

Bustos, María Paz

**El rol del psicólogo sanitarista en la
promoción de la salud mental de
niños que asisten a escuelas
primarias públicas de la ciudad de
Córdoba ante la problemática del
consumo de sustancias adictivas**

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

Directora: Barovero, Cecilia

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

Trabajo Integrador Final

“El rol del psicólogo sanitarista en la promoción de la salud mental de niños que asisten a escuelas primarias públicas de la ciudad de Córdoba ante la problemática del consumo de sustancias adictivas”

Alumna: María Paz Bustos

DNI: 39.735.565

Directora: Lic. Mgter. Cecilia Barovero

Córdoba, Argentina
2025

1. ÍNDICE GENERAL

1. ÍNDICE GENERAL	2
2. ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y SIGLAS.....	5
3. INTRODUCCIÓN.....	7
4. CONTEXTO DE PRÁCTICAS	10
4.1 CONTEXTO SANITARIO.....	11
5. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	18
5.1 PROGRAMA AMBIENTES RESILIENTES.....	20
5.2 PARADIGMA SALUBRISTA.....	22
5.3 ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCIÓN.....	24
6. EJE DE SISTEMATIZACIÓN.....	25
7. OBJETIVOS.....	27
7.1 OBJETIVO GENERAL.....	28
7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
8. PERSPECTIVA TEÓRICA.....	29
8.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN INFANCIAS.....	30
8.2 HERRAMIENTAS QUE PROMUEVEN LA SALUD MENTAL EN NIÑOS.....	35
8.2.1 EL DISPOSITIVO TALLER.....	37
8.2.2 CUENTOS, HISTORIAS NARRADAS, JUEGO.....	40
8.3 ACERCA DE LA ETAPA DE LA INFANCIA.....	43
8.4 EL ROL DEL PSICÓLOGO SANITARISTA EN EL DESARROLLO DE LA SALUD MENTAL DE NIÑOS CON CONTEXTOS VULNERABLES.....	46
8.5 LA PROBLEMÁTICA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN NIÑOS QUE PERTENECEN A CONTEXTOS VULNERABLES.....	51
8.5.1 LA COMPLEJIDAD DEL CONSUMO DE LAS SUSTANCIAS ADICTIVAS.....	51
8.5.2 FACTORES DE RIESGO.....	55
8.5.3 FACTORES DE PROTECCIÓN.....	57
8.6 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN NIÑOS EN CONTEXTOS VULNERABLES.....	59
8.6.1 INTERVENCIONES EN RESILIENCIA.....	63

8.6.2 INTERVENCIONES EN COMPETENCIAS SOCIALES.....	67
9. MODALIDAD DE TRABAJO.....	71
9.1 SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS.....	72
9.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS.....	74
9.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	74
9.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	78
10. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	80
10.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO.....	81
10.2 ARTICULACIÓN TEÓRICA-PRÁCTICA	88
10.2.1 Delimitación del rol del psicólogo sanitarista en la promoción de la salud mental de niños que se encuentran en contextos vulnerables.....	88
10.2.2 Factores de riesgo que inciden en el desarrollo de la salud mental de niños ante la problemática del consumo de sustancias adictivas.....	96
10.2.3 Estrategias de intervención que promueven la salud mental en niños de contextos vulnerables, ante la problemática del consumo de sustancias adictivas.....	111
11. CONCLUSIONES.....	121
12. REFERENCIAS.....	127

2. ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

APA: Asociación Americana de Psicología
APS: Atención Primaria de la Salud
Art.: Artículo
CCN: Cuenten con Nosotros
CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CPPC: Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba
CSAP: National Center For the Advancement of Prevention.
DDS: Determinantes Sociales de la Salud
DIPPS: Dispositivo Integral para Parentalidades Saludables
DUDH: Declaración Universal de los Derechos Humanos
FePRA: Federación de Psicólogos de la República Argentina
FoA: Orientación para Familiares o Amigos
GBL: Gente Bicho de Luz
GPS: Programa Terapéutico “Grupo ProSalud”
MInS: Modelo Multidimensional Integral Salubrista
Nº: Número
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PPS: Prácticas Pre Profesionales Supervisadas
PSE: Proceso salud-enfermedad
RED LISC: Red de Líderes en Salud Comunitaria
TIF: Trabajo de Integración Final

3. INTRODUCCIÓN

El presente escrito corresponde al Proyecto de Integración Final, el cual está enmarcado en las Prácticas Pre Profesionales Supervisadas (PPS) de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Católica de Córdoba, las cuales han sido realizadas en el año 2024.

