

Forni, Nahuel

**La promoción de la Salud a
partir de dispositivos
grupales en chicas más de
60 años**

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

Directora: Grosso, Virginia

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.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)



Facultad de Ciencias de la Salud

Licenciatura en Psicología

Contexto: Sanitario

Proyecto de Trabajo Integrador Final

“La promoción de la Salud a partir de dispositivos grupales en chicas más de 60 años.”.

Alumno: Nahuel Forni

Legajo: 1800100

Directora: Lic. Virginia Grosso

2024.

Córdoba, Argentina.

Considero algo único el plasmar en esta hoja de agradecimientos a aquellas personas que me acompañaron y estuvieron en este largo proceso de formación académica.

Pienso en mi familia, tanto en mis padres como mis hermanas, totalmente orgulloso de tenerlos en mi vida. Han sido mis guías desde el inicio, enseñándome el valor del esfuerzo, la constancia, dedicación y la importancia de cada sacrificio. Su apoyo y motivación incondicional fue algo que me impulsó a seguir e intentar siempre a pesar de los obstáculos que se me presenten.

En segundo lugar quiero mencionar y agradecer a mis amigos, por estar y recorrer juntos estos años de la carrera, marcándome con experiencias y aventuras inolvidables. Sin ustedes mi trayectoria no hubiera sido la misma. Fueron mi red de apoyo fuera de las aulas, tanto para lo académico como lo personal.

El último y más especial agradecimiento es para mi novia Lu. Es difícil pensar esta última etapa sin vos y tu incondicionalidad. Lejos, una de las mejores personas que pude haber conocido, no me alcanzan las palabras para agradecerle todo lo que me enseñaste, hiciste y haces por mí. Me emociona el hecho de saber que tengo en mi vida a una persona tan importante como vos, gracias por haberme elegido, amado, apoyado y acompañado siempre.

A todos ustedes les quiero agradecer de corazón por creer en mí cuando dudé, por empujarme hacia adelante cuando pensé en rendirme y por festejar conmigo mis éxitos. Hoy celebro no solo mis logros académicos, sino también la fortuna de contar con ustedes.

ÍNDICE GENERAL

1.INTRODUCCIÓN.....	6
2.CONTEXTO DE PRÁCTICA.....	10
2.1 ORIGEN, FUNDAMENTOS Y PERSPECTIVAS DE LA PSICOLOGÍA SANITARIA.	11
2.2 HITOS PARA LA APS (ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD)	14
2.3 OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD	16
2.4 FUNCIONES DE LA APS (ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD) EN EL PRIMER NIVEL.	17
3. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	19
3.1 BREVE HISTORIA DE LA INSTITUCIÓN.....	20
4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN	23
5.OBJETIVOS	25
5.1 OBJETIVO GENERAL:.....	26
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	26
6.PERSPECTIVA TEÓRICA	27
7. MODALIDAD DE TRABAJO	45
7.1 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN EMPLEADAS.....	48

7.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS	50
7.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS	50
8.RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO	51
8.1 ACTIVIDADES EN EL CENTRO DE SALUD.....	52
8.2 ACTIVIDADES “CHICAS MÁS DE 60 AÑOS”	55
9.ANÁLISIS	61
9.1 INTRODUCCIÓN	62
9.2 METODOLOGÍA.....	64
9.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	66
9.3.1 Describir el proceso que se genera a partir de dinámicas grupales para la promoción de la salud en “chicas más de 60 años”.....	66
9.3.2 Desarrollar intervenciones de dispositivos múltiples para la promoción de la salud en “chicas más de 60 años”.....	77
9.3.3 Examinar la expresión de los lazos sociales y vivencias efectivas a través de los encuentros grupales en “chicas más de 60 años”.	92
10. CONCLUSIÓN	102
11.REFERENCIA.....	106

ÍNDICE DE SIGLAS O ABREVIATURAS:

A.P.S: Atención Primaria de Salud

C.U.S: Certificado Único de Salud

D.A.P.S: Dirección de Atención Primaria de Salud

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

PAIcor: Programa de Asistencia Integral Córdoba

PPS: Práctica Profesional Supervisada

R.C: Registro de campo

TIF: Trabajo Integrador Final

UCC: Universidad Católica de Córdoba

V.P: Villa Páez

1.INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo presenta como eje de sistematización “La promoción de la salud a partir de dispositivos grupales en chicas más de 60 años”.

Esta es una experiencia práctica que se desarrolla desde y en el contexto sanitario, entendiendo a éste como aquellos factores culturales, sociales, políticos, económicos y ambientales que influyen en la salud mental y el bienestar de las personas. Estos factores mencionados pueden producir un impacto significativo en la forma en que las personas conocen, experimentan y responden a los problemas de salud mental.

Asimismo, el contexto sanitario comprende al proceso Salud/enfermedad como un proceso socio histórico, donde se piensa lo singular con relación a lo colectivo. Esto se puede observar al buscar establecer “lo común” que caracteriza a un grupo (tanto en sus formas de salud como modos de enfermar), y no a la mera experiencia individual de cada sujeto sacado del contexto donde se vincula.

Es por esto que los talleres se realizan mediante dispositivos grupales, los cuales no hacen referencia al mero hecho de acumular personas en un espacio, sino que responden a ciertos criterios de organización. Toman pautas de manejo para abordar ciertas temáticas de manera particular, ejerciendo la escucha, la libertad de poder expresarse y a partir de allí trabajar con lo propio y colectivo que va surgiendo y desarrollándose.

Tomando a Cueto y Fernández (1996) el dispositivo grupal, refiriéndonos a este como aquellas estrategias o intervenciones específicas diseñadas para trabajar con grupos de personas, orientados a facilitar procesos terapéuticos o de apoyos mediante la interacción y el trabajo conjunto dentro del grupo, contiene un tiempo, un espacio, un número de personas y algún objetivo en común. De esta forma se crean las condiciones para que un agrupamiento se constituya en un grupo.

Estos espacios, como mencionamos anteriormente, sirven no solo para la constitución de un grupo, sino también para que las personas que acuden puedan encontrar un lugar de diálogo, contención, vínculo y escucha. Además, está abierta la posibilidad para tratar diferentes temáticas referidas a lo creativo, como pueden ser actividades lúdicas, manualidad, arte, poesía como así también poder expresar sobre lo que viven, sufren o sienten a través de sus propias formas, palabras, gestos o producciones que en otro contexto no sería fácilmente desplegado. Los dispositivos grupales brindan a las personas la posibilidad de generar un cambio tanto en uno mismo como en el otro. Ser otro con otros, dando lugar a un espacio de transformación subjetiva.

A partir de lo anteriormente desarrollado, pensamos desde el centro de salud de Villa Páez (donde se trabaja a partir del primer nivel de atención) y en conjunto con nuestra referente de prácticas, en la importancia de generar un proyecto a modo de espacio conversatorio, entendiendo a éste como la construcción colectiva de un lugar que posibilite el enriquecimiento mutuo, el intercambio creativo en donde podremos interpelar las prácticas para encontrar formas alternativas de pensar los procesos. Compartir experiencias para abrir nuestra mirada y descubrir nuevas posibilidades, buscando que se involucre y signifique la participación de mujeres adultas mayores del barrio. Surge así la conformación del grupo “chicas más de 60 años”, con el foco puesto prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud.

Podemos destacar de estos espacios, múltiples actividades que propician e impulsan el encuentro entre diferentes personas que frecuentan el centro de salud, generando de esta forma un acercamiento de la comunidad a un lugar común, donde haya producción de conversaciones y acciones que fomenten los lazos sociales, vínculos, encuentros y momentos compartidos para promover especialmente, la recuperación de historias de vida y memorias afectivas.

El trabajo se organiza en apartados descritos como: contexto institucional, el cual integra la información del lugar donde se realiza la práctica, contexto de práctica, la recuperación del

proceso vivido, el eje de sistematización, los objetivos generales y específicos, el análisis de la experiencia y al finalizar, la bibliografía.

Por otro lado, desarrollaremos la modalidad de trabajo, la cual incluye las técnicas empleadas, la caracterización de la población y las consideraciones éticas.

Para finalizar, explicaremos la perspectiva teórica desde donde hicimos la lectura de las prácticas, teniendo en cuenta algunos conceptos fundamentales para el análisis de la experiencia.

2.CONTEXTO DE PRÁCTICA

2.1 ORIGEN, FUNDAMENTOS Y PERSPECTIVAS DE LA PSICOLOGÍA SANITARIA.

Tomando a E. Saforcada (2012). "El surgimiento de la psicología sanitaria en la Argentina, radica en la Universidad de Córdoba. A partir del año 1969 se crea el Centro de Investigación en Psicología Social (CIPS), en la que de forma temprana se integraron los estudios de la psicosociología salubrista y la psicología epidemiológica con el fin de encontrar soluciones a los problemas de la sociedad" (p.120-130).

Siguiendo con Saforca (2012), "la psicología sanitaria aparece como una necesidad en Argentina, a partir de cuatro situaciones propias del ámbito de la salud" (p. 121).

1. La naturaleza fundamentalmente psico-sociocultural de los factores y procesos que inciden negativamente en la salud de la población.
2. La existencia de tres subsistemas de servicios de salud –privado, de la Seguridad Social y público– que lleva a que las universidades formen a los profesionales para el subsistema privado, con lo cual carecen de los conocimientos y destrezas necesarias en el subsistema público de estos servicios.
3. La formación reduccionista de los profesionales de la psicología que les impide integrarse al equipo multidisciplinario de salud.
4. El ámbito de lo público le requiere a la psicología una gran cantidad de aportes vinculados con la planificación, la ejecución y la evaluación de las políticas y programas de salud, lo cual no está incluido en la formación universitaria de los psicólogos.

Se destacan los aportes de Laurell (1987) en donde establece que el estudio del proceso salud-enfermedad es un proceso social que no se remite, como se creía antes, al concepto médico clínico que entiende a la enfermedad como algo meramente biológico del individuo, sino que va más allá. Se emplea una visión abarcativa e integradora que permite articular los diferentes modos de enfermar, con los procesos psico-culturales que inciden negativamente en la salud de la población.

Laurell (1987) plantea que la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos ya que, como mencionamos anteriormente, el carácter social del proceso salud-enfermedad adquiere historicidad debido a estar socialmente determinado y se manifiesta empíricamente más claro a nivel de la colectividad que en el individuo. Esto nos permite entender que dentro de una misma sociedad, las clases que la componen mostrarán condiciones de salud distintas y exhibirán una patología colectiva diferente, indicando que nuestro objeto de estudio no se ubica a nivel del individuo sino del grupo, construido en función de sus características sociales, y en segundo lugar las biológicas.

Esto produce de por sí un avance, ya que tiene implicaciones directas para la práctica sanitaria dado que visualiza la problemática de una manera diversa a cuando se lo hace con una descripción biológica de las condiciones de salud.

Desde Villar (2011), podemos destacar la importancia de tener en cuenta los factores determinantes de la salud. Estos son "aquellos relacionados con los estilos de vida, factores ambientales, aspectos genéticos y biológicos de la población y por último, los relacionados con la atención sanitaria, es decir, aquellos relacionados con los servicios de salud que se brindan a las poblaciones.

Estos factores determinantes se pueden separar en dos grandes grupos:

- Aquellos que son de responsabilidad del estado: determinantes económicos, sociales y políticos.
- Aquellos de responsabilidad del sector Salud, en donde el estado a favor de la salud de la población actúa en lo que se refiere al control, promoción y vigilancia de diferentes casos, estando asociados con factores ambientales, estilos de vida, aspectos genéticos y biológicos de la población como así también por la atención sanitaria (servicios de salud que se brinda a la población).

Villar (2011), expresa que en el último tiempo, se produjeron importantes modificaciones con énfasis en la consolidación y el fortalecimiento de la Atención Integral de Salud, buscando mejorar los niveles primarios de atención. Movilizando así la prioridad de la atención a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad. Esto permite incrementar los niveles de salud de la población, evitando que ésta se enferme a un costo menor, en comparación a los altos costos que generan la atención de la salud recuperativa.

2.2 HITOS PARA LA APS (ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD)

Siguiendo con lo anterior, podemos enriquecer el contexto sanitario mencionando dos hitos para la APS (Atención Primaria de Salud). Estos fueron la Conferencia OMS en Alma Ata (1978) y La carta de Ottawa (1986).

Ingrid Aravena Sepúlveda (2016) afirma:

La Carta de Ottawa, fue la primera conferencia a nivel Mundial en donde se buscó la Promoción de la Salud, esto por la creciente necesidad de un acercamiento a los múltiples problemas de salud. Esta conferencia fue celebrada en Ottawa, Canadá en el año 1986, donde se reunieron 212 delegados de 38 países. El acta de la Conferencia desarrolla los puntos expuestos sobre los problemas de salud y de la necesidad de un progreso en esta área, ofrece ejemplos concretos y sugerencias prácticas referentes a la forma en que pueden conseguirse avances reales, y precisa cuál es el compromiso que se requiere de los países y de los grupos implicados. La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud presenta los enfoques, estrategias y proposiciones fundamentales que los participantes consideraron indispensables para avanzar de forma significativa en el progreso y la promoción de la salud. (p. 3)

Por otro lado, Isabel Amelia Costa Mandes, (2004) sostiene lo siguiente:

En septiembre de 1978 fue realizada la primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, organizada por la OMS y UNICEF en Alma-Ata, capital de Kazajstán. La Conferencia contó con más de 700 participantes y resultó en la adopción de una Declaración que reafirmó el significado de la salud como un derecho humano fundamental y una de las más importantes metas sociales mundiales. De acuerdo con la Declaración de Alma-Ata, deberían ser estimuladas acciones de los diferentes actores internacionales en el sentido de disminuir las diferencias en el desarrollo económico y social de los países para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, reduciéndose la laguna existente entre el estado de salud de los países en desarrollo y los desarrollados. (p. 451)

Teniendo en cuenta lo anterior, a partir de la Declaración de Alma Ata, 30 años después aparecen las siguientes puntualizaciones:

- La estrategia de APS todavía es reconocida como una medida efectiva para mejorar la calidad y alcanzar la equidad en la atención de la salud.
- Muchos países implementaron importantes reformas, independientemente del tipo de sistema sanitario y el nivel de riqueza, tras los primeros acuerdos y recomendaciones
- Pero la evaluación del grado de implementación y el desarrollo de la APS ha sido aislada y heterogénea.
- Recientemente, se propusieron líneas estratégicas, se discutieron marcos conceptuales y se señaló la necesidad de contar con herramientas de evaluación válidas.

2.3 OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Mencionando a Haggerty (2009) podemos representar los objetivos de la atención primaria de la salud.

- Acceso universal: Garantizar el acceso universal y equitativo de la población a una atención integral e integrada basada en una relación continua y personalizada con los proveedores de APS.
- Calidad técnica: Brindar servicios seguros y de alta calidad y promover una cultura de calidad en las instituciones y proveedores de APS.
- Aceptabilidad de los servicios: Asegurar por parte de los trabajadores de la salud las habilidades eficaces de comunicación, el respeto por la autonomía de la persona y un trato digno y aceptable para los usuarios, de acuerdo con su contexto sociocultural y personal.
- Acceso de primer contacto: Asegurar el acceso de primer contacto a la población, incluidos los servicios de urgencia 24 horas al día y la efectiva referencia a los proveedores asignados de APS.
- Atención integral e integrada: Garantizar la atención integral (salud física y mental, episodios agudos, cuidados crónicos, paliativos y de rehabilitación, actividades de promoción y prevención) e integrada a los individuos y a la población asignada a un equipo de APS.
- Coordinación de los servicios: Facilitar la coordinación entre las instituciones, los profesionales y los trabajadores que proveen servicios de salud en diferentes puntos de atención, para evitar la fragmentación y lograr la atención integrada.
- Planificación de los servicios: Planificar la oferta local de los servicios necesarios dentro de la estrategia de APS para responder a las necesidades de salud de una población definida.

- Participación comunitaria: Promover un enfoque comunitario y participativo de la atención y la gestión de los servicios.
- Trabajo intersectorial: Promover y desarrollar acciones intersectoriales para la intervención en los determinantes que afectan la salud.

2.4 FUNCIONES DE LA APS (ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD) EN EL PRIMER NIVEL.

Tomando a Barbara Starfield (2004), plasmamos algunas de las funciones de las "APS".

- Primer contacto: Supone la idea de que cada vez que surge un problema nuevo de salud se acude a un centro o profesional de salud concreto, que actúa como puerta de entrada al sistema sanitario y es accesible a la población
- Integralidad: Organización que pueda ofrecer un catálogo extenso e integral con todos los servicios que la población necesita, con articulación. Incluye la identificación de problemas de todo tipo, sean orgánicos, funcionales o sociales, particularmente aquellos que son más frecuentes en la población.
- Coordinación: Es la función de enlace entre los servicios de atención, de tal modo que la persona reciba un cuidado apropiado de todos sus problemas de salud bajo la responsabilidad de su proveedor de APS. La coordinación permite el reconocimiento de problemas anteriores, nuevos e incluye también la referencia y el acompañamiento de la atención realizada en otros servicios especializados.
- Enfoque familiar: Centrar la salud de los individuos en su contexto social más cercano.
- Orientación comunitaria: Dirigir la atención a la resolución de los problemas de salud de la comunidad a la cual tiene como población diana.

- Competencia cultural: Adaptar y establecer relaciones que faciliten la atención de los problemas de salud en las personas de diferentes grupos sociales de la población asignada.

De acuerdo con Ase, Burijovich (2009), plantea las estrategias de “APS” (Atención primaria de salud) y las diferentes perspectivas de derechos en salud, se trata de un bien en sí mismo, que no requiere justificación; es decir, todas las personas, por el hecho de existir, tienen derecho a la salud.

