

Echeguía Cudolá, Trinidad

Intervenciones de promoción de la salud desde un equipo de atención comunitaria de la zona sur de la ciudad de Córdoba como estrategia de construcción de bienestar subjetivo y comunitario

**Tesis para la obtención del título de grado de
Licenciada en Psicología**

Directora: Chena, Marina

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Intervenciones de Promoción de la Salud desde un Equipo de Atención Comunitaria de la zona sur de la ciudad de Córdoba como estrategia de construcción de bienestar subjetivo y comunitario.

Contexto Social - Comunitario

Autora: Echeguía Cudolá, Trinidad.

Ciudad de Córdoba, Argentina.

2020

Intervenciones de Promoción de la Salud desde un Equipo de Atención Comunitaria de la zona sur de la ciudad de Córdoba como estrategia de construcción de bienestar subjetivo y comunitario.

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Intervenciones de Promoción de la Salud desde un Equipo de Atención Comunitaria de la zona sur de la ciudad de Córdoba como estrategia de construcción de bienestar subjetivo y comunitario.

Contexto Social - Comunitario

Autora: Echeguía Cudolá, Trinidad.

Directora: Lic. Chena, Marina.

Ciudad de Córdoba, Argentina.

2020

Por qué escribo/3

(...)

Intenté, y sigo intentando, aprender a volar en la oscuridad, como los murciélagos, en estos tiempos sombríos.

Intenté, y sigo intentando, asumir mi incapacidad de ser neutral y mi incapacidad de ser objetivo, quizás porque me niego a convertirme en objeto, indiferente a las pasiones humanas.

Intenté, y sigo intentando, descubrir a las mujeres y a los hombres animados por la voluntad de justicia y la voluntad de belleza, más allá de las fronteras del tiempo y de los mapas, porque ellos son mis compatriotas y mis contemporáneos, hayan nacido donde hayan nacido y hayan vivido cuando hayan vivido.

Intenté, intento, ser tan porfiado como para seguir creyendo, a pesar de todos los pesares, que nosotros, los humanitos, estamos bastante mal hechos, pero no estamos terminados. Y sigo creyendo, también, que el arcoíris humano tiene más colores y más fulgores que el arcoíris celeste, pero estamos ciegos, o más bien enceguecidos, por una larga tradición mutiladora.

Y en definitiva, resumiendo, diría que escribo intentando que seamos más fuertes que el miedo al error o al castigo, a la hora de elegir en el eterno combate entre los indignos y los indignados.

Eduardo Galeano, *El cazador de Historias*, 2016.

ÍNDICE.

| | |
|--|----|
| ÍNDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS | 8 |
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 9 |
| 2. CONTEXTO ESPECÍFICO DE LA PRÁCTICA..... | 12 |
| 2.1 CAMPO DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL – COMUNITARIA | 13 |
| 2.2 OBJETO DE ESTUDIO..... | 15 |
| 2.3 QUEHACER PROFESIONAL..... | 16 |
| 2.4 MÉTODO DE INTERVENCIÓN..... | 17 |
| 2.5 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN Y APRENDIZAJE..... | 19 |
| 3. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN..... | 21 |
| 3.1 CENTRO DE SALUD Y EQUIPO DE ATENCIÓN COMUNITARIA | 22 |
| 3.2 LINEAMIENTOS DE TRABAJO | 23 |
| 3.3 CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES Y TERRITORIALES | 25 |
| 4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN..... | 27 |
| 5. OBJETIVOS..... | 29 |
| 5.1 OBJETIVO GENERAL..... | 30 |
| 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 30 |
| 6. PERSPECTIVA TEÓRICA | 31 |
| 6.1 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD..... | 32 |
| 6.1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD..... | 36 |
| 6.1.2 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA..... | 38 |
| 6.2 BIENESTAR SUBJETIVO Y COMUNITARIO..... | 39 |
| 6.3 EQUIPO DE ATENCIÓN COMUNITARIA..... | 42 |
| 7. MODALIDAD DE TRABAJO..... | 46 |

| | |
|--|----|
| 7.1 METODOLOGÍA DE LA SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA | 47 |
| 7.2 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DEONTOLÓGICAS | 49 |
| 8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA..... | 52 |
| 8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO. | 53 |
| 8.2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS. | 63 |
| 8.2.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD..... | 63 |
| 8.2.2 BIENESTAR SUBJETIVO Y COMUNITARIO | 70 |
| 8.2.3 INTERVENCIONES DESDE LA PSICOLOGÍA SOCIAL - COMUNITARIA..... | 78 |
| 9. CONCLUSIONES..... | 90 |
| 10. BIBLIOGRAFÍA..... | 94 |

ÍNDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

APS: Atención Primaria en Salud.

EAC: Equipo de Atención Comunitaria.

PPS: Práctica Pre-Profesional Supervisada.

PSC: Psicología Social-Comunitaria.

RISAM: Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental.

UCC: Universidad Católica de Córdoba.

UNC: Universidad Nacional de Córdoba.

1. INTRODUCCIÓN.

En el presente trabajo se expondrá la sistematización de la experiencia realizada en el marco de la Práctica Pre-Profesional Supervisada (en adelante PPS), perteneciente a la Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Córdoba (en adelante UCC). La misma se desarrolló en un Equipo de Atención Comunitaria (en adelante EAC) cuya labor se lleva a cabo en un Centro de Salud de la zona sur de la ciudad de Córdoba.

La práctica realizada se encuentra enmarcada en el área de la Psicología Social – Comunitaria (en adelante PSC), por lo que las actividades, así como la sistematización de las mismas, estuvieron guiadas por la teoría y metodología que caracterizan a esta área de la disciplina, y que serán descriptas en profundidad en los próximos apartados.

Las intervenciones y labores dentro de la práctica estuvieron orientadas hacia la Promoción de la Salud, siendo este un lineamiento central en el cual se plantean y desarrollan las actividades desde el EAC. En conjunto con los profesionales del centro de salud, se realizaron charlas, talleres, eventos, entre otras actividades pensadas con y para la población barrial, a partir del intercambio de experiencias y saberes en conjunto. Dichas actividades fueron destinadas a la construcción de nuevos hábitos y espacios de cuidado, en vistas de aportar a la construcción del bienestar subjetivo y comunitario. Tanto las actividades como las experiencias que resultaron de las mismas serán desarrolladas en profundidad en la presente sistematización.

Se iniciará el trabajo caracterizando la institución en la cual se realizaron las actividades, quiénes la conforman, qué actividades realizan y el contexto en el cual se enmarcan. Se definirá el contexto específico que enmarcó la labor, es decir, el área de la psicología social-comunitaria. Se explicitará su objeto y método, así también como el quehacer del psicólogo social-comunitario y demás definiciones que ayudan a orientar y comprender el trabajo en esta área.

A continuación, se expondrá el eje de sistematización escogido, así también como los objetivos generales y específicos que se propusieron para alcanzar la sistematización aquí expuesta. El eje de sistematización planteado aborda el desarrollo de intervenciones desde la Promoción de la Salud como estrategia de construcción de bienestar subjetivo y comunitario, y fue definido luego del paso por los diferentes espacios de trabajo comunitario que el Centro de Salud ofrece.

Posteriormente se desarrollará el marco conceptual, centrado en tres aspectos principales: Atención Primaria en Salud (en adelante APS), bienestar subjetivo y comunitario y Equipo de Atención Comunitaria que fueron guía para las intervenciones realizadas durante el proceso de práctica, y posibilitaron el análisis posterior de las mismas, con el objetivo de dar sentido a lo vivenciado y generar una nueva mirada sobre los procesos comunitarios acompañados desde el Centro de Salud.

A continuación, se expondrá la metodología utilizada para realizar las diferentes intervenciones y para la sistematización que siguió a las mismas. Luego, se realizará una recuperación del proceso vivido a lo largo del año, caracterizando la etapa de inicio de la práctica, el posterior desarrollo y concluyendo con la etapa de cierre y devolución a la comunidad. En base a lo expuesto en dicho apartado se planteará un análisis y articulación entre la experiencia y la perspectiva teórica.

Finalmente, se desarrollarán las conclusiones que derivaron de dicho análisis y articulación.

2. CONTEXTO ESPECÍFICO DE LA PRÁCTICA.

En este apartado se desarrollarán los conceptos principales que conforman la teoría y práctica del ámbito de la Psicología Social y Comunitaria, con el fin de caracterizar y comprender la labor realizada en el marco de las prácticas y su siguiente sistematización. Se definirá este ámbito, así también como su objeto de estudio, el quehacer que lo define y su método de intervención e investigación.

2.1 CAMPO DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL – COMUNITARIA

Para definir la rama de la PSC, se toma lo desarrollado por la autora Maritza Montero (1984), referente de la psicología comunitaria latinoamericana:

Podríamos describir a la Psicología Comunitaria como la rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social, para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en su estructura social. (p. 387)

La clave de esta definición, y de la esencia de la PSC en sí, es que el foco estará puesto en los individuos, quienes tienen la capacidad y las herramientas para generar cambios e interpelar sus realidades y sistemas de creencias, en busca de su propio bienestar. Por esto el psicólogo es parte de la misma trama que hace al objeto de estudio, a la comunidad.

Maritza Montero (1984) propone tres principios básicos para pensar los lineamientos en los cuales se apoya la psicología orientada al estudio de lo social y lo comunitario. En primer lugar, la autogestión de los sujetos que constituyen el área de estudio, ya que toda transformación y vínculo va a incluir no sólo al objeto de estudio sino al psicólogo como agente de cambio. Tanto el investigador como su objeto de estudio son sujetos que modificarán y serán modificados durante el proceso en comunidad. Es por esto que la autora dirá que la relación que se da es de sujeto-sujeto.

En segundo lugar, la comunidad pensada como centro de poder, refiriéndose a que ésta -a partir de la toma de conciencia de su situación y sus necesidades- pueda asumir el proyecto de su transformación, tomando el control de su actividad. Esto significa oposición a cualquier forma de paternalismo-autoritarismo-intervencionismo.

El tercer principio es la unión imprescindible entre teoría y praxis, única forma de lograr una explicación integradora sobre la situación estudiada y las posibilidades de transformarla.

En base a esto podemos entender que la labor del psicólogo comunitario no es pensable en términos rígidos y lineales, propios del paradigma clásico, y que existe la necesidad de posicionarnos ante la práctica y la teoría desde un nuevo paradigma que tenga en cuenta la complejidad de nuestro sujeto de estudio.

Este nuevo paradigma es el crítico-social de las ciencias sociales, según el cual “no hay una sola verdad, sino subversiones de la verdad; es decir, además de reconocer que hay múltiples verdades, comprende que éstas se encuentran todo el tiempo en conflicto con pretensiones de objetivación.” (Pastrana, Reyes. 2012). Dicho paradigma remarca la psicología como una ciencia objetiva, pero diferente a las ciencias naturales, con un objeto propio. Se piensa entonces al sujeto como activo dentro de su propio contexto, que construye su propia realidad, que influye y está influido por el entorno que lo rodea y que, por ende, el conflicto y la ambigüedad son factores inevitables a la hora de estudiarla.

2.2 OBJETO DE ESTUDIO.

Ante la pluralidad de elementos que se entrecruzan en la práctica profesional del trabajo comunitario es necesaria la existencia de terminologías que sean comunes a todos quienes se desarrollen en esta área. Como explica Castro (1993) muchos de los términos que se utilizan pueden tener distintas connotaciones, reflejos de formas diferentes de concebir y asumir el trabajo comunitario, y con frecuencia genera múltiples dificultades y conflictos.

En la intervención comunitaria, es central la definición de lo que se entiende por comunidad, ya que es ésta, junto con los procesos que la componen, será el objeto de estudio, abordaje e intervención. Es Krause (2001) quien propone un concepto de comunidad incluyendo los diversos factores que le dan forma y sustento. La autora se refiere a tres elementos que van a caracterizar a la comunidad y que la diferencia de otros tipos de conglomerados humanos: la pertenencia, entendida desde la subjetividad como "sentirse parte de" e "identificado con"; interrelación, es decir, comunicación, interdependencia e influencia mutua de sus miembros; y cultura común, haciendo referencia a la existencia de significados compartidos.

Con la definición del objeto de estudio se logra minimizar el componente valorativo que muchas veces suele surgir cuando se estudia algo del cual el mismo investigador es parte. Además, ayuda a eliminar la necesidad de la incorporación del territorio como único factor a la hora de definir a una comunidad. Silvia Plaza (2007) se basa en estos elementos para concluir que lo común- compartido se construirá desde y con lo múltiple. Explica que en la definición de comunidad debemos atender en una aproximación inicial “la unidad en lo común” y “lo diferente en lo compartido”, facilitando la dinámica del conflicto, y formas resolutivas y de abordaje que atiendan la co-existencia de “lo uno y lo múltiple”.

De esta manera se lograrán intervenciones que sean efectivas y que se construyan en el compartir con otros, atendiendo a las particularidades de cada comunidad y que aleje al profesional de una actitud estrictamente directiva que le impida ver la complejidad de su objeto de estudio. La comunidad, como explica Montero (1984), es un grupo social que preexiste al investigador, que posee su propia vida y organización, es por esto que toda intervención que imponga patrones ajenos o desligados al grupo, fracasará.

2.3 QUEHACER PROFESIONAL.

Teniendo en cuenta lo mencionado en los apartados anteriores respecto al sujeto como participante activo dentro de su propia realidad, el quehacer del psicólogo en la intervención comunitaria se dará sólo en la interacción dinámica con el objeto que pretende conocer y entender, es decir, la comunidad. Es por esto que este rol, tomado como un “quehacer”, debe ser lo suficientemente flexible para transformarse según el problema o las necesidades de la comunidad. Como explica Montero (2004) dentro del quehacer del psicólogo comunitario, es necesario pensarse en una teoría que no solamente es mostrada por el profesional, sino que se enriquece con los conocimientos de la comunidad, teniendo como consecuencia que ambos sujetos de la relación se transformen dentro de una relación dialéctica.

Como plantea Plaza (2007), los contextos comunitarios interpelan nuestra acción, nos presentan situaciones nuevas y nos hacen otras preguntas. El quehacer, de esta manera, se construye con y desde los otros, y es por esto que como profesionales nos debemos parar sobre una mirada amplia frente a estos procesos comunitarios que queremos conocer y abordar, haciéndolo desde un marco conceptual lo suficientemente amplio y complejo que facilite la adaptación y posterior intervención de la mejor manera posible.

A su vez, el aporte de Héctor Berroeta (2014) permite profundizar sobre la complejidad de la construcción del quehacer del psicólogo comunitario, y la forma en la que ésta se plantea como un facilitador de los procesos comunitarios. Berroeta aporta una mayor comprensión al modo en que estas prácticas se despliegan, expresando que son acciones direccionadas hacia la transformación, a desarrollar procesos de tendencia creativa, exploratoria y radical, opuestos a procesos de recuperación de tendencias retrógradas, tradicionalistas y conservadores del pensamiento alienante. De esta forma, expresa, los profesionales intentan generar diálogos emancipatorios y concientizadores que promuevan procesos de transformación en el dominio personal, basados en la participación y el respeto por el otro.

2.4 MÉTODO DE INTERVENCIÓN.

La intervención comunitaria es clave en el proceso de comprensión del quehacer en psicología comunitaria. Tal como lo plantea Lapalma (2001), la intervención social comunitaria hace referencia a procesos intencionales de cambio, mediante mecanismos participativos

tendientes al desarrollo de recursos de la población, al desarrollo de organizaciones comunitarias autónomas, a la modificación de las representaciones de su rol en la sociedad y sobre el valor de sus propias acciones. Todo esto enmarca el proceso mediante el cual las organizaciones comunitarias logran acceder a un rol activo que les permite no solo tomar decisiones sobre sus propias realidades y generar herramientas propias para mejorar su bienestar, sino también modificar las condiciones que las marginan y excluyen.

Del cueto (2014) explica que cuando hablamos de intervención comunitaria desde nuestro campo de conocimiento, estamos hablando de una intervención que se realiza a partir de la producción subjetiva de esa comunidad. Es decir, la apuesta que dará lugar a la intervención es la intencionalidad de crear las condiciones que permitan el surgimiento de nuevas subjetividades, donde el aporte de la comunidad y la nueva mirada de los profesionales se complementen en un espacio de intercambio que amplíe y complejice la mirada sobre la realidad en la cual están insertos.

Cuando se habla de producción subjetiva, se aborda el cómo dicha producción se desarrolla interviniendo en la constitución desde los complejos procesos de identificación que ocurren en la intimidad de las relaciones familiares hasta cómo la afectan y modifican los medios de producción, el momento histórico y la política del contexto donde se está inserto (Del cueto, 2014). Es clave el poder entender el entrelazamiento que existe entre el orden simbólico propio de cada sujeto y su lugar como ser dentro de un contexto siempre cambiante y que lo influye en todo momento.

Es por esto que cuando se interviene desde dicha producción subjetiva, se está interviniendo sobre los modos en los que cada sujeto vive y se relaciona con su propio cuerpo e identidad, y sobre las diferentes modalidades de vida social que contienen a la persona en su vida cotidiana. Es necesario, entonces, que toda estrategia de intervención comunitaria se base, desde un comienzo, en el conocimiento y profundización de las significaciones que cada comunidad tiene sobre sus propias necesidades, deseos, expectativas y demás contenidos que hacen a la construcción de la subjetividad en comunidad.

