



Violencia, estigmatización y salud en un barrio popular del Conurbano Bonaerense¹

Violence, stigmatization and health of adult men in a low-income neighborhood of the Buenos Aires metropolitan area

 <https://doi.org/10.48162/rev.48.053>

Wilner, Agustín David

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Instituto de Investigaciones Gino Germani
Universidad de Buenos Aires
Argentina
awilner@sociales.uba.ar

Resumen

En este artículo analizamos las experiencias y estrategias de varones adultos de clase popular residentes en un barrio del norte Conurbano bonaerense frente a hechos de inseguridad, violencia y estigmatización del barrio que habitan. Damos cuenta de las percepciones de los entrevistados sobre los hechos de violencia e inseguridad que se desarrollan en el espacio de proximidad, las estrategias que emplean frente a estos y frente al estigma que se desarrolla sobre ciertas áreas del barrio. Discutimos e hipotetizamos sobre las consecuencias de sus percepciones y estrategias para su salud en un sentido amplio. Finalmente, mostramos cómo las estrategias que desarrollan repercuten sobre su salud a partir de un mayor aislamiento, una mayor exposición a riesgos y el escalamiento de la violencia en el barrio.

¹ El presente trabajo se origina a partir de un Proyecto de Investigación Científica y Tecnológica (PICT) 2018-2021, código 1391, «Desigualdad social, cultura y salud en un barrio de la periferia de Buenos Aires» y un proyecto UBACyT 2018-2021, código 20020170100024, «Experiencias de cuidado de la salud en la periferia de Buenos Aires: desigualdad social, territorio y cultura», dirigidos por Betina Freidin. También representa la ampliación del trabajo realizado en mi tesis de maestría (Wilner, 2021).

Palabras clave: Violencia, Estigma, Salud, Área Metropolitana de Buenos Aires.

Abstract

In this article we analyze the experiences and strategies of popular class adult males living in a low-income neighborhood in the northern Buenos Aires metropolitan area in face of acts of insecurity, violence and stigmatization of the neighborhood they live in. We account for the perceptions of the interviewees about the acts of violence and insecurity that take place in the proximity space, the strategies they employ in the face of these and the stigma that develops in certain areas of the neighborhood. We discuss and hypothesize about the consequences of their perceptions and strategies for their health in a broad sense. Finally, we show how the strategies they develop have repercussions on their health through greater isolation, greater exposure to risks and the escalation of violence in the neighborhood.

Keywords: Violence, Stigma, Health, Buenos Aires Metropolitan Area.

1. Introducción

El crecimiento de la población urbana a nivel global y la concentración de la pobreza en espacios urbanos ponen en primer plano la relación entre ciudad, pobreza y salud (OMS, 2010). Además de habitar en lugares con peores condiciones socioambientales y habitacionales, grandes sectores de la población están expuestos al incremento de los accidentes, lesiones, violencia y delincuencia urbanas (OMS y ONU-Hábitat, 2010). En este contexto, la violencia interpersonal urbana se ha convertido en la forma principal de la violencia (desplazando a la violencia política) en América Latina, explicando la mayor cantidad de muertes y lesiones y afectando en mayor medida a los sectores de menores recursos (OMS, 2014).

En este artículo analizamos las estrategias de varones adultos que residen en un barrio de clase popular del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) frente hechos de inseguridad, violencia y estigmatización del barrio que habitan. Nos centramos aquí en la violencia interpersonal, definida como aquella que “ocurre entre miembros familiares, parejas, amigos, conocidos y extraños” (OMS, 2014: 2). Focalizamos en la violencia ejercida tanto por conocidos o extraños por dentro y fuera del hogar pero no abordamos episodios de violencia doméstica ni de género, que presenta dinámicas distintas. Como veremos, consideramos principalmente los efectos indirectos de la violencia sobre la salud, que van más allá de las lesiones

físicas, y que incluyen las discapacidades, depresión, ansiedad, problemas de salud física y reproductiva, así como también hábitos no saludables como fumar o el abuso de sustancias de distinto tipo, asociadas a su vez con distintas enfermedades (OMS, 2014).

El foco de análisis se ubica en los hechos violentos con el objetivo de identificar cómo la percepción de un espacio como peligroso o violento condiciona hábitos de vida. Damos cuenta también de cómo las representaciones negativas sobre lugares específicos del barrio afectan la salud a partir de la erosión de lazos sociales, el aislamiento y la capacidad para acceder a distintos tipos de recursos. Así, este artículo apunta a identificar cómo la violencia y el estigma constituyen la espacialidad barrial. A partir de este foco, hipotetizamos acerca de la exposición a riesgos y los potenciales efectos para la salud y el bienestar psicofísico que acarrea vivir en un espacio estigmatizado y percibido como violento. Este enfoque presenta distintos aportes. En primer lugar, contribuye al estudio de las múltiples relaciones entre hábitat y salud, considerando las interacciones entre procesos culturales urbanos --como el estigma socioterritorial y la violencia--, desventajas estructurales --relacionadas con procesos de urbanización y carencias materiales--, y la salud. Al enfocarse en las estrategias y percepciones de varones adultos de clase popular, un grupo escasamente abordado en investigaciones sobre salud, este trabajo también contribuye a la comprensión sobre cómo estos procesos socioespaciales se relacionan con las masculinidades. Si bien no incorporamos una mirada comparativa respecto de las mujeres habitantes del barrio, los testimonios de los entrevistados permiten identificar comportamientos y actitudes vinculadas a aspectos de género, particularmente cómo la incidencia de hechos violentos en el barrio refuerza conductas de riesgo para la salud, fomentando “comportamientos propios de los hombres”, basados en la virilidad, la fuerza y la valentía (Connell y Messerschmidt, 2005).

Aunque en Argentina existen numerosos antecedentes acerca de la violencia callejera, estos se centran mayormente en las estrategias autoprotectivas (Bergman y Kessler, 2008), el uso de armas de fuego (Otamendi et al., 2019), la acción de las fuerzas de seguridad (Auyero et al., 2013; 2014), la percepción y desarrollo de la violencia en la vida cotidiana y la concatenación entre formas de

violencia (Auyero y Berti, 2013; Auyero et al., 2014). Los estudios que apuntan a vincular violencia, inseguridad y salud, por el contrario, resultan relativamente escasos. Los trabajos de Muratori y otros (2016; Muratori y Zubieta, 2016) constituyen excepciones, focalizándose en la relación entre violencia y salud mental. A nivel internacional destacan los estudios de origen anglosajón, que vinculan la incidencia de hechos delictivos y violentos en el territorio de proximidad con una menor calidad de vida, problemas de salud mental y comportamientos antisociales que van en detrimento de la salud (Stafford et al., 2007; Lorenc et al., 2012; Keene y Padilla, 2014; Larsen y Delica, 2019, entre otros). Por nuestra parte, hemos abordado la relación entre violencia barrial y estigma con el cuidado de la salud a partir de la experiencia de mujeres, así como la relación entre violencia y salud a partir de la realización de actividad física en espacios públicos, el acceso a los servicios de salud o a partir de estrategias de protección como el aislamiento de niños o las disputas por el control del espacio público (Freidin et al., 2020; Wilner, 2021).

2. Enfoque conceptual

2.1 Territorio, salud y violencia

La salud colectiva latinoamericana y la epidemiología crítica ponen en primer plano cómo las condiciones estructurales condicionan el acceso a bienes y servicios urbanos de acuerdo con la localización relativa en la ciudad. En el territorio se configuran territorios-población vulnerabilizados (o no) según su nivel de calidad de vida y riesgos potenciales para la salud a partir de la articulación entre soportes materiales y sociales para su reproducción (Blanco Gil y López Arellano, 2007). Entre estos soportes se ubican las características culturales y sociodemográficas de la población, que pueden o no incluir la incidencia de episodios violentos en el espacio público o la estigmatización de ciertas áreas. En los barrios concretos los grupos sociales llevan a cabo prácticas para su reproducción a partir de estilos de vida individuales y familiares, condicionados por los “modos de vida colectivos”, que incluyen hábitos saludables o perjudiciales, y configuran distintos perfiles epidemiológicos (Breilh, 2010). De acuerdo con Corburn (2017), la exposición

acumulativa y simultánea a procesos ambientales, sociales, políticos y culturales afecta la salud y se “corporiza” (embodies) a través de distintas vías, afectando de distinta forma la salud de distintos grupos poblacionales según su entorno.