Se parte desde un enfoque en donde las políticas e instituciones que tienen como meta impulsar las estrategias de salud, se basen en normas y principios establecidos en el derecho internacional sobre los derechos humanos. Esta perspectiva permite generar obligaciones y responsabilidades para los Estados, que tienen que incluir en su marco jurídico y normativo. El autor Villar (2011) afirmó lo siguiente:

La obligación de respetar, proteger, promover, facilitar y proveer el acceso universal a la salud, así como garantizar que las personas, sin ningún tipo de discriminación, hagan uso de su derecho a la salud, abarcando los siguientes elementos esenciales e interrelacionados los cuales son disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad. (p. 86)

Así, a partir del reconocimiento universal de la salud como derecho y objetivo social, considerando las condiciones de cada población, los organismos sanitarios internacionales proponen la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) como el instrumento adecuado para transformar los sistemas de salud y mejorar las condiciones de salud generales.

Finalmente, se hace necesario puntualizar los principios que deberían sostener los sistemas de salud nacionales, siendo estos la integralidad, flexibilidad, universalidad, racionalidad tecnológica, regionalización, descentralización, intersectorialidad, Inter-jurisdiccionalidad, participación social, interdisciplinariedad y capacitación permanente.

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

3.1 BREVE HISTORIA DE LA INSTITUCIÓN

Comenzando con la historia de la institución, obtuvimos la información a partir de una entrevista realizada a la médica clínica con más años de trayectoria en el centro de salud. Podemos decir que el centro de salud de Villa Páez (número 30) ha sido de dependencia municipal, desde hace más de 40 años.

En sus comienzos se presentaba de forma muy rudimentaria y pequeña. En sus inicios, contaban solo con un médico el cual era francés y una enfermera que atendía junto a él. Originalmente a estos lugares se los llamaba “copa de leche” (refuerzo alimentario que se les otorgaba en la mañana o merienda a los niños que acudían) o “gota de leche”.

Al transcurrir el tiempo se fueron incorporando más profesionales, pero siempre se llevaron a cabo tareas de atención primaria. Posteriormente se comenzó a darle un mayor marco legal y se fue regularizando con programas, avanzando hacia lo que ahora conocemos como las especialidades.

Por otro lado, los objetivos y actividades de la institución están todas fundamentadas bajo la atención primaria, como primer nivel de atención de Salud, donde el paciente tiene un contacto directo con los profesionales con el objetivo de buscar y fomentar siempre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Además, el centro de salud pertenece a la “Red pueblo Alberdi” y trabaja con un área programática. Entendemos a esta última como aquella forma de organización del subsistema público de salud que se utiliza para desarrollar estrategias de APS (atención primaria de salud).

Dicha área era más extensa, pero se fue reduciendo a medida que aparecían otros dispensarios o centros de salud que abarcan e incluyen a ciertos barrios como Villa Páez, Marechal, Alberdi, Providencia, Bajo Galán, Escobar y porciones de algunos barrios que la municipalidad dispone.

Asimismo, el centro de salud trabaja en red, es decir, con el centro vecinal, jardines de infantes, salas cunas, escuelas primarias y secundarias, otros centros de salud, las Iglesias, las escuelas, pequeñas residencias de adultos mayores, hogar de día, algunos hospitales como el Misericordia y los espacios en donde haya participación de la gente como por ejemplo grupos de mujeres tejedoras, niños Boy Scout, etc.

Con respecto a los programas que se llevan a cabo, están todos bajo la atención primaria de la Salud donde cuentan con enfermería (inmunizaciones), control de niños sanos, control de crecimiento y desarrollo, control de embarazo y puerperio, Salud sexual, reproductiva y no reproductiva (entrega de anticonceptivos, consejería y derivación oportuna como así también acompañamiento en el caso que lo requiriera), "ITS" (infecciones de transmisión sexual, además de brindar información y la entrega de métodos anticonceptivos, se presenta un móvil cada 15 días que realiza tests de "ITS" a la población), adulto asintomático, hipertensión y diabetes, control de enfermedades crónicas no transmisibles (diabéticos, hipertensos, enfermedad crónica, obesidad), supervisión y tratamiento y control del paciente tuberculoso, salud bucal, ginecología, planificación y control de embarazo.

Todos estos programas tienen un fichero específico en donde la población está censada ya que, a partir de esto, se obtienen datos que permiten tener información de las personas y así lograr un seguimiento.

Con respecto a las cuestiones sociales que se presentan de forma habitual debido a las características del barrio, persisten algunas como son la falta de servicios, ausencia de asfalto en las calles, problemas cloacales, de gas y sobre todo cuestiones sociales donde presentan muchas falencias.

La comunidad que habita el barrio y asiste al centro de salud no exhibe problemas de pobreza sino más bien, como mencionamos anteriormente, cuestiones ambientales y sociales. Considerando los factores ambientales, algunas personas que conforman el barrio nos comentan y nosotros mismos pudimos observar, la presencia de espacios donde se produce la acumulación y deposición de residuos en lugares que no son los adecuados, afectando al entorno.

Siguiendo con los aspectos sociales, los que más prevalecen son robos, falta de iluminación, inseguridad, etc. como así también las ventas de estupefacientes como la marihuana y cocaína que es algo bastante habitual en este contexto. Otra de las problemáticas más frecuentes que se desenvuelve en el centro de salud son las enfermedades respiratorias en la población general y cuestiones ligadas a embarazos no deseados.

Para finalizar, lo que respecta al funcionamiento del centro de salud, desde la administración se organizan los turnos a partir de las 7:30 hs am. Cuentan con programas y planillas de asistencia semanal donde llevan un registro y los turnos se obtienen con el DNI.

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

“La promoción de la Salud a partir de dispositivos grupales en chicas más de 60 años.”

5.OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL:

- Analizar la promoción de la salud a partir de dispositivos grupales en “chicas más de 60 años”. en un centro de salud de Córdoba durante el año 2023.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir el proceso que se genera a partir de dinámicas grupales para la promoción de la salud en “chicas más de 60 años”.
- Examinar la expresión de los lazos sociales y vivencias afectivas a través de los encuentros grupales en “chicas de más de 60 años”.
- Desarrollar intervenciones desde dispositivos múltiples para la promoción de la salud en el grupo “chicas de más de 60 años”.

6.PERSPECTIVA TEÓRICA

Teniendo en cuenta la perspectiva teórica, partiremos desde un enfoque salubrista, el cual apunta hacia la promoción de la salud en las comunidades. Esto se sustentará teóricamente a través de diferentes papers, páginas, libros y búsquedas en internet que permitan complementar al siguiente escrito.

Para abordar el eje de este trabajo, se desarrollará y ampliará a partir de la experiencia práctica realizada en el Centro de Salud del barrio Villa Páez. Estos espacios conversatorios/talleres están conformados aproximadamente por 5 integrantes mujeres que acuden regularmente a los encuentros, conociéndose este grupo como “chicas más de 60 años”. Estos espacios remiten principalmente a la conformidad de dinámicas grupales.

A través de diferentes metodologías prácticas, actividades pensadas y junto a nuestra referente institucional del Centro de Salud, buscamos generar aportes que permitan acercar al grupo “chicas más de 60 años” hacia la promoción de la Salud.

Estas actividades propuestas tienen que ver con un acercamiento de la comunidad barrial a través del contacto, participación, recreación y cooperación entre los participantes que conforman dicho grupo. Podemos observar que se apuesta al trabajo desde dispositivos grupales como una experiencia de encuentro con otros, en donde se produce un espacio privilegiado para la tramitación simbólica. Con estas herramientas encontramos diversas funciones que son facilitadoras, como lo plantea Winnicott (1980), entendiendo al grupo como un dispositivo. Con respecto a este último término, podemos entenderlo a partir de (Foucault, 1984), como una red de relaciones de saber/poder el cual se encuentra situado espacial, temporal e históricamente.

Este dispositivo que mencionamos no es algo externo a la sociedad ni la sociedad es externa al dispositivo. De la misma manera es necesario pensar la relación que aparece entre dispositivo y sujeto. Es en esta relación donde se produce un poder que dispone y necesita de algún orden determinado para funcionar, así como de un conjunto de saberes que, explican,

aseguran, legitiman, describen, o respaldan la autoridad de ese poder para lograr funcionar de una manera y no de otra.

Desde Foucault (1984) podemos decir entonces, que:

“Se trata, entonces, de una red de relaciones en las que está implicada una forma determinada del ejercicio del poder y de configuración del saber que hacen posibles determinados efectos de verdad y realidad (p.3)”

Por último, los dispositivos producen formas de subjetividad, es decir, constituyen a los sujetos inscribiendo en sus cuerpos un modo y una forma de ser. Pero no cualquier forma de ser. Van inscribiendo en el cuerpo un conjunto de saberes, instituciones, praxis, cuyo objetivo consiste en administrar, controlar, gobernar, orientar, dar un sentido que se supone útil a los comportamientos, gestos y pensamientos de los individuos.

Desde lo desarrollado anteriormente, a partir de dispositivos de intervención y teniendo en cuenta a las personas mayores, buscamos la posibilidad de generar a modo de espacio transicional, encuentros estructurantes de subjetividad.

El foco de este proyecto se sustenta en el pensar la posibilidad de generar, como mencionamos anteriormente, una mayor promoción de la salud a partir del contacto y establecimiento de lazos sociales de las mujeres adultas que conforman la comunidad del barrio Villa Páez, como así también favorecer la integración de estas a un grupo que sirva de acompañamiento y sostén para las diversas circunstancias que se vayan presentando. Es por esto, que las actividades son variadas y van cambiando a lo largo de los encuentros. A través de múltiples dispositivos de intervención, comprendiendo a estos como herramientas y estrategias que se utilizan para abordar problemáticas psicosociales, buscando promover el bienestar de las personas a partir de métodos diversos y flexibles.

Algunos de estos dispositivos son la realización de actividades que van desde realizar un recorrido barrial para generar más unión con la comunidad hasta poner en juego recuerdos e historias de memorias afectivas que se traen a los espacios como así también generando talleres psicoeducativos que impliquen la participación activa de la comunidad.

Es importante remarcar las conceptualizaciones de lo comunitario y lo territorial, para alejarnos de visiones homogeneizantes y simplistas en relación a las realidades comunitarias. Siguiendo los aportes de Deleuze y Guattari (2005), es menester pensar o entender a la comunidad como una red de interrelaciones, ubicada como un sistema complejo, compuesta por elementos materiales y simbólicos interrelacionados que se mantienen en constante transformación. Tomando los aportes de Montenegro, Pujol y Rodríguez (2014) comprendemos a la comunidad como un grupo heterogéneo con sus dinámicas variadas e interrelacionadas cuyo anclaje puede ser territorial y sostenido a partir de procesos identitarios.

De acuerdo con Bang (2020) observamos cómo a partir de los abordajes comunitarios encontramos en la promoción de la salud mental una estrategia que permite, desde una perspectiva integral y a la vez articulada con otras prácticas de atención, el desarrollo de diferentes acciones participativas y el fortalecimiento de lazos comunitarios como recursos de cuidados colectivos en el abordaje de problemáticas ligadas a la salud.

Continuando con la mirada de la autora Claudia Bang (2014), podemos pensar que la estrategia para la promoción en la salud comunitaria debería dirigirse hacia la generación de procesos participativos en donde se ponga en juego la creatividad desde lo colectivo, multiplicando las redes de contención comunitaria.

Claudia Bang (2014) también plantea que este tipo de acciones aparecen y se nos presentan como una vía facilitadora para generar una transformación que se dirija hacia una comunidad mucho más inclusiva.

El abordaje comunitario permite generar importantes oportunidades, brindando fortalezas desde propuestas que se enfocan, no solo en usuarios del sistema de salud, sino que también integra e incluye a su comunidad en los abordajes de problemáticas psicosociales en y desde su complejidad, produciendo así, una clínica ampliada.

Los principales componentes y fortalezas que presenta la promoción de la salud desde un abordaje comunitario son:

- Participación activa de la comunidad
- Transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios
- Constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades.

Desde las políticas de promoción de salud, se ha definido como un punto indispensable el fortalecer la acción comunitaria a partir de su participación activa. La participación se realizaría “a través de la acción efectiva de la comunidad en el establecimiento de prioridades, la toma de decisiones, y la planificación e implementación de estrategias para el logro de una mejor salud” (OMS, 1986, p. 1).

Desde los encuentros desarrollados con el grupo “chicas más de 60 años”, buscamos incorporar prácticas de promoción de la salud de forma comunitaria, a partir de una perspectiva que sea crítica y abierta a la complejidad como lo son las variadas realidades que componen el grupo y la comunidad barrial. Teniendo en cuenta esto, se propone el desarrollo de estrategias de intervención que sean múltiples y a su vez flexibles, más aún trabajando con el proceso de envejecimiento, para así alcanzar un fortalecimiento de vínculos y acompañar procesos de transformación a nivel grupal, posicionándolos como sujetos activos, siendo este un aspecto clave en la salud mental comunitaria.

Además, al trabajar desde la grupalidad, nos permite aproximarnos y sostener entre todos las diferentes problemáticas vividas de forma colectiva que exceden muchas veces, la posibilidad del abordaje puramente individual.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, retomo la importancia de las ideas de (Almeida-Filho y Paim, 1999) donde proponen la inclusión de una mirada que identifique el reconocimiento de aquellos padecimientos subjetivos en su complejidad. Es decir, en estos abordajes, resulta sumamente necesario una apertura que integre lo colectivo, lo diverso y lo histórico a la hora de realizar una lectura de los padecimientos de una determinada época, en donde se acepten nuevas demandas y se pueda trabajar desde las contradicciones, construyendo con otros en la heterogeneidad.

Muchas veces, estos padecimientos portados por cuerpos singulares presentan su correlato en la trama social. Surgen como emergentes de problemáticas que son vividas de forma colectiva y exceden, la posibilidad del abordaje puramente individual. Desde esta mirada, se abre la posibilidad de impulsar prácticas en salud basadas en lo relacional. En las cuales el acto de cuidar es tanto medio como fin en sí mismo (Merhy, 2006).

Hemos encontrado en el concepto de promoción de salud mental comunitaria una herramienta útil para pensar y abordar prácticas que articulan promoción de salud y salud mental. Este concepto tiene su origen en el desarrollo de la estrategia de promoción de salud y en la posterior articulación entre atención primaria de salud y salud mental.

La Carta de Ottawa, sobre la promoción de salud ha sido la gran impulsora de prácticas promotoras, entendiéndose como:

El proceso de capacitar a las personas para aumentar el control sobre su salud y mejorarla. Para llegar a un estado de completo bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe poder identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades, y manejar o transformar su ambiente. (OMS, 1986, p. 1)

Al considerar la salud desde una perspectiva integral, estamos lidiando con algo tan amplio como la propia noción de vida (Czeresnia & Freitas, 2006). La salud se relaciona con la posibilidad de ganar grados de autonomía sobre el “modo de vivir en la vida” (Merhy, Feuerwerker y Silva, 2012). En este sentido, la Medicina Social Latinoamericana propone la idea de buen vivir o vivir bien, que implica la confrontación del individualismo y la competencia, típicos de la sociedad de mercado, para sustituirlos por la solidaridad y la cooperación, en un modelo de desarrollo que permita la satisfacción de las necesidades de todos (Asociación Latinoamericana de Medicina Social [ALAMES], 2011).

Siguiendo con lo anteriormente desarrollado, desde los talleres, buscamos promover la autonomía y el envejecimiento activo. Conforme a la OMS (1999) definió el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”.

Desde estas concepciones, retomamos las ideas del autor P. Baltes (1993). El mismo propone la teoría del ciclo vital, la cual busca trascender en el estudio del desarrollo basándose en que este debe ser estudiado en las diferentes etapas de la vida, desde la niñez pasando por la juventud, adultez hasta la vejez.

Esta perspectiva intenta mostrar la compleja interacción entre factores de diversa índole como lo son: biológicos, socioculturales, del entorno físico e individuales, enfatizando particularmente en el contexto cultural y en las diferencias individuales, ampliando el margen de estudio más allá de la adolescencia.

Los principios del enfoque del desarrollo del ciclo vital de Baltes son:

1. El desarrollo dura toda la vida
2. El desarrollo es multidimensional
3. El desarrollo es multidireccional
4. La influencia relativa de la biología y la cultura cambia con el ciclo vital
5. El desarrollo implica modificar la distribución de los recursos
6. El desarrollo muestra la plasticidad
7. El contexto histórico y cultural influyen en el desarrollo.

1. El desarrollo dura toda la vida.

El desarrollo no se limita a una etapa específica de la vida, sino que se extiende a lo largo de ella. Cada etapa está moldeada por las experiencias previas y a su vez influye en el futuro. Cada fase posee características y valores únicos, sin que ninguna sea más o menos importante que las demás.

2. El desarrollo es multidimensional.

Ocurre en múltiples dimensiones que se interconectan: biológica, psicológica y social. Cada una de estas dimensiones se desarrolla a su propio ritmo.

3. El desarrollo es multidireccional.

El progreso en un área puede ir acompañado de un retroceso en otra, incluso de manera simultánea. Los niños, por ejemplo, suelen crecer en una sola dirección (hacia arriba) tanto en

estatura como en habilidades. Sin embargo, a medida que avanzan en la edad, este equilibrio se modifica. Los adolescentes, por lo general, fortalecen sus capacidades físicas, pero pueden experimentar una disminución en la facilidad para aprender un idioma. Algunas habilidades, como la expansión del vocabulario, aumentan durante la adultez; mientras que otras, como la capacidad para resolver problemas desconocidos, disminuyen. La edad también puede traer consigo el desarrollo de nuevos atributos, como la sabiduría práctica. Las personas buscan maximizar sus ganancias enfocándose en sus fortalezas y minimizando sus pérdidas a través del aprendizaje de estrategias para manejarlas o compensarlas.

4. La influencia relativa de la biología y la cultura cambia durante el ciclo vital.

Tanto la biología como la cultura influyen en el desarrollo, pero el equilibrio entre estas influencias cambia con el tiempo. Las capacidades biológicas, como la agudeza sensorial, la fuerza y la coordinación muscular, se debilitan con la edad. Sin embargo, los pilares culturales, como la educación, las relaciones y los entornos tecnológicos que rodean a las personas mayores, compensan en cierta medida este deterioro.