Martínez Rodríguez, Martínez Rodríguez y Paz Lourido (2008) abordan esta manera de intervención explicando que poco sirve planificar intervenciones preventivas en comunidades si no se diseñan desde las necesidades de la comunidad, ni se fomenta la participación de ésta durante todo el proceso. La comunidad, plantearán los autores, es la que conoce la realidad en la que viven y la que elaborara un determinado discurso sobre salud y la enfermedad, los recursos y herramientas que poseen, y la que en último término decide cómo encaminar su proceso hacia una mejor calidad de vida.

2.5 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN Y APRENDIZAJE.

De las diversas complejidades que caracterizan la labor dentro de lo comunitario se deriva la necesidad de un método de investigación que tenga en cuenta todas estas dimensiones y que permita crear ciencia desde dichas complejidades, tanto de las comunidades como de los procesos que se desarrollan en las mismas. Es por esto que se utiliza el método de investigación – acción, que tiene un carácter dinámico y colectivo. La misma es definida como:

Método de investigación y aprendizaje colectivo de la realidad, basado en un análisis crítico con la participación activa de los grupos implicados, que se orienta a estimular la práctica transformadora y el cambio social. El método de la investigación-acción participación (IAP) combina dos procesos, el de conocer y el de actuar, implicando en ambos a la población cuya realidad se aborda. Al igual que otros enfoques participativos, la IAP proporciona a las comunidades y a las agencias de desarrollo un método para analizar y comprender mejor la realidad de la población (sus problemas, necesidades, capacidades, recursos), y les permite planificar acciones y medidas para transformarla y mejorarla. (Montero, 2004.)

Este modo de investigar permite la combinación tanto de teoría como de práctica logrando una apertura que permita el conocimiento de las comunidades en su realidad particular, considerando la multiplicidad de subjetividades y teniendo en cuenta que el investigador también es parte de esa red que estudia y con la cual construye en conjunto.

Esta rama de la Psicología nace como una práctica transformadora que apela a una pluralidad de fuentes teóricas, para intentar la elaboración de un modelo teórico integrador, con una metodología basada en la acción y la participación, en la cual investigadores y sujetos están del mismo lado en la relación de estudio, teniendo en cuenta que ambos forman parte de la misma situación (Montero, 1984).

Es decir, en nuestra práctica nos encontraremos siendo parte de la trama que hace a nuestro objeto de estudio, por lo que no puede pensarse al profesional como sujeto externo a la realidad en la que se incluye, sino como parte de la red que no solo se verá modificada por su presencia, sino que también producirá modificaciones en el propio investigador.

Esto lo expresa claramente Colmenares (2012) cuando retoma a Eizagirre y Zabala y la relación que los autores hacen sobre los tres componentes que hacen a este tipo de investigación. La investigación, explican, consistirá en un procedimiento reflexivo, sistemático, controlado y crítico que tiene por finalidad estudiar algún aspecto de la realidad con una expresa finalidad práctica. La acción no sólo será la finalidad última de la investigación, sino que ella misma representará una fuente de conocimiento, al tiempo que la propia realización del estudio es en sí una forma de intervención. Y, finalmente, la participación significará que en el proceso están involucrados no sólo los investigadores profesionales, sino la comunidad destinataria del proyecto.

Este tipo de metodología invita a la auto-reflexión constante, y al accionar permanente dentro del contexto de estudio, lo que facilita la producción de conocimiento atendiendo toda su complejidad.

3. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN.

En este apartado se caracterizará el Centro de Salud en el cual se ha realizado la práctica y se explicará cómo está conformado el EAC que funciona dentro del mismo, sus lineamientos de trabajo y modalidad de acción. Finalmente se describirán las características territoriales y poblacionales que enmarcan el Centro de Salud.

3.1 CENTRO DE SALUD Y EQUIPO DE ATENCIÓN COMUNITARIA

El Centro de Salud se encuentra ubicado en un barrio de zona sur de la provincia de Córdoba. El mismo pertenece a la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Córdoba, mientras que el EAC depende de la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Córdoba. Desde el inicio de su actividad, las intervenciones del EAC están enmarcadas desde la prevención promoción de la salud, apuntando siempre al desarrollo de espacios y actividades que fomenten la participación y acción comunitaria. (Registro N° 39, 27/09/2018)

El equipo del EAC está conformado por los siguientes profesionales de planta:

- Una Trabajadora Social (Supervisora).
- Un Doctoren Psiquiatra.
- Tres Licenciados en Psicología.

Además, se encuentran profesionales de diferentes disciplinas que rotan cada un año y que llegan a la institución para realizar la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (en adelante RISAM), programa que se desprende del Ministerio de Salud. Durante el desarrollo de la práctica de esta sistematización, se compartieron espacios con psicólogos, psicopedagogos, psicomotricistas y trabajadores sociales.

Finalmente, por unos meses también forman parte del equipo estudiantes de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba (en adelante UNC), que se encuentran realizando sus prácticas en el marco de la cátedra de Psicología Sanitaria

3.2 LINEAMIENTOS DE TRABAJO

(La siguiente información fue extraída de un banner informativo que se hallaba en la sala de espera del Centro de Salud)

El E.A.C cuenta con dos líneas definidas de trabajo. En primer, lugar la prevención y promoción de la salud. Dentro de esta área hay cuatro actividades que se desarrollan con dicho fin:

1. Talleres de promoción y prevención en Salud Mental: Espacios de encuentro por los derechos de salud mental y talleres en las escuelas.
2. Sala en Acción: Encuentros de hombres y mujeres para la reflexión y acción sobre los derechos, además de promover hábitos saludables.

3. Espacios de encuentro en lo comunitario: entrenamiento laboral (tejidos y otros) y taller de memoria.
4. Feria de emprendedores de zona sur: espacio de encuentro, capacitación y feria de personas que desarrollan actividades emprendedoras en diferentes rubros.

La segunda línea de trabajo es la asistencia en el área clínica, que también cuenta con cuatro actividades definidas:

1. Admisión y tratamiento: interconsulta, tratamiento farmacológico/seguimiento, atención individual y en familia, y atención a problemáticas sociales.
2. Trabajo interdisciplinario en Salud Mental: talleres de vida saludable, campañas de salud, atención de casos de riesgo y espacio grupal para personas con patologías crónicas.
3. Programas de capacitación: Práctica pre-profesionales de estudiantes de la UCC, prácticas de psicología sanitaria de la UNC y residentes de la RISAM de Niñez y Adolescencia.
4. Trabajo en red: abordaje intersectorial e interjurisdiccional en escuelas, articulación con la red de niñez y adolescencia de la zona sur, articulación con servicio legal de la UCC, articulación con polideportivo Los Algarrobos para talleres recreativos, articulación con Dirección de Deportes, Promoción social y Registro civil para el desarrollo de proyectos, y vinculación con el Centro Integrador Comunitario de Cabildo para el desarrollo de actividades conjuntas.

Dentro del centro de salud el equipo del EAC organiza diferentes eventos y encuentros en el marco de sus dos líneas de trabajo, como por ejemplo la entrega de semillas para huerta, talleres de tejido, ferias americanas, charlas para víctimas de violencia de género dictadas por personas formadas en la temática, entre otras. Todas estas actividades son difundidas por medio de redes con las instituciones y organizaciones de la zona, y a través de medios electrónicos como es el Whatsapp, teléfono y mail. También se entregan flyers y volantes personalmente y se realizan comunicados de prensa en diarios y radios locales.

Otro método de difusión es la colocación de cartelera dentro de la sala de espera del establecimiento, dentro del cual también podemos encontrar afiches con información sobre métodos anticonceptivos, sobre la lactancia, prevención de la rabia y el zika, además de mensajes que resaltan la importancia del cuidado propio. En la recepción se presenta folletería que informa sobre lugares a los cuales recurrir por asesoramiento legal ante problemas laborales y de violencia, así también como métodos de prevención de enfermedades de transmisión sexual, acompañados de preservativos dispuestos para que los usuarios se lleven.

3.3 CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES Y TERRITORIALES

El Centro de Salud se encuentra ubicado en un barrio ubicado en la zona periférica Sur. Se observa mucha circulación de gente, ya que comparte manzana con un colegio de gran tamaño, y cuenta con un supermercado y múltiples negocios comerciales rodeando el lugar. En la esquina del mismo se pueden encontrar dos paradas de colectivo que reúnen a 4 líneas de transporte urbano que conectan al barrio con distintos puntos, incluyendo al centro de la ciudad, por lo que es casi permanente el encontrar personas cerca del centro de salud.

Sin embargo, es inusual encontrar gran cantidad de personas haciendo uso de los servicios que dicho centro de salud ofrece. La mayoría de los días la sala de espera se encuentra ocupada por algunas madres que llevan a sus hijos pequeños a consultorio pediátrico o psicológico/psicopedagógico. El EAC aborda las demandas del barrio en el que se encuentra y de varios que lo rodean ya que, ante la falta de la figura del EAC en la mayoría de las zonas próximas, las personas se movilizan hasta allí para ser atendidos.

Casi la totalidad de las demandas se realizan sobre niños, niñas y jóvenes, siendo la población clave de abordaje del EAC. Las demandas van desde problemas de conducta y/o aprendizaje, hasta consultas por problemas alimenticios o conductas de riesgo. Luego le siguen mujeres víctimas de violencia de género, quienes allí son abordadas desde la consulta psicológica hasta el asesoramiento legal.

A 5 cuadras se encuentra el polideportivo con el que se tiene convenio y dentro del cual se realizan múltiples actividades orientadas a la intervención comunitaria, como es el cuidado de la huerta, el taller de niños y personas que cumplan el rol de cuidadores, el taller de memoria para adultos mayores, entre otros. A los mismos asisten personas tanto del mismo barrio como de barrios próximos. La cercanía al centro de salud permite una comunicación fluida entre los trabajadores de ambas instituciones, y se ve un trabajo en conjunto que posibilita el abordaje integral de los que hacen uso de estos servicios.

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN.

Intervenciones de Promoción de la Salud desde un Equipo de Atención Comunitaria de la zona sur de la ciudad de Córdoba como estrategia de construcción de bienestar subjetivo y comunitario.

5. OBJETIVOS.

5.1 OBJETIVO GENERAL.

- Analizar el desarrollo de intervenciones desde la Promoción de la Salud de un Equipo de Atención Comunitaria como estrategia de construcción de bienestar subjetivo y comunitario.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Caracterizar las diferentes intervenciones que se dan por parte de un Equipo de Atención Comunitaria con fines de construcción de bienestar subjetivo y comunitario.
- Identificar el alcance de las estrategias llevadas a cabo desde el Equipo de Atención Comunitaria, describiendo modos de participación por parte de los sujetos que forman parte de la intervención.
- Analizar la importancia de las intervenciones desde el Equipo de Atención Comunitaria como vehículo de promoción de la salud.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

Para poder analizar el eje planteado, *“Intervenciones de Promoción de la Salud desde un Equipo de Atención Comunitaria de la zona sur de la ciudad de Córdoba como estrategia de construcción de bienestar subjetivo y comunitario”*, se tomarán categorías teóricas que posibilitarán la reconstrucción de la experiencia vivida desde una mirada crítica, atendiendo a la complejidad del proceso.

La primera categoría a desarrollar será la de Atención Primaria en Salud, haciendo especial hincapié en la estrategia de Promoción de la Salud, cuyos fundamentos enmarcan las diversas intervenciones que se realizan dentro del Centro de Salud. En la segunda, se abordarán los conceptos de bienestar subjetivo y comunitario para dar cuenta de los factores cuyo impacto son positivos dentro del grupo al cual van dirigidas las intervenciones, y el contraste con aquellos que aportan al malestar comunitario, desde la mirada psicológica. Finalmente, se describirán las particularidades de los llamados Equipo de Atención Comunitaria, sus lineamientos de acción y el quehacer del psicólogo comunitario dentro de los mismos.

6.1 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

La Organización Mundial de la Salud define la APS como

“La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación”. (Carta de Ottawa, 2001)

Esto significa que todo lo que se realizará desde la perspectiva de la APS apuntará a anticiparse a las enfermedades y, por ende, al sufrimiento, siendo esto una modificación crucial dentro del modelo médico profesional donde el eje fue, por muchos años, el abordaje de enfermedades en los individuos y comunidades, basándose en la demanda de éstos. La APS busca ser, entonces, anticipatoria y previa al malestar. Como explica Soliz Rivero Gardenia (2015), gozar de buena salud se convierte en el recurso principal para el desarrollo individual y colectivo de un país y es basándose en esto que surge la APS.

Para que las intervenciones que se realicen en el marco de la APS sean efectivas y repercutan de manera positiva en los sujetos y las comunidades, son indispensables dos factores. Por un lado, que las mismas surjan en el intercambio entre éstos y los profesionales, comprendiendo la imposibilidad de que exista un modelo único y universal que se adecúe a todos los contextos sociales y a cada grupo social. Es por esto que los instrumentos primarios de trabajo en la APS son el levantamiento cartográfico de las comunidades y el censo de la población, complementado con el inventario de los factores de riesgo individual, familiar y domiciliario (Álvarez-Manilla, 1988). El “diagnóstico” tiene que llevarse tanto al plano individual como al familiar y comunitario, y a partir de los riesgos detectados se podrá programar una atención primaria.

El segundo factor indispensable es que se promueva la participación, tanto social y comunitaria como del propio núcleo familiar, potenciando a los mismos para que sean co-responsables de su bienestar y en su propio cuidado de la salud, logrando identificar tanto las necesidades frente a las cuales se encuentran como las herramientas y habilidades que poseen para hacerles frente. Como explican Duran – Gonzalez, Hernández –Rincón y Becerra-Aponte (1995), por muchos años se ha subestimado la participación de la comunidad en la planeación y en el desarrollo de programas sanitarios, lo que ha producido que la población asuma una actitud pasiva ante su problemática de salud y se limite a solicitar los servicios de atención en caso de enfermedad. Con esta posición paternalista se ha anulado la participación de a la comunidad en el desarrollo de líneas de acción dirigidas a su propio bienestar.

Si bien se han producido grandes desarrollos dentro de la APS, tanto las teorías psicológicas como los profesionales de la salud mental han tenido una lenta incorporación en el área de la asistencia primaria. Varios factores se ponen en juego a la hora de entender las dificultades con las cuales se encuentran los profesionales de la psicología en su inserción a la APS. Redondo Alfaro (2013) explica que hay dos obstáculos que pueden ser identificados: en primer lugar, la visión individualista que caracterizó a la Psicología desde los comienzos de la disciplina. Esta manera de ver al sujeto, explica el autor, repercute negativamente en el momento de establecer formas de aproximación epistemológicas diferentes a las tradicionales.

El otro obstáculo es representado por la visión que prioriza el énfasis en la enfermedad y en la curación de la misma, privilegiando dentro del campo el aporte, principalmente, de la medicina. Las políticas públicas han mantenido una visión medicalizada, teniendo como consecuencia que las disciplinas como la Psicología pasan a segundo plano.

Como se planteó anteriormente, ha ocurrido un cambio en el modelo médico profesional, que abrió el camino para que hoy en día se esté viviendo una etapa de transición hacia una manera de trabajo interdisciplinaria, que abarque la multiplicidad de miradas frente a todos los aspectos que conforman a la salud del sujeto.

De Lellis, Berra y Morand (2014) explican que la reconversión de las instituciones monovalentes, el fortalecimiento de la red de servicios asistenciales y la apertura de dispositivos sustitutivos, tal como lo prevé la Ley Nacional de Salud Mental, deben recuperar los valores rectores, principios y componentes esenciales que definen a la APS renovada.

La Ley Nacional N° 25.421 (2001), que crea el Programa Nacional de Asistencia Primaria en Salud Mental, señala que todas las personas tienen derecho a recibir asistencia primaria de salud mental, lo cual obliga a todas las instituciones a brindar este tipo de asistencia, brindando los recursos y herramientas necesarios para que la misma se dé de manera efectiva y segura. A esto se complementa el artículo 9 de la ley N° 26.657 (2010), la cual señala que “El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la Atención Primaria de la Salud, y se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos

sociales”. Esto enmarca la manera de trabajo y abordaje que deberán tener los profesionales en el área de la salud.

Es por esto que es sumamente importante que los profesionales de la psicología se capaciten en el trabajo interdisciplinario hacia la promoción de la salud, y que dicha capacitación abarque a toda la complejidad del sujeto, incluido el contexto social, político y económico. De Lellis, Berra y Morand (2014) explican que el abordaje de los fenómenos sociales desde la perspectiva de interculturalidad y de género permite incorporar al análisis de los problemas de salud la existencia de relaciones desiguales de poder entre grupos sociales y entre varones y mujeres, mediante normas y valores. Es clave que se visibilice esta situación, ya que produce consecuencias directas en aquellas instituciones orientadas a la salud y, por ende, a cómo el psicólogo (y demás profesionales del área) se posicionaran respecto a las mismas, buscando y creando herramientas para revertir situaciones marcadas por la desigualdad.

Conocer y analizar las desigualdades de poder entre grupos, y del acceso diferencial a recursos materiales y simbólicos permitirá comprender el porqué de la realidad de los sistemas de salud. Comprendiendo esto podremos pensar el quehacer de los profesionales de la psicología de una manera más abarcativa y con mayor alcance, incluyendo dentro de ésta el brindar los recursos informativos necesarios para que la población tenga conocimiento de sus derechos y pueda ejercerlos plenamente.