Las mismas son contextualizadas en el ámbito Sanitario, específicamente en la Fundación para la Promoción de la Salud Humana (ProSalud), en donde he desempeñado mi rol como practicante. Dicha institución ha surgido en el año 1992, tratándose de una Organización Civil que tiene sus dependencias en el Hospital Nacional de Clínicas, la cual tiene como objetivos fundamentales la promoción de la salud a través de la aplicación de diversos dispositivos preventivos de cobertura local y provincial, relacionados a la temática de las adicciones y de VIH/SIDA.

En una primera instancia, se desarrollará el contexto de prácticas, correspondiente a la Psicología Sanitaria, sus características y evolución dando a conocer las particularidades y aportes que hace en la salud mental y en su desarrollo histórico a lo largo del tiempo. Del mismo modo se considerarán cuáles son las peculiaridades que la caracterizan y qué aportes hace en el campo de la salud mental, y en esta misma línea, cómo fue tomando un lugar protagónico dentro de las incumbencias del quehacer profesional del psicólogo, entre otros aspectos.

Posteriormente, se explicitará el contexto institucional, dando cuenta también de su historia, sus objetivos principales, el paradigma teórico que enmarca sus prácticas, así como los proyectos que allí se llevan a cabo.

Luego, en tercera instancia, se presenta el eje de sistematización para dicho Trabajo de Integración Final (TIF): *“El rol del psicólogo sanitarista en la promoción de la salud mental en niños que asisten a escuelas primarias públicas de la ciudad de Córdoba, ante la problemática del consumo de sustancias adictivas”* como hilo conductor que ha atravesado el proceso vivido; siguiendo la propuesta de sistematización de experiencias que desarrolla Oscar Jara (2010).

Seguidamente a ello, se proponen los objetivos diseñados, tanto el objetivo general como los específicos, así como la perspectiva teórica que acompaña el desarrollo de dicho escrito, para luego, conocer la modalidad de trabajo llevada a cabo.

Posteriormente, se desarrollará el análisis de la experiencia, particularmente la recuperación del proceso vivido, en donde se dará cuenta de lo vivenciado durante mi paso por las prácticas pre profesionales, describiendo el proceso desde mi rol, los proyectos en los que he participado, qué actividades se han realizado, como así también los aprendizajes significativos que se destacan en esta experiencia de sistematización.

Seguidamente, en el sub ítem de articulación teórico-práctica se desarrollan los objetivos planteados para dicho trabajo final, dando a conocer reflexiones ulteriores que emanan de esta experiencia. A modo de cierre, en las conclusiones se destacan los aprendizajes y recapitulaciones más significativas del proceso transitado, así como las valorizaciones de lo transcurrido en la instancia de prácticas supervisadas, que han nutrido dicho proceso y mi futuro quehacer profesional.

4. CONTEXTO DE PRÁCTICAS

4.1 CONTEXTO SANITARIO

El marco de las prácticas realizadas corresponde al contexto sanitario, por lo que considero menester poder hacer una descripción del mismo y así conocer sus particularidades.

En la primera mitad del siglo XX y anterior a él, el discurso sobre salud y enfermedad que imperaba era el de la medicina, con el componente biológico como predominante y una interpretación unicausal de la enfermedad.

A medida que el tiempo fue pasando, ya en la segunda mitad del siglo XX, según los aportes de Morales Calatayud (1997) podemos ver que tanto la salud como la enfermedad están condicionadas también por otras situaciones que tienen que ver con la subjetividad, el comportamiento individual, el ámbito social y la situación económica en el que el individuo vive, que van más allá del cuerpo. La salud comienza a pensarse como un proceso dinámico y variable, entre el organismo y su ambiente, con gran influencia de las relaciones humanas, económicas y sociales, llegando a expresarse también que la salud como tal no existe o que es inalcanzable para la mayoría de las personas, dependiendo del dinamismo que se produzca y de la interacción propia del individuo con el ambiente, como dijimos anteriormente, orientándose hacia una multicausalidad. Esta idea de multicausalidad nos permite reflexionar que la salud y la enfermedad deberían ser pensadas desde diversas disciplinas y enfoques, en la cual la psicología ocuparía un importante lugar.