5. El desarrollo implica modificar la distribución de los recursos.

Los individuos invierten sus recursos de tiempo, energía, talento, dinero y apoyo social de diversas maneras. Estos recursos pueden destinarse al crecimiento (por ejemplo, aprender a tocar un instrumento o mejorar una habilidad), al mantenimiento o la recuperación (practicar para conservar o recuperar un dominio) o para enfrentar una pérdida cuando el mantenimiento o la recuperación no son viables. La asignación de recursos a estas funciones cambia a lo largo de la vida en consonancia con la reducción del capital disponible. En la niñez y la adultez temprana, la mayor parte de los recursos se destina al crecimiento; en la vejez, a la gestión de las pérdidas. En la mitad de la vida, la asignación se distribuye de manera más equilibrada entre las tres funciones.

6. El desarrollo muestra la plasticidad.

Muchas capacidades, como la memoria, la fuerza y la resistencia, mejoran de manera notable con el entrenamiento y la práctica, incluso a edades avanzadas. Sin embargo, aun en los

niños la plasticidad tiene límites que dependen en parte de las influencias que se ejercen sobre el desarrollo. Una de las tareas de la investigación del desarrollo es descubrir en qué medida se modifican las clases particulares de desarrollo a diversas edades.

7. El contexto histórico y cultural influyen en el desarrollo.

Cada persona vive su desarrollo como un viaje único que se desarrolla en distintos escenarios. Estos escenarios están marcados por la etapa de la vida en la que nos encontramos (niñez, adolescencia, adultez, vejez) y por las circunstancias que nos rodean, como el lugar donde vivimos, la época histórica, la cultura a la que pertenecemos y las experiencias que vivimos.

Por otra parte, el autor desde su teoría desarrolla lo que se conoce como influencias normativas, refiriéndose a estas como aquellas experiencias o eventos que se presentan de forma común a un grupo particular de personas, en función a su generación o edad. Las influencias que destaca son las normativas relacionadas con la edad, influencias normativas relacionadas con la historia e influencias no normativas.

1. Influencias normativas relacionadas con la edad: Son definidos como determinantes biológicos y ambientales íntimamente relacionados con la edad cronológica.

2. Influencias normativas relacionadas con la historia: Acontecimientos y normas completamente generales experimentados por una unidad cultural en conexión con el cambio social. Son normativos si afectan a la mayoría de los miembros de una cohorte (misma generación) de forma similar.

3. Influencias no normativas: Se refieren a determinantes biológicos y ambientales que son significativos en su efecto sobre historias vitales, individuales, pero no generales.

Además, otra de las ideas centrales que Baltes propone y utiliza es el modelo S.O.C. Este modelo hace referencia a la selección, optimización y compensación de los recursos cognitivos.

Según este enfoque, se ponen en marcha 3 tipos de estrategias por parte de las personas. En un inicio, se seleccionan aquellos aspectos de la vida que son considerados como más importantes, para luego optimizar aquellos recursos y herramientas que permitan alcanzar los aspectos seleccionados. Por último, se compensan las pérdidas en aspectos que requieran adaptabilidad a los cambios vitales y ambientales. En conjunto, se termina creando un contexto para el desarrollo de forma vital y positiva, a través del manejo eficaz de las pérdidas y deterioros.

En concreto, la selección involucra el repertorio de estrategias que la persona utiliza para tomar una decisión, es decir una elección. La optimización, en cambio, consiste en los métodos que la persona emplea para conseguir nuevas habilidades o aplicarlas con el fin de superar ciertas limitaciones que aparecen.

Por último, la compensación, consiste en aplicar métodos de trabajo que sean alternativos a los que se preferían o utilizaban en épocas anteriores de la vida, pero que en este momento ya no se encuentran como disponibles para la persona en consecuencia a su envejecimiento. El proceso S.O.C no se limita únicamente a los adultos mayores, las personas de todas las edades emplean necesariamente estas estrategias cuando se enfrentan a cambios en las habilidades funcionales.

Baltes (1997), al estudiar el desarrollo completo de los individuos, es decir en todas sus etapas evolutivas, incluyendo la vejez, remarca la importancia de no pensar a la ancianidad como un periodo de declives y pura pérdida sino todo lo contrario. Observa este momento con una perspectiva esperanzadora y positiva. Etapa en donde todavía aparece la posibilidad de seguir creciendo y desarrollándose con un potencial que les permita continuar realizando contribuciones significativas a la sociedad. Aparece como una etapa en donde se pueden retomar actividades que quedaron pendientes, continuar con hobbies, prácticas, etc.

Dice Simone de Beauvoir (2015):

La vejez acarrea consecuencias psicológicas: ciertas conductas se consideran con justa razón como características de una edad avanzada. Como todas las situaciones humanas, tiene una dimensión existencial: modifica la relación del individuo con el tiempo, por lo tanto, su relación con el mundo y su propia historia. (p.1)

Teniendo en cuenta esto, me parece pertinente mencionar la teoría de la actividad socio emocional desarrollada por Laura Carstensen (1992). Esta autora fue pionera de investigaciones que han explorado cómo las personas perciben y a su vez, experimentan el tiempo a lo largo de su vida y cómo esto afecta a sus metas, comportamientos y relaciones.

Carstensen propone que a medida que las personas van envejeciendo y se percatan de la finitud de su tiempo, tienden a centrarse en lo que realmente les importa, enfocándose en aquellas relaciones significativas y experiencias positivas. La autora toma las ideas centrales de Baltes y las aplica al campo del desarrollo socio emocional: principalmente con los conceptos de adaptación y selección.

Desde la teoría de la selectividad socioemocional de la autora (Carstensen, 1992) podemos destacar 3 puntos centrales:

1. Perspectiva temporal: A medida que envejecemos, nuestra perspectiva temporal se acorta. Es decir, en un principio nuestra visión y tiempo de la vida aparece ilimitado, pero luego, al envejecer, se comienza a percibir que se tiene menos tiempo disponible en la vida, llevando a priorizar objetivos a corto plazo que generen mayor impacto emocional.

2. Metas sociales: Esta teoría establece que las personas al ser mayores se enfocan en metas emocionales más cercanas como lo pueden ser fortalecer relaciones significativas, disfrutar de experiencias que sean agradables y proteger su bienestar emocional.

Por otro lado, en las personas más jóvenes se tiende a priorizar metas de tipo distales como lo son la educación, una carrera profesional y la formación de una familia.

3. Selección social: Las personas mayores se vuelven más selectivas con respecto a sus relaciones sociales, invirtiendo más tiempo y energía en aquellas que les brindan mayor apoyo emocional y significado.

Por otro lado, podemos encontrar una profunda relación entre alcanzar diversas fuentes de placer en el exterior con el proceso de envejecimiento activo. Según la OMS (2016) el envejecimiento activo es el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. El objetivo es extender la calidad de vida, la productividad y la esperanza de vida a edades avanzadas. También se refiere a la importancia de poder permanecer activo en tres áreas. Estas son la física, social y mental, pudiéndose lograr a partir de diferentes actividades innovadoras.

Entendemos que en estas edades avanzadas es recurrente el miedo que se produce hacia la soledad, debido a que en muchas situaciones se genera una tendencia en donde las redes sociales se van achicando. Las integrantes del grupo comentan acerca de un alejamiento por parte de sus familias.

En relación a lo mencionado, la autora Stolkiner establece como una problemática colectiva la labialización de lazos sociales y fragilización de redes de contención comunitaria (Stolkiner, 1994), lo que Emiliano Galende denomina soledad relacional (Galende, 1997). Nuestra sociedad se caracteriza por haber transitado un largo y complejo proceso de desarticulación de sus formas de organización colectiva:

Los vínculos barriales y de vecindad, los familiares extensos, así como los gremiales y de participación política se labilizan. Simultáneamente existe una tendencia al abroquelamiento, dado que los espacios públicos se restringen y amplias áreas de la ciudad son vividas como peligrosas. (Stolkiner, 1994, p. 36)

A su vez, esto no es determinante ni sucede en todos los casos debido a que se observa cómo los adultos mayores van incorporando nuevos vínculos y estos producen un impacto totalmente favorable en su bienestar subjetivo. “El inicio de nuevas actividades, ya sean recreativas, artísticas, de estudio, sociales o de otra índole propician el establecimiento de nuevas relaciones que resultan significativas para la persona mayor”. (Arias, 2015, p. 3).

Por otro lado, y con relación a lo mencionado anteriormente, es muy importante tener en cuenta el concepto de redes.

Rovere (1999) caracteriza las redes en salud desde el lenguaje de los vínculos; redes sería un concepto vincular, donde se conectan o vinculan personas. La unidad de una red sería la unidad de vínculo, en tanto que la unidad básica de vínculo es la relación entre sujetos.

Retomando a Dabas (1998), se entiende la utilidad y potencia en el uso de la noción de comunidad en términos de redes, ya que, como lo afirma esta autora, la red es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo e integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades.

Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes, al ser éstos socialmente compartidos.

Por otro lado, pensadores como Von Foerster (1990) acuñaron el concepto de heterarquía, para referirse a las relaciones humanas de una perspectiva de red, considerando la posibilidad de coexistencia de jerarquías distintas, tanto sucesivas como simultáneas, en el funcionamiento de un sistema determinado. Según Dabas (2001), esto no implica la negación de la jerarquía sino la coexistencia y el reconocimiento de una variedad de las mismas.

Definimos a la red de apoyo social como el conjunto de relaciones familiares y no familiares que brindan algún tipo de ayuda: emocional, práctica, económica, compañía o consejo/guía. De acuerdo con Sluzki (1996) el apoyo emocional supone compartir sentimientos profundos e íntimos.

Las relaciones que brindan este tipo de apoyo involucran la confianza, así como el sentirse escuchado y comprendido.

Siguiendo con la idea, podemos observar, como plantea Cassell (1996):

La red social es de gran relevancia en la vida de una persona ya que es proveedora de apoyo y genera en el individuo la creencia de que es importante para otros, así como el sentimiento de ser cuidado, amado y valorado. (p. 11)

Tomando a Arias (2004); Prince-Paul, (2008) expresan que las diversas investigaciones han demostrado que el disponer de una red de apoyo social que sea adecuada se asocia con mayores niveles de bienestar integral.

Continuando con lo anterior, (Bang y Stolkiner, 2013) plantean que la teoría de redes aporta valiosas herramientas para pensar las prácticas de participación comunitaria en salud.

La comunidad se presenta como una idea compleja, difícil de definir y aprehender en sí misma, representando un colectivo humano con múltiples interacciones, con diversidad de intereses y relaciones de poder, reproduciendo asimetrías. La lógica de redes en salud propone tener una visión del poder que implica asumirlo como capacidad para el desempeño de las tareas y responsabilidades en relación y no como un objeto o cosa que pertenece a alguien en particular (Montero, 2003).

En este nuevo paradigma, comienza a pensarse el cambio como un proceso que se da en forma discontinua, a través de sistemas auto-organizados (Dabas y Perrone, 1999). A su vez, se desarrollan modalidades organizacionales novedosas y se visualiza el universo como una red de interacciones.

Maritza Montero (2003), define las redes comunitarias como aquellas presentes en los procesos de organización comunal. Las redes de organización comunitaria serían un entramado de relaciones que mantiene un flujo y reflujo constante de informaciones y mediaciones organizadas y establecidas en pro de un fin común: el desarrollo, fortalecimiento y alcance de metas específicas de una comunidad en un contexto particular.

Lo constitutivo de estas redes, sería la relación en la que se encuentran personas unidas por un interés o valor, proporcionando apoyo social a quienes intervienen en ellas; suponen una cierta comunidad de creencias o de valores, basándose en la información y el conocimiento compartidos.

Estos al ser ámbitos de participación en la cual promueven y canalizan, una de sus funciones es movilizar a la comunidad, incorporándose a la solución de conflictos. Desde esta

perspectiva, las redes comunitarias no involucran necesariamente a todos los miembros de una comunidad. La organización comunitaria refiere al proceso que desarrolla un grupo de personas involucradas en el trabajo con una comunidad, para distribuir las actividades, delegar las responsabilidades, comprometerse con las normas del grupo.

...entendemos por red un colectivo organizacional integrado por diversas organizaciones formales o informales, públicas o privadas, delimitado por algún aspecto común (territorial, temático, organizativo, etc.), dentro del cual se reconocen diversos modos de vinculación y a través del cual circulan diversos tipos de recursos técnicos, metodológicos, de información, económicos, etc. (Corral, 2009: 16)

De acuerdo con lo anterior, se destacan tres componentes principales de la idea de promoción de salud comunitaria:

- Participación activa de la comunidad
- Transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios
- Constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades.

Desde esta perspectiva, la participación en sí es un factor de salud mental, ya que restituye lazos de solidaridad social, diferenciándose de lo patologizante de vivir situaciones conflictivas

de forma individual y pasiva (Stolkiner, 1988). Enfocándose en esta dimensión subjetiva de los procesos participativos, es posible tomar tres aspectos como ejes o indicadores de participación comunitaria en salud/salud mental:

- Generación de espacios de encuentro comunitario e intercambio sobre problemáticas e inquietudes compartidas.
- Clara y concreta circulación de la información.
- Posibilidad de los participantes de incidir en la toma de decisiones conjunta.

Por otro lado, es muy importante entender que el concepto de redes viene acompañado de intervenciones a partir de dispositivos múltiples.

Estos permiten dar lugar, reconocer y abordar la salud desde una perspectiva integral y multisectorial, involucrando a diferentes actores de la comunidad. Al poseer una mirada ampliada, permite diseñar e implementar intervenciones más efectivas y sostenibles en el tiempo que respondan a aquellas necesidades específicas de cada comunidad.

Algunos de los principios que guían la intervención de dispositivos múltiples en el contexto comunitario para la promoción de la salud son:

- Participación: La comunidad debe ser protagonista activa del proceso de promoción de la salud, desde la identificación de los problemas hasta la implementación y evaluación de las intervenciones.
- Intersectorialidad: Se deben articular las acciones de los diferentes sectores que inciden en la salud.
- Empoderamiento: Se debe fortalecer la capacidad de las personas y comunidades para tomar decisiones informadas sobre su salud.

- Sostenibilidad: Las intervenciones deben ser viables y sostenibles en el tiempo.

La intervención de dispositivos múltiples y flexibles en el contexto sanitario/comunitario para la promoción de la salud ha demostrado ser una estrategia efectiva para mejorar la salud y el bienestar de las poblaciones.

7. MODALIDAD DE TRABAJO

Para realizar la modalidad de trabajo, empleamos lo que se conoce como sistematización de la experiencia.

Esto consiste en un proceso de reflexión e interpretación crítica sobre lo que se va desarrollando en las vivencias prácticas para así poder realizar una reconstrucción y reordenamiento de los diferentes elementos que se nos van presentando, tanto de manera objetiva como subjetiva para así, producir una lógica al proceso que fuimos atravesando y poder entender las diversas relaciones que fueron surgiendo en el mismo. Además, esta modalidad de trabajo nos permite aportar una reflexión teórica y conocimientos surgidos de prácticas concretas que generan a su vez nuevos conocimientos desde la propia experiencia.

Tomando al autor Jara (2011), nos propone utilizar una metodología en cinco tiempos para sistematizar las experiencias.

Plantea en el primer tiempo, como punto de partida, el haber participado en la experiencia y a su vez, generar un registro de la misma. Presenta algunas preguntas iniciales que nos pueden ayudar a orientarnos y que no cierren el campo. Algunas de estas son: ¿Cuál es el objetivo de la sistematización? ¿Qué experiencia se quiere sistematizar? ¿Cuáles son los aspectos centrales que más nos interesan?

En el segundo tiempo se inicia propiamente la sistematización respondiendo a tres interrogantes las cuales, a pesar de no tener secuencia, necesitan ser precisadas:

- ¿Para qué queremos sistematizar? (Definir el objetivo de la sistematización)
Permite definir, de manera concreta y clara, la utilidad, el sentido, el resultado o producto que esperamos obtener de la sistematización.
- ¿Qué experiencia(s) queremos sistematizar? (Delimitar el objeto por sistematizar)
Es necesario escoger la o las experiencias concretas que se van a sistematizar, claramente determinadas en lugar y tiempo.
- ¿Qué aspectos centrales de esa(s) experiencia(s) nos interesa sistematizar? (Precisar un eje de sistematización)
Aun teniendo un objetivo y un objeto por sistematizar, es necesario precisar más el enfoque de la sistematización para no dispersarse.

El tercer tiempo se conoce como la recuperación del proceso vivido, donde se toma todo el proceso de forma abarcativa y se genera un ordenamiento del mismo para así conseguir dar cuenta de forma resumida de qué trató la experiencia.

El cuarto tiempo se basa en el lograr reflexionar y analizar lo acontecido para obtener una interpretación crítica. El último tiempo, hace referencia al poder generar las conclusiones necesarias que se obtienen al finalizar la experiencia y transforman la información de manera que pueda ser compartida.

En el trayecto de la práctica, lo que sistematizaremos será la promoción de la salud a partir de dispositivos grupales con “chicas más de 60 años”, mediante conversatorios, en el centro de salud de Villa Páez.

7.1 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN EMPLEADAS

Las diversas técnicas de recolección de información nos permiten optar por aquellas que sean más apropiadas a los fines de nuestra investigación. Esta decisión presenta relación con la naturaleza del objeto de estudio, también con los modelos teóricos que se utilizan para construirlo y con la lógica desde la cual partimos. Es por esto que nuestras técnicas utilizadas fueron la observación participante, el registro y las entrevistas.

Comenzando con la observación participante, podemos entenderla según postulan Yuni & Urbano (2014) como un proceso que es flexible y también dinámico. Comienza observando los aspectos generales de la realidad para luego focalizar los aspectos particulares que interesan.

