofrecer a niños, niñas y adolescentes un ejercicio de derecho a manifestarse respecto de su salud y así revelar necesidades y diferencias que puedan ser reconocidas en planes, programas o políticas.

Es necesario también realizar un esfuerzo transdisciplinar capaz de considerar las determinaciones biológicas, conductuales, del contexto físico y social, así como el sanitario y político, articulando metodologías cuantitativas y cualitativas de la Epidemiología, la Demografía, la Psicología, la Sociología y muchas otras disciplinas que estudian la salud en diversos contextos y desde diferentes perspectivas, como merece un fenómeno complejo con influencias múltiples.

Entre nuestros propósitos, por ejemplo, en el área clínica, nos interesa mostrar las afectaciones en dimensiones psicosociales de la salud, que todavía no son habitualmente medidas de resultado de terapias o programas preventivos. En salud pública nos interesa poner de manifiesto necesidades o desigualdades sociales que puedan ser objeto de políticas. También queremos profundizar el estudio de la asociación entre la salud autopercebida y el desempeño escolar o la malnutrición para ofrecer información a agentes de Educación o Salud para sus programas.

Sin embargo, quedan muchos retos no solo en nuestra práctica científica, como las teorías desde las que miramos la salud o los métodos de estudio que utilizamos, sino también en la agencia de quienes aún deben facilitar la participación de niños, niñas y adolescentes en los estudios para que la información que construyamos pueda mostrar el abanico amplio del fenómeno de salud, la diversidad de las infancias y juventudes en nuestro contexto, sin silencios desde algunos grupos sociales.

Bibliografía

- Ben-Shlomo, Y. y Kuh, D. (2002) "A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives". *International Journal of Epidemiology*, 31-2, 285-293.
- Berra, S.; Galván, N. K.; Sabulsky, J.; Dal Lago, B.; Gorgerino, M. C.; Rajmil, L.; Passamonte, R.; Pirán Arce, M. F.; y Pascual De Unía, L. R. (2002) "Alimentación del recién nacido en el periodo de posparto inmediato". *Revista de Saúde Pública*, 36-6, 661-669. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/s0034-89102002000700002>.
- Berra, S.; Sabulsky, J.; Rajmil, L.; Passamonte, R.; Pronsato, J.; y Butinof, M. (2003) "Correlates of breastfeeding duration in an urban cohort from Argentina". *Acta Paediatrica*, 92-8, 952-957. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/08035250310004216>.
- Berra, S.; Ravens-Sieberer, U.; Erhart, M.; Tebé, C.; Bisegger, C.; Duer, W.; Von Rueden, U.; Herdman, M.; Alonso, J.; Rajmil, L.; y European Kidscreen Group (2007) "Methods and representativeness of a European survey in children and adolescents: the Kidscreen study". *BMC Public Health*, 7, 1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-182>.
- Berra, S.; Bustingorry, V.; Henze, C.; Díaz, M.; Rajmil, L.; y Butinof, M. (2009) "Adaptación transcultural del cuestionario Kidscreen para medir calidad de vida relacionada con la salud en población argentina de 8 a 18 años". *Archivos Argentinos de Pediatría*, 107-4, 307-314. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0325-00752009000400007>.
- Berra, S.; Tebé, C.; Esandi, M. E.; y Carignano, C. (2013) "Fiabilidad y validez del cuestionario Kidscreen-52 para medir calidad de vida

- relacionada con la salud para población argentina de 8 a 18 años”. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 111-1, 29-35. Disponible en: <https://doi.org/10.5546/aap.2013.29>.
- Bustelo Graffigna, E. (2012) “Notas sobre infancia y teoría: un enfoque latinoamericano”. *Salud Colectiva*, 8-3, 287-298.
- Carignano, C. O.; Spagnolo, S.; Abrego, M. P.; Elosegui, L. M.; Berra, S. y Esandi, M. E. (2010) “Prevalencia de asma y su impacto en la calidad de vida de los adolescentes escolarizados de la ciudad”. *Archivos de Alergia e Inmunología Clínica*, 41-3, 82-89.
- Degoy, E. y Berra, S. (2018) “Differences in health-related quality of life by academic performance in children of the city of Córdoba-Argentina”. *Quality of Life Research: an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 27-6, 1463-1471. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1849-9>.
- Detmar, S. B.; Bruil, J.; Ravens-Sieberer, U.; Gosch, A.; Bisegger, C.; y European Kidscreen Group (2006) “The use of focus groups in the development of the Kidscreen HRQL questionnaire”. *Quality of Life Research: an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 15-8, 1345-1353. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11136-006-0022-z>.
- Fundación Clacyd (2002) *Iniquidad y desarrollo infantil o a 2 años*. Publicación N° 6. Córdoba, Argentina: Sima.
- Mamondi, V. y Berra, S. (2011) *Condicionantes de la calidad de vida relacionada con la salud en niños de 4° a 6° grado asistentes a escuelas públicas de la ciudad de Córdoba en el año 2011*. Informe académico final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación.
- Mamondi, V.; Sabulsky, J.; y Berra, S. (2011) “Exceso de peso y calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes de la ciudad de

- Córdoba según nivel económico y educativo de los padres”. Ponencia presentada en las *IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Buenos Aires, 10 al 12 de agosto.
- Marmot, M. G. y Wilkinson, R. (2006) *Social Determinants of Health*. New York: Oxford University Press. (2ª edición.)
- National Research Council And Institute Of Medicine (2004) *Committee on Evaluation of Children's Health Board on Children, Youth and Families, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Children's Health, the Nation's Wealth: Assessing and Improving Child Health*. Washington, D. C.: The National Academies Press.
- Quandt, S. A. (1995) Sociocultural aspects of the lactation process. En P. Stuart-Macadam y K. A. Dettwyler, *Breastfeeding, biocultural perspectives*, pp. 127-138. New York: Aldine de Gruyter.
- Ravens-Sieberer, U.; Gosch, A.; Rajmil, L.; Erhart, M.; Bruil, J.; Power, M.; Duer, W.; Auquier, P.; Cloetta, B.; Czemy, L.; Mazur, J.; Czimbalmos, A.; Tountas, Y.; Hagquist, C.; Kilroe, J.; y Kidscreen Group (2008) “The Kidscreen-52 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries”. *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 11-4, 645-658. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00291.x>.
- Rivera, C.; Mamondi, V.; Lavin-Fueyo, J.; Jouglard, E. F.; Pogany, L.; Sánchez, M. C.; Prina, M.; Roizen, M.; Esandi, M. E.; y Berra, S. (2015) “Calidad de vida relacionada con la salud en niños con y sin trastornos crónicos. Estudio multicéntrico”. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 113-5, 404-410. Disponible en: <https://doi.org/10.5546/aap.2015.404>
- Sabulsky, J.; Batrouni, L.; Carballo, R.; Reyna, S.; Quiroga, D.; Goldenhersch, H.; Gorostiaga, H.; y Brizuela, M. (1995) “Alimentación en

- el primer mes de vida, por estratos sociales, Córdoba, Argentina”. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 119-1, 15-27.
- Solans, M.; Pane, S.; Estrada, M. D.; Serra-Sutton, V.; Berra, S.; Herdman, M.; Alonso, J.; y Rajmil, L. (2008) “Health-related quality of life measurement in children and adolescents: a systematic review of generic and disease-specific instruments”. *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 11-4, 742-764. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00293.x>.
- Starfield, B. (2001) “Basic concepts in population health and health care”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55-7, 452-454. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/jech.55.7.452>.
- Testa, M. A. y Simonson, D. C. (1996) “Assessment of quality-of-life outcomes”. *The New England Journal of Medicine*, 334-13, 835-840. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJM199603283341306>.
- Von Rueden, U.; Gosch, A.; Rajmil, L.; Bisegger, C.; y Ravens-Sieberer, U. (2006) “Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60-2, 130-135. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/jech.2005.039792>.

Salud y desempeño académico: tramas en el estudio de su relación

Emilse Degoy

Introducción

Cuando pienso mi recorrido en investigación, curiosamente, sólo se me ocurren antónimos para describirlo. Y claro que podría postular algunas hipótesis que expliquen este fenómeno. Podría deberse a esa lógica de pensamiento ejercitada durante la labor científica –y por mí apropiada– que sigue el ritmo del argumento y contra-argumento. O quizás pueda ser resultado del desarrollo no-lineal de la producción del conocimiento, y del transcurso de la vida. O tal vez producto de una serie de contradicciones internas experimentadas en el tránsito de este trayecto. Dada la complejidad que caracteriza a los distintos fenómenos que abordamos y su frecuente multicausalidad, otra opción es pensar en términos no excluyentes y que todos estos factores –más otros aquí no considerados– hayan jugado un rol en este desenlace.

Una de las antinomias a las que me refiero es que este recorrido mío me resulta incipiente y largo a la vez. Incipiente porque finalicé el doctorado en agosto del año pasado (2019); y si se mira con proyección a la carrera de investigador/a científico/a, he cumplido, apenas, con el primer paso. Largo porque, como dice el dicho popular, ha corrido mucha agua bajo el puente, en tanto sitúo el origen de este recorrido en mi paso por la escuela secundaria.

Asistí a uno de los colegios preuniversitarios de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), donde tanto su cultura escolar como su estructura curricular despertaron en mí el deseo y la ilusión de hacer investigación. Fue allí que, a través de una propuesta pedagógica que incorporaba un taller de metodología en asignaturas como Sociología y Antropología, tuve mis primeras experiencias y aprendizajes con, y acerca de, la tarea de investigar. Esta etapa condicionó sin dudas la siguiente, la carrera de grado.

Estudí la Licenciatura en Psicología en la UNC con una fuerte inclinación hacia lo académico y la investigación más que hacia el ejercicio profesional. Así, desde el inicio y durante toda la carrera, fui complementando mis estudios con ayudantías de alumnos/as y participación en distintos proyectos y grupos de investigación. Puedo caracterizarme en esta etapa con un interés predominantemente técnico-metodológico; es decir, mi preocupación no estaba (todavía) puesta sobre el *qué* estudiar sino en el *cómo* se debían estudiar los fenómenos para que el conocimiento producido fuera considerado científico.

La tercera etapa, la de posgrado, fue cualitativamente distinta. Me recibí, y si bien tenía claro que quería seguir en esta línea y hacer un doctorado, me llevó algunos años encontrar el objeto de estudio y el grupo de investigación con quienes estudiarlo. Es que considerando que un doctorado lleva como mínimo cinco años, no es una cuestión menor el

qué y el *con quién*. Después de casi tres años de recibida y en el marco de un proyecto de extensión del que formaba parte en ese momento, gente que una gente me cuenta sobre un grupo de investigación radicado en la Escuela de Salud Pública de la UNC que estaba buscando interesadas/os en participar en un proyecto sobre salud infantil. Un tiempo después, me contacté con la directora del proyecto, nos reunimos y me preguntó si estaba dispuesta a desarrollar una sub-línea de investigación sobre salud y rendimiento académico en niñas/os; le dije que sí e inmediatamente después me largué a escribir el proyecto que terminó siendo mi tesis doctoral en el marco del Doctorado en Ciencias de la Salud de la UNC, y cuyo objetivo fue analizar la relación entre distintas dimensiones de la salud y el rendimiento académico en niñas y niños asistentes a escuelas municipales en la ciudad de Córdoba a lo largo de la pre-adolescencia, teniendo en cuenta variables socioeconómicas y capacidad intelectual de las y los participantes.