Teniendo la capacidad de abordar las desigualdades interculturales y de género como expresión de relaciones de poder que distribuyen de manera desigual el acceso de lo sujetos a diferentes recursos, se podrá trabajar en busca de garantizar desde el enfoque de derechos la accesibilidad de las todas las personas a todas las prestaciones de salud. Los profesionales de la psicología que incorporen en su formación todos estos enfoques tendrán las herramientas teóricas y prácticas necesarias para responder a los principios de la Atención Primaria de la Salud, contribuyendo al desarrollo de la equidad en salud (De Lellis, Berra y Morand, 2014).

Sobre esta línea también es importante lo que aporta Torroja (2003) cuando explica que estamos frente una Atención Primaria que plantea un modelo diferente de relación entre profesionales y ciudadanos que trata de evitar la dependencia de los segundos hacia los primeros, evitando la falsa creencia de que la salud depende fundamentalmente de los médicos y que

intenta superar la concepción del ciudadano como mero consumidor de servicios sanitarios y del profesional como prestador de éstos. Se trataría de una Atención Primaria que procura que el ciudadano y sus organizaciones ocupen un papel protagonista en la promoción y cuidado de su salud.

Esto también ayuda a que los profesionales se corran de posiciones y actitudes paternalistas fundamentadas en sus conocimientos científicos y técnicos, procurando el empoderamiento de la ciudadanía, de forma que sea capaz y tenga el poder para modificar y mejorar los factores determinantes de su propia salud.

6.1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Un aspecto clave dentro de las APS es la estrategia orientada a la Promoción de la Salud, la cual es definida por la Organización Mundial de la Salud de la siguiente manera:

“La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.”
(Carta de Ottawa, 1986)

La promoción de la salud es la estrategia clave que permite adquirir y desarrollar herramientas y habilidades que le permitan a la persona y a las comunidades realizar cambios, tomar decisiones, modificar conductas con el fin de alcanzar un mayor bienestar, psíquico y físico. Con el incentivo de adquirir estilos de vida saludables –entendiendo la salud de manera integral- se contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de las personas que conforman una sociedad y como consecuencia se logra una disminución en el costo del proceso salud-enfermedad.

Martínez Rodríguez, Martínez Rodríguez y Paz Lourido (2008) definen a la promoción de la salud como “acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y las capacidades de los individuos, así también como a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual” (p. 240).

Estos autores explicarán que, cuando se trata de salud comunitaria, la promoción se erige sobre tres concepciones de comunidad que guían el trabajo y las intervenciones. En primer lugar, la comunidad se entiende como objeto de intervención, ya que busca trabajar con y desde el colectivo de personas. Todo lo que se realice en el marco de la promoción de la salud se realizará con el objetivo claro de construir medios en común que faciliten la transformación comunitaria. En un segundo lugar, la comunidad es entendida como sujeto de intervención a la vez que protagonista de dicho proceso. Finalmente, la comunidad es entendida como un espacio donde se desarrollan actitudes, discursos y respuestas sociales. Es decir, la intervención y el intercambio entre profesionales y comunidad buscarán ir más allá de la simple transmisión de información. Se buscará generar herramientas, diferentes en cada caso, que sean efectivas y que aporten al fortalecimiento de las comunidades en busca del cumplimiento de sus propios derechos y de su propio bienestar.

Que la comunidad sea tomada como agente activo de las intervenciones con fin de promoción de la salud es esencial para que estas tengan consecuencias positivas y efectivas, y que las mismas realicen cambios y aportes verdaderos. Esto nos lleva a retomar el concepto de participación comunitaria que, como explica Plaza (2007), “tiene un efecto político en el sentido que forma ciudadanía y desarrolla y fortalece la sociedad civil a la vez que aumenta la

responsabilidad social; tienen también un efecto amplio de carácter socializador y otro específico, de carácter educativo informal y de modo alternativo de acción política.” (p. 124)

6.1.2 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.

La participación siempre se da en relación con otro. Es decir, la participación tiene un carácter colectivo que invita a los individuos a trabajar en pos de un bienestar común a todos, que repercutirá directamente en un bienestar propio. Las acciones que realiza cada individuo estarán entrelazadas con las que realizan sus pares, fomentando el trabajo en conjunto, a la vez que se crean redes de apoyo que ayuda a que estas relaciones perduren en el tiempo.

A partir de lo que explica Montero (2010) la participación como tal es:

- Un proyecto organizado, colectivo, libre e incluyente.
- Una relación generadora de otras relaciones.
- Está orientada por valores, intereses y objetivos compartidos, cuya consecución produce transformaciones comunitarias e individuales.
- Una variedad de actores, de actividades y de grados de compromiso.

La participación es parte del derecho a la autorrealización y es fundamental para la transformación social e individual. Como se menciona previamente, estas transformaciones se dan de múltiples maneras y a todos los actores que son partícipes de la misma. La importancia de la participación se muestra tanto en los efectos de los participantes como en quienes observan.

Desde la psicología se busca la contribución del psicólogo al desarrollo comunitario que favorezcan formas de participación activa de las comunidades, en una perspectiva democrática y de autogestión. (Castro, 1993). La participación es una dimensión estrechamente ligada al desarrollo humano y social. No es sólo una necesidad, sino además un proceso hacia nuevas formas de intervenir la realidad, de crecer como comunidad (Rozas 1992).

Bang (2014), a su vez, entiende a la participación comunitaria como el pilar de la promoción de la salud, y es allí donde debe centrarse la atención y desde donde deben partir las estrategias de acceso a los servicios de salud. Agrega además que es un proceso complejo que involucra una multiplicidad de actores que se encuentran, intercambian y acompañan en la toma de decisiones y adquisiciones de variadas herramientas para la vida en salud.

Desde esta perspectiva, la autora toma a la participación en sí como un factor de bienestar personal, porque en el intercambio se incorporará la posibilidad de cuestionar críticamente la realidad, encontrándose con otros para pensar, pensarse y construir futuros posibles a abordar conjuntamente. Esto mismo planteó también Stolkiner (1988) quien además agrega que los lazos de solidaridad y compromiso que se generan con el otro aporta al trabajo sobre salud mental, conformando un lazo basado en la construcción conjunta, diferenciándose de lo patologizante de vivir situaciones conflictivas de forma individual y pasiva.

6.2 BIENESTAR SUBJETIVO Y COMUNITARIO.

Siguiendo la idea que se viene exponiendo sobre las diferentes transformaciones que se están dando en el modelo profesional de atención a la salud, aquí se aborda el pasaje que se está

produciendo desde la concepción de las mejorías en la salud de las poblaciones gracias a fármacos e intervenciones de gran costo económico y material, a los abordajes centrados en la búsqueda de la salud integral, haciendo énfasis en la generación de entornos que les permitan a los sujetos la búsqueda y producción de su propio bienestar, a través de la Atención Primaria en Salud.

Se toma el concepto de bienestar subjetivo y comunitario porque se considera que el bienestar está íntimamente ligado al sentimiento de satisfacción personal con la vida, que influyen en la salud integral de los sujetos y las comunidades. García-Viniegras¹ y González Benítez (2000) explican que la satisfacción surge a punto de partida de una transacción entre el individuo y su entorno micro y macrosocial, con sus elementos actuales e históricos, donde se incluyen las condiciones objetivas materiales y sociales, que brindan al hombre determinadas oportunidades para la realización personal

Es en este sentido, explican los autores, que el bienestar surge del balance entre las expectativas (proyección de futuro) y los logros (valoración del presente). Este balance, sin embargo, va a estar directamente determinado por las condiciones materiales de vida, ya que constituyen las condiciones reales en que los sujetos se desarrollan y las que limita o potencia los modos de producción de bienestar. Entre este tipo de condiciones encontramos la disponibilidad de trabajo, el acceso a servicios médicos, el acceso a viviendas dignas, a alimentos y educación, así también como al transporte y espacios culturales.

Guillermo Díaz Llanes (2001) explica que la constatación de la relativa independencia entre las percepciones de bienestar, con relación a las condiciones objetivas de vida, la que condujo a pensar que los indicadores materiales y objetivos pueden ser elementos necesarios, pero no suficientes, para dar cuenta del bienestar subjetivo de los pueblos y los individuos. De ahí que la calidad de vida objetiva, explica, deba pasar necesariamente por el espacio vital de las aspiraciones, de las expectativas, de las referencias vividas y conocidas, de las necesidades sentidas, y en último término, de los valores de los sujetos para, sólo a través de dicho espacio, convertirse en bienestar subjetivo.

Montero (2006) explica que el trabajo comunitario partirá de la explicación y análisis de dichas necesidades sentidas. A éstas las define como aquellos aspectos de la vida en común que son sentidos por la comunidad como problemáticos y obstaculizadores para el modo de vida a la que se apunta. La autora explica que se habla de necesidades “sentidas” porque no se trata de determinar con criterios externos a la comunidad dichas problemáticas, sino que las mismas serán identificadas mediante la coordinación de actividades grupales de carácter principalmente participativo.

Las necesidades a las que se les busca dar respuestas, son constitutivas de las redes de organización comunitaria, ya que a través de ésta se busca dar respuesta, acompañamiento y apoyo a quienes intervienen en ellas. Esto bajo una cierta comunidad de creencias o de valores, que constituyen su elemento aglutinador, como plantea también Montero (2003).

Es por esto que, al hablar de dar respuestas a las necesidades sentidas, apuntando a la construcción del bienestar subjetivo en términos de comunidades, debemos hablar del papel central que tiene la dimensión del apoyo social sobre la experiencia de los sujetos que forman a la comunidad dentro de la vida cotidiana. Gracia y Herrero (2006) señalan que la posibilidad de mantener vínculos estrechos dentro de la comunidad, que brinde la percepción general de apoyo y de contención, tiene un efecto directo en el sentimiento de bienestar de los sujetos.

Sin embargo, como se mencionaba anteriormente, existe la necesidad de tener en cuenta no sólo los factores de tipo psicosocial, sino también aquellos que tienen que ver con la infraestructura y contexto material en el cual los sujetos desarrollan su vida cotidiana.

Hernández, Pozo y Alonso (2004) explican que el apoyo emocional, las oportunidades para la participación social, la información, la posibilidad de compartir opiniones y experiencias, la ayuda material, o la asistencia física, constituyen recursos valiosos y necesarios, pero resultan claramente insuficientes para paliar las consecuencias que sobre el bienestar subjetivo de los sujetos y las comunidades el hecho de vivir en contextos de marginalidad, pobreza y exclusión.

En el proceso de alcanzar y cuidar la salud, plantea Torroja (2003) participar es una premisa fundamental. Cuando los integrantes de la comunidad pueden ejercer el derecho a participar libre y conscientemente en la promoción, prevención, curación y recuperación de la salud individual, familiar y comunitaria, ésta se ha garantizado en gran medida.

Retomamos la idea, entonces, que la salud y las experiencias de los sujetos deben ser abordadas de manera tal que se consideren todos los elementos que hacen al complejo concepto de bienestar. Desde la psicología se debe indagar sobre cómo los diferentes y múltiples contextos influyen en el sentimiento de bienestar de los sujetos y las comunidades, a la vez que se analiza como éstos perciben su propia vida y realidad. Todos los problemas de salud que afectan a los pacientes se dan en un determinado contexto social y comunitario que influye tanto en las causas del problema como en las circunstancias que favorecen o dificultan su correcto abordaje, y su conocimiento ha de orientar su mejor atención.

6.3 EQUIPO DE ATENCIÓN COMUNITARIA.

Es importante, en primer lugar, definir a qué apunta la llamada atención comunitaria. Torroja (2003) señala que por atención comunitaria entendemos aquella que tiene como objetivo la atención al conjunto de una población, de una comunidad definida y que busca resultados en salud. Para esto comprendemos que se requiere de la intervención sobre los factores determinantes de la salud y la enfermedad, para lo que es necesario identificar las necesidades en salud en la población objeto de atención y los factores que las determinan.

Continuando con los lineamientos que se exponen hasta aquí, comprendemos que dichas necesidades no tienen un origen único, aislado, sino que se construyen y están determinadas por múltiples causas que determinan su complejidad. Es por esto, y siguiendo también con lo expuesto por Torroja, que una de las características imprescindibles de la atención comunitaria es la necesaria intervención multisectorial y no sólo desde los servicios sanitarios.

En la provincia de Córdoba, el Gobierno provincial lleva adelante el Programa de Equipos Comunitarios (PEC) e implementa desde el año 2004 (Resolución 915/2004) una política de fortalecimiento de recursos humanos para el Primer Nivel de Atención. La visión estratégica que plantean es “Fortalecer el desarrollo del capital humano en las jurisdicciones a través de la reformulación operativa y de financiamiento para que se adapten plenamente con el fin de consolidar la Atención Primaria de la Salud, contemplando las necesidades y realidades del territorio partiendo del modelo de formación en servicio y financiamiento con becas a equipos de salud interdisciplinarios preexistente”.

Esto se encuentra explicitado en la página web del Ministerio de salud. En la misma se plantean los objetivos específicos, de dichos equipos comunitarios, los cuales son:

- Fortalecer a los equipos de salud del primer nivel de atención, a través del otorgamiento de becas de apoyo económico para la capacitación en servicio a agentes comunitarios, profesionales y no profesionales de distintas disciplinas.
- Capacitar a profesionales y no profesionales en Salud Social y Comunitaria en herramientas de gestión, planificación y abordaje de problemáticas sociosanitarias prevalentes y emergentes.
- Llevar a cabo acciones de protección y promoción de la salud en el primer nivel de atención, garantizando la accesibilidad y la integralidad en la atención.
- Contribuir a la formación de una ciudadanía activa respecto del cuidado de la salud, fortaleciendo el trabajo intersectorial y la construcción de redes comunitarias para dar respuesta a los problemas de salud de la población.
- Asegurar la optimización de todos los recursos disponibles, articulando los programas de salud nacionales, provinciales y municipales en los efectores de salud públicos donde desarrollan las actividades los agentes de salud comunitarios.

Constituir un equipo de salud comunitario requiere, entonces, trabajar pensando en esas posibles diferencias y siendo parte del mismo, transformando las prácticas habituales y valorando los distintos saberes, los distintos modos de hacer y las diversas percepciones del proceso de salud-enfermedad- atención.

Desde el Ministerio de Salud, se plantea que la idea que empujó la creación de dichos equipos comunitarios es acercar las diferentes visiones, buscar acuerdos y garantizar la continuidad de la participación comunitaria, como eje de interacción permanente para la propuesta y el logro de soluciones frente a los múltiples y complejos problemas de salud de la población donde el equipo trabaja.

En la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud se recogen las conclusiones de la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud (Ottawa, 1986) donde se insiste en la necesaria reorientación de los servicios sanitarios y el reforzamiento de la acción comunitaria, favoreciendo el desarrollo de las aptitudes personales. En la citada Conferencia se concluye que el sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de salud, más allá de la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos.

Se insiste en la importancia de crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos, asignando al personal sanitario la responsabilidad de enfrentar los nuevos desafíos que plantean los determinantes de la salud y la necesidad de desarrollar acciones intersectoriales, en las comunidades locales y dentro de las familias, estableciéndose prioridades para una alianza global para la promoción de salud.

Como se planteó anteriormente, participar es un derecho y es una forma activa de organizarse formando redes entre personas e instituciones, potenciándose entre sí para alcanzar un objetivo común.

Cada centro de salud, expone Torroja (2003), debe diseñar su propia estrategia de relaciones con el medio social en que está inserto, ya que las realidades organizativas de los centros son distintas y, lo que es más importante, existen variables en la estructura social y la forma de organizarse de cada población que hay que tener en cuenta. Todas estas estrategias pueden ser correctas si dan como resultado el desarrollo de actividades dirigidas a potenciar la capacidad de

personas y grupos para el abordaje de sus problemas, demandas y necesidades. También a nivel local, continúa la autora, los equipos de Atención Primaria, mediante intervenciones de atención comunitaria, habrán de tener en cuenta las desigualdades en salud, identificando grupos de población más desfavorecidos y en exclusión social, buscando intervenciones eficaces y específicas dirigidas a ellos, buscando la equidad necesaria.

Finalmente, y debido a la complejidad que se presenta en el escenario expuesto, es necesario que antes de intervenir en la comunidad se realice un camino previo de conocimiento, no sólo de la comunidad con la cual se propone intervenir, sino dentro del equipo de salud. Un trabajo previo de reflexión y consenso interno. Se puede hablar aquí de una interdisciplinariedad tal como la entiende Castro (1993) como “la organización de un esfuerzo colectivo alrededor de un problema común, dando lugar a una intercomunicación continua y a una acción conjunta entre miembros de distintas disciplinas” (p. 81).

Se trata, entonces, de una forma de trabajo que incluye una cooperación que no solo involucra múltiples disciplinas, sino que múltiples personas, lo que lleva al profesional al desafío de descentrarse de la disciplina propia para ver desde perspectivas generales y abarcativas. Para esto, como complementan Becker & Lorenzatti (2017), será necesario que los profesionales aborden a la salud en su complejidad, como producto de una multiplicidad de aspectos y, por ende, como objeto de estudio de múltiples disciplinas.

7. MODALIDAD DE TRABAJO.

La experiencia de prácticas se realizó desde el mes de marzo hasta principios de diciembre del año 2018, asistiendo a la misma con una frecuencia de dos a tres veces por semana. A continuación, se desarrollarán los aspectos metodológicos para la realización del análisis y sistematización de dicha experiencia, así también como el marco ético que dispuso las bases de las intervenciones realizadas.