En nuestra práctica recurrimos al uso de la observación participante, debido a que los espacios conversatorios se caracterizan por un despliegue de dinámicas participativas que conllevan a realizar intervenciones para el esclarecimiento de alguna información o señalamientos que se produzcan en el espacio.

La observación se focaliza principalmente en lo discursivo, es decir, el contenido de las palabras, como así también en algunas ocasiones el acompañamiento de acciones gestuales que se producen en el trayecto de los distintos encuentros que realizamos.

Otra de las técnicas empleadas a la cual recurrimos frecuentemente es la utilización de los registros, entendiendo a ésta como una valiosa ayuda ya que nos permite almacenar y preservar información, visualizar el proceso mediante el cual vamos abriendo nuestra mirada, aprehendiendo el campo y aprendiéndonos a nosotros mismo, y para visualizar el proceso de producción de conocimientos.

Este proceso queda a cargo exclusivamente de quien registra y conlleva, como propone (Rotondi 1990), a una “producción de un texto ligado a la experiencia. Plantea la presencia de hechos significativos, procesos, puntos críticos, logros, interrogantes e hipótesis” (p.1). Esto moviliza a que revisemos constantemente el material registrado que producimos a partir de las vivencias en los encuentros y espacios de la práctica, permitiéndonos recuperar, construir e ir interpretando.

Para finalizar, utilizamos la entrevista. Tal es así, como plantea Guber (2011), “desde una perspectiva constructivista, la entrevista es una relación social, de manera que los datos que provee el entrevistado son la realidad que éste construye con el entrevistador en el encuentro (p. 7)”.

7.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

El grupo denominado “chicas más de 60 años” se encuentra compuesto por cinco integrantes mujeres adultas mayores de 60 años. Las integrantes forman parte de la comunidad barrial de Villa Páez y llegaron a sumarse a este espacio grupal que creamos con el objetivo de generar integración a un espacio de contención como también fortalecer los lazos sociales entre las integrantes del grupo a partir de folletos y anuncios que nosotros como practicantes entregábamos al recorrer las calles del barrio. Otra forma que utilizábamos a la hora de promocionar a este espacio era pegando folletos en diferentes sectores concurridos por las personas del barrio como lo son kioscos, panaderías, bares, almacenes, etc.

7.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Teniendo en cuenta el Código de Ética del Colegio de Psicólogos, el cual tiene como propósito el poder proveer principios generales y normas deontológicas para el ejercicio profesional de la psicología, destacó la importancia de la reproducción de los cinco principios fundamentales como lo son el respeto por la Dignidad de las Personas y los Pueblos, el cuidado competente, la integridad, responsabilidades Profesionales y Científicas y responsabilidad social.

Como así también la importancia del secreto profesional, el cual establece que los psicólogos tienen el deber de guardar secreto asegurando así la confidencialidad de todo conocimiento obtenido en el ejercicio de la profesión, protegiendo la seguridad y la dignidad de los consultantes, sus familias y comunidades.

Para finalizar, se utilizarán las iniciales del nombre de cada persona mencionada en el trabajo para resguardar su identidad. También se remarca el valor del consentimiento informado, entendiendo a éste como el proceso por el que se proporciona al paciente información para que él o ella pueda decidir libremente.

8.RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

En el siguiente apartado, se relatan las experiencias desde la práctica que se fueron desarrollando en el centro de salud del barrio Villa Páez, con una asistencia al mismo los martes y jueves, desde mediados del mes de mayo hasta finales de noviembre del año 2023.

Se realizó una división de las actividades que se llevaron a cabo y aquellas que fueron más significativas. Para una mayor organización propuse dos grupos principales, los cuales hacen referencia a: Las actividades realizadas en el centro de salud y al grupo de “chicas más de 60 años”.

8.1 ACTIVIDADES EN EL CENTRO DE SALUD

El día 11/04/2023 realizamos el ingreso por primera vez al centro de salud. Nuestra tutora institucional nos presentó con nuestra tutora de prácticas para posteriormente realizar lo mismo con los profesionales que trabajan allí. El dispensario cuenta con un equipo interdisciplinario entre los cuales está un médico clínico, una odontóloga, médica generalista, ginecólogo, dos enfermeras y personal de limpieza.

Lo siguiente que realizamos fue formar parte de una reunión interdisciplinaria en donde se abordaron diversas temáticas referidas a características barriales, problemas cloacales, de iluminación y problemas de inseguridad, entre otros.

Para finalizar el encuentro, se presentó una charla con las practicantes que realizaron sus “PPS” (Práctica Pre- profesional Supervisada) en el transcurso del año (2022) en el dispensario y nos comentaron junto con nuestra referente la preparación de distintos talleres y actividades que se desarrollaban en el mismo.

En el siguiente encuentro, luego de llegar al centro de salud, nos organizamos para salir en conjunto con los profesionales del dispensario hacia un jardín al cual asistiremos para poder realizar las fichas “C.U.S”. Estas siglas refieren a: certificado único de Salud, ficha que se llena de forma obligatoria para luego ser entregada a los docentes a cargo.

El fin del mismo es dejar detallado un examen clínico general, siendo este un requisito exigido para los nuevos ingresos a los niveles inicial, primario, secundario y a las distintas modalidades en establecimientos educativos, ya sean estatales o privados. También son de utilidad para autorizar viajes educativos con los alumnos de la institución en donde se presenta una forma de aprendizaje basada en el conocimiento vivido.

Nuestra labor con mi compañera de prácticas era tratar de ordenar a los niños y estar atentos para que puedan pasar por los lugares correspondientes. Primero eran controlados por las médicas que nos acompañan y forman parte del dispensario, luego se revisaba que el carnet de vacunación esté completo (de no ser así, se les colocaba las vacunas correspondientes) y por último se dirigen a la siguiente sala en donde la odontóloga del C.S (centro de salud) les realiza el chequeo bucal. Posteriormente, decidimos realizar una invitación a que los niños jueguen con nosotros para que de esta forma los padres puedan estar más tranquilos rellenando las fichas C.U.S.

En el siguiente encuentro que se realizó en el centro de salud, se produjo una reunión con el equipo interdisciplinario del mismo. Se propuso una puesta en común con respecto a las

problemáticas sin resolver y los casos que podrían estar relacionados para trabajarse en conjunto con el objetivo de actuar con mayor eficacia en la resolución.

Desde nuestra observación, esta forma era una de las que mayores resultados dejaban ya que el trabajo interdisciplinario y en conjunto permite abordar una misma problemática desde diferentes puntos de vista y así encontrar desde la integralidad la búsqueda de soluciones.

Por otro lado, podemos mencionar nuestra asistencia junto a estudiantes de medicina de 4to año, al centro vecinal de villa Páez para la jornada de A.S.I.S (análisis de la situación de salud). Luego de una breve presentación se comenzó a explicar cómo sería el recorrido por el barrio y lo que se debía realizar en el mismo.

El objetivo de esta actividad era que los habitantes del barrio pudieran responder una breve entrevista, dirigida por los estudiantes de medicina, ligada a problemáticas frecuentes que los atravesaban. Lo que surgió de forma muy recurrente fue la inseguridad, la falta de higiene, falta de alumbrado público y problemas cloacales. Estas actividades nos otorgan una visión muy clara con respecto a las problemáticas que viven día a día parte de la comunidad del barrio Villa Páez, fue un acercamiento de primera mano que nos proporcionó información importante para entender más al contexto.

La semana siguiente, como actividad desde el C.S (centro de salud) pudimos observar de forma no participante una terapia clínica realizada por parte de mi referente institucional con una paciente adolescente. La misma se llevó a cabo en uno de los consultorios del centro de salud y tuvo una duración aproximada de una hora. Posteriormente, se realizó una reunión entre mis referentes institucionales y de prácticas para conversar sobre cómo veníamos trabajando y las actividades que se fueron llevando a cabo, también se evacuaron algunas dudas.

En el correlativo encuentro, recibimos y aceptamos la invitación de nuestra referente de prácticas a una capacitación sobre niños víctimas de abuso sexual y nos dirigimos hacia D.A.P.S (Dirección de Atención Primaria de Salud) para dar inicio de la actividad. En la misma se realizó

una puesta en común de diferentes casos, donde los profesionales presentes daban sus diversas miradas y se compartían formas de cuidado, prevención y cómo actuar ante determinadas situaciones.

Con respecto a los encuentros posteriores, asistimos al colegio “PVC” para comenzar con las jornadas de “C.U.S” (Certificados Únicos de Salud), en donde nos acompañaron algunos profesionales del centro de salud como lo son dos médicas, una enfermera, una odontóloga y una secretaria. Se realizó la vacunación a estudiantes de la institución, a pedido de la directora, ya que algunos chicos no tenían las vacunas necesarias para poder realizar un viaje escolar y a su vez, controlar las condiciones de salud.

Posteriormente a esto con mi referente de prácticas dimos un recorrido por la institución, conociendo de esta forma el Programa de Asistencia Integral de Córdoba (P.A.I.Cor) de la misma y el jardín que se encuentra en otro sector aparte.

8.2 ACTIVIDADES “CHICAS MÁS DE 60 AÑOS”

En la fecha 6/06 junto a las primeras cuatro integrantes de este nuevo grupo y proyecto que comenzaba a tomar forma produjimos en un afiche una lluvia de ideas para plasmar posibles actividades y ejes que nos gustaría/interesaría trabajar. Los objetivos planteados para este proyecto remitían principalmente a generar un espacio de integración y sostén para que las mujeres adultas mayores a 60 años del barrio Villa Páez pudieran no solo fortalecer sus vínculos desde la grupalidad sino también, abordar diferentes temáticas que nosotros pensábamos desempeñar desde la colectividad como también las que ellas propusieran en los encuentros. Para

finalizar, realizamos con nuestra referente una invitación para este nuevo proyecto y nos propuso asistir a una capacitación de abuso sexual en la D.A.P.S (Dirección de Atención Primaria de Salud).

En el siguiente encuentro lo que realizamos fue la impresión de panfletos y posters para comenzar un recorrido barrial invitando a mujeres mayores de 60 años al nuevo proyecto que estábamos iniciando. En el camino nos cruzamos muchas mujeres mayores súper predispuestas a recibir el material y consultando dudas sobre el taller. También pegamos los posters en diferentes lugares concurridos por las personas del barrio como verdulerías, carnicerías, supermercados, kioscos y negocios.

La semana siguiente, con mi compañera nos percatamos de la ausencia de nuestra referente. Esto no fue impedimento para realizar el encuentro con las “chicas más de 60 años” ya que nos dejó plasmado en una hoja algunas actividades. Las mismas consistían en poder registrar donde nació cada una y buscar la forma de cómo proponer invitaciones para que más personas se puedan sumar al grupo.

El posterior jueves, como es habitual, nos reencontramos con el grupo de “chicas más de 60 años” para realizar un trabajo enfocado en una actividad llamada ceremonias de interior. Estas tenían como objetivo el poder fortalecer lazos y enriquecer el vínculo que se iba generando entre ellas.

En el encuentro de la semana siguiente, se propuso algo distinto. Una salida a un café con el grupo de “chicas más de 60 años”. A las 9:30 fue el horario de encuentro en el centro de salud para posteriormente dirigirnos hacia un bar café de la zona junto con mi compañera de prácticas, nuestra referente y las chicas del grupo. Tanto en el transcurso del recorrido como en el mismo bar se produjo un intercambio de relatos personales de la historia de cada uno. Fue un momento muy agradable ya que pudimos conocer más sobre las integrantes del grupo, sus historias de vida y sin dudas fomentar el vínculo grupal mediante el uso de la palabra.

La semana siguiente al café, se trabajó un cuento llamado “La fábrica de etiquetas”. Al terminar la lectura del mismo, nuestra referente nos propuso a todos que podamos pensar y escribir aquellas etiquetas que nos marcaron desde pequeños y que hasta el día de hoy llevamos con nosotros. Esta actividad permitió generar una mayor conciencia sobre aquellas marcas que llevamos o cargamos y fuimos apropiando a lo largo de nuestra historia para poder corrernos de estas ya que en muchas ocasiones las etiquetas terminan limitándonos y distorsionando nuestra realidad, además de identificarnos con estas y asumiendo roles que se nos dictan, llevando a convertirnos en lo que los demás dicen que somos. Para finalizar, luego de escribirlas, debíamos pegarlas en alguna parte de nuestro cuerpo y elegir si queríamos quedarnos con alguna de ellas o quitarlas.

En el próximo encuentro, se trabajó a partir de la lectura de un texto de salud mental, donde se hace referencia a los cuidados propios en la vejez. Comenzamos la actividad con una producción referida a factores protectores y de riesgo, en donde debíamos plasmar de forma gráfica, a través de dibujos, aquellas cosas que permitían cuidar nuestra salud mental. Fueron muy recurrentes en las producciones las actividades relacionadas al aire libre, el contacto con la naturaleza, la música y la familia. Finalizamos el encuentro con un conversatorio del mismo.

Las siguientes semanas, fuimos trabajando a partir de un video llamado "Debajo del árbol". El mismo relata la historia de un hombre con una vejez avanzada, sentado en un banco y en compañía de un gato. En el transcurso del relato van apareciendo diferentes reflexiones, concepciones, prejuicios e ideas sobre la vejez.

Luego de terminar la visualización del video, plasmamos con las chicas que conforman el grupo, una lluvia de ideas en un afiche con reflexiones sobre la vejez, lo que muchas veces esperan y no sucede ya sea con respecto a la necesidad de que su familia se interese por, las idealizaciones que tenían sobre la vejez, sus diferentes miedos como lo es a la soledad o el enfermarse y no tener a alguien con quien contar, etc.

En el siguiente encuentro, nuestra referente nos planteó la posibilidad de trabajar a partir de un ovillo de lana, anudando aquellos puntos de apoyo con los que podíamos contar ante cualquier circunstancia. La idea era que el ovillo circule entre las chicas del grupo, generando de esta forma una red de apoyo entre ellas. También, nos pareció importante representar en una cartulina, aquellos números que son indispensables tener por si ocurre alguna emergencia y necesitamos actuar rápido. Por ende, escribimos el número del centro de salud del barrio Villa Páez, el del hospital Benito Soria, el de la policía, emergencias médicas, defensa civil, bomberos y hospital nacional de clínicas.

La semana próxima, retomando la actividad anterior de redes, lo que se realizó fue un mapeo colectivo. En el mismo fuimos ubicando las calles del barrio, los lugares más importantes y las viviendas de cada una de las integrantes del grupo. Esto con el fin de que sepan donde se pueden encontrar las demás chicas, ya que muchas veces entre ellas se preguntaban donde viven para acompañarse al salir del dispensario o para juntarse fuera de estos espacios.

Luego de ordenar cronológicamente el inicio de nuestras prácticas, realizaré una breve producción escrita, teniendo en cuenta como fue nuestro desarrollo. Incluyendo las dificultades que se nos presentan, desafíos, aprendizajes y la forma mediante la cual fue modificándose mi visión.

Posteriormente de llevar a cabo las entrevistas para contemplar en qué contexto e institución efectuaremos las prácticas, noté que el ámbito sanitario y lo que allí se realizaba era de mi interés, debido a esto elegí esa opción a concretar en el centro de salud villa Páez.

Al ingresar a esta institución no sabía muy bien de que se iba a tratar o cual sería nuestra función allí, una de las primeras dificultades que encontré fue el sentirme desorientado con respecto al saber hacer, era algo totalmente nuevo, por ende, esto se me presentaba como un obstáculo hasta que pude ir entendiendo el funcionamiento del lugar y mi rol a cumplir en el mismo. Otra pequeña dificultad que tuve al principio fue el poder ir abandonando poco a poco

ciertos prejuicios. Este fue uno de los aprendizajes que más me interesó e impacto ya que pude empezar a comprender al otro desde una posición diferente, teniendo en cuenta la importancia de no atravesar con mi subjetividad, la subjetividad del otro, entendiendo que ese otro tiene un estilo de vida, historia, cultura, costumbres, ideas y pensamientos que pueden ser muy diferentes a los míos y aun así siguen siendo válidos y deben ser respetados.

Esto nos parece muy importante a destacar porque es algo que requiere trabajo y algunas veces no se logra con facilidad. En numerosas situaciones me permitió tener una visión mucho más objetiva y clara de las cosas para poder analizarlas desde otro lugar.

Por otro lado, podría mencionar como un gran desafío, el comenzar definitivamente con los talleres de ESI que el centro de salud desarrolla en las distintas instituciones. Luego de iniciar las prácticas en abril, nuestro foco estaba puesto en realizar el TIF a partir de la ESI, pero no podíamos concretar ninguna actividad con los alumnos más que encuentros con directivos y los estudiantes de trabajo social, a pesar de que algunos colegios tenían buena predisposición para que realicemos nuestra función. Esto generaba un reto por cuestiones del tiempo institucional propio de la cátedra de las prácticas profesionales supervisadas y los tiempos que maneja la institución escolar con la cual se trabajará. Debido a la poca asistencia a las instituciones (lo cual llevaba a tener poco material recolectado para trabajar) decidimos enfocarnos en el grupo de “chicas más de 60 años” para llevar a cabo nuestro proyecto final.

Dimos inicio, desde el centro de salud, al grupo de “chicas más de 60 años” el 6/06. Este taller se mantuvo casi todos los jueves desde la fecha mencionada anteriormente hasta finales del mes de noviembre, desarrollándose múltiples actividades con el objetivo de poder propiciar el encuentro entre diferentes mujeres que frecuentan el centro de salud, acercar a la comunidad a un espacio colectivo de producción de conversaciones y demás acciones concernientes al lazo social, generar espacios de accesibilidad a la población mujeres mayores a 60 años, trabajar memorias afectivas, recuperar historias de vida e historias del barrio y poder brindar un lugar en donde encuentren un espacio de sostenimiento a partir de los dispositivos grupales.

Con respecto a los aprendizajes, fue sumamente valioso el poder observar cómo se trabaja interdisciplinariamente ya que, en el centro de salud, visualizamos muchas veces la posibilidad de mejorar la comprensión de algún problema o situación desde la perspectiva o visión de diferentes disciplinas, y en consecuencia, la presentación de soluciones.