La incidencia de hechos violentos tiende a concentrarse en áreas de mayores desventajas (Gaitán-Rossi y Velásquez Guadarrama, 2021). La violencia y el estigma en áreas segregadas aparecen entonces como dimensiones de los procesos de exclusión social, incrementando la vulnerabilidad de los grupos sociales con mayores desventajas. Desde una perspectiva del ensamblaje (McFarlane, 2011), la violencia urbana puede comprenderse como resultado de la articulación entre procesos sociales, materiales y simbólicos de carácter multiescalar, jerarquizados e interdependientes. Entre estos procesos se encuentran la urbanización acelerada, polarización social, transformaciones del mundo del trabajo, aumento de la pobreza y la degradación ambiental de los barrios populares, que se particularizan de distintas formas en cada territorio concreto.

Desde esta perspectiva, la violencia interpersonal está ligada a violencias estructurales (condiciones desiguales para la reproducción de la vida a nivel global, nacional y local), simbólicas (dada por la dominación y la internalización de representaciones negativas sobre sí) y normalizadas (dada por prácticas institucionales que hacen a la violencia invisible y producen indiferencia social) (Bourgois, 2009). En este último sentido, la violencia y el estigma también son construcciones institucionales. La acción intermitente, selectiva y esporádica de las fuerzas de seguridad implica que la violencia se desarrolle en territorios específicos habitados por población de menores recursos (Auyero et al., 2014). Los efectos de la violencia sobre la salud se concentran entonces en ubicaciones específicas del espacio urbano (Lorenc et al., 2012), pero esta concentración no es aleatoria. De esta forma, la violencia institucional (que deriva en focos de violencia interpersonal) se suma a las dificultades de acceso a recursos y servicios que enfrentan las clases populares, la peor calidad ambiental de sus entornos y el desempleo, entre otros.

Además de sus consecuencias físicas, la violencia interpersonal erosiona la cohesión social, la eficacia colectiva, favorece el surgimiento de conductas antisociales y/o violentas, así como respuestas que escalan la violencia (Auyero et al., 2014; Freidin et al., 2020; Wilner, 2021). En este marco, la inseguridad y la

violencia influyen sobre la salud a partir de la restricción de la circulación y la realización de actividad física en el espacio público, la mayor carga de estrés asociada a riesgos percibidos y la incidencia de hechos concretos, el deterioro de lazos sociales, entre otros (Stafford et al., 2007; Freidin et al., 2020). Vivir en un barrio percibido como peligroso, violento y/o inseguro tiene entonces consecuencias efectivas y potenciales sobre la salud psicofísica de las personas (Lorenc et al., 2012). Por ejemplo, la exposición constante o sostenida a la adversidad (producida por factores como la violencia física, la pobreza, la discriminación y la marginalización, entre otros) implica la activación prolongada de la respuesta por estrés, que alcanza niveles “tóxicos” y se asocia con condiciones de salud crónicas como el sobrepeso y la obesidad, diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y enfermedades autoinmunes (Corburn, 2017).

La incidencia de episodios violentos (entre los que se encuentran los robos y/o hurtos) promueve la percepción de ciertos lugares como inseguros. Esta inseguridad presenta una dimensión objetiva (dada por la probabilidad concreta de ser víctima de un hecho violento y/o delictivo) y subjetiva, que refiere a la percepción de seguridad en la vivienda y en el barrio, así como sobre la probabilidad de ser víctima de un delito (Muratori y Zubieta, 2016). Percibir el lugar de residencia como inseguro afecta la calidad de vida, la inserción social y el bienestar psicofísico de las personas (Muratori y Zubieta, 2016). Además, la percepción de los sujetos acerca de la frecuencia con la que suceden hechos delictivos en el lugar que habitan determina el desarrollo de distintas estrategias autoprotectivas en función de su acceso a bienes y recursos públicos y privados (Bregman y Kessler, 2008). Algunos de los efectos de la violencia y el crimen sobre la salud, como el aislamiento o la menor realización de actividad física, se estructuran a partir de estas estrategias.

2.2 Violencia, estigma y salud

La definición de un territorio como violento o peligroso constituye una de las formas principales en las que se generan representaciones negativas sobre ciertos territorios y sus habitantes. El estigma socioterritorial es producto del nexo entre espacio físico, espacio social y espacio simbólico, dado por las representaciones

negativas producidas por una variedad de agentes –funcionarios, periodistas, residentes de zonas aledañas y de la zona estigmatizada– sobre territorios marginales o periféricos (Wacquant, Slater y Pereira, 2014; Freidin et al., 2020). El estigma se inscribe en las diversas formas de producción del hábitat por parte de distintos actores sociales, a partir de las cuáles emergen imaginarios que distinguen y diferencian los grupos sociales entre sí en el marco de desigualdades sociourbanas y procesos de segregación (Freidin et al., 2020). En la medida que el estigma justifica y naturaliza las desigualdades sociales, constituye --en términos de Bourgois (2009)-- un tipo de violencia estructural y normalizada al mismo tiempo.

El correlato subjetivo de vivir en ambientes con distintos niveles de estigma presenta consecuencias negativas para la salud psicofísica de los habitantes de dichos territorios y para el acceso a recursos para el cuidado (Keene y Padilla, 2014; Freidin et al., 2020). El estigma territorial se filtra hacia las identidades de los residentes, corroyendo las identidades individuales y colectivas y afectando las estrategias de obtención de recursos como alimentación o transporte (Wacquant, Slater y Pereira, 2014). Los efectos del estigma sobre la salud pueden agruparse en tres grandes mecanismos: a través del acceso a recursos que promueven la salud (o empleos para acceder a esos recursos) y protegen frente a la enfermedad; la exposición a niveles de estrés y los procesos para sobrellevarlos; y los procesos relacionados con la formación de la identidad y su manejo (Keene y Padilla, 2014).

3. Estrategia metodológica

Este trabajo se inscribe en una línea más amplia de proyectos de investigación financiados por distintas entidades públicas, que venimos desarrollando desde el año 2015. Bajo estos proyectos realizamos un estudio de caso del barrio bajo estudio, dónde también analizamos aspectos referidos al cuidado, el acceso a los servicios de salud y cuestiones referidas al ambiente social con mujeres del barrio (Freidin et al., 2019; 2020). Estos trabajos previos permitieron construir una mirada de conjunto sobre el barrio, que informan este artículo. Bajo estos proyectos también desarrollé un análisis preliminar de estos datos (Wilner, 2021). Los datos a partir de los cuales se desarrolla este trabajo provienen de siete entrevistas en

profundidad con varones residentes en el barrio, realizadas entre octubre y diciembre del año 2019. Cuatro de los entrevistados fueron convocados a través del bachillerato popular al que asisten, ubicado en el “peor” lado del barrio (ver descripción del barrio en el siguiente apartado). Los entrevistados también residen del “peor” lado, aunque 3 de ellos viven fuera de la zona del “fondo”, catalogada como “zona roja”. Los tres entrevistados restantes fueron convocados a través de la estrategia de “bola de nieve”. Los tres residían en viviendas sociales ubicadas en la zona del “fondo”. En las entrevistas preguntamos acerca cuestiones referidas a la situación de salud de los entrevistados (qué problemas de salud tenían, si tomaban medicación y si debían acudir regularmente a los servicios de salud), sus prácticas de cuidado y sus percepciones sobre la situación social y ambiental del barrio. Utilizamos un consentimiento informado dónde constaban la pertenencia institucional del equipo de investigación, sus integrantes, los proyectos marco y los objetivos de nuestra investigación. También constaba el acuerdo para anonimizar los nombres de los entrevistados, así como cualquier referencia espacial, para preservar su identidad. El trabajo de campo se vio interrumpido por la irrupción de la pandemia por COVID-19. La falta de conectividad y disponibilidad de dispositivos adecuados de los entrevistados, así como la imposibilidad de proveerlos por la situación sanitaria, implicaron que no pudiéramos continuarlo.