7.1 METODOLOGÍA DE LA SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

La metodología utilizada para realizar este trabajo es la denominada sistematización de experiencia, la cual se define como:

Aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo. La Sistematización de Experiencias produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse de los sentidos de las experiencias, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora. (Jara, 2012)

A través de este método se revisa la experiencia vivida de forma crítica, con vistas a poder identificar todo aquello que hace a los procesos dentro del trabajo en el campo social, caracterizado por la multiplicidad de miradas, los cambios continuos y las vivencias compartidas. Esto abre las puertas para que se produzcan nuevos aprendizajes y se generen nuevos procesos transformadores dentro de lo que se ha estudiado.

Jara (2014) propone pensar el proceso de sistematización en cinco etapas:

- El punto de partida, que consiste en vivir la experiencia y registrarla.
- La realización de preguntas iniciales a esa experiencia, que definirá el objetivo de la sistematización y, finalmente, el eje.
- La recuperación del proceso vivido, donde se reconstruye lo que pasó, demarcando las etapas transitadas.
- La reflexión crítica del proceso realizado.
- Los puntos de llegada, donde se desarrollan las conclusiones y se comunican los aprendizajes.

Cabrera (2009) aporta a la definición de sistematización expresando que la misma es un método que permite transitar del conocimiento común, es decir, la experiencia, al conocimiento consciente y organizado a través de la interpretación crítica.

Es esto lo que nos permite tomar la experiencia transitada y poder significarla, articularla con bases teóricas que abran nuevos espacios y formas de entendimiento. En este caso, se buscará crear nuevos sentidos a lo vivenciado en comunidad, buscando interpretar y profundizar los diferentes intercambios que se generaron durante el tiempo que duró la experiencia de práctica.

Basándonos en esta metodología de trabajo se utiliza, para realizar la sistematización de la propia experiencia aquí expuesta, el análisis crítico de lo registrado en el cuaderno de campo. En el mismo se da cuenta de lo vivenciado en el proceso de ingreso a la experiencia de práctica, que incluye la familiarización del lugar y la comunidad, el conocimiento de los actores y las redes comunitarias, así también como el reconocimiento de las necesidades sentidas y de los recursos disponibles. Este proceso fue registrado en base a los recorridos barriales realizados, las charlas informales que mantuve con agentes barriales y los diferentes talleres de los cuales fui partícipe tanto en el desarrollo como en la organización y planificación. A esto se le suman los registros fotográficos que se realizaron y que son de apoyo para poder reconstruir no solo los espacios físicos de los cuales se fueron parte, sino también para dar cuenta de las distintas marcas y mensajes que la misma comunidad va plasmando en los espacios de encuentro de los cuales son partícipes.

La población que se abordara desde el proceso de sistematización es aquella que asiste al Centro de Salud, que abarca a todas aquellas personas que residen en el barrio en el cual éste se encuentra. La misma está caracterizada por usuarios que son, en su mayoría, niños y niñas acompañados por sus cuidadoras y/o cuidadores, y mujeres adultas que asisten en grupo a diferentes espacios que ofrece el centro de salud.

En menor medida se encuentran adultos jóvenes y adultos mayores que se acercan al centro de salud con consultas aisladas y malestares puntuales. La concurrencia de jóvenes, en cambio, es casi nula, aunque suele cambiar esto en intervenciones puntuales que se realizan desde el centro de salud orientadas directamente a este grupo poblacional.

7.2 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DEONTOLÓGICAS

Se expone en este apartado lo establecido en el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016), el cual tiene como fin principal el determinar principios generales y normas deontológicas para el ejercicio profesional de la psicología.

En dicho Código se reconocen cinco principios fundamentales:

- 1) Respeto por la Dignidad de las Personas y los Pueblos
- 2) Cuidado competente
- 3) Integridad
- 4) Responsabilidades Profesionales y Científicas
- 5) Responsabilidad social

Se remarca el principio número uno, el respeto por la dignidad de las personas, siendo éste es el principio ético fundamental, según lo establece el Código. En éste se menciona también que dicho principio proporciona el fundamento filosófico para los restantes principios éticos principalmente destacados por las profesiones.

“El respeto por la dignidad reconoce el valor inherente a todos los seres humanos, sin importar diferencias aparentes o reales en relación con el estatus social, origen étnico, género, capacidades, o cualquier otra característica. Este valor inherente significa que todos los seres humanos son dignos de igual consideración. El respeto por la dignidad de las personas y los pueblos se expresa de diferentes formas en diversas comunidades y culturas. Es importante reconocer y respetar tales diferencias.” (2016)

Los siguientes valores le están asociados:

- a) Respeto por los derechos humanos, el valor único y la dignidad inherente a todos los seres humanos.
- b) Respeto por la diversidad de las personas y los pueblos.
- c) Respeto por las costumbres y las creencias de las diferentes culturas.
- d) Derecho a la libre elección y a la autonomía.
- e) Derecho al acceso a la información.
- f) Privacidad para los individuos, familias, grupos y comunidades.
- g) Respeto de la confidencialidad de la información personal.
- h) Derecho a ser tratado con equidad y justicia

Dentro de las normas asociadas a los principios mencionados, se exponen aquellas que refuerzan el trato justo, el secreto profesional, la responsabilidad con los destinatarios de servicios, los límites personales de la práctica, entre otros.

Parte de la ética que debe enmarcar el ejercicio profesional también se encuentra en conocer las leyes que atraviesan los derechos de los sujetos y, en consecuencia, sus vivencias y experiencias. Tener conocimiento de los principales tratados, normativas y legislaciones que apuntan a promover equidad entre los sujetos también es un objetivo que rige a la formación profesional en psicología.

Dentro de las leyes a considerar, se mencionan:

- Ley Nacional y Provincial de Salud Mental. Leyes N° 26.657 y N° 9848
- Ley Nacional y Provincial de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes. Leyes N° 26.061 y N° 9944
- Ley sobre los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Ley N° 26.529
- Ley de Discapacidad. Ley N° 22.431
- Ley de Protección contra la violencia familiar. Ley N° 24.417
- Ley de Protección Integral a las Mujeres. Ley N° 26.485
- Ley de Identidad de Género. Ley N° 26.743
- Ley de Educación Sexual Integral. Ley N° 26.150

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.

En el siguiente apartado se realizará, por un lado, la recuperación del proceso vivido y, seguido a éste, el análisis y síntesis del mismo. La recuperación del proceso vivido constará del desarrollo y explicitación de lo vivenciado durante la práctica realizada en el Centro de Salud. El análisis y la síntesis constará de una articulación entre el proceso detallado y la perspectiva teórica que se ha expuesto previamente.

8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO.

La práctica fue realizada en un Centro de Salud de un barrio de zona sur, específicamente dentro del Equipo de Atención Comunitaria que funciona dentro del mismo. La práctica constó de idas diarias a dicho espacio, en un promedio de dos a tres horas, y se desarrollaron actividades que incluían la planificación, armado e implementación de talleres, eventos, reuniones de equipo, intervenciones comunitarias y demás actividades que se expondrán a continuación.

Se detallará el proceso vivido en tres etapas, propias de la intervención comunitaria. La primera corresponde a la etapa de ingreso, en la que tiene centralidad la instancia de familiarización con el territorio. La actividad está centrada no solo en conocer las particularidades de la comunidad donde nos estamos insertando, sino también ir progresivamente construyendo el quehacer propio dentro del espacio. En esta etapa es fundamental el poder construir un reconocimiento mutuo entre los miembros de la comunidad y la persona que se inserta.

Luego continúa la etapa del desarrollo propiamente dicho, donde el quehacer del psicólogo comunitario irá progresando a un rol mucho más activo, generando intervenciones y construyendo en conjunto con la comunidad.

Finalmente, en el momento de cierre y de retirada, se buscarán concluir los procesos realizados y devolverle a la comunidad lo que se construyó en este tiempo de trabajo compartido. Es importante tener en cuenta que no existe una línea fija entre cada momento, son etapas que por momentos se superponen en relación a las tareas que se desarrollan.

Mi experiencia de práctica comenzó el miércoles 11 de abril del 2018 cuando realicé el primer acercamiento al centro de salud y conocí a la referente institucional. Ese primer encuentro fue muy positivo, ya que ella me explicó acerca de las diferentes actividades que se realizaban en el centro de salud y la experiencia propia con la que ella contaba sobre las temáticas que se abordan. La mayoría de dichas temáticas estaban orientadas a la prevención y promoción de la salud, ámbito sobre el cual tenía y tengo mucho interés.

Ese primer día, también, pude realizar mi primer recorrido barrial y comencé a familiarizarme con el contexto en el que está inserto el centro de salud. Noté que el mismo está ubicado en un área de mucho movimiento, ya que cuenta con una institución escolar de gran capacidad al lado, así también como múltiples negocios comerciales que facilitan la circulación de gente. Se encuentran también paradas de transporte urbano en la esquina y frente al centro de salud. Éstos son los que trasladan a la población desde el barrio al centro de la ciudad.

Gracias a las charlas informales realizadas ese día con algunas personas del barrio, junto a la referente institucional como interlocutora, pude tener una primera aproximación de cuáles son las problemáticas percibidas por la comunidad, siendo la violencia la que encabezó la lista. La violencia representada en varios ámbitos cotidianos, pero la que mayor preocupación percibida fue la que se da entre los jóvenes, dentro y a la salida del colegio.

En mis primeros días como practicante fui conociendo a los profesionales que trabajan allí de manera permanente (psicólogos, psiquiatra, enfermera, entre otros) y a los residentes que se encontraban haciendo sus prácticas profesionales (trabajador social, psicólogo, psicopedagogo y psicomotricista). Éstos últimos me informaron desde un comienzo que sus actividades allí

finalizarían en dos meses, pero que de todos modos se renovarían el personal de residencia y, en el tiempo que ellos estuviesen, estarían a disposición para responder mis consultas o para escuchar mis propuestas. Esto me generó un fuerte sentimiento de confianza y comodidad para con el equipo. Ellos me abrieron el espacio para insertarme en los diferentes talleres que organizaban, permitiéndome experimentar diferentes ámbitos de trabajo comunitario.

Comencé asistiendo a los talleres de memoria, luego a los talleres dictados para niños, niñas y sus cuidadores, y finalmente a la feria de ropa americana, organizada y realizada por mujeres, y en la feria de emprendedores de zona sur, compuesta por feriantes de toda la zona. La labor específica que se realiza en cada uno de estos espacios se desarrollarán en profundidad más adelante.

El vínculo formado con los profesionales de planta del centro de salud -con quienes compartí espacio durante todo lo que duró mi práctica – se estableció con cierta dificultad. Particularmente, encontré obstáculos a la hora de generar un intercambio positivo con uno de los profesionales que realiza su labor allí, ya que en las intervenciones a las que él refería y en base a las cuales se producían dichos intercambios, se podían reconocer prácticas y concepciones que se encontraban fuera de lo que establece el marco ético del ejercicio profesional en psicología.

Esta experiencia, de todos modos, me habilitó a generar nuevos intercambios con otros profesionales que me invitaron a profundizar y conocer en mayor profundidad los principios éticos que deben regir nuestra práctica, en particular los referidos a la integridad y al respeto por los derechos y dignidad de las personas. Dentro de las reuniones que se generaban en conjunto con los residentes se podían poner en común recorridos y generar nuevas miradas sobre lo que se experimentaba.

Este fue, sin duda, el mayor obstáculo con el cual me encontré en el inicio de mi práctica, pero me incentivó a informarme y a buscar profesionales que me guiaran sobre qué hacer ante este tipo de situaciones y replantearme mi propio accionar dentro de la red de profesionales que trabajan en el EAC. Tuve que reflexionar acerca de cuáles eran mis competencias desde el rol que estaba ejerciendo, y esto me llevó a consultar a personas que ejercen el rol profesional desde hace tiempo y que me guiaron sobre las múltiples acciones que se pueden realizar en respuesta a situaciones en las cuales puede haber una posible falta ética por parte de un profesional.

Como mencioné, los residentes se mostraron muy abiertos a integrarme en sus actividades, y me ofrecieron el espacio para que pudiera explorar los diferentes ámbitos de trabajo e insertarme, finalmente, en el que me sienta más cómoda. Así fue que tuve –en una primera etapa- un rol de observadora no-participante en los dos talleres que ellos coordinaban:

- Taller de memoria para personas mayores: este taller se dicta todos los lunes de 10 a 11 de la mañana, en el polideportivo, y está dirigido a las personas que deseen participar y que sean socias del lugar. El polideportivo cede el espacio y las actividades son organizadas por los residentes del área de psicopedagogía, trabajo social y psicología que desarrollan su actividad en el centro de salud en el marco de realizar intervenciones orientadas a la prevención y promoción de la salud. Además, tienen convenio con un club de un barrio cercano, por lo cual los usuarios (alrededor de 12 personas) asisten desde estos dos lugares. En éste se realizan actividades que están dirigidas al fortalecimiento de los procesos cognitivos como la atención, la memoria y el lenguaje. Luego de tres encuentros decidimos en conjunto con la referente institucional no continuar mi participación en el espacio, considerando el tiempo disponible para el desarrollo de mis prácticas.
- Taller con niños y personas que cumplen el rol de cuidadores: A este taller asisten todos los niños que son atendidos de manera individual en el centro de salud, con la consigna de que sean acompañados por aquellas personas que cumplan un rol de cuidado. Asisten aproximadamente 6 niños y 6 madres, los jueves de 9:30 a 11:00 hs, en el polideportivo. La dinámica del taller consiste, por un lado, en actividades con niños, coordinadas por profesionales en psicopedagogía, trabajo social y educación física, orientadas al fortalecimiento de la socialización y el aprendizaje de herramientas que faciliten su inserción dentro de los ámbitos que frecuenta, sobretodo el escolar. Además, se busca generar un espacio donde ellos puedan expresarse y aprender diferentes habilidades comunicativas, ya que se realizan intercambios con niños cuyas conductas son registradas como “conflictivas” por sus cuidadores. Por otro lado, profesionales de estas mismas áreas trabajan con las madres en temáticas que ellas mismas traen al espacio, como es la violencia, el bullying, la identidad y la autoestima. En este espacio me inserté de forma permanente ya que es posible intervenir desde el quehacer del psicólogo en el trabajo comunitario, actuando en problemáticas propias del barrio. Además, se abordaban temas

de mi interés y me permitió pensarlas desde el rol profesional. Pude ver cómo se ponen en juego las redes sociales de contención y cómo repercuten en la singularidad de cada participante.

En simultáneo, la referente me fue presentando, a medida que iban pasando los días, a algunas participantes del grupo de “Mujeres tejedoras”. Las mismas conforman un grupo de aproximadamente diez mujeres, mayores de 45 años, que se juntan a tejer y a compartir espacios de encuentro los miércoles por la tarde. Cinco de ellas se turnan para realizar una feria americana todos los martes, miércoles y algunos jueves de 10:00 a 12:30 hs en la vereda del centro de salud. El fin es juntar dinero para comprar lana y seguir produciendo productos para vender. Desde mi primera semana de práctica, acompañé a las mujeres que estaban realizando la feria y de a poco fui conociendo a la mayoría de ellas.

Por cuestión de horarios no pude estar presente en los encuentros de tejido de los miércoles por la tarde, pero sí logré realizar un acompañamiento en la feria americana, donde el espacio daba lugar a que se trataran cuestiones que ellas mismas iban presentando y que me ayudó a conocer, de a poco, más profundamente a la comunidad. El objetivo desde el inicio fue hacer propuestas propias dentro de este espacio que sean construidas con las mujeres y que apunten a mejorar la experiencia de ellas en el desarrollo de sus actividades. Desde el comienzo pude generar una buena comunicación con el grupo de mujeres. Ellas estaban muy acostumbradas a la modalidad de los practicantes de años anteriores que también formaron parte del espacio, así que se mostraron muy abiertas a mi inserción dentro de la feria.

Finalmente, la actividad que comenzó a realizarse a mediados de mayo y en la cual también me inserté es la *Feria de emprendedores de zona sur*, que se realiza el segundo y tercer viernes de cada mes en la cuadra del centro de salud. La misión de la feria es, en palabras de sus participantes, “construir y desarrollar un espacio de economía sustentable, centrada en la primacía de las personas y el trabajo; un sistema que promueva protagonismo, construcción de espacios democráticos y acciones asociativas” (Material de difusión repartido por los feriantes, 2018). En ésta cada uno de los participantes expone en sus puestos las diferentes producciones que realizan a mano. Desde el centro de salud se les ofrece espacio para que puedan guardar las estructuras de los puestos y no tengan que buscar transporte extra.

Dentro de la feria, junto con los residentes del área de psicopedagogía, psicología, trabajo social y psicomotricidad, tomamos el espacio de “*Libros libres*” cuya propuesta se basa en recolectar la mayor cantidad de libros posibles y ofrecerlos a la gente que se acerca, con la consigna de que los lean y los “suelten” en algún lugar público. Esta es una iniciativa que viene funcionando dentro de la feria, y desde el equipo lo utilizamos como medio para realizar actividades con los estudiantes que asisten al colegio de allí. Organizamos juegos que fortalezcan el trabajo grupal y la creatividad, ofreciendo como recompensa para los ganadores un libro a elección, con la finalidad de hacernos conocer como agentes de la salud a los cuales pueden recurrir cuando así lo deseen.