Y así, casi sin querer queriendo, ahí estaba reflejada yo. A la misma edad promedio de las niñas y niños que serían mi población de estudio, se me manifestó una condición de salud (diabetes tipo 1) que no sólo afectó mi cuerpo, sino también el entramado psicosocial de mi salud, y fundamentalmente mi vida diaria. Mi funcionamiento en el día a día sufrió una ruptura y necesitó ajustes, y ese trabajo de “reajuste” frente a mi nueva condición tuvo –aunque de un modo poco claro en ese momento– sus repercusiones en mi ser y estar en la escuela, y en mi respuesta a sus exigencias.

En el contexto de lo antedicho, el presente escrito tiene el propósito de dar a conocer las vicisitudes teóricas y metodológicas con las que me fui topando en el transcurso de mi formación de posgrado al intentar (des)entramar la relación entre salud y desempeño académico, bajo el supuesto de que la subjetividad y las experiencias personales se

imbrican, más temprano que tarde, en los recorridos académicos que nos son propios.

El entramado teórico y construcción del tema-problema

La construcción del marco teórico de la tesis doctoral me implicó, necesaria e ineludiblemente, que pusiera en tensión ideas previas que tenía sobre las categorías conceptuales principales que allí se abordaban: la salud, los resultados académicos y, transversalmente, la infancia.

En cuanto a la salud, el grupo de investigación al que me incorporé venía trabajando con medidas de salud autopercebida. Utilizar este tipo de medidas supuso ampliar mi concepción previa acerca de qué entender por salud y poner en disputa concepciones más estrechas del término, pero también replantear el (escaso) lugar que históricamente se les ha dado a niñas y niños en la definición de su propia salud.

La salud autopercebida es un indicador subjetivo y multidimensional de la salud que hace hincapié en el funcionamiento cotidiano de las personas (Rajmil, Roizen y Urzúa, 2010). Subjetivo, porque refleja la percepción de la propia persona respecto de su estado funcional y bienestar; y multidimensional, porque capta a la salud en sus múltiples aspectos. Por otro lado, el énfasis que hacen en el funcionamiento cotidiano implica un cambio de foco en el que, más que atender a las alteraciones reflejadas en distintas manifestaciones fisiopatológicas, importa atender a la medida en que una o más condiciones de salud imponen limitaciones en el ámbito de las relaciones y actividades habituales de las personas, impidiendo o cercenando el pleno desarrollo de sus funciones y potencialidades.

Para medir salud autopercebida infantil, utilizamos como instrumento el Kidscreen-52 (Kidscreen Group Europe, 2006). Se trata de un cuestionario genérico de salud¹ para población entre 8 y 18 años de edad, que fue adaptado culturalmente a nuestro medio (Berra, Butingorry, Henze, Díaz, Rajmil y Butinof, 2009) y que recoge información de 10 dimensiones de la salud, siendo la mayoría de ellas psicosociales, a saber: (1) bienestar psicológico; (2) estado de ánimo; (3) autopercepción; (4) autonomía; (5) relación con los padres y vida familiar; (6) relación con los amigos y apoyo social; (7) entorno escolar; (8) aceptación social; (9) bienestar físico; (10) recursos económicos. El modo en que se desarrolló el Kidscreen (Detmar, Bruil, Ravens-Sieberer, Gosch, Bisegger y European Kidscreen Group, 2006) no fue una cuestión menor. Las dimensiones de salud que evalúa fueron definidas a partir del discurso y las opiniones sobre la salud y el bienestar de los propios niños, niñas y adolescentes, y además fue construido para ser respondido por ellos/as mismos/as como informantes directos, contrariamente a otros cuestionarios que se diseñan en base a opiniones de expertos sobre lo que constituye la salud en la infancia y para ser respondidos por las personas adultas a cargo como informantes indirectos. Así, en los instrumentos que utilizamos subyacen ciertas ideas, perspectivas teóricas y concepciones que hacen que escoger uno u otro no sea meramente una cuestión técnica sino que, por el contrario, signifique definirse dentro de uno

1 Los instrumentos de salud autopercebida se clasifican en genéricos y específicos. Los específicos se dirigen a poblaciones que presentan una enfermedad, y sus dimensiones intentan profundizar en aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud de un síntoma, proceso agudo o crónico, capturando con mayor precisión el impacto de los tratamientos y de las intervenciones sanitarias. Los genéricos, en cambio, se utilizan en la población general, independientemente del estado de salud-enfermedad, y los contenidos que analizan son comunes a cualquier situación e intentan dar una aproximación general del estado de salud.

de los tantos posibles modos de leer el tema-problema y de posicionarse en el campo disciplinar dentro del cual se esté trabajando.

Llegado este punto, puse mucha atención y cuidado en adherir a una definición de salud específica de la infancia, y con ello, que tenga en cuenta cuestiones particularmente importantes de esta etapa del desarrollo. En definitiva, que sea una definición de y para las niñas y niños. Encontré trabajos con mucho debate en este sentido (Starfield, 2008; National Research Council and Institute of Medicine, 2004; Rajmil *et al.*, 2010) y, en ellos, la definición de salud a la cual adherí: aquella que la entiende como el grado en que niñas y niños pueden desarrollar su potencial, satisfacer sus necesidades y desarrollar las capacidades que les permitan interactuar satisfactoriamente con sus entornos biológicos, físicos y sociales. Es decir que se concibe a la salud como un recurso para la vida cotidiana que incluye no sólo capacidades físicas e individuales sino también psicológicas y sociales que permiten el desarrollo de los roles y las funciones sociales previstas para cada etapa evolutiva.

Este modo de entender la salud permitió su enlace con el desempeño escolar: si consideramos que una de las funciones sociales más importantes de la infancia es participar activamente de la escuela y hacer frente a sus exigencias, y que la salud es, justamente, un recurso para la vida cotidiana que permite el desarrollo de roles, funciones y aspiraciones, puede ser un importante factor que contribuya a que niñas y niños tengan un mejor desempeño escolar. Por otro lado, las características anteriormente mencionadas de las medidas de salud autopercibida y del Kidscreen-52 brindaron en conjunto las condiciones para que niñas y niños se manifestaran, sin intermediarios, sobre diversos y múltiples aspectos de la salud particularmente relevantes para su edad, algunos de los cuales podrían pensarse como más importantes para sus resultados escolares, como por ejemplo la autoestima, la relación con amigos y sus

sentimientos en el ambiente familiar y escolar, además de su bienestar físico o psicológico.

En relación al desempeño escolar, podría decir que el movimiento cognitivo fue contrario al del concepto de salud. Digo esto porque con la salud trabajé en la construcción de una mirada que la descentralizara del adulto para centrarla en las niñas y niños, mientras que al desempeño escolar lo debí pensar más allá de la infancia. El punto aquí fue reconocer que el desempeño escolar a menudo es interpretado como un aspecto que se circunscribe a niños, niñas y adolescentes, y al periodo y ámbito escolar, cuando en realidad tiene implicancias que se manifiestan en múltiples niveles a lo largo de las distintas etapas del curso de la vida y en una variedad de fenómenos sociales, mereciendo la mayor de las atenciones, fundamentalmente, porque se vincula con patrones más amplios de desigualdad y exclusión social.

Entendí, gracias a la lectura de los trabajos de Terigi (2009), Dussel (2006) y Avendaño y Boggino (2000) que el rendimiento académico es el criterio que tradicionalmente se ha adoptado para medir el éxito-fra- caso escolar, con lo cual se vuelve un aspecto fundamental para el pro- greso y la permanencia de las niñas y niños dentro del sistema educativo y, por lo tanto, también para su inclusión social.

Argentina es un país que ha logrado una amplia expansión y cober- tura del nivel primario de educación, estando muy próxima a alcanzar la escolarización universal de los niños y niñas entre los 6 y 11 años de edad. Si bien esto es un avance enorme, en tanto hoy en día muchos de las niñas y niños que antes estaban excluidos de la educación ahora tienen acceso al proceso formativo de la escuela, aún persisten desigualdades y se expresan dentro de la escuela, justamente, en los niveles de desempe- ño académico y en los aprendizajes alcanzados (Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología, 2018). El rendimiento académico puede

ser considerado, entonces, como un medio de expresión de desigualdades (incluidas, por ejemplo, las de salud) que coloca a ciertos niños y niñas en riesgo de una exclusión latente o potencial, en tanto se trata de niñas y niños que asisten a la escuela pero que por distintas circunstancias y/o condiciones van transitando una experiencia educativa signada por “fracasos” que los sitúan en riesgo de quedar excluidos en un futuro próximo.

Los desafíos metodológicos

Para analizar los efectos de la salud autopercebida sobre el rendimiento académico a lo largo de la pre-adolescencia, controlando por variables socioeconómicas y capacidad intelectual, llevamos a cabo un estudio de cohortes prospectivas, con enfoque cuantitativo, en el ámbito de escuelas primarias públicas municipales de la ciudad de Córdoba. El estudio se inició en 2014, cuando las niñas y niños participantes asistían a 4° grado, y se realizó un seguimiento hasta 2016. Durante este periodo se obtuvieron tres mediciones (cada 12 meses) del rendimiento académico y salud autopercebida, y una medición (al inicio del estudio) de las características socioeconómicas y capacidad intelectual de las niñas y niños participantes.

El mayor desafío metodológico de este estudio fue su diseño longitudinal y el tratamiento de las variables principales a lo largo del tiempo, especialmente la variable resultado: el rendimiento académico.

Los estudios longitudinales se caracterizan por mediciones repetidas de un fenómeno durante un periodo prolongado de tiempo. Esto supone algunas ventajas y desventajas en comparación con los estudios de corte transversal, en los cuales la recolección de datos de las variables se produce en un solo momento.

Entre las ventajas, se puede mencionar que los estudios longitudinales permiten ordenar temporalmente las variables, medir cambios a lo largo del tiempo y hacer interpretaciones más sólidas que con los estudios transversales; por tanto, su valor radica en que permiten responder interrogantes que no pueden ser abordados con otros tipos de diseños. De hecho, una de las fortalezas de la tesis doctoral de referencia fue que los datos se ordenaron temporalmente de manera tal que la salud se midió antes de las calificaciones finales de los niños y niñas. Esto permitió documentar no sólo la asociación entre salud y resultados académicos en nuestro contexto, sino también la aparición de diferencias relacionadas con la salud en el desempeño escolar.

En cuanto a sus desventajas, al requerir varios años –o incluso décadas– para desarrollarse, en los estudios longitudinales se tarda más hasta llegar a resultados concretos. En nuestro entorno, esto puede ser un incordio en términos económicos y de los plazos que suponen los subsidios y las becas de investigación. Otra de sus dificultades tiene que ver con la participación de los sujetos que conforman la muestra del estudio, en tanto implica un contacto repetido con ellos/as que no es simple de sostener y que corre riesgo de pérdidas importantes de casos durante el seguimiento que podrían sesgar los resultados.