El análisis de los datos se estructuró en dos ciclos de codificación una vez hechas las 7 entrevistas. La codificación y el análisis siguió los principios del análisis temático, caracterizado como iterativo, relacional y dinámico. La codificación de los datos se realizó a través del programa Atlas.Ti con la participación conjunta del equipo de investigación. La primera etapa consistió en un proceso de codificación abierta, asignando conceptos o códigos in vivo a fragmentos de las entrevistas, con el objetivo de identificar sus principales temas; mientras que la segunda etapa consistió en la identificación de relaciones entre los códigos construidos en la primera etapa para así identificar ejes temáticos en base a las preguntas de investigación. A partir de la codificación, se construyeron ejes temáticos, que permitieron su posterior análisis y la selección de fragmentos verbatim para incluirlos en el cuerpo de este trabajo. El análisis también integró matrices cualitativas para distintos ejes temáticos, contribuyendo a la sistematización de los datos a partir del ordenamiento temático y secuencial de fragmentos verbatim y/o

resúmenes de los relatos de cada entrevistado, permitiendo reconstruir lo específico de cada caso y patrones de recurrencias entre los casos.

3.1 Presentación del barrio

El barrio en el que tomó lugar el estudio (al cual nos referiremos a través del pseudónimo Reconquista) se ubica en el segundo cordón del norte del Conurbano Bonaerense, a aproximadamente 30 minutos de viaje en transporte público desde el centro del Partido en el que se ubica. Está rodeado de urbanizaciones cerradas al oeste, al sur y al norte. Es un barrio de clase popular y media baja, aunque presenta una importante heterogeneidad socio-territorial. De acuerdo con datos censales del año 2010, el nivel educativo formal, la condición de actividad, la cobertura de salud, y/o la condición migratoria son algunos de los atributos que varían entre los residentes (Wilner, 2021), dando cuenta de la heterogeneidad de la población del barrio.

El barrio tiene además un arroyo semientubado que lo divide en dos partes. Hacia el lado de la ruta provincial se encuentra el “mejor” lado, mientras que el “peor” está compuesto por la zona entre el zanjón y el Río Reconquista, según las distinciones que realizan los y las vecinas, y que son evidentes para los observadores externos al barrio. Así, las diferencias mencionadas en el párrafo anterior tienden a seguir este patrón de distribución: del “mejor” lado las viviendas son de mayor calidad constructiva, hay un mayor porcentaje de calles asfaltadas y menor cantidad de zanjas a cielo abierto y una mayor proporción de las viviendas disponen de gas de red. Por allí también pasa la única línea de colectivo que ingresa al barrio, mientras que las demás líneas cercanas pasan por la ruta provincial. Del “peor” lado suele haber más de una vivienda por lote, algunas calles aún no están asfaltadas, la gran mayoría tiene también zanjas a cielo abierto y muy pocas viviendas disponen de gas de red. De las que si disponen, la mayoría en el “barrio nuevo”, un conjunto de viviendas sociales construidas hacia el Río. Todas las vías de entrada y salida al barrio son a través del “mejor” lado, donde también se ubica la mayoría de los espacios verdes, comercios y equipamiento urbano.

3.2 Presentación de los entrevistados

A continuación se presenta una tabla resumen con las características de los entrevistados, a fin de contextualizar sus experiencias según la composición del hogar, su edad, empleo y su lugar de residencia. La composición del hogar resulta un dato fundamental, en la medida que la preocupación por la seguridad familiar es una razón de peso al momento de establecer estrategias de autoprotección, como veremos a continuación. Por otra parte, los entrevistados más grandes presentan alguna condición de salud crónica, que implica que el ambiente social y de las estrategias que establecen tengan efectos potencialmente diferentes para su salud. Luis presenta una condición cardiovascular por la que fue operado dos veces en 2019 y además es diabético (al igual que Silvio) y tiene sobrepeso. Raúl tiene sobrepeso e hipertensión. Y, finalmente, Tomás, presenta niveles muy elevados de colesterol e hipertensión.

Tabla 1. Características de los Entrevistados

<i>Seudónimo y composición del hogar</i>	<i>Edad</i>	<i>Empleo</i>	<i>Lugar de residencia</i>
Bruno (vive con sus padres)	25 años	Pensión por discapacidad. Hace changas	Zona del "fondo"
Lautaro (vive con su padre)	25 años	Desocupado	"Peor lado"
Damián (vive con sus padres y dos hermanos)	29 años	Asalariado informal precario	"Peor lado"
Luis (vive con su esposa y su hijo, Bruno)	51 años	Cuentapropia de subsistencia	Zona del "fondo"
Raúl (vive con su esposa y dos hijas)	42 años	Asalariado formal precario	Zona del "fondo"
Tomás (vive con su esposa y 4 hijos)	44 años	Asalariado formal precario	Zona del "fondo"
Silvio (vive solo)	42 años	Beneficiario de cooperativa (sin ingresos). Hace changas	"Peor lado"

4. Análisis

4.1 (In)seguridad y protección: consecuencias para la salud

La preocupación por sufrir robos (violentos o no) o por vivir en una zona con repetidos eventos de inseguridad surgió en diversas oportunidades. La zona del “fondo” es la que se percibe como más insegura y el terraplén (un descampado que albergó distintos usos pero hoy es un terreno baldío) aparece como escenario para la venta de drogas, potenciando su demarcación como zona “indeseable” (Freidin et al., 2020). Como argumentan Auyero y Swistun (2008), la superposición de la degradación ambiental, la vulnerabilidad socioeconómica y la inseguridad contribuyen a generar zonas a las que “no ir”, dando cuenta de la articulación entre desigualdades y la construcción de espacialidades. Más aún, las representaciones sobre lugares particulares se reproducen hacia quienes habitan en ellas, ubicándose como una de las causas de estigmas socio-territoriales.

Damián- Donde yo vivo [...] vos hacés cuarenta metros para allá, que chocás con la cuadra, y ahí ya tenés todo carros, todo gente que vive ahí todo el día escabiando [...] ahí ya está el terraplén, están los paraguayos que venden droga, seguramente algunos chicos les habrán contado más o menos eso de lo que es ahí [...] está jodido. [...] capaz que en cierto horario no te conocen y te roban.

En el ejemplo anterior, podemos ver cómo Damián identifica a los carreros (cuentapropistas de subsistencia que recuperan residuos de la vía pública para revenderlos por bajos montos de dinero) y a quienes consumen bebidas alcohólicas en la vía pública como demarcadores de una zona peligrosa. Damián señala también que días atrás habían matado a un chico como producto de un conflicto entre “transas”, señalando a la comunidad paraguaya del barrio como responsable: “Y, bueno, y los paraguayos, que son estos los que venden drogas, los tienen en la mira, viste, ya se ve que hay mucha rivalidad entre... entre transas, viste, es así la ley esa, viste, sos transa, está todo mal, es así, viste”. Además, el relato de Damián señala un factor a considerar en la probabilidad de ser víctima de un hecho de inseguridad. Según su perspectiva, no ser conocido en la zona implica un mayor riesgo de victimización. Sin embargo, cabe destacar que en otras ocasiones varones y mujeres del barrio comentaron conocer a quienes cometen los delitos.