El área de *Libros libres* se transformó en un espacio organizado por mí ya que, cuando se retiraron los residentes, no había quien se encargue del mismo, por lo que a partir de junio comencé con la recolección y clasificación de libros, y todos los viernes que se realizaba la feria de emprendedores de zona sur asistía y organizaba dicho puesto, intercambiando con la comunidad la importancia y el impacto de la lectura en la vida de las personas, compartiendo historias leídas y creando una red de lectura en la cual algunas personas se llevaban libros que luego eran devueltos para ser prestados nuevamente. Este espacio me generó mucha satisfacción y me permitió un profundo intercambio con la gente de la zona, logrando sentirme una participante más de la feria y su construcción.

Entre finales de junio y mediados de julio se realizó el recambio de residentes dentro del centro de salud. Los residentes de psicopedagogía, psicomotricidad, trabajo social y psicología fueron reemplazados por dos nuevas residentes de psicopedagogía y trabajo social. Esto implicó un re-ajuste en las actividades y talleres que se venían realizando, ya que dio lugar a un nuevo comienzo como equipo y la creación de una nueva mirada en común con respecto a los objetivos que buscamos con las intervenciones.

Con respecto al vínculo que establecí con las nuevas residentes puedo decir que fue muy positivo desde un comienzo. Si bien la modalidad de trabajo era muy diferente al grupo anterior - además del hecho de que sean sólo dos para cubrir todas las actividades- pudimos encontrar un punto de entendimiento con rapidez y supimos trabajar coordinadamente sin dificultades. Sin dudas comenzando esta etapa mi rol fue mucho más activo, ya que comencé a formar parte de las

planificaciones de los talleres, de la construcción y búsqueda de materiales, de la coordinación de los mismos, del proceso de registro de lo trabajado, y demás actividades que me permitieron experimentar la implementación de talleres con perspectiva de promoción de la salud de manera muy completa.

Unas semanas después de comenzar mi trabajo con las nuevas residentes, se dio el receso invernal, poniendo en pausa los talleres y las ferias. Durante ese tiempo mi actividad estuvo enfocada en la realización de intervenciones diversas con las niñas, niños y cuidadores que se encontraban en la sala de espera del centro de salud. Esta actividad fue propuesta por la referente del centro de salud, y la psicóloga del mismo se ofreció a guiarnos tanto a mi como a la residente de psicopedagogía a través de las diferentes actividades que fuimos pensando. A través del dibujo, la lectura de cuentos y el juego se fueron generando espacios de intercambio para abordar temas como la importancia del cuidado corporal, los obstáculos a la hora de poner límites, las ansiedades que se generan en torno a la consulta médica y otras temáticas que fueron surgiendo de los mismos participantes.

Dichas intervenciones las realicé, en algunas oportunidades, en compañía de estudiantes de psicología de la Universidad Nacional de Córdoba, quienes estuvieron algunos meses acompañando este espacio.

Durante los meses en los que transcurrió el invierno las actividades del centro de salud y el número de personas que asistían a ellas descendió abruptamente. Tanto la feria americana organizada por las mujeres como la feria de emprendedores interrumpieron sus actividades hasta mediados de septiembre, obstaculizando también las intervenciones que se realizaban allí desde el EAC. El taller de niños, niñas y cuidadores también se vio con el desafío de repensar las propuestas a realizar, ya que la participación comunitaria se vio afectada y, en consecuencia, el proceso de inserción y familiarización de la comunidad de las nuevas residentes.

Esto repercutió en mi proceso de práctica, ya que sin el funcionamiento de los espacios en los cuales me había insertado me encontraba sin un marco para desarrollar mis actividades. De todos modos, este tiempo me sirvió para crear un vínculo más estrecho con las nuevas residentes y con los profesionales de planta del centro de salud, lo que resultó en un aprendizaje de las diferentes maneras de trabajar interdisciplinariamente, ya que, en conjunto, planificábamos los

talleres a dictar y otras intervenciones con vistas a la promoción de la salud que fuimos creando entre todas. Además, esta experiencia me sirvió para conocer en profundidad el trabajo clínico que realizan tanto desde el área de psicopedagogía como de trabajo social, siguiendo los casos individuales de algunos niños que se ponían en común entre todas las profesionales, uniendo diferentes miradas sobre las distintas problemáticas.

Entre las intervenciones del equipo del EAC, de las cuales formé parte en la planificación y ejecución, están las realizadas por el día del niño, que se realizó en la sala de espera del Centro de Salud, en conjunto con dos escuelas del barrio; las llevadas a cabo el día del estudiante y de la primavera, que se trabajó la Educación Sexual Integral con los jóvenes de un colegio cercano; la realizada en el marco de la marcha de salud mental, que se abordó con los niños del centro de salud y se organizó la ida a la misma, en representación del centro; entre otras intervenciones enmarcadas en la promoción de la salud.

Comenzando septiembre aumentó la participación de la comunidad en los diferentes espacios, por lo que se pudo planificar y realizar intervenciones con mayor alcance tanto en sala de espera como en el taller de niñas, niños y cuidadores.

Llegado este mes, también se dio una modificación con respecto a los profesionales del centro de salud, ya que la residente de trabajo social, por motivos de rotación de residencias, se fue del mismo, y la residente de psicopedagogía cambió sus actividades de la mañana por otras que se realizan a la tarde. Por esto, las actividades que realizaba en sala de espera pasaron a ser planificadas y ejecutadas por mí, de manera individual - sin embargo, la residente de psicopedagogía y la psicóloga del centro de salud siempre se mostraron abiertas a acompañarme en la planificación de mis intervenciones -.

Las actividades que realicé en esta etapa estaban más orientadas hacia los niños y niñas, y eran pensadas desde una perspectiva de derechos. Si bien la población infantil que acude al centro de salud no es muy numerosa, me brindó un lugar en el que pude trabajar con los niños y las niñas, a través de pequeñas intervenciones, sobre sus derechos y sobre las actividades que les producía bienestar. De a poco fui aprendiendo a planificar intervenciones con este fin, a la vez que fui descubriendo las múltiples formas de despertar interés por las propuestas que yo les brindaba. Si bien tuve dificultades al comenzar este espacio de manera individual por mi falta de

experiencia en el trabajo con niños y niñas, fui adquiriendo más confianza y pude notar una diferencia muy grande entre la participación de los mismos al inicio de mis actividades con respecto al final de las mismas.

La residente de psicopedagogía, a pesar de su cambio de horarios, siguió siendo parte del espacio de niñas, niños y cuidadores, y también nos acompañó su supervisora, quien se dedica al área de Trabajo Social. En este espacio encontré mi mayor comodidad y el lugar de mayor intercambio, tanto con la comunidad como con las profesionales. Entre todos planeábamos los temas que se abordaban y poníamos en común las diferentes miradas sobre lo que ocurre durante las intervenciones.

En los últimos dos meses de práctica realicé mis actividades fijas en la sala de espera y en el taller mencionado. La *Feria americana de mujeres* y la *Feria de emprendedores de zona sur* retomaron sus actividades de a poco, por lo que a veces participé de las mismas, pero no de manera regular como a principio de año, ya que se comenzaron a realizar de manera esporádica.

Ingresando a la etapa de cierre de mis prácticas, comencé a planificar las devoluciones correspondientes a todo lo vivenciado, aprendido y observado durante todos estos meses, no solo a los profesionales que me acompañaron sino también a la comunidad que me dio un lugar desde un principio.

El cierre de mi práctica coincidió con la finalización de los talleres de niñas, niños y cuidadores, por lo que realizamos, junto con las demás profesionales, un último encuentro de intercambio de experiencias y juegos, para concluir con todo lo que se realizó en estos meses. Se consolidó un grupo muy unido y se demuestra en los aportes de todos los que participan. Tanto las niñas y los niños, sus cuidadores y las profesionales que participamos del espacio pusimos en común todo lo que habíamos aprendido de nosotros mismos y de los demás luego del tiempo transcurrido. Esta puesta en común fue incentivada por fotos que nosotras como grupo llevamos para recordar días clave que tuvimos como conjunto. Todo esto en el marco de un desayuno compartido. Me sentí muy bien con lo recibido por parte de todos y por lo que pude devolverles a todos aquellos que participaron de los talleres.

Con respecto al cierre con los profesionales de planta del centro de salud y a las mujeres que llevan adelante la feria de ropa americana lo realicé el mismo día que se festejó el día de la diabetes, por lo que hubo comida que fue llevada por la misma comunidad y un grupo musical contratado por la autoridad del centro de salud.

Compartimos un momento muy grato y compartimos nuestras experiencias realizadas durante todo el tiempo de mi práctica. Hablamos acerca de cómo había sido este año, tanto de manera individual, como en conjunto, y pensando en el barrio en general. Pensamos acerca de las actividades que nos generan bienestar y nos incentivamos a realizarlas de manera continua, recalcando la importancia del cuidado propio y del espacio personal. Además, se plantearon las metas para el próximo año, siendo el mayor objetivo la continuación del espacio de las tejedoras, pero de manera más organizada y regular, proyectando a poder vender los productos que producen en diferentes ferias con más alcance a diferentes comunidades.

Finalmente, con las profesionales de planta también realizamos un balance sobre cómo había sido el año laboral en el centro de salud, coincidiendo en que fue un año lleno de cambios sociales y económicos, que nos permitió, a todas, crecer un poco más dentro del rol de cada una, incentivándonos a repensarnos a nosotras mismas en cuanto a agentes de prevención y promoción de la salud, y como sujetas que viven en el mismo contexto cambiante que aquellas personas con quienes compartimos día a día dentro del centro de salud. Les expresé lo mucho que aprendí con ellas y las experiencias que me llevo de la experiencia, agradeciendo el espacio y el acompañamiento que me brindaron.

8.2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS.

En este apartado se realiza una articulación del proceso vivido, centrándonos en el eje de sistematización como hilo conductor de la experiencia (Jara, 2012), desde la perspectiva teórica propuesta. Para realizar esto se tendrán en cuenta las principales categorías: promoción de la salud, bienestar subjetivo y comunitario y, finalmente, las intervenciones realizadas desde la psicología social comunitaria específicamente.

8.2.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

Para comenzar este apartado es importante retomar que hoy en día nos encontramos frente a un cambio de paradigma que, como se mencionó anteriormente, invita a modificar la mirada desde lo asistencial, donde se trabaja sobre las enfermedades y los padecimientos, para abrir las intervenciones hacia la promoción de prácticas saludables que permitan prevenir y construir en pos de mejorar la calidad de vida de las poblaciones.

Existe el riesgo de creer que los centros de salud no incluyen la promoción de la salud. Por el contrario, los equipos de atención primaria deben asumir funciones que van desde la prestación de servicios asistenciales hasta la promoción de salud. La estrategia de promoción de salud implica necesariamente la coordinación y participación de las instituciones, los servicios y los propios ciudadanos. Implica la intervención en y con la comunidad. Partiendo del concepto de promoción de la salud como estrategia, planteada en la carta de Ottawa (1986), se pueden analizar las planificaciones, herramientas e intervenciones que se desarrollan desde el EAC de zona sur donde se desarrolló la experiencia de práctica.

El trabajo que realiza el EAC se centra principalmente en la generación de talleres y espacios de encuentro donde se abordan problemáticas y se acompañan intereses que se plantean y construyen a partir del trabajo coordinado entre los profesionales y la comunidad. Estas actividades se pueden englobar en tres áreas: talleres de memoria y tejido, salas de acción, donde se realizan encuentros de mujeres y hombres donde se reflexiona sobre diferentes temáticas, y la feria de emprendedores de Zona Sur, donde se capacita y se desarrollan diferentes rubros de propuestas. (Registro N°7, 03/05/2018).

Se ha mencionado que todo lo que se realice en el marco de la promoción de la salud se realizará con el objetivo claro de aportar al proceso de transformación de la comunidad, según su propia definición de necesidades y partiendo de las herramientas y fortalezas con la que ésta cuenta, considerándola participante activa en el cuidado de su salud. Para esto, lo principal y sin lo cual no se puede generar una verdadera intervención comunitaria, es la construcción de un vínculo de reconocimiento como promotor de la salud. Esto significa que fue esencial crear el nexo entre la comunidad y el centro de salud para que éste se transforme en un lugar de referencia para tratar los temas que se refieren a la propia salud y al cuidado de la misma.

La realización de eventos callejeros con diversas actividades participativas ha sido una de las estrategias clave con la que el EAC ha contado para acercarse a la comunidad y crear redes, y desde donde se ha propuesto conocerse y conocer las problemáticas de su barrio. A la hora de pensar desde dónde se proponen las actividades, es importante saber a qué grupo se dirige, teniendo en cuenta las particularidades. Esto es, las estrategias que se generaron para el

acercamiento a la población juvenil, no fueron las mismas que para las mujeres adultas del barrio, que a su vez se diferenciaron de las intervenciones dirigidas a la población en general.

Uno de los espacios aliados para este tipo de actividades fue la feria de emprendedores, la cual se llevaba a cabo de forma quincenal y consistía en un espacio donde diferentes adultos, residentes del barrio, exponían sus productos para vender. Esto habilitaba la circulación de personas y espacios de intercambio. La feria se transformaba así en un espacio de promoción de vínculos afectivos, construidos progresivamente a partir de la realización de actividades creativas conjuntas, que involucraba no solo a la comunidad participante, sino también a los coordinadores y profesionales del centro de salud. El encuentro quincenal es visibilizado por todos también como un espacio de múltiples aprendizajes, motorizados por las tareas conjuntas.

Dichos espacios permiten, también, que los profesionales conozcan a la población con la que trabajan desde una perspectiva vincular, abriendo la posibilidad al intercambio cultural. Aporta a que éstos se corran de posiciones y actitudes verticalistas fundamentadas en sus conocimientos científicos y técnicos, procurando el fortalecimiento de la ciudadanía, para facilitar la adquisición de herramientas personales que apunten al cuidado de su salud. En este sentido se retoma lo aportado por Castro (1993) quien plantea que las contribuciones que se realicen desde el rol profesional debe favorecer la participación activa y debe realizarse desde una perspectiva de autogestión. Si bien la autora lo plantea desde el quehacer del psicólogo comunitario, también puede pensarse para los demás profesionales de la salud que trabajan con comunidades. Acompañar e incentivar el rol activo de la población contribuye a romper abordajes que pueden pensarse como paternalistas sobre los miembros de la comunidad, y esta es una perspectiva que debe atravesar todas las áreas de trabajo comunitario.

Continuando con esta línea, la población juvenil se identificaba como la menos participativa dentro los espacios que se generaban desde el EAC, por lo que se tomó al espacio de feria como el ámbito más propicio para generar propuestas para dicha población. A través de juegos, músicas y puestos de información se buscaba que los profesionales “salieran” de los consultorios. Un ejemplo de esto fue el día del estudiante y de la primavera, fecha que culturalmente es celebrada por los jóvenes, por lo que se sacó provecho del movimiento que hubo en el barrio para que los profesionales de EAC salieran a recorrer las calles para conversar,

proponer juegos, resolver dudas, y demás intervenciones que generaran la base del mencionado reconocimiento entre la comunidad y profesionales (Registro N° 37, 12/09/2018).

Otro espacio clave a la hora de llevar a cabo prácticas de promoción de la salud, fue la sala de espera. A la vista de la intervención realizada, se reafirma la relevancia de la implementación de grupos de sala de espera desde una perspectiva interdisciplinar, apuntado a que sea éste un entorno cálido y abierto a la comunidad, que contribuya a la legitimación y promoción de políticas de salud pública.

En el caso del centro de salud nos encontrábamos con información gráfica, cartelera, folletería y banners que plasmaban no sólo los servicios que brindaban sino también información básica sobre promoción de hábitos saludables, en cuestiones de alimentación, salud sexual y reproductiva, higiene y demás aspectos a considerar al hablar de prácticas saludables (Registro N° 5, 20/04/2018).

Estos espacios también abrían la puerta a pequeñas intervenciones que hacían al intercambio y replanteamiento de conceptos aprendidos, como “qué es cuidarse”. Las respuestas de muchas de las personas consultadas remitían únicamente a aspectos alimenticios y físicos, por lo que daba el lugar para que se piense a la salud de una forma integral, abordando más allá de los hábitos alimenticios (Registro N° 44, 09/10/2018).

Permitía además brindar información acerca de los talleres y espacios de encuentro que el centro de salud tiene habilitados para el intercambio y construcción conjunta en comunidad. En esto también se basó otra de las intervenciones realizadas que incluyó el armado de cartelera sobre los diferentes espacios de intercambio que el centro de salud ofrecía, apuntando a la difusión de los mismos (Registro N° 41, 02/10/2018).

. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Como se ha mencionado, la participación comunitaria es la base sobre la cual se construyen y llevan a cabo las intervenciones comunitarias. Retomando lo expresado por Bang (2014), la participación comunitaria es un proceso complejo y dinámico, a través del cual una comunidad sostiene activamente mecanismos y prácticas para la toma de decisiones conjunta sobre el propio proceso salud-enfermedad. De aquí que se entiende que es la clave y pilar del proceso de promoción de la salud. Este proceso involucra un sinnúmero de actores que se encuentran, comparten, discuten y deciden sobre diferentes aspectos de sus vidas, en construcción con profesionales que aportan al camino.

La experiencia en cuanto a la participación vivida en el proceso de práctica fue fluctuante. Se vivenciaron momentos y espacios de alta participación, sobretodo en eventos aislados, planificados en torno a fechas representativas a nivel cultural, siendo más escasa en aquellos espacios que conllevaban un grado mayor de compromiso y continuidad, como son los talleres semanales.