En lo que se refiere a este último punto, la bajada a terreno de nuestro estudio fue muy respetuosa y cuidadosa en los contactos y las visitas a las escuelas. El trabajo de campo se inició presentando los objetivos y las características del estudio a los directivos de las escuelas, y luego a los cuidadores del niño/a (madre, padre o tutor legal) durante reuniones escolares organizadas a tal fin. Los padres/madres o tutores de los/as niños/as que no asistieron a la reunión recibieron notas y material gráfico explicando el estudio y proporcionándoles distintos medios de contacto con las investigadoras responsables en caso de dudas e inquietudes. Por

último, visitamos a las niñas y niños en clase para presentarnos, explicar el estudio y responder las inquietudes que tuvieran sobre la indagación y su participación. Después de suministrar toda la información necesaria a la comunidad escolar, se gestionó y obtuvo un consentimiento informado comunitario para trabajar con ella.

Conseguimos una alta participación y colaboración de los distintos actores implicados. En el momento inicial del estudio, participaron 494 escolares y a los 24 meses del seguimiento, 423 (tasa de respuesta en el seguimiento = 86%). En comparación con los escolares que solo participaron en el inicio, quienes participaron de la medición inicial y del seguimiento mostraron una mayor capacidad intelectual y mejor rendimiento académico. Por el contrario, no encontramos diferencias entre los dos grupos según sexo, edad escolar, escolaridad materna y nivel socioeconómico. Dichos resultados nos hicieron pensar en una pérdida de casos asociada a la trayectoria escolar, ya que en nuestro contexto es frecuente que las niñas y niños con resultados escolares que no se ajustan a lo esperado cambien de turno, de escuela, o inclusive dejen de asistir a clase por un tiempo. Sin embargo, cuando les consultamos a las maestras el motivo por el cual estas/os alumnas/os ya no se encontraban en la escuela, aludieron con mayor frecuencia al cambio de domicilio de las familias, lo que nos llevó a suponer que no hubo una pérdida diferencial de casos que pudiese producir sesgos importantes.

Por otro lado, si bien los datos que se obtienen en estudios longitudinales son ricos en información, son típicamente complejos a la hora de analizarlos. Con respecto al tratamiento de las variables principales de la tesis de referencia y su análisis a lo largo del tiempo, la salud no resultó problemática ya que se analizó como variable continua (a mayor puntaje, mejor salud autopercebida), y sus cambios a lo largo del seguimiento se estimaron comparando las puntuaciones medias entre

los distintos momentos del estudio. Sin embargo, después de dos años de seguimiento, los cambios que observamos en la salud autopercebida de las y los escolares entre 9 y 12 años de edad que conformaron nuestra muestra del estudio fueron pequeños y menores a los que esperábamos, con lo cual nuestra hipótesis del deterioro de la salud a lo largo del seguimiento no fue corroborada. Suponemos que esto pudo deberse a una limitación en el diseño del estudio, donde el periodo de seguimiento no fue lo suficientemente largo para cubrir la entrada a la adolescencia de la mayoría de los/as escolares de la muestra y captar los efectos que los cambios biopsicosociales de esta etapa pueden producir en la salud autopercebida. En este sentido, sería interesante que futuros estudios incluyan medidas de desarrollo puberal y abarquen un periodo más amplio de seguimiento para poder detectar factores asociados al cambio de la salud en el tiempo e identificar poblaciones o dimensiones especialmente vulnerables en las que estos cambios puedan ser más marcados.

El tratamiento de la variable rendimiento académico, en cambio, resultó más complejo. En nuestra Provincia, y en el nivel primario de educación, el rendimiento académico responde a una escala cualitativa de evaluación que va del Excelente al No Satisfactorio para cada asignatura; es decir que no hay un promedio general que resuma el desempeño de las niñas y niños en todas las asignaturas durante el año escolar. Otra cuestión que surgió y se consideró es que era muy importante la calificación de la cual se partía al inicio del estudio a la hora de describir el rendimiento a lo largo del tiempo. Por ejemplo, las implicancias no son las mismas si de un momento a otro el rendimiento de un niño o niña empeora de un Excelente-Muy Bueno a un Bueno-Satisfactorio, que de un Bueno-Satisfactorio a un No Satisfactorio. Como tampoco significa lo mismo en las experiencias escolares de las niñas y niños ser promovidos de grado que repetirlo.

Lo que hicimos, entonces, fue construir la variable “trayectorias de rendimiento académico” y definir sus categorías a partir de: (a) las calificaciones obtenida por las y los escolares al inicio y al final del seguimiento, según hayan mejorado, mantenido o empeorado su rendimiento de un momento a otro, y (b) la condición final de Promovido-No promovido de grado. Atendiendo a estos dos criterios, se establecieron cuatro tipos de trayectorias: la *trayectoria distinguida*, que remitió a un desempeño del niño/a en la escuela que se ajusta a las exigencias académicas, obteniendo o manteniendo en el tiempo calificaciones sobresalientes; la *trayectoria satisfactoria*, que incluyó a niñas/os con un desempeño suficiente para cumplir con los requerimientos de la escuela manteniendo las calificaciones medias de la escala de evaluación. Cabe mencionar que las categorías mencionadas hasta aquí, incluyen a niñas y niños que no presentan dificultades académicas en la escuela; por el contrario, las trayectorias que siguen remiten a niñas y niños en riesgo educativo, en tanto la *trayectoria regular* incluyó a las/os niñas/os que, a lo largo del periodo estudiado, presentaron calificaciones No Satisfactorias pero que aprobaron el examen complementario siendo en todos los casos promovidas/os de grado. Es decir que intentó describir una experiencia escolar que va al ritmo establecido por la escuela pero con dificultad, requiriendo instancias y esfuerzos complementarios para la obtención de calificaciones satisfactorias; mientras que la *trayectoria insuficiente* incluyó a las niñas y niños con calificaciones No Satisfactorias que desaprobaron el examen complementario y que por lo tanto, durante el periodo de seguimiento, repitieron de grado al menos una vez. Por lo tanto, refirió a niñas y niños en riesgo educativo ya que presentan dificultades tanto en la calidad como en los ritmos de aprendizaje.

Reflexiones finales

A lo largo de la vida, experimentamos una serie de acontecimientos que influyen en nuestro desarrollo y marcan nuestras transiciones. A este tipo de acontecimientos se los denomina, desde la teoría del ciclo de vida, acontecimientos o eventos vitales. En un sentido amplio, un acontecimiento vital es definido como un suceso notable que altera la actividad habitual de una persona provocando un cambio y la necesidad de un reajuste orgánico y/o conductual. Esto no implica necesariamente una connotación negativa o catastrófica de los acontecimientos vitales, sino más bien se trata de cualquier suceso –positivo o negativo– que produzca un cambio en las circunstancias de la vida de un individuo (Villalonga-Olives, Rojas-Farreras, Vilagut, Palacio-Vieira, Valderas, Herdman, Ferrer, Rajmil y Alonso, 2010). Estudiosos del tema (Barraido y Marcos, 1995) distinguen entre tres tipos de acontecimientos vitales: los normativos, donde se incluyen los acontecimientos biológicos relacionados con la edad cronológica; los relacionados con el tiempo histórico, que son experimentados por una cohorte y por tanto afectan de forma similar a todos los miembros de una generación; y finalmente los acontecimientos no-normativos, los cuales únicamente ocurren a un número determinado de individuos.

Compartí en este escrito algunos acontecimientos vitales no-normativos en mí acaecidos, sin los cuales mi interés y abordaje del estudio de la relación entre salud y resultados académicos que desarrollé como tesis doctoral no hubiese sido el mismo, como tampoco lo hubiese sido mi recorrido en investigación. En este escrito, y a través del relato propio, intenté articular circunstancias personales con algunas vicisitudes teóricas y desafíos metodológicos con los que me topé en mi formación de posgrado, intentando dar cuenta de su imbricación.

La salud, ese bien tan esencial cuyo valor se aprecia especialmente cuando falta, tiene implicancias en los resultados académicos de las niñas y niños, aun en ausencia de condiciones de salud más graves o limitantes. En efecto, el estudio que llevamos a cabo en población general y utilizando medidas de salud autopercebida resultó importante para detectar efectos menos evidentes de diferentes aspectos de la salud sobre los resultados académicos de los más chicos; se observó que la percepción que las niñas y niños tienen de sí mismos (autopercepción), cuán capaces se sienten de decidir acerca de sus actividades cotidianas (autonomía), cómo se sienten en la escuela (entorno escolar), con sus padres y en sus hogares (relación con los padres) y el nivel de aceptación/rechazo que perciben de sus pares (aceptación social), son aspectos de la salud muy importantes para su desempeño en la escuela, ya que puntuaciones más bajas de las niñas y niños en estas dimensiones de la salud se asociaron con un peor rendimiento académico (Degoy y Berra, 2018).

Aún queda mucho por recorrer en el estudio y la comprensión de la relación entre la salud y distintos tipos de resultados educativos en nuestro contexto. Ojalá nuevos aportes se sumen al entramado aquí expuesto y contribuyan al diseño de intervenciones y políticas públicas que tiendan a reducir las disparidades educativas relacionadas con la salud.

Bibliografía

Avendaño, Fernando y Boggino, Norberto (2000) *La escuela por dentro y el aprendizaje escolar*. Rosario: Homo Sapiens.

Barrado, Luisa y Marcos, Luis (1995) “Importancia de los acontecimientos vitales como factores de cambio en el ciclo vital”. *Aula: Revista de Pedagogía de la Universidad de Salamanca*, 7, 165-184.

- Berra, Silvina; Butingorry, Vanesa; Henze, Carolina; Díaz, María Del Pilar; Rajmil, Luis; y Butinof, Mariana (2009) “Adaptación transcultural del cuestionario Kidscreen para medir calidad de vida relacionada con la salud en población argentina de 8 a 18 años”. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 107-4, 307-314.
- Degoy, Emilse y Berra, Silvina (2018) “Differences in health-related quality of life by academic performance in children of the city of Córdoba-Argentina”. *Quality of Life Research*, 27-6, 1463-1471.
- Detmar, Symone; Bruil, Jeanet; Ravens-Sieberer, Ulrike; Gosch, Angela; Bisegger, Corinna; y European Kidscreen Group (2006) “The use of focus groups in the development of the Kidscreen HRQL questionnaire”. *Quality of Life Research*, 15-8, 1345-1353.
- Dussel, Inés (2006) De la primaria a la EGB ¿qué cambió en la enseñanza elemental en los últimos años? En Flavia Terigi (comp.), *Diez miradas sobre la escuela primaria*, pp. 85-130. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Kidscreen Group Europe (2006) *The Kidscreen Questionnaires. Quality of Life Questionnaires for Children and Adolescents*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Ministerio De Educación, Cultura, Ciencia Y Tecnología (2018) *Aprender 2018. Informe de Resultados. Primaria 6° año. Provincia de Córdoba*. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_cordoba_primaria_2018_o.pdf
- National Research Council And Institute Of Medicine (2004) *Committee on Evaluation of Children’s Health Board on Children, Youth and Families, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Children’s Health, the Nation’s Wealth: Assessing and Improving Child Health*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Rajmil, Luis; Roizen, Mariana; y Urzúa, Alfonso (2010) “Calidad de vida y salud en la infancia y la adolescencia”. *Típica*, 6, 244-249.