En otros testimonios también surgió la relación entre robos y drogas. Para Silvio, por ejemplo, el hecho de que la droga “corra mucho” en el barrio implica que “los mismos pibes te roban al mismo vecino” para poder costear su consumo. La venta de drogas, que los entrevistados señalan en reiteradas oportunidades, puede relacionarse con la superposición entre la acumulación de desventajas, la acción deliberada de las fuerzas de seguridad para liberar la zona –como señalan Auyero et al. (2013; 2014) para otros territorios– y, siguiendo a Bourgois (2009), de la violencia estructural que produce la falta de oportunidades de vida en ciertos territorios, volcando a algunos de sus habitantes hacia carreras criminales. Ahora bien, estas prácticas se focalizan en esta parte del barrio, generando una espacialidad determinada que condiciona las percepciones y hábitos de los residentes, que puede afectar su bienestar. Para quienes tienen hijos, también implica una preocupación mayor cuando ellos transitan por la vía pública en este espacio.

Luis, afirma que, cuando hay algún hecho de inseguridad, no se puede recurrir a mucha ayuda: “cada uno se cuida solo”. De acuerdo con su perspectiva, los vecinos evitan meterse en problemas de otros en los cuales pueden terminar lastimados ya que “la liga cualquiera”. Como respuesta, él toma una actitud vigilante y protectora sobre su hogar, que implica estar despierto y alerta durante la noche: “Yo me tengo que levantar a las cuatro de la mañana, quedarme parado ahí afuera para que no intenten cruzar por acá para el terreno del fondo”. Estos representan un riesgo mayor para su salud si se considera que Luis presenta una patología cardiovascular de gravedad. En línea con Corburn (2017), sostener una actitud vigilante puede constituir una de las vías por las cuáles el ambiente se “corporiza”, produciendo mayores niveles de estrés y las posibles repercusiones sobre la cantidad y calidad del descanso. Además, “cuidarse solo” implica potencialmente un mayor sentimiento de miedo producto del aislamiento social, reforzando las cargas de ansiedad y/o estrés, particularmente cuando hay peleas o enfrentamientos en el barrio.

En este marco, hay vecinos que deciden portar armas. En el caso del propio Luis, supo tener armas de fuego, pero ahora ya no la tiene para “evitar una desgracia”. Más allá de su situación particular, la decisión entre distintas estrategias o

mecanismos de autodefensa puede explicarse como el resultado de la capacidad diferencial de agencia de los habitantes del barrio en un marco en que el Estado no sostiene el cumplimiento de las normas sociales (entre otros factores, a partir de la presencia policial). La demora en la respuesta policial se suma a la sospecha de connivencia, reforzando la necesidad de establecer prácticas de autopreservación. En las elecciones de los mecanismos intervienen distintas dimensiones como habilidades particulares (conocimiento sobre el manejo de armas, por ejemplo), recursos, trayectorias personales y sociabilidades; así como por la percepción de riesgos y las experiencias previas de inseguridad (Lorenc et al., 2012). También intervienen aspectos de género, ya que la portación de armas se vincula con un rol protector y con características como la fortaleza y la valentía, propias del modelo de masculinidad hegemónica tal como lo describen Connell y Messerschmidt, (2005).

La responsabilidad por la seguridad propia y la de los seres queridos implica que la vigilancia permanente y las estrategias frente a la inseguridad se constituyan como parte de las prácticas cotidianas de las personas en la ciudad, generando así una espacialidad específica vinculada a estas prácticas. Estas prácticas de vigilancia y protección se inscriben entonces en el “modo de vida colectivo” (Breilh, 2010) de esta parte del barrio, afectando estilos de vida individuales y familiares y el bienestar psicofísico a partir de mayores niveles de estrés producto de una mayor inseguridad subjetiva y/o riesgos directos. El “cuidarse solo” señala también un efecto sobre las relaciones con los otros (que pueden ser o no objeto de sospecha) y sobre la sociabilidad, ya que implica la ausencia de acciones colectivas y la negativa a recurrir a otros para establecer redes de ayuda, afectando los lazos intrabarriales como soportes colectivos. De esta forma, se conjugan la falta de seguridad pública, las representaciones negativas sobre algunas partes del barrio y sus habitantes, que contribuyen al deterioro del vínculo social en estas áreas. El mayor aislamiento, el recorte del capital social y una menor capacidad de demanda colectiva se asocian a su vez con peores estados de salud psicofísica (Lorenc et al., 2012).

Sin embargo, en el barrio también existen redes de comunicación entre vecinos donde se notifican hechos de inseguridad, se coordinan para saber qué lugares

evitar e incluso se organizan respuestas colectivas a las bandas –como el caso del “barrio de los paraguayos” donde los hombres de dicha colectividad corren en conjunto a las bandas de jóvenes que “ranchean” allí (Freidin et al., 2020). Si bien estas prácticas resaltan un aspecto comunitario, se desarrollan para la defensa de un colectivo más pequeño frente a otros grupos, por lo cual contribuyen a la fragmentación de la comunidad barrial. Los vecinos también se organizan en ocasiones frente a episodios particulares de inseguridad. Tomás narra un episodio en el que varios vecinos se comunicaron vía WhatsApp para actualizarse sobre la ubicación de un joven que había ingresado a robar a una casa. A partir de la coordinación entre vecinos, pudieron avisar a Prefectura, que finalmente pudo capturarlo. Se dan así prácticas colectivas y espontáneas que apuntan a producir un marco de seguridad entre los mismos vecinos.

Las estrategias de autopreservación y de cuidado del grupo familiar cobran mayor relevancia si se consideran los testimonios sobre el desempeño de las fuerzas de seguridad. Algunos relatos, como el de Silvio, describen una mayor presencia de los móviles municipales, o el de Lautaro, que rescata la mayor cantidad de cámaras y cómo esto mejoró la situación a su parecer. Luis explica que las patrullas se demoran porque “la policía no quiere romper su patrullero”. Esto se debe a que, en algunas oportunidades, los vecinos tiraron piedras a los patrulleros policiales luego de que estos llegaran considerablemente después de los hechos por los que los habían llamado. En la misma línea, Bruno reclama por la presencia de fuerzas “más pesadas” en lugar de las patrullas municipales. Sin embargo, también reconoce que este tipo de fuerzas se concentran más en controlar el tránsito en la ruta cercana al barrio que en brindar seguridad hacia su interior: “están de paso, qué sé yo, se ocupan más de parar a los autos en la ruta que estar vigilando acá”. Esto último marca cómo la presencia de las fuerzas de seguridad busca brindar protección “hacia afuera”, para quienes transitan por zonas cercanas al barrio, antes que para sus habitantes. Así, la acción de las fuerzas de seguridad es considerada generalmente como insuficiente.

En esta línea, denunciar los episodios de inseguridad tampoco resulta una alternativa viable. Los relatos muestran que realizar una denuncia en la policía implica el riesgo de luego ser delatado y sufrir represalias por parte del denunciado:

“No vas a estar apuntando con el dedo porque a más de uno acá han denunciado y después los mismos policías le dicen: mirá, el que te denunció fue tu vecino. Entonces al que te cascotean tu casa es a uno” (Luis). La imposibilidad de realizar una denuncia puede relacionarse con un mayor estrés producto de la mayor responsabilidad individual por la seguridad propia y la familiar. Puede inferirse entonces que esta imposibilidad contribuye al estrés crónico y produce una mayor exposición a riesgos al incrementar la sensación de desprotección e inseguridad subjetiva, como evidencian los testimonios que afirman que “cada uno se cuida solo” o que deben “mostrar plomo” (como se muestra a continuación) para garantizar su seguridad.