Como respuesta a esto se pueden evidenciar dos aspectos que obstaculizaban la predisposición a participar por parte de la comunidad. Por un lado, se realizó en ese año un recambio de profesionales en la institución, por lo que también se realizó una reorganización de los espacios y las propuestas. Esta situación derivó a que se dificultaba establecer días y horarios específicos de las propuestas porque aún éstos no estaban determinados (Registro N° 29, 08/08/2018).

Por otro lado, este recambio de profesionales, conllevó un nuevo proceso de familiarización y construcción de vínculo de la comunidad hacia las nuevas personas, considerando el fuerte contacto que se había formado con los integrantes anteriores, expresado en frases como: “no habrá otros como ustedes” (Registro N° 15, 31/05/2018).

Otro factor influyente fue que no se realizó un cruce entre los residentes que se retiraban del proceso y los que ingresaban, obstaculizando la inserción del nuevo grupo y la participación que la comunidad tenía dentro del espacio. (Registro N° 18, 14/06/2018).

Retomando a Pasarín y Forcada (2010) la coordinación es clave en el trabajo comunitario, no sólo entre los niveles asistenciales, sino en los agentes que son quienes finalmente proveen los servicios específicos a la comunidad. Es necesario que se puedan tomar decisiones en función de lo que cada agente represente dentro de la comunidad, y que esta organización sea conocida por todos los integrantes.

El otro aspecto que obstaculizaba la participación abarca la expectativa, planificación y formas de llevar a cabo las intervenciones, que podían no coincidir entre los profesionales del EAC y la comunidad. Esto llevó al equipo a repensar estrategias y replantarse la construcción de espacios (Registro N° 17, 07/06/2018). En este sentido, se refuerza el hecho de que la verdadera intervención social, sólo será resultado de una interacción positiva y dinámica entre sujeto cognoscente y objeto conocido (Pastrana y Reyes, 2012). Se debió reconstruir un nuevo acercamiento a las necesidades sentidas de la población para redirigir las propuestas y promover nuevas formas de participación.

Esto último se realizó, en primera instancia, planificando en conjunto desde el EAC y analizando cuáles eran las actividades donde mayor participación comunitaria se visualizaba. Al determinarse que dichas actividades eran las realizadas en el espacio de feria, se dispusieron en la misma momentos de intercambio, conversación y reflexión, pensadas para que se desarrollen de forma espontánea y sin una estructura que la limite.

Esto posibilitó que como equipo se generara una nueva apertura hacia las vivencias de la comunidad. Permitió conocer sobre todo el hecho de que había espacios que ofrecía el centro de salud que las personas del barrio desconocían y que, a su vez, les generaba mucho interés.

A partir de esto, se generaron carteles que exponían de manera clara la información sobre los diferentes talleres y espacios que el dispensario ofrecía en ese momento, así también como los que se generarían en el futuro. (Registro N° 23, 03/07/2018).

Puede verse que la participación comunitaria no siempre se da de forma espontánea, sino que a veces es preciso el estímulo y acompañamiento del centro de salud y de los profesionales sanitarios. En este sentido Stolkiner (1988) destaca lo positivo del quehacer del psicólogo social comunitario que trabaja y entiende a las comunidades en su relación de interdependencia con el contexto que las rodea, permitiendo posicionarlas en el encuentro con los profesionales con los que intervienen de una manera activa.

Si bien el quehacer profesional aporta a generar facilitadores de transformación comunitaria, se resalta que la comunidad será artífice de su propia transformación. En este sentido, y siguiendo con los aportes de Stolkiner (1998), la participación en sí es un factor que incide en el bienestar personal, ya que restituye lazos de solidaridad social, diferenciándose de lo patologizante de vivir situaciones conflictivas de forma individual y pasiva, por lo que siempre se deberá trabajar, desde lo profesional, en conjunto con ella.

Como se ha mencionado, la noción acerca de generar acciones de promoción de salud no solo como respuesta reactiva a la fatalidad, a la enfermedad en sí, sino como un objetivo que debe alcanzar la salud pública, lleva a planificar y llevar a cabo intervenciones participativas que apunten a desarrollar la autonomía de los sujetos (Castro, 2004). Se relaciona esto, también, con el concepto de equidad en salud propuesto por Torroja (2003), el cual es uno de los objetivos fundamentales de las estrategias de promoción de la salud. Este concepto se centra en el ideal de que todas las personas disfruten de una igualdad de oportunidades que les permita llevar una vida sana en todo su potencial. Las personas adquieren una mayor capacidad para definir los problemas locales y resolverlos, y la participación o implicación de la comunidad local es un factor clave. También a nivel local los equipos de Atención Primaria, mediante intervenciones comunitarias, habrán de tener en cuenta las desigualdades en salud, identificando grupos de población más desfavorecidos y en exclusión social.

En base a esto es que se pensaban las intervenciones que se realizaban de forma esporádica y que apuntaban a abarcar aspectos específicos que hacen al bienestar individual y colectivo. Encuentros de tejido, asesorías legales (Registro N° 5, 20/04/2018), jornadas de juegos con niños y niñas para abordar qué conocen sobre sus derechos (Registro N° 15, 31/05/2018), taller de alimentación saludable (Registro N° 53, 02/11/2018) y otros espacios de encuentro que

se iban generando a medida que se reconocían en conjunto con la comunidad las necesidades sentidas y los intereses propios.

Este tipo de propuestas eran las que contaban con un mayor grado de participación comunitaria, afirmando la idea que aquellas intervenciones que se piensan en construcción conjunta con la comunidad, muchas veces tienen resultados beneficiosos.

8.2.2 BIENESTAR SUBJETIVO Y COMUNITARIO

Considerando que el eje principal de la Promoción de la salud está dirigido a que los individuos cuenten con herramientas que los lleven a tomar decisiones positivas sobre su salud, es clave poder abordar cómo se refleja en el bienestar de las personas. Para entender la complejidad de la construcción del bienestar, se profundizará en aspectos clave: las necesidades y problemáticas sentidas de la comunidad, el papel del apoyo social, y cómo ambos se construyen y sedimentan en las redes comunitarias.

. *NECESIDADES Y PROBLEMÁTICAS SENTIDAS*

A través de la participación y del intercambio que se desarrollaba en los diferentes espacios de encuentro que proponía el EAC, se detectaban y registraban aquellos aspectos de la vida cotidiana que la propia comunidad percibía como problemáticos y/o limitantes. Se retoma lo expresado por Montero (2006) acerca del camino de identificación de las necesidades sentidas de una comunidad, y como éste debe realizarse en conjunto con la misma, identificando al mismo tiempo sus capacidades y recursos.

Dentro de la comunidad abordada por el EAC se intercambiaban discursos que dejaban entrever una marcada necesidad económica y una gran preocupación por la propia integridad ante las reiteradas vivencias de robos y violencia. Las necesidades tanto estructurales del barrio como las individuales se identifican no solo en los discursos hablados, sino en las intervenciones de paredes de construcciones que se encontraban en la zona. Algunas de estas expresaban “más cloacas para el barrio”, “más seguridad”, entre otros (Registro N° 1, 11/04/2018 y registro N°3 18/04/2018).

Este tipo de carencias no solo afectan la autopercepción individual sino también obstaculiza el camino de la autogestión y de la autonomía de las acciones que se busca promover en la comunidad. Si se parte que la autonomía y la confianza en sí mismos como miembros de la comunidad son clave para el desarrollo del bienestar individual y subjetivo, hay que tener en cuenta también qué sucede con estos procesos cuando las posibilidades a nivel estructural no están dadas.

Un ejemplo de esto se refleja en el caso de una mujer que debía presentar el certificado escolar de su hija a la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) para cobrar un beneficio económico – el cual expresa necesitar y por derecho le corresponde - pero se vio imposibilitada para conseguir turno porque debía ir a la madrugada y el barrio es demasiado

inseguro para tomarse el colectivo a esa hora, ya que hay muchos robos y se han registrado múltiples situaciones de violencia (Registro N°3, 18/04/2018).

Se relataban también situaciones de mujeres que, al no ser la fuente principal de ingresos dentro de sus hogares, se veían relegadas a estos espacios porque tenían personas a su “carga” y/o porque debían quedarse “cuidando” sus casas ante posibles robos, impidiéndoles la asistencia a los espacios de la feria y de encuentro con otras mujeres (Registro N° 3, 18/04/2018).

Esto no solo les coarta el acceso a un ingreso económico propio sino que también genera un aislamiento de la mujer, relegándola al espacio privado del hogar y a realizar exclusivamente tareas de cuidado. Además de interferir en el desarrollo y motivación personal de cada mujer que participaba de los espacios, entorpecía también la participación dentro de las redes comunitarias de apoyo. Este alejamiento de las otras mujeres con las que se comparten vivencias, experiencias y necesidades semejantes repercute directamente en el bienestar individual de la persona.

En múltiples ocasiones las mujeres participantes expresaban que aquellos espacios compartidos con otras mujeres eran muy valorados por ellas porque se sentían “comprendidas”, “acompañadas” y “escuchadas”. Además, varias de ellas expresaron que fueron las mismas mujeres quienes las ayudaron a “salir de situaciones feas” (Registro N° 53, 02/11/2018).

Como expresa Videla (1991), la salud y el bienestar es un derecho social básico y universal, y su apropiación es un camino hacia la mayor libertad de las personas. Esto permite ver lo necesario de una buena coordinación y cooperación intersectorial tanto para la identificación y priorización de necesidades, no solo en salud, sino para abarcar la integralidad de las necesidades sentidas de la comunidad. Sin la participación conjunta y coordinada de los profesionales de los distintos servicios (salud, educación, seguridad, y demás), las diferentes administraciones y los propios ciudadanos, las intervenciones en salud pueden no alcanzar.

Algunas habitantes del barrio también expresaban, ante la pregunta sobre sus vecinos del barrio y la relación con los mismos, que mantenían una relación positiva, pero que no cuenta con espacios para compartir entre ellos porque “A la siesta no se puede caminar por ningún lado, porque te roban. Bueno, a la noche ni hablar” y “Nada de ir a tomarte un mate, una coca a la

plaza, con los nenes, porque te roban todo”. Contaban además que no es raro escuchar ruido de balas en la zona. (Registro N°7, 03/05/2018).

La presencia de mayores niveles de problemáticas sociales puede también crear un sentimiento de peligro e inseguridad entre sus habitantes que no sólo deteriora su vida social, sino que también puede incrementar los sentimientos de impotencia (Ross, Mirowsky y Pribesh, 2001), por lo cual, desde la Psicología Social y Comunitaria, se abordan de forma integral las necesidades expresadas por la comunidad para entender la complejidad del bienestar subjetivo individual y colectivo

Esto, de todos modos, no debe dejar de lado el hecho de que al hablar de necesidades también se habla de recursos. Esto está directamente ligado, también, al tipo de abordaje que se realiza desde la intervención comunitaria, donde el verdadero núcleo se construye sobre las potencialidades de las personas que integran la comunidad. Se resalta que las comunidades tienen una existencia por sí mismas, que preexisten a los profesionales que intervienen y que continúan luego del paso de éstos, por lo que el trabajo conjunto con las comunidades para el fortalecimiento de las capacidades y recurso de ésta es clave para evitar poblaciones dependientes de agentes externos.

Martínez Rodríguez, Martínez Rodríguez y Paz Lourido (2008) también resaltan esto cuando expresan que la comunidad es la que conoce la realidad en la que están insertas y quienes guiarán el camino a la identificación de sus recursos y herramientas fortalecedoras. Desde el rol profesional se acompaña este proceso brindando elementos facilitadores para dicho proceso.

. *APOYO SOCIAL*

Montero (2010), retoma a Sundberg, para conceptualizar al apoyo social como un patrón duradero de lazos continuos que desempeña un papel significativo en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de las personas a través del tiempo. Este concepto es clave para entender en mayor profundidad las complejidades observadas en la experiencia de práctica, y para analizar el papel que el apoyo social tiene como recurso básico utilizado por la comunidad para responder a sus necesidades sentidas.

A través del análisis de los registros se puede observar que los padecimientos, si bien son portados por cuerpos singulares, con sus vivencias e individualidades, presentan su correlato en la trama social, en tanto que emergentes de problemáticas vividas de forma colectiva, que exceden la posibilidad del abordaje puramente individual.

A la hora de pensar las intervenciones desde el EAC se impulsaron prácticas en salud basadas en lo relacional, en las cuales el acto de cuidar es tanto medio como fin en sí mismo. Es por esto que los espacios que habilitaban el intercambio comunitario estaban marcados por relatos donde se ponía el acento en el papel que cumple la comunidad a la hora de recibir contención y acompañamiento frente a los sufrimientos.

En el intercambio dentro de los diferentes espacios de encuentro, se registraban relatos que reflejaban la importancia del compartir experiencias y construir con otros semejantes. En las intervenciones dirigidas a personas adultas mayores se registraban expresiones como “estoy acá para poder compartir con ustedes y sentirme contenida” (Registro N° 2, 16/04/2018) y otros discursos que acompañaban este sentimiento.

Los niños y las niñas que participaban de las intervenciones realizadas también referenciaban la búsqueda del compartir con otros: “Vengo para divertirme, para hacer amigos, para pasarla bien” (Registro N° 7, 03/05/2018), al igual que sus cuidadoras, que expresaban que les “hace bien” compartir con otras madres que atraviesan las mismas situaciones, y que pueden aconsejarse entre todas, “me sirve escuchar las historias que cuentan las otras madres porque entre todas se puede ayudar.” (Registro N° 18, 14/06/2018).

En el espacio de mujeres tejedoras, también se identificaban relatos que dejaban ver la importancia de los espacios de encuentro con otras mujeres. Un ejemplo de esto es el caso de una de las mujeres participantes de allí, quien fue atropellada por un móvil policial años atrás y sufrió profundas lesiones cerebrales. “Por mucho tiempo no pudo hablar. Me olvido de muchas cosas... leer me cuesta un montón. Por eso valoro tanto este grupo, a estas mujeres, porque me ayudaron a salir adelante” (Registro 13, 18/05/2018).

Esta interacción social entre los miembros y organizaciones de la comunidad constituye una potencial fuente de apoyo para las personas. A partir de estas relaciones no sólo se pueden obtener importantes recursos, información y ayuda, sino también se deriva un sentimiento de pertenencia y de integración a una comunidad más amplia con importantes implicaciones para el bienestar individual y social (Cohen, 2000).

Es en las redes comunitarias que el apoyo social –muchas veces- se contiene y asienta, siendo a través de éstas que los individuos que conforman la comunidad traman en relaciones de sostén, impulsados en la búsqueda de un bienestar común.

. REDES COMUNITARIAS

Desde la psicología social comunitaria, volvemos a retomar a Montero (2003) quien define las redes comunitarias como un entramado de relaciones que mantiene un flujo constante de informaciones y mediaciones organizadas y establecidas en pos de un fin común: el desarrollo, fortalecimiento y alcance de metas específicas de una comunidad en un contexto particular.

Las necesidades y problemáticas sentidas, a las que se les busca dar respuestas, son constitutivas de las redes de organización comunitaria, ya que a través de ésta se busca dar respuesta, acompañamiento y apoyo a quienes intervienen en ellas. Esto bajo una cierta comunidad de creencias o de valores, que constituyen su elemento aglutinador, como plantea también Montero (2003).

Vemos de esta forma como una de las funciones de las redes comunitarias es movilizar a la comunidad, incorporándola a la solución de conflictos, y se recalca aquí entonces el papel clave de la participación comunitaria. Se necesita reconocer el problema y su significación dentro de la comunidad, de donde surgen los recursos propios que deben mobilizarse para convertir al problema en un problema de todos (Videla, 1991)

En este sentido, se valora el rol que el EAC desarrolla dentro de estos procesos. Como se ha mencionado, desde éste se trabaja desde los distintos modos de hacer y las diversas percepciones del proceso de salud-enfermedad- atención. A la vez, se plantea generar intervenciones que incentiven y fortalezcan la participación comunitaria, entendiéndola a ésta como eje de interacción permanente para la propuesta y construcción de respuesta a las necesidades sentidas de la población donde el equipo está inserto.

Continuando con el análisis de la participación en los diferentes espacios de intercambio, se reconoce que las mujeres de la comunidad conformaban la población que más participación presentaba dentro de los espacios de encuentro, y esto se asocia a la fortaleza de la red comunitaria que se formaba entre ellas, las profesionales de la salud y demás actores que aportaban a este apoyo y acompañamiento mutuo. “Por eso valoro tanto este grupo, a estas mujeres, porque me ayudaron a salir adelante. A (la responsable del EAC) fue un gran apoyo para mí y para mi recuperación” (Registro N° 13, 18/05/2018), “A (la responsable del EAC) siempre me insistía con que venga a la feria, y por mucho tiempo no le hice caso. Hasta que vine un día, pero a tomar mates nomás. Y todas me recibieron tan pero tan bien. No me olvido más. Me tienen mucha paciencia. Vos me ves así ahora pero yo estaba re re mal ”(Registro N° 53, 02/11/2018) y “la feria me sacó adelante en los peores momentos”(Registro N° 53, 02/11/2018) son algunas de las expresiones que circulaban en estos espacio.

Se observa que la red se propone funcionar desde una lógica integral y horizontal, mostrando una preocupación permanente por generar participación de la comunidad y vincularse a las necesidades del barrio y al proceso colectivo de promoción de la salud. Se retoma la importancia de la participación porque su carácter colectivo es el que invita a los individuos a trabajar en pos de un bienestar común a todos, que repercutirá directamente en un bienestar propio.