- Starfield, Barbara (2008) Social gradients and child health. En Harald Heggenhuogen y Stella Quah (eds.), *International Encyclopedia of Public Health*, pp. 87-101. San Diego, CA: Academic Press.
- Terigi, Flavia (2009) “El fracaso escolar desde la perspectiva psicoeducativa: hacia una reconceptualización situacional”. *Revista Iberoamericana de Educación*, 50, 23-39.
- Villalonga-Olives, Ester; Rojas-Farreras, Sonia; Vilagut, Gemma; Palacio-Vieira, Jorge; Valderas, José María; Herdman, Michael; Ferrer, Montserrat; Rajmil, Luis; y Alonso, Jordi (2010) “Impact of recent life events on the health related quality of life of adolescents and youths: the role of gender and life events typologies in a follow-up study”. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 71. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-71>.

Devenir plurales: la comunicación en la práctica investigativa interdisciplinaria

Luisina Rivadero

Introducción

Después de decir mi nombre y otras generalidades, al presentarme ante un grupo o entablar conversación con alguna persona desconocida, suele sobrevenir la interrogación:

—Y vos, ¿a qué te dedicás?

Suspenso. Lejos de exagerar, es una de las preguntas que más me cuesta responder. Suelo decir:

—Soy Licenciada en Fonoaudiología, me dedico a la docencia e investigación.

El diálogo progresa de las más diversas formas según la respuesta consecutiva que, en general, refleja la desinformación y las representaciones inadecuadas que existen sobre la disciplina. En un congreso de neurociencias me contestaron: “a ver, decí rápido «tres tristes tigres

comen trigo en un trigal»”. En un seminario de psicolingüística me dijeron: “entonces, ¿les enseñás a los sordos?”. Y en un taller sobre atención primaria de la salud, un médico me interpeló: “Ah... pero... ¿qué hacés?”. En cada caso, intento contar que la Fonoaudiología es una disciplina científica del área de la salud que incluye prácticas pedagógicas cuyo objeto de estudio es el bienestar comunicativo de las personas, y que desde su inicio se nutrió de la migración de saberes extra-disciplinares de las ciencias naturales y sociales, siendo un producto híbrido, aunque fecundo, que ha ido transformándose y consolidándose a lo largo de los años. Luego comento en qué consiste mi trabajo en particular.

Definé mi vocación científica apenas egresé de la educación secundaria, incluso antes de acertar con el objeto de estudio que me interesaba abordar. En el afán por adentrarme en el universo de la investigación y ante la escasa oferta de eventos científicos disciplinares, transité como *outlier* espacios ajenos donde se trataban temáticas vinculadas. Recurrentemente acontecían diálogos semejantes al que inaugura este ensayo y, muchas veces, debía esforzarme en justificar qué hacía una estudiante de Fonoaudiología en un curso de neurogenética, en un seminario de bilingüismo o, incluso, en jornadas de investigación en salud.

Para habitar esos espacios fue necesario aprender a decir como ellos (sí, el uso de la construcción comparativa y la tercera persona luego del relativo es adrede, dado que aún me sentía forastera y no lograba ser parte del nosotros). Debí estudiar los términos que cada disciplina usaba para nombrar al referente compartido, adaptarme a las distintas lógicas de análisis y evocar, cuestionar y reaprender los conocimientos que llevaba conmigo. Cada vez con mayor entusiasmo comprendía los potenciales aportes que mi disciplina podría hacer al entendimiento de los fenómenos y, en contra de los esfuerzos positivistas de marcar fronteras

disciplinarios, aprendí cuán en vano es intentar abordar íntegramente la realidad compleja que construimos desde un único nivel de análisis.

Los procesos de complejización de los problemas de investigación exigen la conjunción de saberes en equipos interdisciplinarios donde sea orgánico el diálogo, la colaboración y la cooperación (Agazzi, 2010). La articulación de estos equipos posibilita entramar una comprensión más integral del mundo, utilizando la comunicación como mecanismo catalizador positivo que busca no solo expresar una idea sobre el mundo, sino que, además, esta sea entendida. De este modo, la comunicación permite consensuar una definición intersubjetiva del mundo y coordinar acciones comunes que lo nutran.

El acto comunicativo requiere que la enunciación cumpla ciertas expectativas de corrección e inteligibilidad respecto del código compartido por los interlocutores, sea reconocida como reflejo de un referente del mundo y se realice con la intención recíproca de decir y oír lo que se dice, de modo que los participantes reconozcan la legitimidad discursiva propia y ajena. Para lograr entendimiento, los interlocutores deben relativizar sus posiciones interpretativas de la realidad y sumergirse en un proceso cooperativo de comprensión simultánea (Habermas, 2015).

Al ser testigo del egocentrismo intelectual de disciplinas que menosprecian la validez de la Fonoaudiología y del hermetismo de pensamiento de disciplinas que cómodamente se confinan para no ser interpeladas, comprendí que para encontrar *El Aleph*, para descubrir el universo y conocer el todo, no solamente sus partes, es menester abrir la cápsula hiperespecializada y devenir en una cosmovisión plural y ecológica, es decir, comunicarnos.

¿Para qué la comunicación?

Mi primera experiencia en la práctica investigativa fue fundamental para reafirmar mis bases disciplinares en convivencia con otros saberes, reconocirme capaz de establecer y mantener intercambios de conocimientos, inquietudes o propuestas sobre una realidad particular, en base a la reciprocidad, la confianza y el acuerdo.

En 2017, participé del primer equipo de investigación de la Escuela de Fonoaudiología (FCM, UNC) donde entramé grandes amistades y cimenté mi vocación científica. La directora del grupo, a quien aprecio profundamente, me abrió la puerta para salir a jugar y comenzar a escribir mis primeros pasos en la investigación, ya no como espectadora sino como protagonista. Todo era para mí un nuevo divertimento apasionante.

En el mismo grupo, tuve la fortuna de conocer a quien fue mi director de Trabajo Final de Investigación y merece gran admiración por su sabiduría e integridad. El problema de investigación de mi tesina se planteó a partir de un objetivo específico de la tesis doctoral de mi director y, por lo tanto, los aspectos metodológicos imitaron lo planteado en el proyecto marco. El anteproyecto presentado a la comisión de trabajo final de la Escuela de Fonoaudiología auguraba una investigación óptima, muy bien, diez.

El objetivo general proponía analizar las variaciones en la habilidad de fluidez verbal de las mujeres puérperas lactantes primíparas y múltiparas mediante la aplicación de pruebas de fluidez verbal semánticas (FVS) y fonológicas (FVF)¹. La hipótesis sugería que la habilidad de

1 Las pruebas de fluidez verbal son medidas neuropsicológicas de lenguaje, específicamente de la producción de palabras aisladas, y de funcionamiento ejecutivo. En cada prueba se le solicita a la persona que produzca la mayor cantidad de palabras posibles en base a una consigna que determina la naturaleza de la prueba, en una cierta

fluidez verbal variaba según el antecedente reproductivo, de modo tal que aquellas mujeres primíparas demostrarían menor rendimiento en sus producciones (menor cantidad de palabras correctas producidas) y, por otro lado, las mujeres múltiparas demostrarían mayor rendimiento en sus producciones (mayor cantidad de palabras correctas producidas).

Al realizar los primeros análisis exploratorios, utilizando como medida la cantidad de palabras correctas producidas por las mujeres, detecté que los resultados que mostraba el programa estadístico no se condecían con las observaciones al recolectar datos, ya que los números refutaban nuestra hipótesis, pero la avalaban no solo las apreciaciones subjetivas en el campo sino también la literatura científica (Carrizo, Domini, Quezada, Serra, Soria y Miranda, 2020). ¿Qué debíamos hacer, entonces?

Me senté concienzudamente frente a las unidades de análisis de las pruebas de fluidez verbal para entender qué era lo que veía y no se reflejaba en los números. Las hojas de registro me mostraron que las mujeres producían, en general, la misma cantidad de palabras correctas, pero quienes cometían menos errores organizaban sus producciones en base a distintos criterios, es decir, producían palabras en grupos según características taxonómicas o temáticas, en las pruebas de FVS, o fonológicas u ortográficas, en las pruebas de FVF, de los ejemplares léxicos.

De ese modo comprendí que la medida elegida para cuantificar la habilidad de fluidez verbal era insuficiente para evidenciar el fenómeno de la realidad, y usé los trabajos de Angela Troyer (2000) como salvavidas

cantidad de tiempo. La consigna de una prueba de FVS puede ser: "Por favor, nombre la mayor cantidad animales que recuerde. No pueden ser nombres propios ni familias de palabras. Tiene un minuto". La consigna de una prueba de FVF puede ser: "Por favor, nombre la mayor cantidad de palabras que comiencen con la letra P. No pueden ser nombres propios ni familias de palabras. Tiene un minuto". La medida comúnmente utilizada en la práctica clínica e investigativa es el resultado de la suma de las palabras correctas que la persona produce.

de la hipótesis alternativa. La autora propone que en las pruebas de FVS y FVF deben analizarse no solo los aspectos cuantitativos (cantidad de palabras correctas producidas), sino también los cualitativos (agrupaciones y saltos)², ya que estos últimos dan cuenta de los procesos lingüísticos y ejecutivos que organizan las producciones. Al plantearle la nueva propuesta a mi director, cuya formación de grado es la Medicina, nos sumergimos en un intercambio dialéctico en el que tuve que referirme a aquellos conocimientos disciplinares que traía conmigo y me permitieron dar con el nuevo enfoque, discutimos la coherencia teórica y las implicancias metodológicas para el proyecto. Cada uno, desde nuestras disciplinas, aportábamos saberes para concebir mejor el objeto de estudio.

El producto final del proceso de trabajo interdisciplinario se constituyó como mi trabajo final de investigación y su realización me demostró el carácter instrumental de la comunicación en la ciencia, en tanto el diálogo racional permitió construir un espacio relacional que favoreció la producción de conocimiento.

2 La utilización de agrupaciones (*clusters*) y saltos (*switches*) optimizan el rendimiento en pruebas de fluidez verbal. Las agrupaciones son aquellas palabras producidas consecutivamente en base a un mismo criterio semántico o fonológico; los saltos son los cambios de criterio que ocurren cuando se agotan los ejemplares disponibles bajo un criterio de recuperación lexical y se muda a otro. Por ejemplo, si en una prueba de FVS se enuncia “perro, gato, sapo, rana, león, tigre, elefante, jirafa, hipopótamo, mono, ballena, tiburón, pulpo”, se cuenta un total de 13 palabras correctas en 5 agrupaciones y 3 saltos, a saber: agrupación temática = perro, gato, /salto/ agrupación taxonómica = sapo, rana, /salto/ [(agrupación taxonómica = león, tigre,) + agrupación temática = elefante, jirafa, hipopótamo, mono], /salto/ agrupación temática = ballena, tiburón, pulpo.