El impedimento de acudir a las fuerzas de seguridad luego de ser víctima de un delito recorta considerablemente las posibilidades de acción de los vecinos, que deben optar por recluirse en sus hogares o establecer otro mecanismo de protección. Para Tomás, denunciar implica ser categorizado como “el ortiva que habla” y “tener pecho para bancársela [en referencia a las consecuencias de denunciar]”; mostrando nuevamente como la cuestión de la seguridad refuerza representaciones de la masculinidad hegemónica vinculadas a la capacidad de proteger lo propio a partir de la fuerza física y las armas de fuego. A su juicio, esto implica que termine rigiendo la ley del más fuerte, reforzando la idea de “mostrar plomo”: “Y si le mostrás plomo, se frenan, es así, lamentablemente a veces es la ley del oeste, me pasó a mí en carne propia”. Esta situación también pone de manifiesto cómo la acumulación y superposición de violencias estructurales se “encadenan” y determinan la aparición de prácticas violentas en el espacio barrial, transformando la violencia en un repertorio de prácticas para enfrentar problemas de la vida cotidiana (Auyero et al., 2014). Al reforzar la tendencia a la resolución local de los conflictos, la ausencia policial fomenta además la incidencia de los episodios menos visibles de violencia (aquellos que no se reportan y no derivan en lesiones con atención médica formal). La contracara es una mayor exposición al riesgo individual y familiar en las zonas de mayor delincuencia y menor respuesta policial, así como una mayor erosión de los lazos sociales producto de la desconfianza.

Aun en un contexto de desconfianza hacia las fuerzas de seguridad, la experiencia de vivir en un lugar inseguro puede asociarse con mayores demandas

preventivas/disuasivas. Esto es claro cuando Tomás relata una experiencia, que valora positivamente, con un jefe policial de calle que “se puso la mochila al hombro” y dispersó las juntas en el barrio. Esto va en línea con las orientaciones mayoritarias de la población hacia medidas preventivas frente al delito, antes que el apoyo de penas más severas, tal como muestran estudios con encuestas en Argentina (Otamendi, 2014). En el caso de Tomás, su relato puede vincularse a una demanda por cambios en la territorialidad y en el orden público barrial, reclamando que sea la policía la que controle las pautas de comportamiento, uso y apropiación del espacio público.

Tomás- El tipo se tiró la mochila en la espalda y salió con dos, tres patrulleros a la calle y los desparramó todos, no los dejó que se junten más en las esquinas, el barrio estaba más tranquilo. [...] Y después, bueno, volvió a lo mismo, porque si no mantenés eso del patrullaje continuo y no dejarlos que se junten en las esquinas, y el hecho de la presencia policial es muy importante, porque eso ya no los deja con libre acción de hacer lo que quieren.

No obstante, la discontinuación de la presencia policial (“volvió a lo mismo”) implica que al momento de la entrevista Tomás afirmara que “quedás a la buena de Dios” a la vez que matizaba la responsabilidad policial, aclarando que “hacen lo que pueden”. Es decir, Tomás ubica la responsabilidad en niveles más altos de la institución policial y/o del Estado municipal y provincial. En su caso, esta situación se relaciona con la portación de armas para defender a su hogar y a su familia. En el siguiente fragmento relata un episodio que se dio a raíz de un robo a su sobrino en el barrio. Luego del robo, su esposa quiso hablar con las madres de los chicos que le habían robado a su sobrino. Su sobrino quiso ir a buscar con un cuchillo a quienes le habían robado. Como estos eran un mayor número, terminaron refugiados en el hogar de Tomás. Cuando los agresores empezaron a tirarle piedras a su casa, Tomás decidió sacar junto a su hijo dos armas que tienen en su casa y disparar al aire como signo de advertencia. Si bien la situación se desactivó, esta podría haber llevado a una escalada en la violencia.

Todos atrás de él, todos corriendo para acá, yo ya lo empujé para adentro de la casa de un vecino, le dije: quedate, que estaba con el bebé en brazos, y cuando vengo acá nos agarraron a cascotazos la casa y yo sé lo que viene después, te rompen toda la casa, no les importa nada, más allá de que los otros también

tenían armas, y dije bueno, de tripas corazón, lamentable, saqué el arma, mi hijo agarró la recortada, y tiramos dos tiros al aire y salieron como ratas.

En su relato se evidencia el razonamiento que justifica el usar armas para defender el hogar. La imposibilidad de contar con la policía (que “brillaba por la ausencia”) implica que para él haya otra alternativa, ya que sino “te rompen toda la casa”. En línea con Otamendi (2014), la insatisfacción por parte de las fuerzas de seguridad de la demanda de seguridad puede resultar en un mayor protagonismo de las respuestas privadas hacia este problema, tanto legales como ilegales. En este caso, para la defensa de su la familia y para la afirmación del control sobre las inmediaciones de su hogar: “En mi casa también hay chicos. Le digo el problema no es conmigo, fue con mi sobrino, o sea, arreglalo con él, si él vino acá no me interesa, en mi casa mi familia no se toca”. La contracara de estas prácticas es una exposición directa a riesgos físicos y psicológicos, vinculados al estrés crónico frente a los episodios de violencia. La participación de su hijo en el acto de defensa muestra además el carácter aprendido de la violencia (Auyero y Berti, 2013).

Tomás luego profundizó sobre las razones que lo llevan a tener armas en su hogar. Su caso es un buen ejemplo de cómo la aprobación sobre la tenencia de armas de fuego para protección personal se relaciona principalmente con la percepción sobre la probabilidad de ser víctima de un delito o una mayor preocupación por el mismo y/o con dimensiones afectivas (el temor o la ira hacia los delincuentes) (Otamendi et al., 2019). Sus palabras muestran que es principalmente la preocupación por el delito y su frustración con la situación del barrio (falta de respuesta policial, juntas en la calle, drogadicción y narcomenudeo) lo que lo motivan a tener armas en su hogar. Esta situación es también ilustrativa del carácter interactivo y concatenado de la violencia urbana (Bourgois, 2009; Auyero y Berti, 2013). La ocurrencia de hechos de inseguridad en el barrio, la consecuente alimentación de la inseguridad subjetiva y objetiva y la falta de respuesta policial propicia de este modo que Tomás disponga de las armas de fuego como medio de defensa personal y familiar, con la mayor probabilidad de dañar o ser dañado en este proceso.

4.2 La salud en un territorio estigmatizado

La representación de un territorio como inseguro y/o violento contribuye a la generación de estigmas territorializados, que se transmiten hacia sus habitantes. En otros trabajos abordamos cómo el zanjón que atraviesa el barrio es percibido como una barrera física y simbólica que divide el barrio en dos, condicionando la movilidad de las personas de uno y otro lado, la disponibilidad de servicios, equipamiento urbano y comercios, así como la incidencia de hechos de inseguridad y violencia y marcando diferencias en la “higiene barrial” (Freidin et al., 2020). Aquí analizamos cómo los hechos violentos en la zona del “fondo”, un área más pequeña dentro de un área mayor ya estigmatizada, se vinculan con representaciones negativas específicas sobre esta zona.

En primer lugar, el estigma puede identificarse por demarcadores de distinto tipo. En el relato de Lautaro quedan claros los demarcadores materiales y simbólicos del estigma espacial. Así, explica que en la zona que es considerada como la más peligrosa del barrio puede ser identificada a través de la presencia de carros, casa de chapa, pero más significativamente, porque “vas a escuchar cumbia, gente en la esquina, todo eso”. Si los espacios se asocian con sociabilidades y prácticas específicas que determinan modos de vida particulares territorializados, estos modos de vida pueden ser representados positiva o negativamente por otros sujetos y ser asociados a distintos riesgos. En este contexto, hay zonas del barrio por donde la gente no quiere pasar por temor a ser víctima de un episodio de inseguridad (vinculado a la presencia de “vagos”), aunque para Lautaro la situación se relaciona con conocer o no cada una de las zonas. Sin embargo, reconoce que hay áreas por las que él prefiere no transitar, a la vez que reconoce la dimensión de género que representa la percepción de un lugar como inseguro, alterando de forma diferencial los trayectos al interior del barrio. Transitar por un espacio percibido negativamente puede ser una fuente de malestar, más aún si se transita en reiteradas oportunidades en la vida cotidiana.