Situándonos históricamente en relación a los inicios de la Psicología de la Salud, podemos reconocer que tuvo sus influencias en la psicología médica, anterior a ella, en la que con el correr del tiempo se fueron vislumbrando sus limitaciones y las teorías psicosomáticas que la conformaban fueron perdiendo autoridad. Según el autor De Lellis (2015), la concepción de sujeto como incapaz fue consolidando una idea centrada en la carencia (de recursos, de saberes, de habilidades), arrasando de alguna manera con su historia e impidiendo vislumbrar los recursos personales, psicológicos y sociales de la persona, que son sumamente importantes.

A partir de ello y con el correr de varios años, el interés comenzó a pensarse en relación a la situación de enfermedad, a las condiciones del enfermo, al favorecimiento de los comportamientos adecuados a una buena evolución y también al personal de asistencia del paciente, como pilar de este proceso. Asimismo, la importancia también se fue expandiendo hacia la prevención de las enfermedades y su comprensión en el contexto social. Es por esto, que la Psicología de la Salud surge como resultado de la evolución de la práctica y por los

sucesivos cambios en las demandas de salud hacia los psicólogos, en el propio estado de salud de la población y en las prioridades de los servicios de salud.

En esta misma línea, es necesario dar cuenta de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) llevada a cabo en 1948, donde se dejaron plasmados los derechos universales que tiene una persona, tales como: el derecho a la vida, a la igualdad, a la libertad de pensamiento y expresión, a la educación, al trabajo, y también y fundamentalmente, el derecho a la salud, entre otros; siendo todos interdependientes entre sí y en el cual un derecho no puede garantizarse si los demás no son garantizados, al mismo tiempo que es el Estado el que debe garantizarlos.

Al respecto, surgieron diversas consonancias, entre ellos quienes se reunieron en Alma-Ata en el año 1978, llevando a cabo la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud (APS). Fue allí que se reiteró la definición propuesta por la OMS en 1949 acerca del concepto de salud como aquel estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades, siendo un derecho humano fundamental, y a partir de ello, se consideró la necesidad de realizar acciones urgentes por parte de todos los gobiernos para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo.

Asimismo, es importante dar cuenta, como postula el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (2012) que el derecho a la salud no se limita a estar sano, sino que también abarca la responsabilidad acerca de los determinantes sociales en vistas a satisfacer los derechos de la ciudadanía. Los Determinantes Sociales de la Salud (DDS) son aquellas condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, el nivel educativo que tienen, sus relaciones sociales, el nivel de ingreso y acceso a los servicios, las políticas, las leyes del mercado, etc., que van a impactar en la salud, algunos de manera directa y otros a través de intermediarios.

Al mismo tiempo y en relación a ello, también tuvo sus influencias la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud llevada a cabo en Ottawa en 1986, conocida como la Carta de Ottawa, la cual fue organizada principalmente ante la creciente demanda de una nueva concepción de salud pública en el mundo. Allí se postuló que la promoción de la salud consiste en proporcionar a los distintos pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y poder ejercer un mayor control sobre ella. Por lo tanto, la salud no es percibida como un objetivo en sí, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, incluyendo a los recursos sociales, personales y también físicos; y al decir de Villar Aguirre (2011), también se afirmó que la promoción de la salud trasciende la forma de vida sana para

incluir además la paz, la equidad, la educación, la alimentación, un ecosistema estable, entre otros.

Podemos reconocer en el sistema de salud de nuestro país, la existencia de distintos niveles de atención quedando constituidos como: el primer nivel de atención referido a las acciones más básicas del sistema, la cual corresponde al nivel más cercano de la población con un primer contacto, siendo la puerta de entrada al sistema; y como segundo y tercer nivel de atención, referidas a agrupaciones de respuestas de distinto grado de complejidad y especialización, que actúan sobre lo detectado en el primer nivel de atención; ya sea hospitales y establecimientos sanitarios donde se brinda atención integral, o el uso de procedimientos especializados y de alta tecnología.

Como da cuenta el autor Villar Aguirre (2011), durante los últimos años, dada la situación de salud de la población, el sistema de salud ha tenido que llevar a cabo modificaciones importantes en cuanto a la Atención Integral de la Salud, principalmente en la necesidad de fortalecer la atención en el nivel primario de atención, cambiando el objetivo de la misma, trasladando la prioridad de la atención a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad.