¿Por qué la comunicación?

Al decidir comenzar mi formación académica de posgrado con la intención de dedicarme profesionalmente a la ciencia, me inserté en un proyecto sobre trayectorias de salud en la adolescencia. Con la investigadora responsable había participado previamente en actividades académicas durante las que experimenté en primera persona las palabras de Ernesto Sabato, quien dijo que la ciencia es una escuela de modestia, de valor intelectual y de tolerancia: muestra que el pensamiento es un proceso, que no hay gran hombre que no se haya equivocado, que no hay dogma que no se haya desmoronado ante el embate de los nuevos hechos.

Elegir el grupo de trabajo en el cual pretendía desarrollar mi tesis doctoral no fue sencillo. He oído a muchas personas comentar la incertidumbre que sintieron luego de la satisfacción de lograr el grado universitario y quisiera decir que no fue mi caso, considerando mi determinante y prevalente vocación. Sin embargo, a la alegría y gratitud (hacia mi familia, hacia mis compañeros de trabajo y hacia el Estado) sucedió el popular interrogante ¿y ahora qué?, que requirió sensatez para ser respondido.

Permanecer en el equipo con que venía trabajando no estaba en mis planes porque, muy a pesar de los vínculos afectivos que construí con sus integrantes, no lograba proyectar en ese tema de investigación el que deseaba responder. Por eso, indagué en las páginas web de establecimientos académicos y científicos de diferentes partes del país dedicados a la investigación en Salud, Comunicación o Lenguaje (si este capítulo fuera escrito en cronolecto *millennial*, sentenciaría que me dediqué a *stalkear* a las instituciones del sistema científico nacional). Fortuitamente, en la nómina de investigadores del Centro de Investigaciones

y Estudios sobre Cultura y Sociedad me encontré con Silvina Berra y, minutos más tarde, osé a escribirle un correo electrónico para decirle que estaba interesada en su trabajo. Hoy reconozco que mi elección se fundó en que su nombre me respondió no solo qué, sino también con quién seguir investigando.

El desafío que significó plantear el problema de investigación no fue menor y requirió largas horas de trabajo intelectual, acompañada siempre por integrantes del equipo con quienes pensé, ideé, discutí y decidí, para dar génesis a mi tesis doctoral. La premisa básica con la que realicé el proceso de planificación fue no abandonar y adaptar mis bases disciplinares adoptando formas ajenas, sino más bien articular mis conocimientos con lo que me ofrecía el equipo, llevar mis saberes y prácticas hacia lo que el grupo –donde no había trabajado antes una Licenciada en Fonoaudiología– intentaba comprender.

Cierto es que, antes de ensayar propuestas, debí familiarizarme con nociones epidemiológicas y psicológicas noveles para mí, especialmente con el marco analítico de la relación entre salud y educación con el que se venía trabajando (Suhrcke y de Paz Nieves, 2011), y con los antecedentes producidos por la línea hasta el momento, los cuales habían allanado el camino para formular nuevos problemas de interés. A grandes rasgos, establecían que el rendimiento académico en niñas y niños es diferente según el nivel socioeconómico familiar y está asociado a dimensiones psicosociales de la salud autopercebida (Vitale, Degoy y Berra, 2015; Degoy y Berra, 2018).

Una vez en claro el punto de partida, recurrió el ¿y ahora qué?, pero esta vez acompañado de una tropa interrogativa que asediaba la hoja en blanco cuestionando asuntos pretéritos como por qué esos resultados, qué subyace a la autopercepción de la salud y al desempeño escolar o qué precursor puede explicar la evidencia.

Hasta el momento, sabíamos que la salud autopercebida puede definirse como la valoración subjetiva de la capacidad de realizar actividades físicas, psicológicas y sociales importantes para cada etapa del ciclo vital. Por otro lado, entendíamos que la escuela es un ámbito de socialización fundamental durante la infancia, y que los niños y las niñas con rendimiento académico desfavorable refieren sentirse peor en dimensiones psicosociales de la salud que aquellos escolares con rendimiento académico superlativo.

La comunicación sirve a la creación de los individuos que conforman y determinan las estructuras sociales que, de manera recursiva, contribuyen a la formación de la identidad de los sujetos. Asimismo, el lenguaje, como proceso cognitivo instrumentado en una lengua (producto social que puede ser fónico, como el castellano, y confiere identidad cultural), permite nombrar la experiencia y crear un modelo simbólico del mundo facilitando la comunicación intrapersonal e interpersonal (Nelson y Shaw, 2002). Desde un enfoque vygotskiano, los aspectos contextuales de la comunicación tienen injerencia en el desarrollo de capacidades individuales y, al mismo tiempo, las competencias de cada persona dispondrán cómo, dónde y con quién participa comunicativamente. Una serie de trabajos compilados por Janet Astington y Jodie Baird (2005) argumentan a favor de la idea de que la naturaleza representacional y comunicativa del lenguaje nos permite comprender los estados mentales propios y ajenos, así como su vínculo con los comportamientos sociales; es decir, adquirir y desarrollar habilidades mentalistas o de Teoría de la Mente.

En base a lo anterior, para ser capaces de referir cómo me siento es menester ser capaz de verbalizar esa experiencia y contrastarla con la de otros, ponerla en común, comunicarla. Asimismo, para desempeñarse con mayor éxito en las actividades sociales, entre las que se destaca la

experiencia escolar, es importante lograr entablar relaciones interpersonales positivas fundadas en la habilidad de participar de intercambios que capitalicen las situaciones de aprendizaje, para lo cual se requiere comportarse adecuadamente en los distintos contextos de actuación con pares y no pares. Aún más durante la etapa del ciclo vital que pretendíamos estudiar, la cual supone implicancias teóricas intrínsecas ya que el rol de la socialización prepondera y, al mismo tiempo, los cambios biológicos y psicológicos inciden en cómo me siento conmigo misma y con mi entorno, y, en consecuencia, en cómo actúo en él.

Uno de los pilares teóricos para el planteamiento del problema de investigación fue el trabajo de Sandra Bosacki y Janet Astington (1999), quienes se dedicaron al estudio de habilidades mentalistas en adolescentes y su relación con el autoconcepto y las relaciones sociales. Las autoras confirman el rol moderador del autoconcepto en la relación entre las habilidades mentalistas de adolescentes, particularmente la comprensión social, y las relaciones sociales con pares y docentes en la escuela. De acuerdo con esto, las habilidades mentalistas no están directamente relacionadas al autoconcepto que los adolescentes poseen de sí mismos, sino que este determina de qué modo la comprensión social afecta las relaciones sociales en el entorno escolar.

A partir de la lectura de sus publicaciones, logramos dibujar en una pizarra cuatro conceptos unidos por flechas que, a modo de diagrama, esbozaban lo que intentábamos estudiar: Teoría de la Mente, salud autopercebida y rendimiento académico, enmarcados en un recuadro con la leyenda “adolescencias”, donde el plural fue colocado adrede porque indicaba la necesidad de considerar diferentes experiencias adolescentes atravesadas por la clase social (Barresi y Moore, 1996). Si bien el esquema teórico de relaciones era, a simple vista, fácil de abordar, la contundencia de cada concepto nos obligó a prestar atención a los

aspectos metodológicos y cuidar la factibilidad de la idea en la práctica investigativa.

La participación de mi directora en la toma de decisiones metodológicas fue fundamental dada su experticia científica. A pesar de que su área temática de incumbencia no es el estudio de la Teoría de la Mente, demostró admirable apertura al desafío de aceptar mi inclusión al equipo de trabajo, aun sin tener una idea concisa de qué iba a hacer y, además, ofrecerme la libertad de dar génesis a un nuevo problema de investigación. Además, respetó mis tiempos de producción con paciencia y supo guiarme, derivando mis inquietudes cada vez que sus conocimientos en la materia no eran suficientes. Gracias a esto, acudí en busca de orientación a la investigadora que hoy se desempeña como integrante de la comisión de seguimiento en la carrera y codirectora de la beca de investigación con la que financio mi estudio, quien se dedica al estudio de habilidades mentalistas y posee experiencia en Psicología Evolutiva.

De este modo, convergía la orientación de dos investigadoras provenientes de disciplinas distintas a la mía y cuyas áreas de incumbencia diferían sustancialmente, con quienes entramé procesos dialógicos enriquecedores para la obtención de un producto que hoy puede parecer minúsculo entre tantas páginas escritas, pero para mí fue magnífico en ese momento. Los primeros años de mi futuro profesional estaban comprendidos en el espacio que ocupa una oración entre dos signos de interrogación.

La modalidad de enunciación interrogativa es abierta desde un punto de vista comunicativo porque supone réplica, habilita el diálogo, invita a la reciprocidad. Pienso que por ese motivo todo trabajo de investigación tiene génesis en una interrogación. Mi tesis doctoral pregunta: ¿cuál es la influencia de la Teoría de la Mente y la salud autopercebida en el rendimiento académico de adolescentes de diferentes contextos sociales de

Córdoba a lo largo de tres años de seguimiento? Habrá respuesta y nos sorprenderá, alentándonos nuevamente al intercambio de saberes, a la colaboración intelectual y a la dialéctica con la realidad.

Consideraciones finales

Mi trayectoria académica, atravesada por la comunicación de manera recursiva, se sintetiza en este ensayo, que pretende manifestar qué implica el saber fonaudiológico en el marco de la práctica investigativa interdisciplinaria. Las experiencias intelectuales y afectivas referidas de manera autobiográfica dan cuenta de cómo la comunicación favorece el entendimiento, siempre y cuando los interlocutores asuman éticamente la responsabilidad de decir para que otros comprendan y escuchar para comprender, lo que implica, en un primer momento, reconocerse a mí misma como diferente del otro y tener la voluntad de ejercer una interacción equitativa para construir un colectivo superador.

Para superar enfoques sectoriales y fragmentarios de la realidad, el ejercicio científico debe fundarse en el diálogo plural que permite la manifestación de la multiplicidad. La comunicación como ejercicio de realimentación entre disciplinas potencia la experiencia individual y permite trascender hacia una cosmovisión integral que responda mejor a la complejidad de la realidad que justifica cualquier práctica y saber, más allá de las fronteras positivistas.

Bibliografía

- Agazzi, E. (2010) “El desafío de la interdisciplinariedad: dificultades y logros”. *Empresa y Humanismo*, 2, 241-242.
- Astington, J. W. y Baird, J. A. (2005) *Why language matters for theory of mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Barresi, J. y Moore, C. (1996) “Intentional relations and social understanding”. *Behavioral and Brain Sciences*, 19-1, 107-122.
- Bosacki, S. y Astington, J. (1999) “Theory of mind in preadolescence: Relations between social understanding and social competence”. *Social Development*, 8-2, 237-255.
- Carrizo, E.; Domini, J.; Quezada, R. Y. J.; Serra, S. V.; Soria, E. A.; y Miranda, A. R. (2020) “Variaciones del estado cognitivo en el puerperio y sus determinantes: una revisión narrativa”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25-8, 3321-3334.
- Degoy, E. y Berra, S. (2018) “Differences in health-related quality of life by academic performance in children of the city of Córdoba-Argentina”. *Quality of Life Research*, 27-6, 1463-1471.
- Habermas, J. (2015) *The theory of communicative action: Lifeworld and systems, a critique of functionalist reason. Volume 2*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Nelson, K. y Shaw, L. K. (2002) Developing a socially shared symbolic system. En E. Amsel y J. Birnes (eds.), *Language, literacy and cognitive development: The development and consequences of symbolic communication*, pp. 27-58). New Jersey: Erlbaum.
- Suhrcke, M. y De Paz Nieves, C. (2011) *The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence*. Copenhagen: World Health Organization.