“[...] hay gente que no quiere pasar por ahí, porque, bueno, lo ven de otra manera, viste, alguna gente, como que es una zona peligrosa, le dicen, o te van a robar, o vas a pasar por ahí... una chica no va a pasar ni ahí, una chica del otro lado de la ruta o del otro lado del zanjón, ponele, por ejemplo, porque le agarra miedo

pasar por ahí, están todos los vagos y todo eso, es como que... Ponele, yo no, yo conozco... este barrio lo conozco hace un montón y ando por todos lados. Hay lugares que prefiero igual ni pasar porque... conozco, y hay gente que no quiero ver y así, viste."

No obstante, los relatos no apuntan exclusivamente a los carreros como portadores del estigma. Como vimos más arriba, algunos testimonios apuntan a "los paraguayos" como colectivo al hablar de la venta de drogas, extendiendo una representación negativa hacia todo ese grupo. Además, como podemos ver en el siguiente fragmento de la entrevista con Silvio, también se asocia a quiénes vinieron de "otros barrios" a las viviendas sociales ubicadas en la zona del fondo. Las palabras de Silvio dan cuenta de cómo el estigma hacia otros, provenientes de otros barrios, como portadores de conductas moralmente reprobables se entrecruza con la asignación de viviendas sociales. Aquí también puede verse otras de las estrategias frente al estigma. Asignar la responsabilidad por las conductas y atributos estigmatizados implica desligarse personalmente del mismo, desplazando el estigma hacia esos otros. En su relato, responsabiliza entonces a los nuevos habitantes del barrio por las situaciones de violencia e inseguridad. Además de la fragmentación entre ambos grupos que producen estas representaciones, la mayor tensión entre ambos puede derivar en episodios de violencia. Esto da cuenta de las dinámicas de retroalimentación entre estigma y violencia, afectando la salud a nivel colectivo e individual a través del deterioro de la identidad individual y colectiva y sus consecuencias (Keene y Padilla, 2014).

Silvio- [...] se hizo un barrio nuevo, que son departamentos, ahí es como que vinieron gente de otro barrio y... porque... vinieron gente de otro barrio, de otros lugares que, bueno, lo empeoraron al barrio. [...] vinieron mala gente, mala gente, y sus hijos son iguales. [...] Se drogan, pelean entre ellos, pelean... buscan pelea a otros, van y le roban un celular a un mismo vecino, sin darse cuenta, a través de la droga, obviamente [...]

Luis comparte la posición de Silvio con respecto a los nuevos habitantes del barrio, aun siendo él uno de ellos. En el siguiente fragmento, puede notarse cómo a partir de la percepción de quiénes fueron "metidos" en las nuevas viviendas como sujetos que no lo merecen debido a los bienes materiales de los que disponen, se generaliza esta condición a los habitantes del nuevo barrio. Más significativamente, el relato

también revela otra de las estrategias posibles frente al estigma: abandonar el barrio estigmatizado (Wacquant et al., 2014).

Luis- Y eso generó otro conflicto, por qué, porque ellos peleaban que la gente tiene que ser toda de [Reconquista] primero, y resulta que los que están acá no son de [Reconquista], [...] son de otro[s] barrio[s], no son de acá. [...] Los tipos, no estoy en contra de ellos, el tipo anda con una Hilux que vale una fortuna. Está bien, se lo ganaron, todo lo que vos quieras, pero vive en un departamento. A mí, mirá, si a mí me dan una plata, pero sabés cómo yo no vendría a vivir acá, yo vine acá por necesidad, no porque tengo. Si yo tuviera no estoy viviendo acá, me compro un lote en otro lado [...].

El estigma y la acumulación de desventajas también implican un deterioro de la capacidad de demanda de los grupos estigmatizados. Por ejemplo, Silvio explica que para lograr que instalen luminarias “es una lucha”. En este caso, la menor iluminación favorece la percepción del lugar como inseguro, que contribuye a que las personas busquen evitar la zona. Se genera así una dinámica de retroalimentación negativa, en la cual el espacio se percibe como inseguro a raíz de la falta de iluminación, esto alimenta el estigma sobre esa zona en particular, cuyos habitantes se ven a la vez con una menor capacidad para demandar por la instalación de dichas luminarias. Las palabras de Damián muestran como esta situación se refleja en una sensación de abandono, nuevamente en la zona del fondo: “quizás lo que es hasta [nombre de calle] está iluminado, pero por ahí te metés por [nombre de calle] y querés ir para el lado de allá del terraplén y no, no está tan iluminado, viste, está un poco abandonado. Pero sí, yo qué sé, normal”. Dicha sensación de abandono puede relacionarse con una mayor inseguridad subjetiva y objetiva y efectos sobre el bienestar psicofísico. La percepción de esta situación como normal también da cuenta de cómo el estigma se inscribe en una dinámica de acostumbramiento a las condiciones de vida, que pueden eventualmente hacer desistir de realizar reclamos a los habitantes de estas zonas y prolongar el efecto acumulativo sobre su bienestar y su salud.

La percepción de ciertas áreas como inseguras repercute en las decisiones de otros actores, como los comerciantes. Para las mujeres del barrio, parte de la experiencia del estigma barrial se percibía a partir de la presencia de la mayoría de los comercios en el “mejor” lado del barrio, generando que “ellos [quienes residen del

“mejor” lado] no tengan nada que hacer acá [del “peor” lado]” (Freidin et al., 2020). Allí, basados en Wacquant et al. (2014), dimos cuenta de cómo los comercios tienden a evitar instalarse en zonas con reputaciones negativas, que a su vez refuerza el estigma que pesa sobre esas zonas. La lejanía de los comercios dificulta el acceso a recursos que pueden afectar al cuidado de la salud, constituyendo una de las vías a través de las cuales el estigma afecta la salud (Keene y Padilla, 2014). La repetición de hechos de inseguridad también afecta la disponibilidad de recursos sanitarios, con un efecto directo sobre las posibilidades de cuidado de la población. En una visita reciente al barrio constatamos cómo derrumbaron una posta sanitaria localizada en la zona del “fondo”. De acuerdo con testimonios del equipo de salud del Centro de Atención Primaria ubicado en el barrio, la situación ya era “insostenible” por los robos reiterados de equipamiento básico y por la propia sensación de inseguridad que les generaba a quienes debían ir a la posta.

Sin embargo, no son solamente los discursos de otros habitantes del barrio los que producen y reproducen el estigma. Como ya se adelantó, el estigma es producido tanto “desde arriba” como “desde abajo” (Larsen y Delica, 2019; Freidin et al., 2020). La producción desde arriba, además de los discursos periodísticos y de autoridades estatales, también involucran a los dispositivos de geoposicionamiento y navegación. Tal es así que la denominación de “zona peligrosa” a partir del GPS se ubica como un potente elemento disuasorio para quienes no conocen o habitan el barrio, limitando los ingresos (Freidin et al., 2020). Así, tanto Damián como Luis comentan que el GPS categoriza como zona peligrosa a la zona del fondo, a la que las mujeres del barrio se referían como “zona roja” (Freidin et al., 2020). De este modo, se evidencia el rol de los dispositivos sociotécnicos en la producción de imaginarios y representaciones sobre el territorio, particularmente para quienes no lo conocen, que repercuten en la vida de sus habitantes.