Castillo Trujillo y David J. (2007) afirman:

El trabajo en redes en el sector salud es un instrumento de planificación estratégica territorial con base en la intervención del proceso salud-enfermedad, potenciando la capacidad resolutoria en atención del individuo, la familia y la comunidad. En la organización por niveles de resolución se presenta como estructura organizativa y funcional que da respuestas regulares e integradas con responsabilidades definidas y articuladas que integran los lineamientos del órgano rector (Ministerio de Salud y Desarrollo Social) y sus direcciones o corporaciones regionales, sin ser servicios ni estructuras físicas. Con la finalidad de dar respuesta a las necesidades reales y sentidas de un espacio definido e integrado, caracterizando sus acciones esencialmente por la regularidad y la capilaridad de sus procesos (p. 49).

Otro elemento importante a tener en cuenta como aprendizaje fue observar cómo deviene lo ético. Esto nos permitió comprender que hay situaciones o problemas éticos que no están ni bien ni mal, sino que dependen del posicionamiento y la interpretación que se genere para tener en cuenta cual es la mejor forma de intervenir.

Por otro lado, nos resulta muy importante como enseñanza por parte de los profesionales del centro de salud, la constante formación y actualización sobre los derechos a la salud y las nuevas leyes en vigencia para poder actuar adecuadamente.

9.ANÁLISIS

9.1 INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se enmarca en una práctica preprofesional supervisada, cuyo objetivo general es analizar la promoción de la salud a partir de dispositivos grupales en “chicas más de 60 años” en un centro de salud de Córdoba capital.

A saber, lo desarrollado se centra en el estudio de un grupo de “chicas más 60 años”, realizado por estudiantes de la carrera de psicología de la universidad católica de Córdoba. La práctica surge a partir del contexto sanitario, con un enfoque salubrista, abarcando principalmente la promoción de la salud.

En estas prácticas, la participación de la comunidad ocupa un lugar central. Es por esto, que entendemos a la promoción de la salud comunitaria desde una perspectiva de salud integral. Desde esta visión, se reconoce la importancia de acciones comunitarias de prevención y promoción desde el enfoque de Atención Primaria de Salud (APS); que incorpora acciones de prevención y promoción de la salud en acciones generales de salud, a fin de incorporar la

dimensión subjetiva, generalmente eludida en los modelos de atención, humanizándola (Stolkiner y Solitario, 2007).

La creación del grupo de trabajo fue un verdadero reto, experiencias totalmente nuevas a la que debíamos enfrentarnos para poder lograr la conformación de lo que hasta hoy se conoce y mantiene como “chicas más de 60 años”.

En muchas oportunidades notamos que las personas de la comunidad barrial no tendían a acercarse por su cuenta al centro de salud, por ende, para llevar a cabo este proyecto nos movilizamos constantemente para promover este espacio conversatorio/taller. Algunas de las acciones que realizamos consistió por ejemplo en ir puerta por puerta, casa por casa, vecino por vecino, también invitando a mujeres mayores del barrio que cruzábamos en la calle, vereda o plaza, repartiendo panfletos y pegando posters en lugares concurridos por la comunidad como carnicerías, almacenes, kioscos, bares, cafeterías, etc. para fomentar y motivar a que se puedan sumar a este nuevo proyecto.

A pesar de esto, pudimos lograrlo y conformar un muy buen grupo que se mantiene participando hasta la actualidad. Nuestra labor como practicantes fue muy satisfactoria, una experiencia realmente significativa.

9.2 METODOLOGÍA

El presente trabajo se enmarca dentro de la investigación cualitativa en salud (MINAYO, 1997) en donde se combinaron y utilizaron diversas técnicas para la recolección, sistematización y análisis del material. Se realizó el trabajo de campo a partir de la perspectiva etnográfica, destacándose sus dos características básicas: la utilización de la observación participante, entrevistas en profundidad como así también la presencia prolongada en el campo (Hammersley; Atkinson, 1994).

Para esto, estuvimos en terreno durante un periodo de 9 meses, comenzando a principios de abril y finalizando a principios de diciembre del año 2023. Se llevó a cabo un registro de los diferentes talleres, espacios conversatorios y variadas actividades grupales llevadas a cabo por nosotros, estudiantes de la carrera de psicología de la UCC, y el centro de salud del cual formamos parte para realizar la práctica.

El interés surge por abordar estas prácticas desde una visión que involucre totalmente a sus actores. De este modo, aparece la oportunidad de acercarnos a la realidad de un grupo de personas, en este caso mujeres mayores adultas que conforman el grupo denominado “chicas más de 60 años” con el fin de comprender e interpretar la realidad observada.

Siguiendo una perspectiva cualitativa, exploratoria y descriptiva (Valles, 2000), este escrito es producto de un análisis reflexivo y de sistematización del proceso de transformación de prácticas sanitarias/ comunitarias en salud integral en el primer nivel de atención.

El proceso de sistematización de los registros se realizó siguiendo dos técnicas de análisis de contenido: el análisis temático y el análisis de relaciones (Minayo, 1997). El principio de recurrencia temática (Stake, 1994) en los registros permitió delimitar grandes núcleos temáticos, los que fueron agrupados siguiendo los procesos de generación de categorías y articulación conceptual por tema (Marshall y Rossman, 1989).

Desde los criterios de integración local e inclusiva (Weiss, 1994) se dio un ordenamiento a todo el material, lo que ha permitido delimitar diferentes etapas, y caracterizar aprendizajes de un proceso complejo. En relación con los criterios éticos, se ha seguido un proceso gradual de obtención del consentimiento informado, en el que los participantes han tenido acceso al material de registro y su sistematización.

9.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

9.3.1 Describir el proceso que se genera a partir de dinámicas grupales para la promoción de la salud en “chicas más de 60 años”.

Teniendo en cuenta este objetivo específico, me parece interesante analizarlo desde la perspectiva del autor Paul B. Baltes (1997)

La perspectiva del ciclo vital planteada por Baltes (1997) busca trascender en el estudio del desarrollo a diferencia de las anteriores teorías, basándose en que el desarrollo debe ser estudiado en las variadas etapas de la vida, desde la niñez pasando por la juventud, adultez hasta la vejez.

Esta es una perspectiva que busca dar cuenta de la compleja interacción entre factores biológicos, individuales, socioculturales y del entorno físico, enfatizando particularmente en el contexto cultural y en las diferencias individuales, ampliando el margen de estudio más allá de la adolescencia.

Este modelo, nos permite integrar la perspectiva del envejecimiento dentro de un marco común a todo el desarrollo que no solamente condene a esta etapa como muchas veces se cree a un declive constante, sino todo lo contrario.

El autor fue un exponente principal para la creación de lo que se llamaría el modelo de la contextualización dialéctica. Este modelo pretende entender desde una perspectiva integral y abarcativa, el desarrollo humano a lo largo de la vida.

Es así, que se destaca la importancia de los factores socio contextuales y culturales que rodean a los individuos, siendo estos, factores que serán determinantes y cada vez más importantes a medida que avancemos a lo largo del ciclo vital.

Siguiendo con lo anterior, la cultura puede entenderse como un conjunto de significados, instrumentos y prácticas que dan sentido a las experiencias cotidianas de las personas. Se presenta como algo que no es externo y separado del individuo, sino que forma parte de él y es, lo que le da sentido como actor cultural.

El autor, plantea que la cultura es crucial ya que esta es fuente de influencias que configuran, es decir, le dan forma de manera decisiva sobre cómo van a ser las trayectorias vitales posibles a lo largo del ciclo vital.

A la cultura hay que entenderla como algo que restringe (porque define, marca o limita qué cosas están autorizadas y prohibidas) pero a la vez genera oportunidades.

Siguiendo con lo anterior y teniendo en cuenta el modelo multicausal propuesto por Baltes (1997), en donde hay un peso por parte de los factores biológicos y contextuales a lo largo del ciclo vital, propone una idea central. Plantea que estos factores mencionados anteriormente giran en torno a 3 influencias, las cuales se pudieron observar y relacionar en la práctica llevada a cabo con el grupo de “chicas más de 60 años”.

Las siguientes son:

Influencias normativas relacionadas con la edad, influencias normativas relacionadas con la historia e influencias no normativas.

Para ejemplificar, comenzando por la observación de una influencia normativa relacionada con la historia, es decir, factores específicos en cierto momento histórico que afectan a diferentes generaciones. Podemos tomar un relato de citas, extraídas de nuestras prácticas con el grupo de “chicas más de 60 años”:

C.P: ¿Cómo era su vida antes, cuando eran más chicas?

N: Cuando éramos niñas nos preparaban realmente como para obedecer, era mal visto ser contestador, no estar de acuerdo con las normativas

C.P: ¿Siempre las crianzas eran así?

N: Claro, a los hijos varones se les incentivaba más a estudiar o leer y para las nenas parecía que no era importante eso. Yo me revele mucho para saber tejer, bordar, hacer ropita, como dice la canción arroz con leche

A: Era así, tal cual. Si una niña gritaba o se reía fuerte nos decían: eso las nenas no hacen, las nenas de bien. Eso hacen las nenas malas.

N: Al crecer tampoco te incentivaba para estudiar o hacer una carrera. No era como importante para la mujer o la nena prepararse para la vida, pensaban que a ella alguien la iba a mantener

C: En ese tiempo las directrices eran que debíamos casarnos y ese casamiento darnos seguridad a nosotras.

N: yo quería estudiar una carrera universitaria, psicología, pero en esa época estaba mal visto que las mujeres estudiaran. Lo mismo lo intenté como pude y logré llegar hasta 3er año. En la actualidad hay más mujeres en las facultades que hombres.

(RC. 10 de agosto del 2023)

Desde esta cita, podemos observar como las influencias normativas relacionadas con la historia van moldeando las experiencias de las personas y lo que se espera de ellas. Es decir, al vivir en un determinado período histórico permanecen expuestas a cambios sociales y eventos que van dando forma a su visión del mundo. Teniendo en cuenta esto, influyen en las oportunidades, ya sea creando o limitando en términos de empleo, educación, decisiones, trayectorias a seguir, etc.

Apreciamos, como plantea el autor, las restricciones que definen tareas evolutivas, como lo son aquellas obligaciones o quehaceres que se le asignaban a hombres y a mujeres o qué metas se consideraban valiosas para cada género. Esta influencia deja en evidencia cómo facilita la conformación de la identidad de las personas ligadas a una determinada época, el sentido de pertenencia que se tiene hacia un periodo histórico o generación y lo que es esperable para los sujetos.

Recuperando un momento del taller de prácticas, retomamos cuando las integrantes del grupo (edades muy parecidas) relataban y coincidían con sus historias sobre la educación que tuvieron, los juguetes que utilizaban, las canciones que escuchaban, la vestimenta y formas de crianzas que tenían. Todas las integrantes del grupo concordaban y comentaban con respecto a sus crianzas, narrando que no las dejaban salir a jugar o juntarse entre ellas, que eso estaba mal visto. Hasta el día de hoy coinciden en la molestia de no entender el porqué de esas decisiones.

N.P: ¿Cómo fue su niñez? ¿Digo... se juntaban con amigas, vecinas, como pasaban su tiempo libre?

A: Por lo menos mis padres no me dejaban juntarme con amigas, estaba mal visto, debíamos jugar con nuestros hermanos en casa

C: En mi familia jugábamos entre nosotros, solíamos jugar con muñecas y carritos de madera o con vecinos muy cercanos, nos cuidaban mucho

N: ¿La muñeca pepona? la que tenía pelo rosa? con mis hermanos nos encantaba, era la muñeca de la época y única que teníamos

C: Esa misma, la pepona. Lo que, si la siesta era sagrada, pero en la tarde salíamos todos a jugar

N: mis padres me dejaban salir solo con los hijos de los padres que conocían y no eran muchos.

A: Era toda una restricción en todos los aspectos, primero en la parte familiar y de casada era lo mismo.

N: Si tuviera una hija hubiera hecho que rompa los esquemas culturales de antaño.

(RC. 17 de Agosto del 2023)

Baltes expresaba que, si bien los guiones culturales no determinan el desarrollo, si lo influyen significativamente. Las culturas son más o menos flexibles en sus guiones, pero existen posibilidades de conflictos entre el individuo en desarrollo y su “ecología cultural” (individuos que persiguen metas no normativas). Se presenta a la cultura como la generadora de un orden simbólico, no es algo dado de una vez y para siempre, sino que se va transformando y a medida que vamos envejeciendo, es decir, a mayor edad, es cuando más necesitamos los recursos culturales.

Prosiguiendo con las influencias que mencionamos anteriormente, podemos destacar en el grupo de las “chicas más de 60 años”, las influencias normativas relacionada con la edad:

Al ser determinantes biológicos y ambientales íntimamente relacionados con la edad cronológica, un factor común que aparece con recurrencia en el grupo es la idea de muerte, pero más que nada la soledad asociada a la vejez. Con respecto a esta temática, algunas comentaban en el grupo que no sentían un gran temor hacia la muerte, sino más bien al transitar la soledad, depender de alguien más o necesitar ayuda en algún caso de emergencia y no poder contar con personas que las auxiliaran.

Retomando las citas de este encuentro:

N.P: Chicas, quería preguntarles, ¿cómo vivencian la vejez en esta etapa de su vida? ¿Tienen algunas ideas, temores, o incertidumbres que les gustaría compartir?

A: A pesar de que soy re pesimista estoy tranquila y a esta edad vivo el tiempo diferente, pero al tener este problema en la visión necesito depender constantemente de mis hijos, no podría moverme sin ellos.

N: La muerte no me da temor, cuando te toca te toca... Lo que sí me da miedo es la soledad, nunca he tenido muchas amigas y solo vivo con mi madre de 96 años.

C: Concuerdo con “N”, yo vivo sola y la verdad me da miedo que me pase algo y no pueda llamar a nadie para que me ayude, mis hijos tienen su vida.

N: Además también soy grande, tengo vitalidad... ¿pero si me pasa algo a mí quien cuida a mamá?

(RC. 17 de Agosto del 2023)

Por último, teniendo en cuenta las influencias no normativas: las cuales se refieren a determinantes biológicos y ambientales que son significativos en su efecto sobre historias vitales, individuales, pero no generales, es decir, aquellas cuestiones imprevisibles.

Podemos tomar el ejemplo de la participante “A”, donde nos comentaba que hace unos años le detectaron un problema en la visión. Comenzó siendo una pequeña catarata que presentaba una molestia constante. Posteriormente, con el paso del tiempo, se fue agravando cada vez más hasta perder casi completamente la visión, dependiendo prácticamente siempre de sus

hijos los cuales se turnan para acompañarla. Este es el claro ejemplo de una influencia no normativa ya que la tomó por sorpresa y de manera imprevisible, generando que tenga una vida diferente y a su vez deba relacionarse distinto, haciendo que el desarrollo de tu trayectoria vital sea muy particular.

Son experiencias vitales únicas, responsables de las grandes diferencias singulares, aun en personas de la misma generación, pudiendo afectar en diversas áreas. La integrante del grupo de “chicas más de 60 años” “A” comentaba sobre la importancia que presentan sus hijos en su vida debido a su problema de visión, en repetidas ocasiones explaya sobre la incomodidad que sentía al pedirles que la acompañaran a realizar ciertas tareas como trámites o dirigirse al médico. Comentaba también que muchas veces a raíz de esto, sentía ser un peso y molestia para ellos.

Por otro lado, me parece pertinente mencionar al modelo S.O.C (selección, optimización, compensación):

Con respecto al modelo S.O.C, traemos a colación cuando en un taller la participante “C”, expresaba que, en sus comienzos como docente, al seleccionar un tema a desarrollar, muchas veces no tenía los suficientes recursos o experiencia para desenvolverse explicándolo con asertividad, pero con el transcurso de los años pasó a realizarlo de manera mucho más óptima a comparación de cuando era más joven. Es decir, pudo optimizar su desarrollo. Ahora lo que se dificulta en una edad más avanzada era la memoria y visión, por ende, debía utilizar Powers Point para poder compensar esta parte que se encontraba afectada.

Continuando con el autor y sus ideas sobre el proceso de ganancias que pueden producirse en la adultez mayor, el dispositivo grupal que se conoce como “chicas más de 60” presenta una dinámica enfocada a realizar distintos tipos de acciones que generen algún grado de bienestar. Algunas de estas son actividades físicas como caminatas, excursiones, recorridos barriales, actividades de índole expresiva y artísticas como poesías a la carta, dibujos, origamis, mapeos

colectivos, actividades lúdicas, de estimulación cognitiva o talleres de temáticas vinculadas a la salud integral desde la prevención, educación y promoción.

Buscamos promover la autonomía, la participación y principalmente el desarrollo de vínculos entre las participantes.

Este espacio presentado como dispositivo grupal permite dar lugar a la posibilidad de que ellas puedan retomar, continuar o comenzar actividades que en tiempos anteriores no pudieron.

Además, nuestra propuesta grupal fomenta a un espacio que funcione como un lugar en donde se puedan trabajar diversos aspectos relacionados al proceso de vejez y se origine, como planteaba Baltes, algún tipo de ganancia, dejando de lado el pensamiento negativo que muchas personas tienen al creer que en la adultez sólo se producen declives o pérdidas.

Posicionamos a las integrantes a partir de un rol activo, otorgándoles la posibilidad de poder elegir qué actividades realizar en los talleres o espacios grupales como así también aquellas temáticas de interés que les gustaría abordar.

En algunos de los talleres se trabajaron diversas cuestiones como mencionamos anteriormente ligadas a los procesos del envejecimiento y estuvieron vinculadas a: El mantenimiento y estimulación del área cognitiva; Actividades que requieran una puesta en marcha de la corporalidad; y el Fomento de la vinculación entre las participantes, etc.

Algunas de las actividades realizadas fueron: Origamis y poesía a la carta

- Actividad de origamis:

En los talleres recurrimos mucho a trabajos de manualidades en los que se deba trabajar en equipo. Desarrollamos una actividad en la que realizamos una serie de origamis, los cuales

tenían un grado de complejidad medio/alto y permite que podamos trabajar en conjunto para poder llegar a un resultado en común.