La Atención Primaria de la Salud (APS), al decir de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2007), es uno de los componentes fundamentales de un sistema de salud efectivo, pudiendo interpretarse y adaptarse a diversos contextos políticos, sociales, culturales y económicos. Presta una atención integral y apropiada a lo largo del tiempo, poniendo énfasis en la prevención y la promoción, garantizando el primer contacto del usuario con el sistema, y tomando a sus familias y comunidad toda como la base para la planificación y la acción. Al mismo tiempo, un sistema de salud basado en ella supondrá un enfoque amplio de los sistemas de salud, teniendo como principal objetivo el derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible, maximizando la equidad y solidaridad del sistema.

Dentro de los valores, principios y elementos esenciales en un sistema de salud basado en la APS, podemos encontrar: el derecho al mayor nivel de salud posible, sin distinción de raza, género, religión, orientación política, situación económica o social; la equidad, en cuanto a diferencias injustas que puedan darse en el estado de salud y acceso a la atención; y la solidaridad, trabajando conjuntamente por el bien común. En cuanto a los principios, se propone: dar respuesta a las necesidades de salud de la población, en primera instancia; que los servicios estén orientados hacia la calidad; la responsabilidad de los gobiernos; la sostenibilidad; la participación y la intersectorialidad. Y por último, los elementos fundamentales a tener en cuenta corresponden a: que la cobertura y el acceso sean universales;

promover un primer contacto, ya que la atención primaria debe ser la puerta de entrada al sistema de salud; que se brinde una atención integral y continua; al mismo tiempo, una orientación familiar y comunitaria; poner el énfasis en la promoción y en la prevención, es de vital importancia para que la comunidad y sus individuos ejerzan un mayor control sobre su salud, y son esenciales para abordar la raíz de los determinantes sociales de la salud (DDS); asimismo, un marco político, legal e institucional sólido, así como programas y políticas que acompañen, entre otros.

Como refieren los autores Ase y Buriyovich (2009), la perspectiva de derechos en salud refiere a que este último es un componente inalienable de la dignidad humana y se trata de un bien en sí mismo, es decir que todas las personas por el simple hecho de existir, tienen derecho a la salud. Y agregan que la idea fundamental a considerar en la adopción de un enfoque de derechos es que las políticas e instituciones que tienen como fin impulsar estrategias de salud, deben basarse en las normas y principios establecidos en el derecho internacional sobre derechos humanos.

A partir de lo descrito anteriormente, es de importancia adentrarnos en el concepto de proceso salud-enfermedad (PSE) ya que es primordial en la Psicología de la Salud. Al decir de Villar Aguirre (2011), el estado de salud o de enfermedad de un ser humano es el resultado de un proceso dinámico, lo que da cuenta que está pasando de un nivel a otro de salud o enfermedad permanentemente, por lo que hablamos de proceso de salud- enfermedad. Según Laurell (1987) el PSE es el modo específico por el cual se da el proceso biológico de desgaste y reproducción, destacando en determinados momentos un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo de las actividades cotidianas; esto sería la enfermedad. Pero este proceso, va a decir Laurell (1987), se expresa de diversas maneras, por un lado, como la expectativa de vida, las condiciones nutricionales, la constitución somática, y por otro, en las maneras específicas de enfermar y morir. Es por esto que podemos decir que tiene un carácter social porque adquiere historicidad al estar socialmente determinado, ya que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico en el cual está transitando. Dicha autora va a decir que este modo de abordar el estudio del proceso salud-enfermedad nos permite describir las condiciones de salud de un grupo articuladas con las condiciones sociales de éste (Laurell, 1987).

A partir de este recorrido histórico, es que nos permite entender y conocer el surgimiento de la Psicología de la Salud. Por lo tanto podemos decir, según el autor Morales Calatayud (1997) que

Se puede considerar que la Psicología de la Salud es la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud (...) Le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud (...) incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben. (p. 57)

Al mismo tiempo, es importante también compartir la definición de la Asociación Americana de Psicología (APA) en Morales Calatayud (1997), que desde la División de Psicología de la Salud la define:

Las contribuciones educacionales, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción relacionada, así como para el análisis y mejoramiento del sistema de atención de la salud y la formación de la política de salud. (p. 60)