Desde el EAC se registraban cambios significativos en aquellos grupos que participaban de los espacios semanales, observando una apertura al diálogo, a la reflexión y a la búsqueda de acciones que apunten al propio bienestar por parte de las cuidadoras, así también como un mayor grado de socialización e independencia en los niños y niñas (Registro N° 40, 27/09/2018).

Se retoma de esta manera la tensión y el intercambio permanente que se produce entre las necesidades sentidas de las comunidades, y la identificación y fortalecimiento de sus recursos disponibles, siendo la formación de redes comunitarias uno de los principales a considerar. K, una de las mujeres que participaba del taller de cuidadores y niños expresó en uno de los encuentros: “quería agradecerles porque nos ayudaron un montón; además de todo lo que hacen como profesionales, son buenas personas”. (Registro N° 15, 31/05/2018). Se toma este fragmento

como significativo y enriquecedor para reforzar el trabajo en conjunto de las comunidades y aquellas personas que intervienen desde el rol profesional.

Tal como se menciona en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (Ottawa, 1986) se debe insistir en la reorientación de los servicios sanitarios y el reforzamiento de la acción comunitaria, favoreciendo el desarrollo de las aptitudes personales. La participación abordada como un derecho y la alianza de ésta con las personas e instituciones de salud generará intercambios e intervenciones efectivas en la búsqueda del bienestar común.

8.2.3 INTERVENCIONES DESDE LA PSICOLOGÍA SOCIAL – COMUNITARIA

Habiendo recorrido las significaciones del término Promoción de la Salud, y el papel que éste abarca en el sentimiento de bienestar tanto subjetivo como colectivo dentro de las comunidades, en este apartado se analizarán las intervenciones específicas que se realizaron desde la Psicología Social y Comunitaria dentro de la práctica realizada.

Desde el quehacer comunitario y en conjunto con los demás profesionales del EAC se comprendía que las prácticas requerían de estrategias de intervención múltiples, para atender a las diferentes complejidades y dinámicas de la población que se abordaba: apertura de espacios de recreación, meriendas comunitarias, organización de eventos, jornadas solidarias, asambleas, talleres artísticos o productivos, reuniones en plazas y tantos otros dispositivos participativos. Las acciones se fueron tejiendo de acuerdo a las necesidades, recursos y características de la población. Estas estrategias de intervención comunitaria se basaron, desde un comienzo, en el

conocimiento y profundización de las significaciones que cada comunidad tiene sobre sus propias necesidades, deseos, expectativas que hacen a la construcción de la subjetividad en comunidad.

. INTERVENCIONES EN SALA DE ESPERA

La construcción de esta intervención surge cuando se comienza a analizar este espacio de sala de espera como un lugar donde se puede construir desde la promoción de la salud. Teniendo en cuenta que la población que asiste al centro de salud lo realizan, casi en su totalidad, para realizar consultas, tratamientos y/o seguimientos por alguna dolencia o padecimiento ya en curso, se consideró que es un ámbito de importancia donde se debe reforzar los hábitos saludables y las instancias preventivas en salud. La sala de espera se transformó en un espacio donde se pudieron rever significados y formas de cuidado.

Casi la totalidad de los turnos brindados por el centro de salud estaban orientados a la salud infantil, por lo que la sala de espera se encontraba siempre concurrida por niños y niñas, de entre 3 y 9 años, y sus cuidadores. Por cada cuidador, se podrían contar dos a tres niños y niñas, por lo que la población infantil superaba en número notablemente a la adulta. Intervenir desde esta población también significaba una buena puerta de entrada para conocer a las familias y sus necesidades sentidas.

La experiencia con los grupos de sala de espera demostró lo favorable que puede ser esta ubicación para el desempeño de los psicólogos y otros profesionales en materia de promoción y educación de la salud, por lo que la salud se ve no solo como un antónimo de enfermedad, sino como sinónimo de calidad de vida y bienestar. Por lo tanto, es necesario, como explican Becker & Lorenzatti (2017), que los profesionales consideren la salud como resultado de diferentes aspectos que, a su vez, serán objeto de estudio en numerosas disciplinas, de ahí la relevancia de una práctica sanitaria integrada y multidisciplinar.

En este caso se buscaron recursos que fueran simples, sencillos de reproducir y lo suficientemente abiertos para que todas las personas se sientan invitadas a participar. A través del dibujo y la intervención artística sobre materiales, se buscaba trabajar con los niños y niñas temáticas que aborden y fomenten prácticas saludables.

Se colocaba un banco en el medio de la sala para que esté al acceso de todo aquel que quería participar. Se dispersaban materiales como lápices, revistas, crayones, hojas para dibujar entre otros para permitir así una mayor flexibilidad en las producciones.

Se les facilitaba imágenes para intervenir artísticamente que referían a hábitos saludables como el cuidado de la higiene personal, la alimentación consiente, la importancia de los amigos y amigas, sus derechos a jugar, entre otras temáticas que invitaban a la reflexión y a la autopercepción del cuidado propio. Como explicita Rodrigues (2009) el proceso de educación para la salud debe alentar a repensar que ciertas situaciones pueden ser prevenidas sin tener que buscar atención especializada. En este sentido es de importancia que el cuidado de la salud propia se practique y se acompañe desde la infancia, para construir las bases de una experiencia saludable de vida.

Además de las prácticas mencionadas, se acercaba a los niños y niñas el término de Salud Mental. Se los invitaba a pensar actividades que los haga sentir bien, buscando identificar aquellas prácticas que sumen al bienestar propio. En este tipo de intervenciones se anotaban las respuestas, las cuales variaban entre “jugar”, “dormir de una amiga”, “la música”, “estar con amigos”, “jugar a la compu”, entre otros (Registro N° 38, 19/09/2018 y Registro N° 46, 17/10/2018) que luego se pegaban en una cartulina que iba colgada en sala de espera. Esto también aportaba a que la sala sea un lugar construido entre todos.

Con respecto a los cuidadores, cabe mencionar que casi la totalidad estaba representada por mujeres. En su mayoría, las madres de los niños y niñas, seguido por sus abuelas. La recepción era buena, aludiendo que esta intervención permitía que los niños y niñas estén entretenidos y no dispersos en el lugar (Registro N° 19, 19/06/2018), y que posibilitaba que se encuentren más relajados mientras esperaban para entrar a la consulta médica (Registro N° 25, 11/07/2018).

Otra temática que se pudo trabajar en conjunto con las cuidadoras en sala de espera, fueron aquellas que abordaban la salud sexual y reproductiva. El espacio contaba con folletería y cartelera que presentaba de forma simple tanto los estudios que se sugieren realizarse de forma anual, como las prácticas y hábitos sexuales recomendados para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual.

Se dispuso en el lugar un pequeño espacio que contaba con preservativos, lubricantes y folletos informativos. Se colocaron de forma tal que sean accesibles a quienes circulen por el espacio. La idea que acompañó esta intervención fueron los momentos de consejería y asesoramiento que se generaban de forma espontánea con personas que tenían consultas puntuales sobre la temática.

Se informaba, por ejemplo, acerca de los días y turnos para realizarse el test de VIH, así como la gratuidad del mismo. Se acompañaba a quienes lo deseaban en la generación de turnos para realizarse chequeos ginecológicos y se asesoraba sobre los diferentes métodos anticonceptivos disponibles. (Registro N°54, 06/11/2018).

El abordar otro tipo de temáticas que hacen a los hábitos saludables con las personas que asistían al centro de salud con dolencias puntuales no sólo permitía trabajar sobre la importancia de la prevención, sino también habilitaba a reflexionar sobre la integralidad de la salud. Esto es, abordar la salud mental además de la física, y resaltar la importancia de atender a los vínculos y a las redes de apoyo que sostienen. (Registro N° 46, 17/10/2018).

Estos intercambios entre profesionales de la salud, niños, niñas y sus cuidadores, producen nuevos sentidos, prestando atención al reconocimiento de la alteridad de cada cultura y de las propias representaciones de los sujetos sobre la salud, la enfermedad y los modos de cuidado. Se generaban, por momentos, “choques” de posicionamientos entre los profesionales que abordaban en consultorio y las personas que asistían. Esto se retomaba y se ponía en común en sala de espera.

Un ejemplo de esto es el caso de una mujer que asistió a una consulta y luego, en el espacio de sala de espera, expreso sentirse angustiada porque el profesional le había consultado sobre qué método anticonceptivo utilizaba y si se había hecho el test de VIH. Ante la respuesta negativa a las dos preguntas por parte de la consultante, el profesional mostró una actitud de desaprobación y le mencionó que debería hacerlo sí o sí. La mujer expreso que “pensaba hacerse el test pero que “no tiene tiempo para nada”. Además, planteó que “tiene tantas cosas en su vida que en lo que menos piensa es en estas cosas”. Agrega que no va nunca al dispensario o a ningún médico, que se encontraba allí por un dolor muy fuerte de cabeza, que no pudo resolverlo tomando una pastilla en su casa.

En este caso particular, la intervención en sala de espera permitió analizar críticamente y resignificar lo mencionado por el médico y reforzar que ella es quien decide sobre su propia salud y sus hábitos de cuidado. Se informó también que el test, además de gratuito y confidencial, es voluntario, por lo que nadie puede obligarla a hacerlo. Al expresar ella que sí quería realizarlo, se gestionó con la secretaria del dispensario y una de las enfermeras un turno en un día y horario que ella podría asistir. (Registro N° 51, 30/10/2018).

Este ejemplo aporta a seguir reflexionando sobre los posicionamientos que desde el rol profesional se toman y la necesidad de construir nuevas orientaciones sobre las personas con las que se intervienen, alejándose de miradas que desemboquen en el paternalismo. Se vuelve a retomar lo expresado en la Carta de Ottawa (1986) donde se expresa que la promoción de la salud apunta a que las personas incrementen su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla, resaltando la participación como eje que sostiene esta acción.

En cuanto a las dificultades encontradas a la hora de generar este tipo de intervenciones, se señala la falta de control del ruido del entorno y circulación de gente, además de momentos donde se veía interrumpida la participación al ser llamados para ingresar al consultorio. Sin embargo, también permitió trabajar la imprevisibilidad y el desarrollo de habilidades de comunicación ante situaciones que generan malestar. Esto último fue abordado, sobretodo, con los niños y niñas.

Finalmente, se reitera que la articulación entre participación comunitaria, acciones interdisciplinarias y el aporte de la psicología, comprometidos con los derechos sociales y la ciudadanía, se convierte en un importante aliado para la optimización de espacios destinados al cuidado de la salud.

. TALLERES PARA NIÑOS, NIÑAS Y SUS CUIDADORES

El taller para niños, niñas y sus cuidadores era un espacio sistematizado y, por ende, más estructurado. Se plantearon encuentros semanales donde las actividades y propuestas variaban dependiendo los objetivos que se planteaban en común entre los profesionales y los participantes. Cabe aclarar que este taller se desarrollaba en el polideportivo de referencia que se encuentra en el barrio, lo cual permitía observar una red institucional entre el centro de salud y este espacio, que favorecía la accesibilidad de la comunidad barrial a estos encuentros.

Este taller buscaba promover los vínculos sanos y de aprendizaje. Romper el ámbito del consultorio a través del juego. Para los cuidadores, además, se apuntaba a que sea un espacio de preguntas, para construir y pensar la función de cuidado, compartiendo con personas que pueden encontrarse viviendo situaciones similares entre sí, o con interrogantes en común.

Este espacio, como se mencionó, se encuentra en un lugar de fácil acceso para las personas que viven en el barrio. Está rodeado por una gran plaza y cuenta también con una pileta de natación. Gracias a estas características es que el polideportivo es un lugar de referencia para la comunidad. Allí se reúnen niños y sus familias para jugar en la plaza y para hacer uso de la pileta durante el verano. Además, se ofrecen múltiples clases de baile, defensa personal y gimnasia que también facilitan el acercamiento de la población a sus espacios.

El polideportivo se torna de esta manera un ámbito que la comunidad reconoce como propio, y que habilita los intercambios entre pares y a construir sobre el bienestar. Es por esto que las propuestas que el EAC generaba y que se desarrollaban allí solían tener una gran convocatoria. Es importante remarcar que las temáticas que se abordaban en estos espacios eran siempre pensadas desde el intercambio y en conjunto con las personas que asistían, por lo que los individuos se reconocían como miembros activos en la construcción y desarrollo del espacio, favoreciendo también la continuidad de la participación.

Los niños y las niñas expresaban que el fin de participar en esos espacios era el de “divertirse”, “hacer amigos” y “pasarla bien” (Registro N°7, 03/05/2018) De parte de las cuidadoras, se expresaban sentimientos de apoyo y entendimiento. Por ejemplo, en uno de los encuentros donde se abordó la temática sobre violencia doméstica, una de las participantes expresó “todos pasamos por situaciones así, nada más que muchas veces se dan puertas para dentro... y es más difícil porque uno no quiere que los hijos se enteren... pero a la vez taparlo no sé si es bueno... uno no sabe qué hacer. Está bueno que lo podamos hablar acá” (Registro N° 4, 19/11/2018).

En este sentido las intervenciones se iban intercalando entre encuentros grupales, donde participaban todos en un mismo espacio, e intervenciones donde se dividían los niños y las niñas, por un lado, y sus cuidadores, en otro espacio aparte.

En las intervenciones generales, se buscaban propuestas que inviten al intercambio. Juegos dinámicos como el “¿quién soy?” (Registro N° 25, 11/07/2018), la búsqueda del tesoro (Registro N° 40, 27/09/2018), juegos de mesa, entre otras propuestas lúdicas, permitían observar la interacción entre adultos y niños/as, y trabajar la ayuda y comprensión mutua. Estos espacios habilitaban también la incorporación de límites y pautas, a la vez que se exploraban diferentes habilidades comunicativas.

En ocasiones también se utilizaba el espacio de la huerta para trabajar con los niños y las niñas los diferentes cuidados que tienen que tener las semillas una vez enterradas, y el proceso de crecimiento y final consumo de las mismas (Registro N° 40, 27/09/2018). Este espacio se reconocía como un lugar de encuentro más allá de las edades, ya que se producían intercambios entre niños y adultos muy positivos, donde se exploraba en conjunto la dinámica que conlleva el cuidado de la huerta y la importancia de la misma.

Otra de las fortalezas de este espacio de taller es que también habilitaba el trabajo con los cuidadores sobre el proceso de aprendizaje y adquisición de prácticas y hábitos saludables de los niños y niñas. Esto se trabajaba incentivando la comunicación, la reflexión y el entendimiento sobre dichos procesos. Expresiones como “mi hijo no necesita venir porque está bien” (Registro N° 12, 17/05/2018) invitaban a la reflexión conjunta de la importancia de buscar espacios que apunten al bienestar, repensando las concepciones que se construyen alrededor de la salud. Se apuntaba de esta manera a reconstruir en conjunto nuevas formas de ver la salud dentro de su integralidad, y remarcar el papel clave de las prácticas preventivas a la hora de pensar el bienestar.

. *FERIA AMERICANA Y FERIA DE EMPRENDEDORES.*

Se toma la conceptualización de feria que realizan Magnazo & Orchansky (2007), quienes la entienden como un mecanismo de relación y acción conjunta organizada y con cierto grado de permanencia, entre distintos actores – empresas, personas u organizaciones – interesados en unir voluntariamente sus esfuerzos para conseguir objetivos comunes y obtener beneficios que no podrían alcanzar individualmente.

Las ferias, dentro de la comunidad donde se desarrolló la práctica, cumplen un rol clave, siendo estas partes fundamentales de la identidad barrial y de las personas que la componen. Dos veces a la semana se lleva a cabo una feria americana, organizada y producida solo por mujeres, y una feria denominada “de emprendedores” que se realiza de forma semanal y reúne a productores de toda la zona. Las mujeres de la feria americana también formaban parte y coordinaban la feria de emprendedores. Estos espacios entran redes socio-afectivas que, además de fomentar la creatividad, genera espacios de ayuda mutua.

“Ella se presenta como R, y nos cuenta que realiza producciones a crochet. Explica que ella se enteró de la feria y de la reunión de hoy gracias a la red social Facebook. Nos cuenta que está teniendo problemas económicos y que vio esta oportunidad como ideal para poder probar ganar dinero a partir de la venta de productos que ella misma realiza. Además, nos lo explica, por muchos años estuvo abocada a las tareas del hogar y al cuidado de su familia, y que hoy en día buscaba desarrollarse más allá de ese ámbito.” (Registro N° 53, 02/11/2018) Este es uno de los múltiples testimonios que se presentaban en las reuniones organizativas de la feria. Estos testimonios eran muy similares entre sí, planteando en casi la totalidad de casos la necesidad económica que los impulsa a habitar estos nuevos espacios.

Al ser este un espacio de encuentro, habilitaba la llegada a la comunidad permitiendo la realización de intervenciones que aportaban al intercambio. Con la intervención del puesto “*Libros libres*” se apuntó a llegar a aquellos usuarios del centro de salud que expresaban tener un gran interés en la lectura, pero cuya realidad económica no permitía que pudieran acceder a la misma. (Registro N° 13, 18/05/2018).

Este espacio de *Libros Libres* se utilizó también como medio para el intercambio con los jóvenes que asistían al colegio que se encuentra al lado de la feria. Ellos eran invitados a acercarse a ver los libros, y a conversar sobre los mismos. También se proponían juegos y demás propuestas de construcción conjunta que se realizaban entre los jóvenes y los profesionales del EAC. Esta fue una de las vías más beneficiosas para crear un nexo entre la población más joven y el centro de salud, buscando que éste se tome como referencia ante el deseo de buscar asesoramiento en cuestiones de hábitos saludables.