La idea era formar la figura de un ave, la cual al tirar de una parte del papel pudiera simular el estar volando. Utilizamos recursos cognitivos que involucran la observación, deducción, atención, memoria y razonamiento.

Estas temáticas nos permitieron trabajar en equipo para ir fortaleciendo el vínculo ya que debíamos ponernos de acuerdo en que movimientos hacer con el papel, utilizar la memoria para recordar la forma y pasos para hacerlo, y sobre todo trabajar la paciencia. Mediante charlas, chistes e intentos fallidos, apreciamos como el vínculo entre las participantes se hacía más cálido, entre todas intentaban ayudarse para terminar la figura, al finalizar, les consultamos qué les pareció la actividad.

N.P: La pase muy bien con los origamis, no era tan fácil como pensaba, ¿ustedes qué dicen?

A: Cuando era joven y practicaba tenía más maña, estos costaron.

C.P: Después de ver el video tutorial varias veces terminó saliendo entre todos.

N: Esto me gusta del grupo, porque uno va e intercambia, nos terminamos ayudando para que salga.

C.P: Esa es la idea en este espacio, poder ayudarnos entre todos.

(RC. 13 de julio del 2023)

- Otra actividad que llevamos a cabo fue la poesía a la carta. Consistía en leer al azar, breves poemas escritos en cartas.

Esto estaba enfocado en poder trabajar la memoria regresiva y comentar según lo leído a qué momento o situación nos remontaba o recordaba lo expuesto en ese fragmento. También se intentaba mediante esto que las participantes pudieran alcanzar un mayor dominio a la hora de expresar o reconocer sus sentimientos y emociones.

En otro encuentro, se trabajó a partir de la lectura de un texto de salud mental, donde se hace referencia a los cuidados propios durante la vejez.

Comenzamos la actividad con una producción referida a factores protectores y de riesgo, en donde debíamos plasmar de forma gráfica, a través de dibujos, aquellas cosas que permitían cuidar nuestra salud mental. Fueron muy recurrentes en las producciones las actividades relacionadas al aire libre, el contacto con la naturaleza, la música y la familia.

Finalizamos el encuentro con un conversatorio del mismo donde cada integrante del grupo podía exponer aquellos factores que nos protegían o cuidaban cotidianamente y también los factores de riesgo, es decir aquellos elementos, pensamientos o circunstancias en las que podía aumentar la probabilidad de que se produzca un daño, una desgracia o algún tipo de situación negativa.

Como actividad referida a factores protectores, las participantes comentaban que el grupo les permitió conocer compañeras para realizar diferentes actividades en conjunto como ir la feria del libro, al hospital clínicas donde se hizo el festejo por el día de la Pachamama hasta meriendas en sus casas.

Posteriormente a esta actividad, en el siguiente encuentro, elaboramos una lista de aquellas formas de autocuidado que ellas mismas llevaban a cabo y también recomendamos algunas que podían generar un bienestar en y entre nosotros.

Por ejemplo, algunas de esas cuestiones fue la posibilidad de transformar lo que se consideraba como malos hábitos de alimentación, el no dormir lo suficiente, no descuidar los chequeos médicos o tratamientos que venimos llevando y poder apoyarnos en nuestras familias o personas cercanas.

Luego de contextualizar algunos de los talleres realizados en las prácticas, entendemos y encontramos a las dinámicas grupales como un espacio de sostén, contención e integración que permite depositar allí no solo las cuestiones singulares que cada uno lleva al grupo sino también la posibilidad de que se produzca algo nuevo, un cambio positivo, un beneficio. Retomando la siguiente cita de uno de los encuentros:

C.P: ¿Se percataron de cómo creció la confianza en el grupo?

A: si, nos fuimos afianzando más...

N.P: Note lo mismo que C.P, los encuentros cada vez se sienten más cálidos, además con todo lo que charlan imposible no entrar en confianza (risas).

N: Juntas parecemos loras, es difícil callarnos

C: Aquí siento que puedo ser yo. El espacio me abrió una puerta en donde conocí a muchas compañeras, amigas, el venir aquí me hace sentirme bien.

(RC. 4 de Septiembre del 2023)

Desde este análisis, teniendo en cuenta al autor Baltes (1993) y los relatos de las integrantes del grupo “chicas más de 60 años” podemos dilucidar que las dinámicas grupales se presentan como un espacio de sostén, para alojar no solamente lo interno y singular de cada uno, sino también lo diferente que trae el otro.

En base a los aportes de Baltes, destacamos la importancia del buen manejo de la flexibilidad y sobre todo la adaptación para poder superar aquellas barreras culturales que muchas veces nos limitan, pero a su vez, nos brindan las oportunidades necesarias para ser los arquitectos de nuestro propio destino.

9.3.2 Desarrollar intervenciones de dispositivos múltiples para la promoción de la salud en “chicas más de 60 años”.

La intervención de dispositivos múltiples en el contexto comunitario para la promoción de la salud es el resultado de un proceso histórico y colectivo que ha ido evolucionando a partir de diferentes aportes y experiencias. Surge como una respuesta a la complejidad y multicausalidad de los problemas de salud que afectan a las comunidades.

Desde nuestra práctica, en reiteradas oportunidades observamos y escuchamos la puesta en palabras desde los referentes institucionales con respecto a lo que tradicionalmente sucedía en los enfoques de promoción de la salud.

Nuestra referente y psicóloga del centro de salud, “G”, nos comentaba cómo en un principio la atención estuvo centrada en intervenciones que se desarrollaban de forma unidireccional y sectorial, a menudo desde el ámbito sanitario. Sin embargo, esta visión simplista y limitada ha demostrado ser insuficiente para abordar los determinantes sociales de la salud, es decir, los factores estructurales, económicos, sociales, culturales y ambientales que influyen en la salud y el bienestar de las personas.

Desde el centro de salud del barrio Villa Páez, a través de los dispositivos múltiples, entendiendo a estos como estrategias de intervención para el fortalecimiento de vínculos y la constitución de la comunidad como sujeto activo de transformación social, se permite dar lugar, reconocer y abordar la salud desde una perspectiva integral y multisectorial, involucrando a diferentes actores de la comunidad barrial. Al poseer una mirada ampliada, permite diseñar e implementar intervenciones más efectivas y sostenibles en el tiempo que respondan a aquellas necesidades específicas de cada comunidad.

Citando las palabras de nuestra referente del C.S (centro de salud):

G: “Más allá de lo que nosotros creamos que necesitan, es importante preguntar, escuchar, observar y obtener de primera mano la información que las personas de la comunidad tienen para ofrecernos”.

(RC. junio del 2023)

De acuerdo con (Montero, 2004) las intervenciones comunitarias tienen por objetivo el fortalecimiento y acompañamiento de los procesos de transformación a nivel grupal y comunitario. La generación de espacios de encuentros son pasos iniciales para la construcción colectiva de soluciones a las problemáticas compartidas. La creatividad, la escucha activa y la predisposición son herramientas claves para esta tarea. Se busca dar lugar a los diversos saberes de la comunidad y, a partir de ellos, tejer alternativas a las dificultades planteadas.

En el desarrollo de nuestra práctica notamos que cada territorio tiene sus propias características, desafíos y demandas por lo que se necesitan herramientas flexibles y adaptables para generar intervenciones que se integren a la red comunitaria ya existente.

Nuestra referente del centro de salud “G”, nos propuso como actividad el poder recorrer y describir el barrio Villa Páez para conocerlo, familiarizarnos y tener un primer pantallazo de cómo es. También, nos sugirió que observemos con detalle para posteriormente realizar una descripción de lo que vemos, sentimos o percibimos. De igual modo, nos pidió que hagamos comparaciones con respecto al barrio de al lado, el cual se encontraba cruzando el río (barrio Providencia).

Luego de este recorrido, retomamos las siguientes citas:

G: ¿y? ¿qué les pareció? ¿que pudieron ver?

N: Siento que es un barrio que ya tiene sus años, está bastante descuidado, me llama la atención ver muchos autos abandonados y la cantidad de basura que se llega a acumular sin ser recolectada.

C: Coincido con mi compañero, a mí en lo personal me llamó la atención el olor a cloacas que se siente, seguimos avanzando algunas cuadras y lo sigo sintiendo.

N: Si, el olor nos persigue (risas). También noto que en el alumbrado público faltan focos o están rotos, se me hace inseguro por la falta de iluminación.

G: ¿Muy bien, y con respecto a Providencia?

N: Parece un barrio más “nuevo”, más seguro. Está mucho más limpio y pareciera una zona de mayor poder adquisitivo, todas las calles están asfaltadas, en Villa Páez hay algunas que no.

C: Note lo mismo, a pesar de ser un barrio que está separado tan solo por un río (Suquía) las diferencias son abismales, parece notablemente más seguro y cuidado.

(RC. 2 de Mayo del 2023)

Podemos retomar otra actividad, propuesta por nuestra referente del C.S, realizada 3 semanas después del recorrido barrial mencionado anteriormente.

Asistimos con mi compañera junto a estudiantes de medicina de 4to año, al centro vecinal del barrio villa Páez. En el mismo se desarrolló una jornada llamada ASIS (Análisis de Situación de Salud), de medicina preventiva en la cual participamos. Luego de una breve presentación se comenzó a explicar cómo sería el recorrido por el barrio y lo que se debía realizar en el mismo, también nos comentaron por cuales zonas no debíamos ingresar ya que era peligroso y debíamos tener cuidado.

En todo momento del recorrido estuvimos acompañados por personas locales del barrio que partieron desde el centro vecinal junto a nosotros para que podamos realizar las entrevistas y estar protegidos ante cualquier situación. El objetivo de esta actividad era que los habitantes de la comunidad del barrio Villa Páez puedan responder una breve entrevista ligada a problemáticas frecuentes que los atravesaban. Los estudiantes de medicina preventiva se dividían las zonas a las cuales acudirían a realizar las preguntas y conformaban grupos de 3 o 4 integrantes los cuales pasaban llamando al timbre de las casas o aplaudiendo con sus manos para que las personas de esas viviendas pudieran responderlas si es que lo deseaban.

Lo que surgió de forma muy recurrente en todos los diálogos y preguntas que respondieron fue el problema del consumo de drogas, dificultad a la hora de sacar turnos para atenderse en el centro de salud, la gran inseguridad, la falta de higiene, falta de alumbrado público y problemas cloacales que generan mal olor. Sorprendentemente, coincide con la actividad de observación y descripción que realizamos en el recorrido barrial unas semanas antes, nos llamó la atención que lo observado en ese momento sea compartido de manera recurrente entre todos los vecinos de la comunidad.

Consideramos que este trabajo requiere un compromiso a largo plazo, y solo es posible a través de una permanencia constante en el territorio. El desarrollar nuestras prácticas durante un periodo de 9 meses, nos permitió la construcción de relaciones de confianza con sus habitantes y el conocimiento profundo de sus cuestiones. Se trata, por lo tanto, de una práctica esencialmente vincular, ya que desde el vínculo, con y entre el otro es posible acercarse para conocer el espacio y dispositivos de subjetivación específicos de la comunidad y pensar estrategias de abordaje e intervención de las problemáticas, demandas y otras cuestiones ligadas a la comunidad.

Siguiendo con esta forma de entender a la promoción de la salud, las prácticas requieren como mencionamos anteriormente, estrategias de intervención múltiples. Algunas de las que nosotros como practicantes utilizamos con el grupo de las “chicas más de 60 años” fueron:

- La apertura de espacios de recreación.
- Meriendas grupales entre las participantes y nosotros como coordinadores.
- Talleres artísticos o productivos.
- Espacios conversatorios.
- Varias instancias de asistencia al centro vecinal del barrio como así también reuniones en plazas y actividades de recorridos.

De acuerdo con lo planteado, es fundamental crear espacios de encuentro comunitario que fomenten los vínculos solidarios, la participación, la posibilidad de compartir y sostener espacios de alegría de forma colectiva para fortalecer no solamente los lazos sociales sino también las redes barriales.

Las integrantes del grupo “chicas más de 60 años” expresaban su gratificación y satisfacción al pertenecer a un grupo que les permita encontrarse con otras mujeres de su edad, de su misma comunidad, para poder compartir diferentes actividades que sean satisfactorias de realizar en conjunto.

Nos llamó la atención que las participantes del grupo, al conocerse más y compartir donde quedaban sus viviendas, caían en la cuenta de que, a pesar de vivir en el mismo barrio, muchas no se conocían, otras si habían entablado comunicación desde el saludo por cordialidad, pero no más que eso. Comentaban sobre la importancia de estos espacios al otorgar una mayor visualización y acercamiento entre ellas y hacia vecinas que en otra oportunidad o momento dado no se hubieran encontrado.

N.P: Chicas, les hago una pregunta, ¿ustedes se conocían desde antes de venir acá? ¿O es la primera vez que se conocen?

N: A ella (señala a “A”) la he cruzado algunas veces acompañada pero no más que eso, a “C” también la he visto por el dispensario, a las otras compañeras nunca las vi.

A: Yo por mi problema de visión no puedo identificar a nadie (riendo).

C: ¿Conozco a “N” de vista, por el dispensario y creo que vivís a dos cuadras de acá ¿no?

N: Si, en una casa amarilla, con un kiosquito al costado.

C: Entonces sí, ya se quien sus vos (riendo).

N.P: También quería consultarles... ¿cómo se vienen sintiendo con respecto al grupo?

N: Muy a gusto, aquí puede encontrar un lugar en el que me divierto, me gusta mucho y me siento parte.

C: Coincido con la compañera, este grupo te brinda una sensación de comodidad, si a mí no me da crédito para mi vida o no me suma cosas no me interesaría venir.

A: A mí me cuesta llegar a veces por la mañana, tengo que pedirle ayuda a mi hija para que me traiga porque sola no veo y no puedo. Pero el estar acá me distiende, nos matamos de risa.

(RC. 9 de julio del 2023)

Por otro lado, una característica sumamente importante y particular a destacar del trabajo comunitario, es la necesidad de articularse en red: con instituciones, referentes y organizaciones. Notamos como en el desarrollo de nuestra estadía en el centro de salud, el trabajo en red es imprescindible ya que todo aparece de manera interrelacionada, es un trabajo que conecta o pone en diálogo a diferentes actores dentro de una comunidad.

Estas estrategias tienen la posibilidad de desarrollarse a partir del trabajo en conjunto en varios niveles: “la creación y mantenimiento de redes interinstitucionales y el fortalecimiento de redes comunitarias a través de procesos participativos”. Desde el punto de vista de (Bang & Stolkiner, 2013) el desarrollo de estrategias creativas es un principio y necesidad fundamental, como así también la constitución de equipos interdisciplinarios y el trabajo intersectorial.

Aquí ampliaremos la importancia del desarrollo de estrategias creativas como principio fundamental y posteriormente retomaremos el valor que presenta la constitución de equipos interdisciplinarios y el trabajo intersectorial en este contexto. Estas temáticas se presentaron notablemente y fueron muy recurrentes en la práctica.

9.3.2.1 La creatividad colectiva como principio fundamental.

De acuerdo con (Bang, 2013a, 2013b) presentó a la creatividad colectiva como una clave para pensar la salud mental en el ámbito comunitario. Definimos la creatividad como una capacidad universal, una potencia que conjuga novedad y valor. Como bien plantea (Mitjans Martínez, 2006) se expresa intersubjetivamente a partir de configuraciones complejas que articulan historia y presente en un contexto determinado.

En los talleres y encuentros realizados, proponemos el desarrollo de actividades comunitarias que promuevan el progreso de capacidades creativas colectivas que, a su vez, fomenten la posibilidad de generar nuevas respuestas a problemáticas ya existentes, propiciando como dice (Bang, 2013a) el desarrollo de configuraciones creativas en la comunidad. Siguiendo con el autor, estas matrices creativas tienen la fortaleza de poder trasladarse a otros ámbitos de la vida comunitaria, como capacidad fundamental para aportar soluciones a problemáticas concretas.

El despliegue de configuraciones creativas en una comunidad fortalece su capacidad colectiva para lidiar con la complejidad de los condicionantes de la salud y la vida (Mitjans Martínez, 2002). Este proceso trasciende el límite posible en el plano individual y se fortalece al incluirse en procesos grupales.

El trabajo colectivo en el abordaje comunitario posibilita, en sus participantes, la reflexión sobre elementos del propio cotidiano, incorporando la posibilidad del cuestionamiento crítico de sus determinantes. Esto está dado por la posibilidad de encontrarse con otros para pensar, pensarse y construir futuros posibles a abordar conjuntamente, conformando un lazo basado en la solidaridad y el compromiso con el otro, y con la tarea. (Bang, 2004, p. 7)

En este sentido, las experiencias de intervención comunitaria, como las que llevamos a cabo en nuestros talleres de prácticas universitarias, ya sean a través del arte o el juego, se constituyen en estrategias privilegiadas para el despliegue de la creatividad, ya que están orientadas a desarrollar recursos creativos inter-subjetivos para poder enfrentarse y resolver luego las exigencias cotidianas de forma activa.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente por los autores (Bang y Stolkiner, 2013) y en relación a nuestra práctica en un centro de salud de Córdoba, destacamos la importancia del trabajo interdisciplinario ya que al tener un grupo conformado por diversos profesionales permite abordar una problemática en común, nucleada a partir de diferentes puntos de vistas, otorgando una solución integral y abarcativa. Además, el trabajo intersectorial posibilita la formulación, seguimiento y evaluación sobre algún objetivo que se presente de forma compartida.

Volviendo a nuestra práctica con las “chicas más de 60 años”, notamos como el equipo interdisciplinario en conjunto realizaba frecuentemente abordajes sobre algunas de las integrantes a través de un seguimiento constante.