- Troyer, A (2000) “Normative data for clustering and switching on verbal fluency tasks”. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 22-3, 370-378.
- Vitale, R.; Degoy, E. y Berra, S. (2015) “Perceived health and academic performance among adolescents from public schools in the city of Córdoba”. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 113-6, 526-533.

Intersecciones entre las ciencias sociales y de la salud: experiencias en la construcción de un objeto de estudio

Natalia Tumas

A modo de introducción

El presente artículo expone experiencias y reflexiones en torno a mi propio recorrido en la construcción de un objeto de estudio situado en la intersección de dos grandes áreas: las ciencias sociales y de la salud. En ese marco, varias disciplinas, enfoques y perspectivas se yuxtaponen e interactúan, cuestión que intento poner de relieve a lo largo del relato. También intento dar cuenta de cómo se va transformando mi manera de mirar un mismo objeto de estudio, y cómo las respuestas a ciertas preguntas abren nuevos interrogantes, que incluso derivan en nuevos objetos de estudio.

En la descripción de este recorrido parto de los primeros pasos dados en la investigación –con la elaboración de una tesina de grado, una tesis de maestría y la tesis de doctorado– hasta el presente como investigadora

asistente, y algunas perspectivas futuras. Enfatizo, no obstante, la descripción del proceso de abordaje del cáncer de mama como objeto de estudio en la etapa de la tesis doctoral, dado que fue la más larga y la que conformó un puente para enlazar experiencias previas y desarrollos ulteriores. Expongo estos trayectos de manera articulada, de modo de dar cuenta de la investigación como camino dialéctico y dinámico.

Etapas en la construcción del campo de estudio

Podría decir que todo esto comenzó por 2008, sin proponérmelo específicamente, sino como un requisito más a cumplir para terminar la carrera de grado que había elegido, la Licenciatura en Nutrición. Quizás sí lo que me propuse específicamente fue hacer una tesina que considerara útil e interesante, más allá del requerimiento formal. Así, entre un par de opciones y con la guía de nuestras directoras, junto a dos compañeras y amigas optamos por estudiar la ingesta alimentaria-nutricional y su relación con la incidencia de cáncer de mama en los departamentos Calamuchita y Santa María, Provincia de Córdoba, Argentina.

Posteriormente, y después de dos años de ejercicio profesional como nutricionista en el área clínica, retomé el contacto con la investigación a partir de la obtención de una beca de iniciación a la investigación en Salud Pública, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación (becas “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia”, 2010). En esta instancia, además de ampliar el estudio de la alimentación y el cáncer de mama en la Provincia de Córdoba, incorporé una dimensión ambiental para valorar la asociación entre esta patología y la exposición a plaguicidas.

Poco después me inscribí en la Maestría en Salud Materno-Infantil, y como proyecto de tesis continué con el mismo objeto de estudio, pero

modificando y ampliando mis preguntas. En esta instancia, profundicé el estudio de la dimensión alimentaria y sumé nuevos interrogantes respecto de la relación que podría existir entre el cáncer de mama y factores reproductivos, fundamentalmente con la práctica de la lactancia materna en la Provincia de Córdoba.

En todo ese proceso, el tamaño muestral fue creciendo, y mi interés por la investigación también. Una cosa llevó a la otra, y me postulé a una beca de la Secretaría de Ciencia y Técnica (SECYT) de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) y también del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), gracias a las cuales pude dar inicio (beca SECYT), continuidad y finalización (CONICET) a mi carrera doctoral. Este recorrido lo hice entre dos instituciones: el Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (INICSA) y el Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS). Esta experiencia me permitió interactuar con equipos tanto de las ciencias de la salud como de las ciencias sociales, lo cual sin dudas contribuyó muchísimo a situarme cada vez más en la intersección de las ciencias sociales y de la salud.

A la hora de pensar el proyecto de investigación para el Doctorado en Demografía, recuperé mi recorrido previo en la valoración del rol de factores alimentarios, reproductivos y ambientales en la problemática del cáncer de mama e incorporé mi motivación por el tema de las inequidades sociales, ponderando la mirada poblacional. Para ello, me adentré en diversas lecturas sobre determinantes sociales de la salud y sociodemografía de la salud. Recuerdo especialmente cuando leí que ya Virchow, en el siglo XIX, comprendía a la medicina como una ciencia social (Rosen, 1985). No podía estar más de acuerdo. Amalgamando todo, surgió así la propuesta que detallo a continuación.

Articulaciones teórico-metodológicas para el estudio del cáncer de mama

Leyendo literatura científica, encontré que se afirmaba que una de las principales críticas sobre la investigación en cáncer de mama apuntaba a que había sido desarrollada principalmente desde el modelo biomédico, enfatizando así en las causas biológicas de la enfermedad, con escasa atención a los factores sociales y ambientales. En este sentido, se identificaban dos grandes tipos de modelos o discursos: el *individual* y el *ecológico* (Santamaría-Ulloa, 2009). El modelo *individual* es parte del llamado “paradigma epidemiológico dominante”, que se caracteriza por enfatizar los factores de riesgo que se entienden como producto de las decisiones individuales (Brown, Zavestoski, McCormick, Mendelbaum y Luebke, 2001). Por su parte, el modelo *ecológico* considera que los factores sociales y ambientales contextuales tienen un rol como determinantes de la salud (McCormick, Brown y Zavestoski, 2003; Santamaría-Ulloa, 2009). Sumado a esto, se señaló que es necesario discutir los enfoques de causalidad biológicos centrados en genes (*gene-centric approaches*) y que la historicidad, los diferentes niveles y escalas de análisis deben ser considerados en el estudio del cáncer de mama, dada la complejidad y naturaleza multifactorial de la problemática (Krieger, 2013).

Este conjunto de modelos, enfoques y discursos, si bien deberían operar de manera complementaria, aparecían mayormente escindidos. Reconociendo la importancia de avanzar hacia enfoques integradores que permitieran lograr aproximaciones más holísticas, es que elaboré mi propuesta de tesis doctoral para el estudio del cáncer de mama en la Provincia de Córdoba, Argentina. Al momento de decidir qué dimensiones y perspectivas considerar en ese anhelo de integración, recuperé los recorridos previos (cortos pero intensos) en epidemiología nutricional

y ambiental, y auné la Epidemiología Social y la Sociodemografía de la Salud.

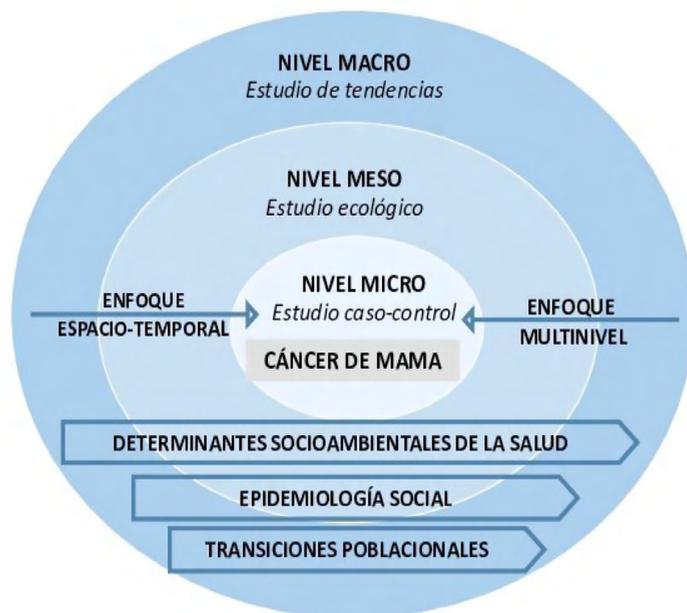
Así, a partir de un esquema teórico –delineado por las teorías de las transiciones demográfica, epidemiológica, sanitaria y nutricional, y por los enfoques de los determinantes socioambientales de la salud y de la epidemiología social–, y desde un enfoque espacio-temporal y multi-nivel para recrear las dimensiones en que estos procesos operan en la realidad, analicé la problemática del cáncer de mama en la Provincia de Córdoba. Una representación gráfica de estas articulaciones se presenta en la figura 1, que se describen en mayor profundidad en mi tesis doctoral (Tumas, 2016). A continuación, desarrollo resumidamente algunas especificidades de cada uno de los niveles de análisis propuestos:

Nivel macro: estudio de tendencias (perspectiva temporal) para analizar la mortalidad por cáncer de mama, y el contexto social, histórico, político, económico, demográfico y sanitario como determinantes sociales subyacentes de su configuración.

Nivel meso: estudio ecológico (perspectiva espacial) para valorar la relación entre la distribución de la morbilidad por cáncer de mama e indicadores sociodemográficos y ambientales.

Nivel micro: estudio caso-control para obtener información sobre la relación entre características individuales, tanto sociales (nivel de instrucción, nivel socioeconómico) como biológicas (antecedentes familiares de la enfermedad, variables reproductivas como paridez, práctica de lactancia materna, estatus ginecológico) y variables del estilo de vida (alimentación, estado nutricional, actividad física) en la ocurrencia de cáncer de mama.

Figura 1. Representación esquemática de las articulaciones teórico-metodológicas para el estudio de la problemática del cáncer de mama



Fuente: elaboración propia.

Esta matriz teórico-metodológica propuesta para el estudio de la problemática del cáncer de mama puede aplicarse también al estudio de otras enfermedades no transmisibles vinculadas a los procesos transicionales.

El desafío de la integración: un ejemplo

¿Cómo conectar dimensiones, niveles, perspectivas, enfoques y estudios tan diversos? Esta pregunta estuvo presente desde el comienzo, y las

respuestas fueron surgiendo al andar (sí, acá también “*se hace camino al andar*”). Expongo a continuación un ejemplo de integración de resultados sobre factores (no) reproductivos logrados a partir de diferentes niveles de análisis y tipos de estudio.

Los resultados obtenidos a nivel individual (*nivel micro*), mediante un estudio de tipo caso-control, indicaron que una mayor edad al nacer el/la primer/a hijo/a se asociaban a una mayor probabilidad de ocurrencia de cáncer de mama. Además, una mayor duración de la práctica de lactancia materna presentó un efecto protector para el desarrollo de la enfermedad. Sin embargo, a nivel departamental (*nivel meso*), mediante un estudio ecológico, no se evidenció asociación entre las tasas de fecundidad y la incidencia de cáncer mamario. Además, en el análisis de la mortalidad por cáncer de mama (*nivel macro*), a partir de un estudio de tendencias, se advirtió que la valoración tradicional de la salud de las mujeres como salud materna ha impedido su valoración integral, lo cual constituiría uno de los factores para explicar el aumento en la mortalidad por tumores mamarios registrado en algunos períodos temporales.