Con respecto a las intervenciones que se realizaban en la feria americana, con las mujeres, se trataba principalmente de generar un espacio de escucha y reflexión, a la vez que se las acompañaba en el proceso de venta. Un ejemplo significativo del tipo de intervenciones que se realizaban en este espacio fue una situación en el que dos de las mujeres se vieron imposibilitadas en armar la estructura del puesto a causa del peso de los elementos. Se generó a partir de ellos un enlace con el guardia de seguridad del centro para que, a partir de allí, sea él quien las ayude en el traslado de los elementos. (Registro N°21 27/06/2018).

Este tipo de situaciones habilitaba también la reflexión sobre los hábitos cotidianos de las mujeres y la percepción que cada una tenía con respecto a su propia salud. Cuando las mujeres hablaban de “cuidarse”, casi siempre lo hacían refiriéndose a los hábitos alimenticios. A través de intercambios de miradas y momentos de reflexión, se podía pensar a la salud desde su complejidad; atendiendo la importancia del ejercicio físico y de lo esencial de poder sostener espacios como aquellos, donde las mujeres comparten, producen y crean en conjunto, acompañándose. (Registro N° 44, 09/10/2018).

. INTERVENCIONES EN FECHAS SIGNIFICATIVAS.

Desde el EAC se tomaban fechas y/o momentos significativos para la comunidad con el objetivo de proponer espacios de encuentro y construcción conjunta. Si bien dichas intervenciones variaban en algunos puntos en cuanto a organización, la finalidad principal fue siempre la de dar lugar a la promoción de hábitos y prácticas saludables. Se tomaban recursos y propuestas que faciliten la accesibilidad a la mayor cantidad de gente posible.

Lo característico de estas intervenciones es que se planeaban para ser realizadas en las afueras del centro de salud, sobre la calle del mismo. Claudia Bang (2014) aporta una reflexión muy interesante sobre este tipo de intervenciones cuando menciona que en la calle se abre un espacio caracterizado por el cuidado, la posibilidad de encuentro, alegría y vínculos, que aporta a que se desarrolle la potencialidad creadora. Las propuestas siempre estaban ligadas a lo lúdico, entendiendo que el juego descontracturado permite a los miembros de la comunidad conocerse en otro contexto y compartir desde un lugar ameno que genera comodidad.

Algunos de estos ejemplos fueron el día del libro, donde se realizó un acercamiento a la lectura a los niños y niñas de los colegios cercanos (Registro N° 1, 11/04/2018) y el día del animal, sobre el cual se promovió el cuidado responsable de las mascotas y el respeto por los animales que habitan en las calles del barrio (Registro N° 5, 20/04/2018). También se planificó sobre el día del planeta un espacio para brindar información sobre cómo llevar adelante una huerta propia, espacio donde también se entregaron gratuitamente semillas (Registro N° 7, 03/05/2018).

El día de las infancias también posibilitó la organización de actividades lúdicas en conjunto que permitieron el intercambio entre adultos y niños/as, donde se abordaron la temática de los deseos, cómo pensarlos, las posibilidades de alcanzarlos y la importancia de tener personas que acompañen en la realización de los mismos. (Registro N° 33, 24/08/2018).

En el Día de la Diabetes se programó un desayuno saludable abierto a la comunidad, que contó con charlas de diferentes profesionales sobre la forma más saludable de alimentarse teniendo diabetes. (Registro N° 55, 14/11/2018).

Tomando específicamente a los jóvenes, se coincidía a nivel equipo que el centro de salud no era un espacio de referencia para ellos, ya que la concurrencia al mismo era nula. Si bien dentro de las problemáticas que se registraban como sentidas dentro de la población se encontraba el suicidio (Registro N° 3, 18/04/2018, y registro N° 14, 23/05/2018), violencia entre pares (Registro N°1, 11/04/2018, y registro N° 12, 17/05/2018) y consumo problemático (Registro N° 1, 11/04/2018), no se registraban a los jóvenes haciendo uso de los espacios de reflexión, acompañamiento y abordaje.

Se priorizó entonces, desde el equipo, la creación de nexos y espacios que aporten a la participación juvenil. Como primera medida se buscó “salir” del centro de salud. Se pensaron estrategias que se dieran puertas afuera y que se encuentren al acceso de ellos. Se comenzaron a aprovechar los momentos en que los estudiantes ingresaban o se retiraban (dependiendo el turno) a la institución educativa ubicada al lado del centro de salud. Es por esto que se crearon varios dispositivos de intervención, como la de *Libros Libres*, explicada previamente, e intervenciones en la puerta del colegio que apuntaban a la consejería sobre salud sexual y reproductiva. (Registro N° 37, 12/09/2018).

Tanto las intervenciones únicas como aquellas que se desarrollaron de forma sistematizada, permitieron fortalecer los lazos del centro de salud con sus usuarios, dando lugar al enriquecimiento mutuo tanto de la población participante como del EAC. El equipo de profesionales a través del trabajo conjunto con la población sobre sus necesidades sentidas emergentes, pudo llevar a cabo acciones de promoción de salud garantizando lo máximo posible la integralidad de la atención. Esto realizado siempre desde una mirada de la comunidad como activa y protagonista de los procesos y transformaciones de su propia salud, por lo que también se resaltó el trabajo intersectorial y el acompañamiento en la construcción de redes comunitarias.

9. CONCLUSIONES.

Analizando lo expuesto y enmarcándolo en la realidad social en la cual nos encontramos en la actualidad, se pueden pensar que estos abordajes, contruidos desde, con y para lo comunitario, se presentan como espacios de resistencia que privilegian lo vincular, lo inclusivo y lo territorial. Considero que desde las prácticas de salud mental estos territorios de producción de subjetividad no dejan de ser un desafío que implica involucrarse como sujetos en nuevos espacios, y desde allí buscar y crear formas de trabajo en conjunto.

Se pueden identificar, luego del recorrido realizado, aquellos factores que funcionaron como obstaculizadores a la hora de llevar a cabo la práctica, así también como se reconocen y se resaltan los facilitadores.

Con respecto a los obstáculos se pudieron observar en los intercambios con algunos de los profesionales con los cuales se compartió la experiencia de práctica, posicionamientos paternalistas y verticalistas. Es decir, miradas centradas sólo en la individualidad de las personas que accedían al centro, que se caracterizaban en tomar al profesional como aquel que tiene “el saber” único, dejando a la persona – y, en consecuencia, a la comunidad – en una posición pasiva con respecto a su propia salud.

Ante esto también se reconocían abordajes y análisis por parte de algunos profesionales que no respondían a los principios éticos planteados para un buen desarrollo profesional. Esto, además, era identificado por la misma comunidad, quienes expresaban evitar estos espacios ante intercambios con profesionales que les generaron malestar. Esto repercutía en la participación de la comunidad en los espacios y propuestas que se realizaban desde el EAC, ya que, al generarse dentro del centro de salud, se enlazaba con estas experiencias negativas y se evitaba el intercambio.

De todos modos, se pueden reconocer múltiples facilitadores y experiencias de potenciación que aportaron a buscar nuevas estrategias para crear un vínculo de confianza y reconocimiento mutuo entre comunidad y EAC.

Por un lado, la fuerte presencia de las referentes comunitarias que invitaban permanentemente a la reflexión del quehacer profesional de quienes estábamos allí, enriqueciéndonos de miradas y herramientas únicas. Esto, sumado a la apertura de la comunidad para con los nuevos profesionales que se fueron insertando, fueron la clave en las intervenciones.

La rotación de profesionales residentes también fue tomada como un factor positivo porque generaba tanto en la comunidad como en el equipo un reacomodamiento y un nuevo análisis de las formas de trabajo, enriqueciendo miradas y aportando prácticas novedosas.

Se logró trabajar de esta manera sobre una multiplicidad de aspectos, atendiendo a la complejidad de las realidades sociales que se vivenciaron y vivencian en este tipo de comunidades. Para esto, se resaltó la necesaria articulación en red con instituciones, referentes y organizaciones, especificidad que caracteriza al trabajo comunitario. Este trabajo de articulación también se logró y se puso en práctica, por lo que también se reconoce como fortaleza.

Según los lineamientos planteados, fueron ejes fundamentales la generación de lugares de encuentro comunitario que promovieron vínculos solidarios y la posibilidad de sostener espacios de bienestar compartidos colectivamente para la configuración de redes barriales. Se refuerza la importancia y el papel clave que representó la participación comunitaria, siendo esta la guía y la base sobre la cual se construyeron las intervenciones.

A su vez, se refuerza en base a lo experimentado, la importancia que representa que los servicios de salud practiquen una integración real entre la atención individual y comunitaria, fortaleciéndose mutuamente y construyendo una verdadera Atención Primaria de Salud. De esta manera, se abordarán a los padecimientos en su contexto y complejidad, y aportará a evitar el desgaste y la frustración profesional que suele caracterizar las intervenciones individualizadas que, a veces, no cuentan con las respuestas necesarias dentro de su aislamiento.

Esto también lleva al desafío del trabajo coordinado y en interdisciplina, donde se puedan unificar miradas y trabajar en conjunto en pos de cumplir con los objetivos que la promoción y la prevención invitan a abordar. El fortalecimiento de estos lazos entre profesionales, así como la potenciación de los atributos de los diferentes agentes de salud que operan en cada comunidad, habilitan el espacio para intervenciones eficaces, que favorezcan la participación comunitaria. Trabajar en interdisciplina habilita al intercambio, a escuchar, aprender y resolver problemas en conjunto, ampliar la mirada, y, por lo tanto, mejorar los servicios de atención a la comunidad.

Finalmente, se pudo experimentar también lo necesario de la formación continuada y constante por parte de todo el personal que se desempeña en el centro de salud (profesionales de salud, personal administrativo, agentes de seguridad, etc.) Es importante que desde los diferentes espacios se puedan realizar recorridos que lleven a la adquisición de miradas con perspectiva de géneros y derechos, garantizando así que las personas que accedan a los servicios que se ofrecen no se vean vulneradas y puedan transitar estos espacios de forma positiva. Dicha formación, considero, no ha de ir dirigida sólo a la apropiación de conocimientos y habilidades, sino también a la generación de actitudes favorecedoras, como el ejercicio de la empatía, de una mirada inclusiva y que aporte a la equidad en salud.

En cuanto a mi aprendizaje personal, considero que he podido enriquecerme de la multiplicidad de experiencias, miradas y vivencias de las personas que me acompañaron y junto a las cuales compartí durante la experiencia de práctica. Pude aprender y capacitarme tanto con los profesionales que me guiaron en terreno como de quienes me apuntalaron desde el espacio universitario. En cuanto a mi recorrido realizado con la comunidad, remarco su apertura y acompañamiento, que me permitió aprender de y junto a ellos. Además, me invitaron a reflexionar sobre mi propio rol profesional futuro, lo cual agradezco y valoro como uno de los aspectos más valiosos de mi experiencia de práctica.

Sin dudas, la puesta en práctica de todo lo aprendido durante los años de cursado es un camino que lleva al crecimiento tanto personal como académico, y lo considero esencial como instancia previa a mi futuro desempeño como profesional en psicología.

10. BIBLIOGRAFÍA.

- Alfaro, R. (2013). Rol del profesional de psicología en atención primaria de la salud. *Revista electrónica de estudiantes. Escuela de psicología*, 8(1), 61-80.
- Álvarez- Manilla, J.M. (1988). Atención Primaria en Salud. *Salud Publica Méx.*, 30(5), 676-682.
- Bang, C. (2014) Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13 (2), 109-120.
- Becker, A. P. y Rocha, N. (2017) Acciones de promoción de la salud en la sala de espera: aportes de la Psicología. *Mental*, 11 (21), 339-355.
- Berroeta, H. (2014). El quehacer de la Psicología Comunitaria: Coordenadas para una cartografía. *Psicoperspectias*, 14 (2), 19 – 31.
- Carta de Ottawa para la promoción de la salud. (2001). *Salud Pública*. Recuperado de: <http://mpsp.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>
- Castro, C. (1993). Abordaje Comunitario: hacia una Propuesta Alternativa. *La Psicología, Los Procesos Comunitarios y la Interdisciplinariedad* (pp. 78-101). Guadalajara. Editorial Universidad de Guadalajara.
- Castro, E. y Bornholdt, E. (2004) Psicología de la salud x psicología hospitalaria: definiciones y posibilidades de inserción profesional. *Psicología: ciencia y profesión*, 24 (3), 48-57.
- Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016). *Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba*. Recuperado de: <https://cppc.org.ar/>
- Código de Ética Nacional (2013). *Federación de Psicólogos de la República Argentina*. Recuperado de: http://fepra.org.ar/docs/C_ETICA.pdf.

- Cohen, S., Gottlieb, B. H., y Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health. *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 3-25). Oxford. Editorial Oxford University Press
- Colmenares, A. M. (2012) Investigación-acción participativa: una metodología integradora del conocimiento y la acción. *Voces y Silencios: Revista Latinoamericana de Educación* 3 (1), 102-115
- De Lellis, M., Berra, A., y Morand, M. E. (2014). Atención Primaria de la Salud: manteniendo vivo el derecho a la salud. Ficha académica, recuperado de: http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/salud/de%20lellis/ficha_aps_2014.pdf
- Del cueto, A. M. (2014). Vivir, pensar, desear. *La salud mental comunitaria: vivir, pensar, desear.* (pp 23 – 41.) Buenos aires. Editorial Fondo de cultura económica.
- Díaz Llanes, G. (2001). El bienestar subjetivo: Actualidad y perspectivas. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 17 (6), 572-579.
- Duran – González, L. I., Hernández –Rincón, M., y Becerra-Aponte, J. (1995). La formación del psicólogo y su papel en la Atención Primaria a la Salud. *Salud Pública Mex.*, 37 (5), 462-471.
- García-Viniegras, C. R., y González Benítez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana Medicina Integral*, 16 (6), 586-592
- Gracia, E. y Herrero, J. (2006) La comunidad como fuente de apoyo social: Evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología* 38 (2), 327 – 342.
- Hernández, S., Pozo, C., y Alonso, E. (2004). Apoyo social y bienestar subjetivo en un colectivo de inmigrantes. ¿Efectos directos o amortiguadores? *Boletín de Psicología*, 80 (2), 79-96.

- Jara, O. (2012). *Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias*. Costa Rica. Editorial Costa Rica: CEP Alforja.
- Jara, O. (2014). *¿Cómo sistematizar? (Una propuesta en cinco tiempos)*. Costa Rica. Editorial Costa Rica: CEP Alforja.
- Krause, J. (2001). Hacia una redefinición del concepto de comunidad. Cuatro ejes para un análisis crítico y una propuesta. *Revista de psicología*, 10 (2), 49-60.
- Lapalma, A. I. (2001). El escenario de la intervención comunitaria. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 10 (2), 61-70.
- Martínez Rodríguez, A., Martínez Rodríguez, E. y Paz Lourido B. (2008). Estrategias de intervención en promoción de la salud. *Fisioterapia*, 30 (5), 238-43
- Ministerio de la Salud (2014) Trabajo en equipo, redes y participación. Curso en salud social y comunitaria. Ficha recuperada de: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento183.pdf>
- Montero, M (1984). La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos *Revista Latinoamericana de Psicología*, 16 (3) 387-400.
- Montero, M. (1994). *Construcción y crítica de la psicología social*. Editorial Anthropos.
- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria: La tensión entre comunidad y sociedad*. Editorial Paidós.
- Montero, M. (2006). Identificación y jerarquización de necesidades y recursos para satisfacerlas. *Hacer para transformar*. Editorial Paidós
- Montero, M. (2010). Crítica, autocrítica y construcción de teoría en la psicología social latinoamericana. *Revista Colombiana de Psicología*, 19 (2), 177-191.

- Organización Mundial de la Salud. (1988) *Promoción de la salud: glosario*. Ginebra. Recuperado de: <http://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- Pastrana, P. y Reyes, J. (2012). A propósito de la intervención social. Una reflexión desde la psicología social comunitaria. *Revista Electrónica de Psicología Social*, 23.
- Plaza, S. (2007) Campo de la Psicología Comunitaria. Ficha de cátedra de *Estrategias de intervención comunitaria*. Facultad de Psicología, UNC. Córdoba.
- Rodrigues, A., Dallanora, C., Rosa, J. y Germani, A. (2009) Sala de espera: un entorno para realizar educación sanitaria. *Revista Vivências*, 5 (7), 101-106.
- Ross, C. E., Mirowsky, J. y Pribesh, S. (2001). La impotencia y la amplificación de la amenaza: desventaja del vecindario, desorden, y desconfianza. *American Sociological Review*, 66 (10), 568-591.
- Rozas, G. (1992). Desarrollo, participación y psicología comunitaria. *Revista de psicología*, 3 (1), 51-56.
- Soliz Rivero, G. (2015). Atención primaria en salud. *Revista Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Cuenca*, 33 (3), 80-88.
- Stolkiner, A. (1988). Prevención en salud mental: Normativización o desanudamiento de situaciones problema. Ponencia presentada en el IV Congreso Metropolitano de Psicología. Buenos Aires.
- Torroja, M. S. (2003) Atención comunitaria y promoción de salud: la atención primaria en una encrucijada. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*, 36 (7), 355–357.
- Videla, M. (1991) *Prevención. Intervención psicología en salud comunitaria*. Editorial Ediciones cinco.