Claro es el ejemplo, cuando observábamos a “A” que asistía a terapia con “G” la psicóloga del dispensario, la cual le comentaba que era muy importante que ella pudiera realizarse chequeos médicos para indagar sobre ciertas condiciones de su salud. A su vez, el médico detectaba en esta paciente la necesidad de ser revisada por una especialista en odontología del centro de salud y realizaba una derivación. Luego, se coordinaban reuniones interdisciplinarias de las cuales formamos parte, para poder analizar la situación de dicha paciente y de otros.

De esta forma, se plantean soluciones estratégicas que permitan mejorar las condiciones de salud o atención hacia esa persona. Aquí pudimos apreciar en muchas oportunidades la importancia del trabajo interdisciplinario y la funcionalidad del mismo. Esto se presentaba como una herramienta fundamental para el abordaje en común sobre una problemática compartida.

Retomando lo establecido por (Montero, 2004), las intervenciones comunitarias tienen por objetivo el fortalecimiento y acompañamiento de los procesos de transformación a nivel grupal y comunitario. A través de la creación de un espacio de encuentro de mujeres adultas mayores, permitimos alojar allí la construcción colectiva de soluciones a las problemáticas compartidas por las integrantes del grupo. Siguiendo con esto, retomamos uno de los talleres llevados a cabo en donde se trabajó a partir de un video llamado “Debajo del árbol”.

El mismo relata la historia de un hombre con una vejez avanzada, sentado en un banco y en compañía de un gato. En el transcurso del relato van apareciendo diferentes reflexiones, concepciones, prejuicios e ideas sobre la vejez como el desgaste corporal, la muerte de familiares, la soledad, la falta de vitalidad, el alejamiento o pocos vínculos con las personas. Luego de terminar la visualización del video, plasmamos con las chicas que conforman el grupo una lluvia de ideas en un afiche con reflexiones sobre la vejez.

Se presentaba de forma recurrente y compartida aquellas situaciones que muchas veces se esperan y no suceden, como por ejemplo que su familia se interese por ellas, que las vayan a ver, que compartan alguna comida, salidas al parque, el miedo a enfermarse y no tener con quien contar, hasta las idealizaciones que tenían sobre la vejez y como realmente es ahora.

También, sus diferentes miedos como lo son el salir a la calle sin la sensación de peligrosidad o vulnerabilidad o el miedo a la soledad. Las integrantes del grupo definían a esta última como una experiencia que va más allá de estar solo físicamente. Sino más bien, como una sensación de aislamiento social, desconexión y falta de relaciones significativas. También, asociaban la soledad a las pérdidas que se dan en esta etapa vital en donde es más frecuente presenciar la muerte de familiares, amigos o compañeros que generan un profundo dolor y aumentan este sentimiento de soledad.

Algunas citas recuperadas de este encuentro fueron:

N.P: ¿Qué les pareció el video?

A: Me identifique en varias ocasiones con lo que dijo el viejito.

N.P: ¿Con qué cosas por ejemplo?

A: Al decir que estaba viejo, solo, que le costaba levantarse del banco, que era un viejo torpe y sin fuerzas, te hace sentir débil, vulnerable.

N.P: ¿Así te sientes?

A: A veces por mi problema de visión y al depender de mis chicos para todo, ellos rezongan mucho para ayudarme, soy un peso.

N: Me ha pasado como el hombre del video, me han visto con lástima por mi edad.

C: Yo generalmente estoy sola en casa, me da miedo que me suceda algo y no contar con nadie, mis hijos no me visitan mucho.

C.P: ¿Se acuerdan de que el viejito habla sobre la idea de la muerte? ¿qué piensan sobre eso?

C: Le tengo terror.

N: Yo no le tengo miedo a la muerte a pesar de que no espero nada. Las pérdidas duelen, pero a mí no me prolonguen la vida cuando llegue el momento, dejen que yo me vaya, que no sufra.

A: Para mis hijos sería un alivio (risas).

(RC. 5 de Octubre del 2023)

Desde los talleres trabajamos algunas formas de prevención para combatir la soledad en la vejez. Algunas de estas fueron:

- Mantenerse activo socialmente: Es decir, poder participar en actividades grupales, unirse a grupos de interés, pasar tiempo con familiares y amigos.
- Mantenerse físicamente activo: Intentar hacer ejercicio regularmente, como salir a caminar por el barrio, ir a plazas, conocer nuevos lugares con el grupo, además, estas actividades permiten aumentar las oportunidades para socializar.
- Buscar ayuda profesional: Comentamos en varias oportunidades, que, si la soledad está causando un gran impacto en la vida de una persona, es importante buscar ayuda profesional.

9.3.2.2 El concepto de redes como dispositivo fundamental.

Podemos caracterizar a las redes como un concepto vincular, donde no se conectan solamente personas entre sí, sino también grandes comunidades. La red es pensada como un sistema abierto y multicéntrico, en donde a partir de diferentes intercambios activos entre los integrantes de un colectivo e integrantes de otros colectivos, se posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades.

Tomamos en consideración lo desarrollado anteriormente ya que en el grupo de “chicas más de 60 años” se producían importantes intercambios entre las diferentes historias que las integrantes reproducían. Escuchando así las similitudes, diferencias, formas de crianzas, amores y desamores, historia de aventura, de tristeza, de felicidad, entre tantas...

Mientras transcurría el tiempo y los encuentros se hacían más frecuentes, fuimos creando el espacio y dando lugar al poder abrirse y contar partes del pasado como actuales de sus propias vivencias, notábamos cómo entre todos, desde la grupalidad, alojábamos los sentimientos del otro para poder a través de la escucha y experiencias de vida, intentar entender las situaciones ajenas para ayudar.

Por otro lado, pensadores como Von Foerster (1990) acuñaron el concepto de heterarquía, para referirse a las relaciones humanas de una perspectiva de red, considerando la posibilidad de coexistencia de jerarquías distintas, tanto sucesivas como simultáneas, en el funcionamiento de un sistema determinado. Según Dabas (2001), esto no implica la negación de la jerarquía sino la coexistencia y el reconocimiento de una variedad de las mismas.

Desde nuestra práctica con el grupo de mujeres adultas mayores, observamos lo propuesto por estos autores y encontramos una alta relación. Desde una jerarquía tradicional, podríamos pensar al centro de salud como la autoridad que baja los lineamientos sobre qué actividades trabajar y desarrollar en los talleres grupales, como una voz de mando con niveles claramente definidos y líneas rígidas.

Sin embargo, no sucede de esta forma, las actividades pensadas para llevar a cabo en los encuentros y talleres se comparten abiertamente como una propuesta, en donde se escucha a cada uno de los integrantes del grupo y se deja lugar a que ellas mismas puedan proponer que trabajar o realizar.

Es decir, la voz y el mando va circulando constantemente entre todos los integrantes del grupo, nunca queda fijado la toma de decisiones en manos de una sola persona, sino que se realiza una puesta en común. De esta forma, permite que todos los integrantes se sientan con el poder de proponer, decidir, accionar y traer a los encuentros diferentes actividades, generando en conjunto las elecciones.

Continuando con lo anterior, (Bang y Stolkiner, 2013) plantean que la teoría de redes aporta valiosas herramientas para pensar las prácticas de participación comunitaria en salud. La comunidad se presenta como una idea compleja, difícil de definir y aprehender en sí misma, representando un colectivo humano con múltiples interacciones, con diversidad de intereses y relaciones de poder, reproduciendo asimetrías.

La lógica de redes en salud propone tener una visión del poder que implica asumirlo como capacidad para el desempeño de las tareas y responsabilidades en relación y no como un objeto o cosa que pertenece a alguien en particular (Montero, 2003).

En este nuevo paradigma, comienza a pensarse el cambio como un proceso que se da en forma discontinua, a través de sistemas auto-organizados (Dabas y Perrone, 1999). A su vez, se desarrollan modalidades organizacionales novedosas y se visualiza el universo como una red de interacciones.

Continuando con lo anterior, las redes de organización comunitaria serían un entramado de relaciones que mantiene un flujo y reflujo constante de informaciones y mediaciones organizadas y establecidas en pro de un fin común: el desarrollo, fortalecimiento y alcance de metas específicas de una comunidad en un contexto particular.

Desde nuestra práctica, observamos como lo constitutivo de las redes de organización comunitaria, se da en la relación en la que se encuentran personas unidas por un interés o valor, proporcionando apoyo social a quienes intervienen en ellas. Esta supone una cierta comunidad de creencias o de valores, que constituyen su elemento de unión. Se basan en la información y el

conocimiento compartidos. Se pueden entender como ámbitos de participación, los cuales promueven, canalizan, y una de sus funciones es movilizar a la comunidad, incorporándose a la solución de conflictos.

Desde esta perspectiva, las redes comunitarias no involucran necesariamente a todos los miembros de una comunidad. La organización comunitaria refiere al proceso que desarrolla un grupo de personas involucradas en el trabajo con una comunidad, para distribuir las actividades, delegar las responsabilidades, comprometerse con las normas del grupo.

En nuestra práctica, observamos y realizamos una puesta en común con el grupo de las “chicas más de 60 años”, sobre la importancia de la perspectiva de redes no solamente por lo que implica, sino que permite introducir la dimensión activa del sujeto.

Siguiendo con esto, como plantea (Montero, 2003) y lo escrito anteriormente, la lógica de redes en salud propone tener una visión diferente del poder, que implica asumirlo como capacidad para el desempeño de las tareas y responsabilidades en relación, y no como un objeto o cosa que pertenece a alguien en particular. Desde (Rovere, 1999), se establece que el poder es inherente a la organización y tiene que ver con los vínculos. Una organización que tiene vínculos democráticos administra el poder como un recurso más y éste sería un uso positivo del poder.

A través de la organización de estas actividades se van definiendo y abordando con el grupo de “chicas más de 60 años”. y de forma participativa, diferentes temáticas en salud que son importantes para ellas y nosotros trabajar, tales como:

- La soledad
- La sensación de inseguridad en la calle
- La falta de conocimiento sobre el manejo de tecnologías
- El fomento de los lazos sociales
- La integración a un grupo

- La participación de actividades recreativas

Como expusimos anteriormente, las actividades son pensadas y desarrolladas desde la comunidad como motor del funcionamiento de la red, y dando el contenido central a un trabajo articulado entre todos. El espíritu del grupo es compartido y sostenido desde la colectividad, así como muchas de sus significaciones y objetivos que se comparten y son comunes para el grupo. La red pretende 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 salud-enfermedad-cuidado.

Para finalizar, como síntesis, destacamos la importancia fundamental de las intervenciones múltiples como las propiciadoras para la creación de espacios comunitarios, en los cuales se fortalecen no solo los lazos sociales sino también las interacciones entre los vecinos y comunidad.

Este es un paso crucial hacia la construcción de soluciones colectivas a desafíos compartidos. La creación de estos espacios favorece la colaboración, promueve y alimenta la solidaridad, estimula la participación como así también, propicia momentos de alegría y bienestar compartidos.

9.3.3 Examinar la expresión de los lazos sociales y vivencias efectivas a través de los encuentros grupales en “chicas más de 60 años”.

Para responder a este objetivo específico, me basaré en la teoría de la selectividad socio emocional de Laura Carstensen (1992).

Teniendo en cuenta a la teoría de la selectividad socioemocional de la autora, podemos organizar el siguiente escrito en base a 3 puntos centrales:

1. Cambios en las redes sociales a lo largo del ciclo vital

Laura Carstensen desarrolla cómo se va produciendo un descenso de los contactos sociales, pero este descenso no es aleatorio sino todo lo contrario, altamente selectivo.

Explica que es un patrón el cual surge de manera consistente a través de un proceso de selección que comienza desde el principio de la adultez en el que se van excluyendo de nuestra red social a los sujetos más superficiales, produciendo de esta forma un mantenimiento y consolidación en el núcleo con aquellos que tenemos una relación más cercana.

Esto se produce debido a que, al llegar a la adultez mayor, las personas comienzan a percatarse de la finitud del tiempo de vida que poseen. Sin embargo, en vez de derrumbarse hacia un estado depresivo, comienzan a entender, aprender, apreciar y cultivar los vínculos que son realmente importantes, los más profundos, estos permanecen de manera intacta con la edad.

Por ende, las personas mayores se tornan más selectivas en lo que respecta a sus interacciones sociales, dedicando su tiempo y energía a relaciones más importantes y significativas, en lugar de perseguir nuevas conexiones.

Desde nuestros encuentros con el grupo de “chicas más de 60”, nos comentaban que esto era muy notorio a medida que avanzaban los años. En un principio, a pesar de que en sus infancias no se fomentara demasiado el contacto con el otro o la socialización, a lo largo de su adolescencia se encontraron con vínculos de amistad y compañerismo, pero a medida que pasaban los años, estos fueron decayendo significativamente.

Entre los talleres grupales y conversaciones, compartían y dejaban en evidencia que para las personas de edad avanzada, es muy particular y especialmente importante el aspecto emocional de las relaciones, es decir, el deseo de recibir apoyo emocional. Los demás nos ayudan a sentirnos bien y, a su vez, evitar estados emocionales de carga negativa.

Los adultos mayores seleccionan a aquellas personas que pueden proporcionar satisfacciones emocionales con una probabilidad mayor, es decir, aquellas que ya son conocidas y con las que existía una relación más cercana o estrecha.

Como mencionamos antes, a medida que uno envejece se produce una disminución en los contactos, pero se trata de una disminución que es altamente selectiva, se dejan de lado a los contactos más superficiales y se intenta mantener con mayor proximidad a aquellos que se sienten más cercanos, los que proporcionan una recompensa emocional superior.

En un encuentro, nuestra referente de prácticas y psicóloga del Centro de Salud “G” nos planteó la posibilidad de trabajar a partir de un ovillo de lana, anudando aquellos puntos de apoyo con los que podíamos contar ante cualquier circunstancia.

La idea era que el ovillo circule entre las chicas del grupo, generando de esta forma, a partir del hilo, una red de apoyo entre ellas. También, nos pareció importante plasmar en una cartulina, aquellos números que son indispensables tener por si ocurre alguna emergencia y necesitamos actuar rápido.

Para finalizar, escribimos el número del centro de salud del barrio Villa Páez, el del hospital Benito Soria, el de la policía, emergencias médicas, defensa civil, bomberos, hospital nacional de clínicas y el número de las integrantes del grupo.

A partir de lo plasmado, retomamos las citas de este encuentro:

N.P: Luego de la actividad que desarrollamos sobre los puntos de apoyo que tenemos, ¿cómo vivencian esto? ¿Creen que pueden contar con alguien?

C: Al vivir sola los contactos que tengo son solo con algún que otro vecino, no más que eso.

A: Como digo seguido, cuento con mis hijos... con ellos, tenemos un vínculo cercano, estamos ahí siempre.

C: No es fácil contar con personas en la vejez, es un privilegio disponer de algunos familiares a los que puedes aferrarte.

C.P: ¿vos “N”, ibas a decir algo?

N: Si, el vínculo con mi madre fue creciendo ahora, de grande, cuando vine hace 20 años a vivir a Córdoba, nos tenemos la una a la otra.

(RC. 12 de octubre del 2023)

En el transcurso de otros encuentros y este, desde el cual recuperamos las citas expresadas, pudimos observar la importancia que conllevan los vínculos familiares cercanos para las personas adultas mayores. Entendemos a la familia, más aún en esta etapa, como aquellos que brindan no solamente un sentido de pertenencia y soporte emocional, sino también un refugio seguro en donde las personas adultas mayores pueden encontrar, desde lo emocional, un alto grado de comprensión.

Sobre todo, en estas edades donde el compartir tradiciones, experiencias y valores con la familia, es decir, con sus seres queridos genera un sentimiento de conexión que es sumamente importante para su salud.

Frecuentemente, las integrantes del grupo de “chicas más de 60 años”, en reiteradas oportunidades nos comentaban sobre su temor al aislamiento y la soledad, presentándose como factores de riesgos muy importante para la salud, tanto física como mentalmente.

Teniendo en cuenta esto, propusimos realizar una actividad referida al tema. En este encuentro, se trabajó a partir de la lectura de un texto de salud mental, donde se hace referencia a los cuidados propios durante la vejez.

Comenzamos la actividad con una producción referida a factores protectores y de riesgo, en donde debíamos plasmar de forma gráfica, a través de dibujos, aquellas cosas que permitían cuidar nuestra salud mental. Fueron muy recurrentes en las producciones las actividades relacionadas al aire libre, el contacto con la naturaleza, la música y sobre todo la familia.

Finalizamos el encuentro con un conversatorio del mismo donde cada integrante del grupo podía exponer aquellos factores que nos protegían o cuidaban cotidianamente y también los factores de riesgo, es decir aquellos elementos, pensamientos o circunstancias en las que podía aumentar la probabilidad de que se produzca un daño, una desgracia o algún tipo de situación negativa.

Como actividad referida a factores protectores, las participantes comentaban que el grupo les permitió conocer compañeras para realizar diferentes actividades en conjunto como ir la feria del libro, al hospital clínicas donde se hizo el festejo por el día de la Pachamama, juntarse en cafeterías a desayunar, concurrir a actividades de yoga, caminatas por lugares verdes en donde pueden tener contacto con la naturaleza hasta meriendas en sus casas.

Entendemos que los vínculos e interacciones familiares, más si son fuertes, son beneficiosas en amplios sentidos como aumentar la autoestima y la autoconfianza, promover la independencia y la autonomía, fomentar la creatividad y la participación en actividades gratificantes contribuyendo a una vejez activa y plena, permitiendo a las personas mayores aprovechar al máximo su tiempo libre, participar en la vida social y disfrutar de una etapa llena de nuevas experiencias y aprendizajes.

La familia también ayuda a prevenir el deterioro cognitivo, siendo este un factor habitual que se encuentra en declive a medida que pasan los años en el proceso de envejecimiento. Al conversar, compartir historias y participar en actividades juntos se mantiene la mente activa, fomentando la interacción social, la participación en actividades placenteras, el aprendizaje de nuevas habilidades y lo que contribuye a un estado de ánimo positivo, reduciendo el sentimiento de aislamiento.