Luis explica además que, para quienes no conocen el barrio e ingresan una vez, la experiencia puede resultar en la intención de evitar regresar a esa zona del barrio, incluso cuando se trata de familiares. Las consecuencias potenciales de esta actitud por parte de familiares y conocidos implican limitaciones para la vida social de quienes residen en esta parte del barrio, sumándose al efecto de las estrategias previamente mencionadas para evitar los episodios de inseguridad. Además, no

poder recibir visitas implica mayores costos de transporte público o privado en caso de visitar a sus familiares. En caso de utilizar el transporte público, también implica el riesgo asociado a caminar hasta la parada del colectivo ubicada del otro lado del zanjón, debiendo atravesar la zona del “fondo”. Por lo tanto, estas dimensiones dan cuenta de cómo los episodios de violencia interpersonal, la percepción de un lugar como inseguro y las reputaciones negativas que se construyen en esos territorios, se articulan y afectan el bienestar psicofísico a través de distintas vías. Si bien los entrevistados no refieren explícitamente a padecimientos para su salud mental, es posible inferir que la actitud de vigilancia constante, la preocupación por el bienestar propio y familiar, el aislamiento social y la sensación de estar inseguro en el propio hogar son fuentes de malestar psíquico en la vida cotidiana. Cabe destacar que esta relación no es lineal debido al carácter acumulativo y sinérgico de los múltiples procesos que atraviesan el territorio barrial y determinan la salud de sus habitantes.

Luis- Sí, nosotros figuramos [como zona peligrosa en el GPS], por eso mucha gente no entra acá. Si algún familiar viene alguna vez acá, y, capaz que dos veces no quiere venir, eh. Porque cuando sale o cuando entra por ahí le hacen problema, o por ahí dejan el coche afuera, o por ahí se lo quieren abrir, pasan los chicos...

Si bien se localiza fundamentalmente en la zona del fondo, el estigma también abarca a la zona del “otro” lado en general. Tal es el caso de los remises de afuera del barrio, que evitan ingresar a esta parte del barrio por temor a episodios de inseguridad. Así, restringen la movilidad de quienes habitan en esta zona que, como solución, suelen tomar remises de esa misma parte del barrio. Ahora bien, la valoración de los remises externos al barrio sobre la zona del “peor” lado inevitablemente se filtra hacia sus residentes. Esto da cuenta de cómo los agentes exteriores pueden constituirse como productores y reproductores del estigma (Larsen y Delica, 2019). Recibir una negativa a entrar a la zona del barrio donde viven, además de la obvia consecuencia de tener que caminar hasta su hogar, implica también el refuerzo de la reputación negativa del barrio y del colectivo que lo habita, donde los entrevistados están incluidos. Esta situación fue común entre mujeres que residen en el barrio, acudiendo a la misma estrategia para evitar ser discriminadas por la zona en la que viven (Freidin et al., 2020). Las dificultades para

desplazarse por la ciudad pueden ser críticas al momento de requerir un transporte con urgencia, más aún si se consideran las demoras de ambulancias que comentaron los participantes en diversas ocasiones y en trabajos anteriores (Freidin et al., 2019). En esos momentos, la solidaridad entre vecinos puede ser crucial para evitar episodios de gravedad o para atender una urgencia, como comentaron las mujeres del barrio.

También es el caso de Bruno, para quien “es una picardía” que los remises no quieran ingresar a la zona del fondo porque terminan viendo al barrio “de una forma que a la gente no le gustaría que lo miren”. Sin embargo, en su relato va más allá y señala que la instalación del puesto de Prefectura reforzó la percepción de peligrosidad de la zona. Por esta razón él hubiera preferido que construyan un centro de salud “o algo más protegido”. En este sentido, Luis explica que la instalación de la base de Prefectura fue “una traición” a los vecinos, ya que les habían prometido la construcción de otro centro de salud. Al margen del engaño, la instalación de esta fuerza de seguridad derivó en un refuerzo de la representación de esta zona como peligrosa, pero sin traer como beneficio un mayor control o mayor presencia de fuerzas de seguridad. Como dijimos más arriba, esta fuerza se dedica principalmente a los controles de tránsito en la ruta provincial que atraviesa el barrio.

Finalmente, la conjunción de episodios de inseguridad, representaciones negativas sobre la zona en la que viven y la sensación de abandono pueden llevar a decisiones drásticas. En el caso de Tomás, junto con su familia están considerando devolver la casa que el Municipio les otorgó. Ésta se ubica en el extremo de la zona del fondo, frente al río Reconquista. La alternativa sería volver al terreno donde vive su suegra, del otro lado del zanjón. Si bien allí también hay inseguridad, “no tenés las batallas campales que hay acá, no hay por ahí el abandono que ves acá”. Una de las razones principales para contemplar esta posibilidad es la crianza de sus hijos. Las palabras de Tomás dan cuenta de su reconocimiento del carácter aprendido de la violencia y de las formas en que se encadenan los distintos tipos de violencia. También muestra su preocupación acerca de las representaciones que pesan sobre un área específica y cómo estas se transmiten hacia quienes viven allí. Esta perspectiva puede ser una fuente de malestar, con un efecto acumulativo que impacta

potencialmente sobre el bienestar psicofísico de Tomás y su familia. Si bien su decisión apunta principalmente a evitar vivir en la zona en la que se desarrolla una parte importante considerable de los conflictos barriales, su relato también puede relacionarse con la búsqueda de abandonar la residencia en un lugar estigmatizado.

“¿en qué barrio se está criando, qué está viendo, qué está mamando? Que vos te acostumbres a ver y lo tomes como natural, una batalla campal de cuarenta monos y que venga el patrullero y ver que el patrullero se va con los vidrios rotos y con la cola entre las piernas, y naturalizarlo. Naturalizar que te roben, que hagan lo quieran y que los cruzás en la calle y se te ríen, y por más que hagas la denuncia nadie hace nada.”

5. Comentarios finales

En este trabajo buscamos abordar las percepciones y estrategias frente a situaciones cotidianas de violencia y estigma de varones adultos que residen en un barrio de clase popular en el conurbano norte del AMBA. En base a sus experiencias y a la descripción general del barrio, hipotetizamos e inferimos sobre las consecuencias del ambiente social para su salud en un sentido amplio. Para ello, incorporamos una perspectiva multiescalar de la violencia y del estigma. Esto nos permitió traspasar las fronteras del barrio para comprender cómo estos fenómenos son una producción social por parte de distintos actores y/o procesos actuando a distintas escalas.

Los relatos de los entrevistados permiten considerar que los episodios de violencia interpersonal y residir en un área estigmatizada afectan su bienestar psicofísico mediante distintos mecanismos. Con respecto a los episodios violentos, estos mecanismos operan principalmente a través de las estrategias autoprotectoras, condicionadas por el accionar policial y las condiciones estructurales que empujan a algunos individuos hacia el delito y/o actitudes violentas. Las consecuencias de estas estrategias implican un mayor aislamiento social y menor circulación por el espacio público (especialmente por la noche), una actitud de vigilancia constante (que puede disparar mayores niveles de estrés y ansiedad), desconfianza hacia los otros (afectando los lazos comunitarios) y, cuando involucran armas de fuego, una mayor exposición a riesgos físicos directos.

Por su parte, el estigma socioterritorial refuerza los efectos de aislamiento social a partir de las dificultades para recibir visitas. También dificulta el acceso a recursos por la falta de comercios ubicados en la zona y la negativa de remises a ingresar. Estas situaciones pueden vincularse a sensaciones de malestar, que pueden llevar incluso a la intención de abandonar el barrio. Estos mecanismos pueden relacionarse a su vez con mayores niveles prolongados de estrés, vinculándose con el estrés tóxico. Cabe destacar que los entrevistados más grandes presentan algunas de las enfermedades crónicas que Corburn (2017) relaciona con esta condición: diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular, sobrepeso y obesidad.