A partir de la integración de estos hallazgos, *a priori* aparentemente contradictorios, pude concluir que la fecundidad no es en absoluto equiparable a la paridad. Mientras que la paridad (nivel individual) refleja más bien el efecto que la reproducción biológica tiene a nivel hormonal, y cómo esto impacta en un cáncer hormono-dependiente como lo es el cáncer de mama, la fecundidad (nivel contextual), si bien posee antecedentes evolutivos y condicionamientos fisiológicos, es más bien un comportamiento social estrechamente vinculado al contexto socioeconómico y sociocultural.

Sumado a lo anterior, para integrar los resultados del nivel macro, señalé que la decisión de no tener hijos/as es legítima y debe por tanto respetarse y garantizarse su ejercicio sin pérdida de garantías en materia

del cuidado de salud de la mujer. En este sentido, considerando que Argentina presenta una tradición patriarcal marcada por largos años de autoritarismo, en la cual la maternidad es destino y definición de lo femenino (Anzorena y Yáñez, 2014), emergió la necesidad de apuntar a la tan postergada inclusión de la “no maternidad”¹ en la agenda institucional de la salud de la mujer, cuestión clave para avanzar en el cuidado integral de su salud.

Cabe aquí señalar que la experiencia de intercambio con el Doctorado y Máster en Estudios de las Mujeres y de Género de la Universidad de Granada (España), mediante una beca Erasmus (2013), fue crucial para re-leer estos resultados desde una perspectiva de género y propiciar la integración.

Algunas respuestas, nuevas preguntas

Luego del proceso de investigación doctoral, fue posible concluir que ciertos indicadores de los procesos de transición demográfica, epidemiológica, sanitaria y nutricional, como el envejecimiento poblacional, la disponibilidad de servicios e infraestructura de salud, el contexto socioeconómico, la contaminación por plaguicidas, la urbanización, factores (no) reproductivos, la alimentación, la actividad física y el estado nutricional de las mujeres constituyen determinantes socioambientales del cáncer de mama en la Provincia de Córdoba en las últimas décadas.

1 Concepto utilizado por Anzorena y Yáñez (2014) para debatir sobre la maternidad como mandato, como definición de lo femenino y como institución. Es en ese sentido que se utiliza aquí, pretendiendo con ello discutir la omnipresencia del mandato mujer-madre en la configuración tradicional de los sistemas de salud en nuestro país.

Parte de los nuevos interrogantes que se abrieron al terminar la investigación doctoral tenían que ver con los procesos transicionales, y más específicamente con la transición nutricional. Los resultados sugerían que coexistirían diferentes procesos de transiciones nutricionales en la Provincia de Córdoba, estando algunos grupos poblacionales más rezagados al respecto. Así, para el proyecto de investigación posdoctoral en CONICET, me propuse indagar esto, pero en un escenario más amplio: Argentina. Luego, en el marco de mi plan de ingreso a la carrera de investigación de CONICET, propuse nuevas perspectivas de más largo alcance en el estudio de este fenómeno transicional, como el análisis del contexto sociopolítico en el que se inscriben las etapas o perfiles de transición nutricional, con la meta última de contribuir a la definición de una política socio-alimentaria equitativa e informada en el país.

Si bien el proceso derivó en la definición de un nuevo objeto de estudio, sigo trabajando en la interfaz de las ciencias sociales y de la salud, utilizando enfoques multinivel y témporo-espaciales, y articulando los determinantes sociales de la salud con los fenómenos transicionales. Durante esta etapa, inicié también vinculaciones con redes y proyectos de investigación internacionales, lo cual ha sido un aspecto muy importante en términos de retroalimentación y enriquecimiento de mi proyecto, y de mi formación continua.

Como parte de esa investigación posdoctoral, pude demostrar que en Argentina coexisten diversos perfiles de transición nutricional estrechamente ligados a las características socio-contextuales de las provincias, y además que algunos de estos perfiles están asociados a una mayor ocurrencia de obesidad. Como paso siguiente, me propongo mirar específicamente la principal consecuencia de la transición nutricional: el sobrepeso y la obesidad. También, ampliar el ámbito de estudio y adquirir nuevas herramientas. Así, y gracias a la obtención de una beca

postdoctoral “*Marie Skłodowska-Curie*”, de la Comisión Europea, analizaré, a partir del próximo año, esta problemática en Iberoamérica desde un enfoque interdisciplinar, interseccional e intersectorial.

Reflexiones finales

A modo de cierre, desde mi humilde experiencia, puedo decir que la investigación situada en la intersección de las ciencias sociales y de la salud es un proceso que, si bien sigue ciertas reglas básicas, es fundamentalmente de naturaleza creativa y flexible. Siguiendo a Charles Mills (1977: 233): “Sed buenos artesanos. Huid de todo procedimiento rígido”. En ello, creo, se van amalgamando maneras de mirar el objeto de estudio que derivan en un producto que ya no es la suma de las partes, sino una construcción *sui generis* que surge de la confluencia y sinergia de aquellas.

En recorridos más bien heurísticos, los conflictos epistemológicos son quizás más frecuentes porque todo el tiempo está el desafío de integrar algo nuevo, que aún no tiene referencias directas. Ya lo decía Pichón Rivière (1984: 200): “Arriesgo la hipótesis de que la carencia de una perspectiva integradora se asienta en lo que podríamos llamar «el gran obstáculo epistemológico»: la consideración de la lógica formal como la única legalidad posible del pensamiento científico”. Como estrategias para facilitar el marco de integración que buscaba, en mi trayecto formativo propendí mayormente a ampliar la “caja de herramientas”, de modo de tener varias estrategias para ver y analizar el objeto de estudio. Tal como lo plantean Kuppens y Yzerbyt (2014: 700): “si todo lo que tienes es un martillo, todo lucirá como un clavo”.

Dado que de intersecciones entre las ciencias sociales y de la vida se trata este relato, me permito una pequeña analogía del proceso social que describo con el funcionamiento de la célula, nuestra unidad funcional fundamental. Quizás, una buena manera de transitar este proceso sea adherir a las propiedades de *semipermeabilidad* y *fluidéz* de las membranas de las células. La *semipermeabilidad* permite seleccionar qué moléculas –información– pueden ingresar a la célula –*corpus* de conocimientos–, discernimiento que es esencial ante el cada vez mayor volumen de información disponible. La *fluidéz*, en tanto, permite que las diferentes moléculas incorporadas –saberes– se adapten y puedan desplazarse sin restricciones, clave para mirar críticamente y resignificar lo aprendido en cada paso.

El eclecticismo se dio también en otros planos, debo decir. El proceso tuvo desafíos, vicisitudes, cansancio, entusiasmo, decepciones, frustraciones, disfrute y alegrías. En algunos momentos se dio a solas y en muchos otros, de manera colectiva. Destaco, en este sentido, la importancia que ha tenido y tiene pertenecer a equipos y redes de investigación, así como la valiosa interacción con directores/as, profesores/as, colegas, compañeras/os. Mi agradecimiento continuo a esa valiosa red.

Por último, transformar la manera de mirar fue también transformarme a mí misma. Como nos canta Luis Alberto Spinetta, una de las personas que más admiro y cuya música acompañó todo el proceso: “Después de todo tú eres la única muralla. Si no te saltas nunca darás un solo paso” (La búsqueda de la estrella, 1978). Quizás lo más valioso fue eso, aprender a saltar mis propias murallas.

Bibliografía

- Anzorena, Claudia y Yáñez, Sabrina (2014) “Narrar la ambivalencia desde el cuerpo: diálogo sobre nuestras propias experiencias en torno a la «no-maternidad»”. *Investigaciones Feministas*, 4, 221-239.
- Brown, Phil; Zavestoski, Stephen; McCormick, Sabrina; Mendelbaum, Joshua; y Luebke, Theo (2001) “Print media coverage of environmental causes of breast cancer”. *Sociology of Health and Illness*, 23-6, 747-75.
- Krieger, Nancy (2013) “History, biology, and health inequities: emergent embodied phenotypes and the illustrative case of the breast cancer estrogen receptor”. *American Journal of Public Health*, 103-1, 22-27.
- Kuppens, Toon y Yzerbyt, Vincent (2014) “Predicting variability: Using multilevel modelling to assess differences in variance”. *European Journal of Social Psychology*, 44-7, 691-700.
- McCormick, Sabrina; Brown, Phil; y Zavestoski, Stephen (2003) “The personal is scientific, the scientific is political: The public paradigm of the environmental breast cancer movement”. *Sociological Forum*, 18-4, 545-576.
- Mills, Charles W. (1964). Apéndice: Sobre artesanía intelectual. En *La imaginación sociológica*. México: Fondo de Cultura Económica. (Edición original del libro, 1959.)
- Pichón-Rivière, Enrique (1984) *El proceso grupal, del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rosen, George (1985) *De la policía médica a la medicina social*. México: Siglo XXI.
- Santamaría-Ulloa, Carolina (2009) “El impacto de la exposición a plaguicidas sobre la incidencia de cáncer de mama. Evidencia de Costa Rica”. *Población y Salud en Mesoamérica*, 7-1, 1-43.

Tumas, Natalia (2016) *Determinantes sociales y ambientales del cáncer de mama. Estudio socio-ecológico y de caso-control en Córdoba, últimas décadas*. Tesis de Doctorado en Demografía. Escuela de Graduados de la Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Córdoba.

Datos de los autores

Adrián Carbonetti

Licenciado en Historia, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba. Magister en Demografía, Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba. Doctor en Demografía, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Córdoba. Investigador Principal del CONICET. Profesor Titular en el Centro de Estudios Avanzados, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba. Profesor Adjunto en la Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba (en licencia). Profesor Titular en la Facultad de Humanidades y Ciencias, Universidad Nacional de Litoral (por contrato). Investigador del Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CONICET y UNC), en el programa “Salud, Enfermedad y Prácticas de Curar”. Mis investigaciones están en relación con la historia de las enfermedades y la historia de los recursos humanos en salud.

Correo electrónico: acarbonetti2012@gmail.com

María Dolores Rivero

Licenciada en Historia por la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba. Doctora en Historia por la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata. Becaria Secyt de Iniciación en Investigación (periodo 2014-2015). Becaria doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (periodo 2015-2020). Becaria posdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (periodo 2020-2022). Desempeño mis labores en el programa “Salud, Enfermedad y Prácticas de Curar”, radicado en el Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad.