Por otro lado, las integrantes que conviven con familiares o cuentan con ellos, mencionaron la importancia de estos como aquellos que pueden brindar cuidados y asistencias en diferentes tipos de tareas diarias, ya sea haciendo mandados, cocinando, limpiando o incluso en la asistencia con respecto a la atención médica.

La integrante del grupo, “A”, expresaba constantemente que sin la ayuda de sus hijos debido a su problema de visión, no podría vivir, sosteniendo que realmente depende en casi todos los sentidos de ellos.

Concluimos que los vínculos familiares son esenciales para el bienestar integral de las personas mayores, reportando niveles más altos de felicidad, satisfacción con la vida y bienestar general. Se sienten más apoyados, amados y valorados, lo que contribuye significativamente a su calidad de vida.

En varias oportunidades se mencionan a los hijos o familiares más que amistades (nula), como aquellas personas con las que se podía contar, aunque no siempre sucedía como esperaban.

La autora Laura Cartensen (1992) expresa que a diferencia de lo que muchos suelen pensar, el adulto mayor en la vejez no es un individuo pasivo que se ve obligado a disminuir sus contactos por dificultades a la hora de relacionarse.

Por el contrario, se trata de un sujeto activo con metas más definidas, consciente de a quién y a qué dedicar tiempo, más aún teniendo presente la finitud de su vitalidad.

En este sentido es donde Laura Cartensen (1992) hace referencia que, durante la vejez, la persona se vuelve más selectiva a nivel socioemocional. Prefiere dedicar sus últimos años a mantener relaciones verdaderamente significativas con aquellos que ya conoce y aprecia. El más grande y mejor ajuste de los adultos mayores, pasa principalmente por sus niveles de actividades y vinculaciones.

Siguiendo con lo anterior, como mencionamos, muchas veces las personas mayores con los años comienzan a privilegiar justamente aquellos vínculos que provean bienestar, emociones positivas, sensaciones agradables.

En varias oportunidades, apareció en los relatos de ellas, las integrantes del grupo, la imposibilidad de contar con familiares o algún lugar de contención que facilite alojar sus demandas. Es por esto que aparece el grupo de “chicas más de 60 años”, como espacio para albergar lo que en otros lados no es posible. Es en ese espacio donde estas necesidades son las que empiezan a ser cubiertas.

Continuando con el segundo punto:

2. Explicación de ciertos cambios a partir de la transformación de las motivaciones sociales.

En este punto, la autora Laura Cartensen (1992) reconoce que la percepción del tiempo va cambiando a lo largo de los años, en nuestra juventud este aparece y se presencia como ilimitado (establece que la vida es guiada por metas de corte informacional, es decir, puedo comenzar proyectos a largo plazo) pero a medida que vamos avanzando en edad, el tiempo es percibido como limitado, apareciendo la idea de muerte.

Aquí es donde se comienza a poner énfasis en el valor del tiempo, percibido a este como un motivador esencial que potencia aquellos intentos de conseguir ciertas metas sociales u otras.

Cuando el tiempo se concibe limitado, lo afectivo toma un valor especial, diferente. Cuando no existen prácticamente presiones temporales, las personas invierten sus esfuerzos en aquellas actividades que puedan tener una mayor rentabilidad a largo plazo.

Al producirse cambios en las motivaciones y preferencias sociales, surgen a su vez la diversidad de metas respecto a la actividad social y los contactos, pudiéndose dividir en dos: las metas de corte informacional, es decir, son las que se presentan mayor parte de jóvenes y las metas de corte emocional que aumentan en la vejez.

Las metas de corte emocional, son las que se presentaron de forma recurrente en nuestra práctica y en las actividades llevadas a cabo en los talleres.

Algunas de las metas de corte emocional que se trabajaron con el grupo fueron:

- Fortalecer los lazos entre las integrantes del grupo “chicas más de 60 años”
- Disfrutar de actividades que generen alegría y crean recuerdos positivos.
- Practicar hobbies y actividades artísticas que generen bienestar

- Experimentar emociones positivas y mantener relaciones significativas.
- Viajar o recorrer lugares que brinden experiencias agradables

La teoría de Carstensen nos ayuda a comprender cómo las metas y los objetivos cambian a lo largo de la vida, y cómo esto puede influir en el bienestar y la satisfacción de las personas.

Volviendo con las citas de un encuentro, recupero los siguientes fragmentos:

C.P: ¿Se percataron de cómo creció el vínculo y la confianza en el grupo?

A: si, nos fuimos afianzando mucho más...

N.P: Note lo mismo que C.P, los encuentros cada vez se sienten más cálidos, además con todo lo que charlan imposible no entrar en confianza (risas).

N: Juntas parecemos loras, es difícil callarnos, me gusta formar parte del grupo.

A: No fallamos nunca.

C: Aquí siento que puedo ser yo. El espacio me abrió una puerta en donde conocí a muchas compañeras, amigas, el venir aquí me hace sentirme bien.

(RC. 24 de octubre del 2023)

A partir de estas citas, observamos cómo estas metas de corte emocional se presentan de forma notoria, remarcando el desarrollo que tuvo el grupo hacia un estado de mayor afinidad y acercamiento.

3. Implicaciones respecto a las emociones

Para finalizar con estos 3 puntos, el último retoma gran parte de lo anteriormente mencionado y explora sobre la selección de personas con quien hay relaciones emocionales positivas presentándose la continuidad de relaciones de larga duración. Se produce una mayor valoración de lo que se tiene en el presente, se coloca la calidad emocional en el centro de la vida. Se presenta al proceso de envejecimiento de una manera más optimista, parece tener más ganancias que pérdidas.

Optimizamos, vivimos relaciones y emociones más complejas y no tan dicotómicas, es decir, estamos predispuestos a medida que envejecemos a un mayor control emocional y nos vamos conectando con emociones positivas a medida que envejecemos.

Dando cierre a lo desarrollado, destacamos la importancia que adquiere el valor de lo emocional o afectivo en el proceso de envejecimiento. Creamos y encontramos un espacio en donde las integrantes pueden sentirse escuchadas, comprendidas y valoradas. Observamos que muchas de las necesidades afectivas presentes en el proceso de envejecimiento, comienzan a ser cubiertas por y en el grupo, generando así, un sentimiento de bienestar emocional compartido.

10. CONCLUSIÓN

En este apartado, compartiré algunas reflexiones y consideraciones finales que fueron surgiendo a lo largo de toda mi experiencia en las prácticas pre profesionales realizadas en un Centro de Salud de Córdoba Capital abarcando el periodo del año 2023.

Durante el desarrollo de este trabajo integrador final, nuestro principal interés estuvo puesto en analizar el eje de sistematización titulado: “*La promoción de la Salud a partir de dispositivos grupales en chicas más de 60 años.*” como así también examinar a partir de la formulación de objetivos específicos la expresión de los lazos sociales y vivencias afectivas a través de los encuentros grupales, desarrollar intervenciones desde dispositivos múltiples para la promoción de la salud y describir el proceso que se genera a partir de dinámicas grupales para la promoción de la salud en “chicas más de 60 años”.

Para responder a lo mencionado, necesariamente realizamos una implicancia detallada desde nuestra propia experiencia y en articulación con el material teórico seleccionado.

Desde una mirada en retrospectiva, es donde pude consolidar y apreciar los diversos aprendizajes que se presentaron de manera significativa en mi práctica, los cuales considero valiosos no solo como experiencia sino también como persona y para mi posterior desarrollo como profesional de la salud.

A lo largo de este recorrido es donde fuimos conociendo y vinculándonos con diferentes sujetos de la comunidad. Principalmente con las integrantes del grupo “chicas más de 60 años”, mujeres mayores que marcaron un antes y un después en nosotros.

Al realizar abordajes desde un enfoque salubrista, fuimos generando lazos y conexiones con la comunidad barrial desde la cual formábamos parte en el centro de salud. Al desarrollar nuestras prácticas durante un periodo de 9 meses, esto nos brindó una posibilidad muy importante hacia la construcción de relaciones de confianza con sus habitantes y el conocimiento realmente profundo de sus diferentes cuestiones ligadas a vivencias, necesidades, demandas, conocimientos e historias entre otras.

Destacamos la importancia del pensar a esta práctica esencialmente desde lo vincular, ya que desde el vínculo, con y en el otro es posible acercarnos para conocernos y a partir de allí, pensar estrategias de abordaje e intervención a las problemáticas, demandas y demás cuestiones ligadas a la comunidad.

Muchas veces, estos padecimientos portados por cuerpos singulares presentan su correlato en la trama social. Surgen como emergentes de problemáticas que son vividas de forma colectiva y exceden, la posibilidad del abordaje puramente individual. Desde esta mirada, se abre la posibilidad de impulsar prácticas en salud basadas en lo relacional. En las cuales el acto de cuidar es tanto medio como fin en sí mismo (Merhy, 2006).

Desde (Almeida-Filho y Paim, 1999) resulta sumamente necesaria una apertura que integre lo colectivo, lo diverso y lo histórico a la hora de realizar una lectura de los padecimientos de una determinada época, en donde se acepten nuevas demandas y se pueda trabajar desde las contradicciones, construyendo con otros en la heterogeneidad.

En este camino es donde nos fuimos encontrando y relacionando con sujetos que traían consigo diferentes ideas, concepciones, creencias, historias, relatos y formas de vivir la cotidianidad. Esto nos permitió interpelarnos para dar lugar al cuestionamiento de juicios previos, logrando despojar aquellos pensamientos erróneos que nos acompañan. Sin estas vivencias prácticas, esto no hubiera sido posible.

El vincularnos cotidianamente, nos brindó la posibilidad de potenciar los recursos humanos que cada uno trae consigo para intentar dar lo mejor y entender al otro desde una perspectiva integral, abierta y respetuosa.

Las enseñanzas mutuas y compartidas que se generan desde la grupalidad, nos otorgan una sensación de totalidad inexplicable. El haber logrado conformar un espacio y grupo de sostén que se mantenga funcionando hasta el día de hoy y de forma autónoma, siendo también un lugar de prácticas para los siguientes futuros colegas es una de las sensaciones más satisfactorias que podemos experimentar.

Con respecto a las integrantes del grupo “chicas más de 60 años”, quiero destacar que marcaron un antes y un después en nosotros. Considero que su experiencia y sabiduría fueron faros en nuestro camino, nos han enseñado con sus historias, con sus relatos, con sus ejemplos y dedicación lo que es la superación personal.

Cada arruga en sus rostros cuenta una historia, un capítulo de vida lleno de aprendizajes, de desafíos conquistados y de momentos compartidos. Nos han demostrado el valor del tiempo, la importancia de la paciencia, la constancia y la belleza de aprender cada día algo nuevo. A través de ellas, pudimos comprender que la verdadera sabiduría no reside sólo en los libros, sino en la vivencia misma, en el amor por aprender y en la capacidad de adaptarse a los cambios.

Han sido testigos de épocas pasadas y portadores de tradiciones que enriquecen nuestra identidad. Su conocimiento encierra secretos y consejos que trascienden generaciones, recordándonos que cada paso que damos en el presente está moldeado por las experiencias del pasado.

11.REFERENCIA

- Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención.
- ALMEIDA FILHO, N. (2006). Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: Evaluación de conceptos y aplicaciones, en: *Salud Colectiva* 2(2): 123-146.
- Arias, C. J. (2015). La red de apoyo social. Cambios a lo largo del ciclo vital. *Kairós* 18, 149-172.
- Ase, I. & Burijovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud
- AUGSBURGER, A. C.; GERLERO, S. S. La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental. *Revista de Temas Sociales*, Buenos Aires, v. 9, n. 15, p. 1-10, 2015.
- Ayres, J. R. C. M. (2002). Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 20 (2), 67-82.
- Baltes, PB (1997). Propositiones teóricas de la psicología del desarrollo a lo largo de la vida: sobre la dinámica entre crecimiento y declive. *Psicología del desarrollo*, 23(5), 611-626. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Revista Psicoperspectivas: Individuo y sociedad*, 13(2), 109-120. DOI: <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol13-issue2-fulltext-399>
- Bang, C. (2015). Promoting mental health and community participation: a study on participatory arts practice, creativity and play in the city of Buenos Aires, Argentina. *Health, Culture and Society*, 8(1), 58-68. Pittsburgh, USA. DOI: <https://doi.org/10.5195/hcs.2015.183>.
- BANG, C. Debates y Controversias sobre el concepto de Participación Comunitaria en Salud: Una revisión histórica. *Revista Eä-Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*, Buenos Aires, v. 3, n. 2, p. 1-23, 2011.
- BANG, C. Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, Valparaíso, v. 13, n. 2, p. 109-120, 2014.

- BANG, C. *et al. Semana de Las Crianzas en Villa Soldati: una experiencia creativa desde un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CESAC No24) junto a la comunidad.* In: CONGRESO IBEROAMERICANO DE PRIMERA INFANCIA, 1., Buenos Aires, 2015.
- Bang, C. y Stolkiner, A. (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en salud desde la perspectiva de redes. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 46: 123- 146.
- Bang, C. y Stolkiner, A. (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en salud desde la perspectiva de redes. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 46: 123- 146.
- Bianchi, H. Gagey, J. Moreigne, J. Balbo, G. Poivet, D. Thomas, L.V. (1992). *La cuestión del envejecimiento. Perspectivas psicoanalíticas.* Madrid: Biblioteca Nueva.
- Carstensen, LL (1995). Evidencia de una teoría de la selectividad socioemocional a lo largo de la vida. *Direcciones actuales en la ciencia psicológica*, 4(5), 151-156. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep11512261>
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>. Accesado octubre 2011.
- Chacoma, A. (2017). *Envejecer formando parte de un grupo. Una mirada desde el trabajo social.* Tesina de grado de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Nacional de la Patagonia, San Juan Bosco, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales.
- DABAS, E. (2001) *Redes sociales: niveles de abordaje en la intervención y organización en red.* Panorama. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/71292/345905/file/Redes%20Sociales.pdf> [15 de marzo 2012].
- De Beauvoir, S. (2011) *La Vejez.* Ed. Sudamericana.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (2004). *Mil mesetas: Capitalismo y esquizofrenia.* Valencia: PreTextos.
- FEO, O. Avanzando hacia la nueva APS: Cuidado integral de la salud con la participación de todas y todos. In: GIOVANELLA, L. (Org.). *Atención Primaria de Salud en Sudamérica.* Rio de Janeiro: Isags; Unasur, 2015. p. 15-22.
- Gorbacz, L (2019). *Determinantes de la salud mental.*
- Guber, R (2011) *La etnografía: método, campo y reflexividad.*

- Irigoyen, J. (1994). Nuevas perspectivas en APS, revisión de la aplicación de los principios de AlmaAta. Madrid: Ediciones Días de Santos.
- Laurell, A. C. (1987). La Salud-Enfermedad como proceso social.
- Merhy, E. (2006). Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Minayo, M.C.S. (1997). El Desafío del Conocimiento: Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Mitjáns Martínez, A. (2006). Creatividad y Subjetividad. En S. de la Torre & V. Violant (Comp.) Comprender y evaluar la creatividad: un recurso para mejorar la calidad de la enseñanza (pp 115-121). Málaga: Aljibe.
- Montenegro, M.; Rodríguez, A. y Pujol, J. (2014). La Psicología Social Comunitaria ante los cambios en la sociedad contemporánea: De la reificación de lo común a la articulación de las diferencias. Revista Psicoperspectivas: Individuo y sociedad, 13(2), 32-43. DOI: <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol13-issue2-fulltext-433>
- Montenegro, M.; Rodríguez, A. y Pujol, J. (2014). La Psicología Social Comunitaria ante los cambios en la sociedad contemporánea: De la reificación de lo común a la articulación de las diferencias. Revista Psicoperspectivas: Individuo y sociedad, 13(2), 32-43. DOI: <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol13-issue2-fulltext-433>
- Montero, M. (2003). Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- MONTERO, M. (2003). Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad. Buenos Aires: Paidós.
- Montero, M. (2004). Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Montero, M. (2004). Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires: Paidós.
- Montero, M. (2004). Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires: Paidós.

- OMS. Glosario de promoción de la salud, Ginebra 1998. http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/sa548.pdf. Accesado octubre 2011.
- Piselli, F. (2007). Communities, places and social networks. *American Behavioral Scientist*, 50(7): 867, 878.
- Prince-Paul, M. (2008). Understanding the meaning of social well-being at the end of life.
- Ròvere, M. (1999). Redes en Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.
- Saforcada, E.T (2012). Psicología Sanitaria. Historia, fundamentos y perspectivas. Villar
- Sluzki, C. (1996). La red social: frontera de la práctica sistémica. Barcelona: Gedisa.
- Stake, R. (1994). Case studies. En N.K. Denzin y Y.S. Lincoln (Eds). *Handbook of Qualitative Research* (pp. 516-529). California: Sage.
- Stolkiner A. & Ardila, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social /Salud Colectiva latinoamericanas. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(101), 52-56.
- Stolkiner, A. & Solitario, R. (2007). Atención primaria de la salud y salud mental: La articulación entre dos utopías. En D. Maceira (Comp.), *Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios* (pp. 121- 146). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- STOLKINER, A. Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. In: LERNER, H. *Los sufrimientos: 10 Psicoanalistas: 10 Enfoques*. Buenos Aires: Psicolibro, 2013, p. 211-239.
- Stolkiner, A. y Solitario, R. (2007). Atención primaria de la salud y salud mental: La articulación entre dos utopías. En D. Maceira (Comp.), *Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios* (pp. 121-146). Buenos Aires: Paidós.
- STOLKINER, A.; GÓMEZ, S. A. Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social. *Revista Argentina de Psiquiatría*, Buenos Aires, v. 23, p. 52-56, 2012.
- Valles, M. (2000). Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis.

- Weiss, R. (1994). Learning from strangers. The art and method of qualitative interview studies. Nueva York: The Free Press.
- Yuni, J. A., & Urbano, C. A. (2014). Técnicas para investigar: recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación (2ª ed.). Córdoba, Argentina: Brujas