Aunque resulta imposible establecer una causalidad directa entre el ambiente social del barrio y estas condiciones, no debería descartarse esta relación para comprender sus estados de salud. La violencia y el estigma se inscriben en las prácticas cotidianas, con un efecto acumulativo sobre el bienestar que puede expresarse en múltiples formas. Incorporar una perspectiva desde el ensamblaje permite considerar los efectos del ambiente social sobre el bienestar y la salud como una consecuencia de la superposición entre procesos de exclusión social (la transformación del mercado de trabajo, del rol del Estado y la polarización social), la acción intermitente y selectiva de las fuerzas de seguridad y la propia subjetividad y agencia de los entrevistados, que elaboran respuestas a los problemas que enfrentan en la vida cotidiana. Es decir, esta perspectiva implica asumir la multicausalidad de las condiciones de salud de la población y descartar relaciones lineales. En este marco, los resultados que estas prácticas tienen sobre la salud también resultan un emergente del ensamblaje entre distintos procesos. De esta forma, la determinación de la salud se produce no por el efecto aislado de cada una de estas dimensiones, sino por su acción conjunta. Lógicamente, los efectos sobre la salud son más directos al involucrarse armas de fuego, por los riesgos físicos inmediatos que conllevan.

Desde este encuadre, este tipo de problemas implica asumir abordajes intersectoriales, más allá de los servicios y políticas de salud. Requiere compensar la violencia estructural y simbólica a partir de políticas que faciliten la inserción laboral y la inclusión social de quienes tienen mayores desventajas. También

implica avanzar en procesos de urbanización integrales, que asuman al territorio como hábitat y consideren la relación de los barrios con el resto de la ciudad. Como muestran los testimonios respecto de la política de vivienda implementada en el “fondo”, desconocer las dinámicas socioespaciales que se desarrollan al interior del barrio –como se organizan las distintas áreas barriales, relaciones entre vecinos y con las distintas partes del barrio– puede generar tensiones entre los habitantes del barrio y reforzar problemáticas ya presentes, como la violencia barrial y las experiencias de inseguridad.

Finalmente, es necesario reconocer las distintas temporalidades de los procesos socioespaciales. Mientras que las falencias de recursos materiales pueden resolverse por vías más o menos rápidas, el peso del estigma socioterritorial tiene un mayor alcance temporal y presenta mayores desafíos por sus efectos sobre la cohesión social y la sociabilidad. La acumulación y superposición de desventajas y violencias estructurales presenta un serio desafío en este sentido y requiere de la conjunción de la participación comunitaria, pero también de la corrección de mecanismos estigmatizantes por parte de agentes estatales, fuerzas de seguridad y privados.

6. Referencias

- AUYERO, J. & BERTI, M. F. (2013). *La violencia en los márgenes: una maestra y un sociólogo en el conurbano bonaerense*. Buenos Aires: Katz.
- AUYERO, J. & SWISTUN, D. (2008). *Inflamable: estudio del sufrimiento ambiental*. Buenos Aires: Paidós
- AUYERO, J., BURBANO De Lara, A., & Berti, M. F. (2014). Uses and Forms of Violence among the Urban Poor. *Journal of Latin American Studies*, 46(3), 443-469. <https://doi.org/10.1017/S0022216X14000698>
- BERGMAN, M., & KESSLER, Y. G. (2008). Vulnerabilidad al delito y sentimiento de inseguridad en buenos aires: determinantes y consecuencias. *Desarrollo Económico*, 48(189-190), 209–234.
- BLANCO GIL, J. y LÓPEZ ORELLANO, O. (2007). Condiciones de vida, salud y territorio: un campo temático en (re) construcción. En E. J. Carillo Soto y E. Guinsberg (Eds), *Desafíos de Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar.
- BOURGOIS (2009) Recognizing invisible violence: A thirty-year ethnographic retrospective. En Bourgois, P., Rylko-Bauer, B., Whiteford, L., & Farmer, P. (Eds.) *Global health in times of violence*. New México: School for Advanced Research Press.
- BREIHL, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, 6(1): 83-101.
- CONNELL, R. W., & MESSERSCHMIDT, J. W. (2005). Hegemonic masculinity rethinking the concept. *Gender and Society*, 19(6), 829–859. <https://doi.org/10.1177/0891243205278639>

- CORBURN, J. (2017). Urban place and health equity: Critical issues and practices. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(2), 1–10. <https://doi.org/10.3390/ijerph14020117>
- FREIDIN B., BALLESTEROS, M., KRAUSE, M., WILNER, A., (2020) Estigmatización territorial y salud: experiencias de desigualdad social en la periferia de Buenos Aires. *Estudios demográficos y urbanos*, 35, 1 (103): 153-183.
- FREIDIN, B., BALLESTEROS, M., WILNER, A. (2019) Navegando los servicios de salud públicos: experiencias de mujeres de sectores populares en la periferia de Buenos Aires, *Saúde e Sociedade*, 28 (4): 73-86.
- GAITÁN-ROSSI, P., & VELÁZQUEZ GUADARRAMA, C. (2021). Revisión sistemática de la literatura sobre mecanismos que vinculan crimen y pobreza. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*, 28, 1. <https://doi.org/10.29101/crcs.v28i0.14685>
- KEENE, D. E., & PADILLA, M. B. (2014). Spatial stigma and health inequality. *Critical Public Health*, 24(4), 392–404. <https://doi.org/10.1080/09581596.2013.873532>
- LARSEN, T. S., & DELICA, K. N. (2019). The production of territorial stigmatisation: A conceptual cartography. *City*, 23(4–5), 540–563. <https://doi.org/10.1080/13604813.2019.1682865>
- LORENC, T., CLAYTON, S., NEARY, D., WHITEHEAD, M., PETTICREW, M., THOMSON, H., CUMMINS, S., SOWDEN, A., & RENTON, A. (2012). Crime, fear of crime, environment, and mental health and wellbeing: Mapping review of theories and causal pathways. *Health and Place*, 18(4), 757–765. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2012.04.001>
- MCFARLANE, C. (2011). The City as Assemblage: Dwelling and Urban Space. *Environment and Planning D: Society and Space*, 29(4), 649-671. <https://doi.org/10.1068/d4710>
- MURATORI, M., & ZUBIETA, E. (2016). La inseguridad subjetiva como mediadora del bienestar social y clima emocional. *Psicodebate*, 16(2), 95. <https://doi.org/10.18682/pd.v16i2.602>
- MURATORI, M., Salvia, A., & PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA SANTA MARÍA DE LOS BUENOS AIRES (Eds.). (2018). *Inseguridad ciudadana en la población urbana argentina (2010-2016): Evolución, condicionantes y efectos sobre el bienestar subjetivo (1a edición)*. UCA : EDUCA.
- OTAMENDI, A. (2014). ¿Demandas de seguridad o demandas de “mano dura”? : El “consenso punitivo” en cuestión en el Área Metropolitana de Buenos Aires (2000-2010). *Hologramática*, 21(2), 155–174.
- OTAMENDI, A., BALARDINI, M., & DÍAZ, J. (2019). Prácticas, territorios y sentidos sobre la inseguridad (In) seguridad y armas de fuego en la Argentina actual : aproximación a las percepciones legas en el conurbano bonaerense. *II Jornadas de Estudios Sociales Sobre Delito, Violencia y Policía. La Seguridad En Cuestión*, 9 y 10 de abril, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- STAFFORD, M., CHANDOLA, T., & MARMOT, M. (2007). Association Between Fear of Crime and Mental Health and Physical Functioning. *American Journal of Public Health*, 97(11), 2076-2081. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.097154>
- WACQUANT, L., SLATER, T., & PEREIRA, V. B. (2014). Territorial stigmatization in action. *Environment and Planning A*, 46(6), 1270–1280. <https://doi.org/10.1068/a4606ge>
- WILNER, A. (2021) *Territorio y salud: experiencias de varones adultos de clase popular en un barrio del conurbano bonaerense*. (Tesis de Maestría). Instituto del Conurbano, Universidad Nacional de General Sarmiento
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2010). *Why urban health matters*. Washington DC: World Health Organization.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2014). *Global status report on violence prevention 2014*. Luxemburgo: World Health Organization.