Correo electrónico: doloresriv@gmail.com

Julieta Lucero Neirotti

Licenciada en Psicología (Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba). Doctoranda en Ciencias de la Salud (Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba). Miembro del programa “Salud, Enfermedad y Prácticas de Curar”, radicado en el Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad. Miembro fundador de Fundación Salto, entidad dedicada a la investigación y enseñanza en temas afines a la Salud Mental. Profesora de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Docente en posgrado de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Correo electrónico: julietaluceroneirotti@gmail.com

Laura Natalia Vanadia

Licenciada en Psicología (FP, UNC). Doctoranda en Ciencias de la Salud (FCM, UNC). Becaria doctoral de CONICET, integrante del programa de investigación “Salud, Enfermedad y Prácticas de Curar” (CIECS, CONICET

y UNC). Docente en la Licenciatura en Fonoaudiología (EsFo-FCM, UNC) e integrante de la Comisión contra la Violencia de Género (EsFo, FCM-UNC). Se formó en psicoterapia gestáltica desempeñándose en el área clínica y sanitaria de la profesión, particularmente en la asistencia y rehabilitación de patologías mentales severas. Fue coordinadora general del centro de día “Casa Club Bien-Estar”, destinado al tratamiento de personas portadoras de esquizofrenia y trastorno bipolar. Formó parte de la Fundación Recuperar, donde investigó sobre adherencia terapéutica, calidad de vida e imaginarios sociales de personas con patologías mentales severas. Coordinó grupos terapéuticos de asesoría familiar en ACAPEF. Formó parte del equipo supervisor de acompañantes terapéuticos de la institución y trabajó en la apertura de casas de medio camino para pacientes del establecimiento.

Correo electrónico: laura.vanadia@unc.edu.ar

Francisco Fantini

Licenciado en Sociología. Maestrando en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba. Doctorando en Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Becario doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas y la Universidad Nacional de Córdoba. Espacios de trabajo: programa “Salud, Enfermedad y Prácticas de curar”, radicado en el Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CONICET y UNC); proyecto “Trayectorias de calidad de vida relacionada con la salud en escolares adolescentes de la ciudad de Córdoba”, radicado en el Centro de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud (FCM, UNC).

Correo electrónico: franciscomfantini@gmail.com

María Laura Rodríguez

Profesora y Licenciada en Historia (Escuela de Historia de Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba). Master en Políticas de Bienestar en Perspectiva (Universidad de Evora, Portugal). Doctora en Ciencia Política (Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba). Profesora Asistente en la Cátedra Taller de Aplicación de la Escuela de Historia (UNC). Investigadora Adjunta en el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, realiza sus tareas en el Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CONICET y UNC). Desde 2004 desarrolla sus investigaciones en el marco del programa “Salud y enfermedad, una mirada desde las ciencias sociales” radicado en el Centro de Estudios Avanzados (UNC), sumándose desde 2007 al programa “Salud, Enfermedad y Prácticas de curar” (CIECS). Desde estos espacios, su agenda de indagaciones ha estado sistemáticamente orientada hacia distintas temáticas del subcampo de la Historia Social de la salud y la enfermedad.

Correo electrónico: correodelaura80@hotmail.com

Lorena Saletti-Cuesta

Estudió Psicología en la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) y emigró a España, donde se doctoró en Salud, Antropología e Historia en la Universidad de Granada. Trabajó en la Escuela Andaluza de Salud Pública, en proyectos vinculados a las desigualdades de género en el desarrollo profesional y en la práctica asistencial de medicina de familia, y en el Hospital de Oxford, Inglaterra, estudiando la experiencia de pacientes. En 2016 retornó a Argentina, gracias al Programa Raíces de repatriación científica. Es investigadora adjunta en el Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CONICET y UNC) y referente de su Comisión Interdisciplinaria del Observatorio de Violencia Laboral y de

Género. Integra la Prosecretaría de Género, Diversidad y Feminismos de la Facultad de Psicología (UNC). Desde su retorno, trabaja en el estudio y el abordaje de las violencias de género. Es también mamá de dos niñas adorables, hija y compañera. Actualmente está aprendiendo a jugar al fútbol; no es muy hábil con la pelota, todo hay que decirlo, pero es muy entusiasta.

Correo electrónico: lorenasaletti@unc.edu.ar

María Cecilia Johnson

Licenciada en Trabajo Social por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Doctora en Estudios de Género por el Centro de Estudios Avanzados (UNC). Actualmente se desempeña como becaria posdoctoral CONICET en el Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS, CONICET y UNC), donde forma parte del programa “Salud, Enfermedad y Prácticas de Curar”. También ejerce como docente en la Universidad Nacional de Córdoba, en la Licenciatura en Trabajo Social, en la formación sobre intervención del Trabajo Social con familias. Es miembro de diversos grupos de investigación y acción que estudian los conservadurismos religiosos y la salud sexual y (no) reproductiva (CIJS), así como de “El Telar, Comunidad de Pensamiento Feminista” (CIFYHH, CIECS-FCS).

Correo electrónico: cecilia.johnson@unc.edu.ar

Lila Aizenberg

Licenciada en Sociología (Universidad de Buenos Aires), Master in Arts en Sociología (State University of New York at Binghamton), Ph. D. en Sociología (State University of New York at Binghamton). Investigadora adjunta del Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y

Sociedad (CIECS, CONICET Y UNC) y docente de posgrado de la Universidad Nacional de Córdoba.

Correo electrónico: lila.aizenberg@gmail.com

Silvina Berra

Doctora en Ciencias de la Salud, Master en Salud Pública y Licenciada en Nutrición. Investigadora del CONICET, integrante del programa “Salud, Enfermedad y Prácticas de Curar”, del Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS, CONICET y UNC). Profesora Titular de Metodología de la Investigación en la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Directora del Centro de Investigaciones Epidemiológicas y en Servicios de Salud (CIESS, FCM-UNC). Ha sido investigadora asociada de la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médica de Cataluña y ha integrado el grupo español del Proyecto Europeo Kidscreen. Sus líneas de investigación se vinculan con la salud en la infancia y la adolescencia: calidad de vida relacionada con la salud, alimentación, estado nutricional, desempeño escolar; atributos de atención primaria de salud (APS) en el primer nivel de servicios sanitarios, acceso y utilización de servicios sanitarios; desigualdades sociales en salud.

Correo electrónico de contacto: sberra@unc.edu.ar

Emilse Degoy

Licenciada en Psicología por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) y Doctora en Ciencias de la Salud por la Facultad de Ciencias Médicas de la misma universidad. Fue becaria doctoral de CONICET con lugar de trabajo en el Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS, CONICET y UNC). Actualmente, se desempeña como no docente en la Secretaría de Ciencia y Técnica

y de Relaciones Internacionales de la Facultad de Ciencias Económicas de la UNC.

Correo electrónico: e.degoy@gmail.com / edegoy@unc.edu.ar

Luisina Rivadero

Licenciada en Fonoaudiología (Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba). Doctoranda en Ciencias de la Salud (Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba). Becaria doctoral del CONICET. Integrante del programa “Salud, Enfermedad y Prácticas de curar”, radicado en el Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS, CONICET y UNC). Integrante del proyecto “Trayectorias de calidad de vida relacionada con la salud en escolares adolescentes de la ciudad de Córdoba”, Centro de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud (Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba).

Docente de Lengua Castellana del Ciclo de Nivelación de la Licenciatura en Fonoaudiología (Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba).

Correo electrónico: luisina.rivadero@fcm.unc.edu.ar

Natalia Tumas

Licenciada en Nutrición por la Escuela de Nutrición de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Magister en Salud Materno Infantil (FCM, UNC). Profesora Universitaria en Ciencias de la Salud (FCM, UNC). Doctora en Demografía por la Facultad de Ciencias Económicas (UNC).

Investigadora Asistente del CONICET, con sede en el Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS, CONICET y UNC). Profesora Titular de la Cátedra de Estadística y Bioestadística, Licenciatura

en Nutrición, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Córdoba. Profesora Asistente de la Cátedra de Medicina Preventiva y Social (FCM, UNC).

Correo electrónico: natalia.tumas@unc.edu.ar

Estudios sociales de la salud. Experiencias sobre desarrollos teórico-metodológicos en investigación pertenece a la colección Prismas. Fue confeccionado con fuentes *Minion Pro* y *Faustina* (Omnibus-type), en diversos tamaños y formas.

Otras colecciones de la Editorial

Periplos (ensayos, trabajos teóricos, textos de naturaleza conjetural)

Traiciones (traducciones)

Deslindes (textos de investigación: resultados, informes, textos metodológicos)

EDICIONES CIECS

<http://ediciones-ciecs.com.ar/>

DIRECTORA

Jaqueline Vassallo

COORDINACIÓN EDITORIAL

Diego Vigna

SECRETARÍA TÉCNICA

Cecilia Moreyra y Lucía Céspedes

DISEÑO EDITORIAL/MAQUETACIÓN/FORMATOS DE EDICIÓN

Ivana Myszkoroski

RESPONSABLE DE LA PLATAFORMA WEB

Valentín Basel

CORRECCIÓN Y ESTILO

Rogelio Demarchi

INDEXACIÓN/LEGALES

Natalia Picotto y Celeste Ceballos

ARTE E IMAGEN

Gastón Rizzi

CONSEJO EDITORIAL (2019-2021)

Silvina Berra

Sociedad, salud, enfermedad y prácticas de curar

Horacio Gnemmi

Estudios sobre arquitectura y patrimonio

Juliana Huergo

Ideología, prácticas sociales y conflicto

Laura Maccioni

Productos, medios y prácticas de la cultura latinoamericana

María José Magliano

Migraciones y espacio urbano

Álvaro Moreno Leoni

Estudios clásicos

Florencia Rubiolo

Estudios internacionales de Asia Pacífico

COMITÉ CIENTÍFICO

Dora Barrancos

Universidad de Buenos Aires, Universidad de Quilmes, CONICET

Dora Celton

CIECS-CONICET, Universidad Nacional de Córdoba

Fernando Colla

cnrs, crla-Archivos, Université de Poitiers, Francia

Francisco Chacón Giménez

Universidad de Murcia, España

Daniel Senovilla Hernández

CNRS, Laboratoire MIGRINTER / Université de Poitiers, Francia

Este libro constituye el resultado de un largo proceso de aprendizaje colectivo en el campo de los estudios sociales de la salud y la enfermedad, convocado en momentos en que la actual pandemia de la COVID-19 visibiliza particularmente el valor de las ciencias sociales para entender las tensiones que atraviesan las sociedades. A lo largo del trabajo retomamos una importante diversidad temática y de enfoques desarrollados por un conjunto de docentes universitarios e investigadores/as, reunidos desde hace algunos años en el marco del Programa “Salud, enfermedad y prácticas de curar” del Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad. Todos los trabajos comulgan en abordar los procesos de salud-enfermedad-atención como fenómenos socialmente construidos que trascienden los límites de lo biológico, profundizando en problemas estructurales y coyunturales que acarrearán las crisis epidemiológicas y las complejidades pasadas y presentes de la salud colectiva. Ofrecemos un conjunto de investigaciones y propuestas de indagación teórico-metodológicas, que, puestas en foco a partir de una mirada autobiográfica, pretenden recuperar una amplia agenda de estudios e interrogantes, desde la historia de las enfermedades endémicas, epidémicas y crónicas desarrolladas desde el siglo XIX, hasta las matrices más actuales de desigualdades sociales y de género en salud-enfermedad-atención.



COLECCIÓN PRISMAS


ediciones
CIECS