Si nos ubicamos histórica y particularmente en Córdoba, la consolidación de la Psicología Sanitaria desde el punto de vista profesional se produce en el año 1989, año en el que el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba crea la especialidad de Psicólogo Sanitarista, entre otros. El Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (CPPC, 2012) reconoce seis especialidades básicas correspondientes a las áreas de ejercicio profesional del psicólogo -psicología clínica, psicología educacional, psicología social, psicología jurídica y forense, psicología del trabajo y de las organizaciones-, y la que nos convoca, la especialidad de la Psicología Sanitaria. Dicha área tiene como campo de acción la Salud colectiva,

incluyendo instituciones estatales o privadas, siendo el objeto de estudio de la misma el proceso de salud-enfermedad considerado como proceso colectivo; estando determinado y condicionado por factores económicos, políticos, sociales, culturales, históricos, etc.

A partir de ello, el ejercicio del psicólogo especializado en el área sanitaria involucraría la planificación, programación, evaluación, administración y ejecución de políticas sanitarias; la coordinación y supervisión de programas; el análisis del proceso salud-enfermedad y los determinantes políticos, sociales, económicos que influyen en él; la prevención y promoción de la salud, así como la educación, investigación y docencia en el área (CPPC, 2012).

El campo de acción de la Psicología Sanitaria es la vida cotidiana considerando cualquiera de sus ámbitos, en los cuales se producen y expresan los procesos vitales tanto de individuos como también de grupos. Al mismo tiempo, el CPPC (2012) expone diversas áreas o temáticas de capacitación específica que le corresponden, tales como los paradigmas imperantes en salud, modelos de prevención y promoción de salud comunitaria, abordajes en equipos interdisciplinarios, estrategias de intervención en los distintos niveles de atención a la salud, aspectos institucionales relacionados a los modelos de atención en salud y salud mental, entre otros.

Al decir de Enrique Saforcada (2012) sobre el perfil del psicólogo sanitarista, para él es de gran importancia que adquiera una concepción holística, científicamente fundada del desarrollo humano integral, con conocimientos de neurodesarrollo, permitiéndole tener una visión ecosistémica del proceso de salud, llevándolo a privilegiar la promoción y protección de la salud, por sobre el daño que ya está instalado. Al mismo tiempo, permite que el profesional se inserte en cualquier instancia de la salud pública, como de planeamiento de políticas públicas y programas de acción, ejecución de las mismas, o evaluación de sus resultados.

Nuestro quehacer profesional está enmarcado en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) teniendo por objeto “asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en terreno nacional” (Art. N° 1). Al mismo tiempo, reconoce a la salud mental como un proceso determinado por diversos componentes, entre ellos históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuyo mejoramiento y preservación implicará una dinámica de construcción social.

En su Art. N° 8, describe que la atención en salud mental debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales y trabajadores capacitados con su debida acreditación, en áreas como psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional, entre otras (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, Art. N° 8)

Como refiere De Lellis (2015), esta ley tensiona y muestra las contradicciones del viejo paradigma dominante, al adoptar una conceptualización de salud como un proceso que es multideterminado, al mismo tiempo que promueve una modalidad de abordaje interdisciplinaria, intersectorial y de trabajo en red cuyo objetivo principal es la inclusión social, en el que puedan tomarse en cuenta también la perspectiva que aportan los actores no convencionales como los usuarios, las familias, así como organizaciones no gubernamentales que abogan por garantizar la protección de sus derechos.

Al mismo tiempo, nuestro trabajo como profesionales psicólogos está regido por la legislación provincial, en este caso la Ley N° 9.848 “Régimen de la protección de la salud mental en la provincia de Córdoba”, sancionada en el año 2010, la cual tiene por objeto garantizar en primer instancia el ejercicio del derecho a la salud mental para toda la población, asegurando su promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; así como el acceso a la misma sin exclusión alguna a la atención de servicios adecuados e integrados.

5. CONTEXTO INSTITUCIONAL

La Fundación para la Promoción de la Salud Humana (ProSalud) surge en el año 1992 cuando, con el respaldo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), comienza a iniciarse un proyecto de prevención de VIH/SIDA en escuelas de nivel medio de la provincia de Córdoba.

Con un marco de enfoque integral, desde sus inicios trabaja para la promoción de la salud, el desarrollo comunitario sustentable y una convivencia saludable, a través de diversos dispositivos preventivos con cobertura local y provincial, abordando temáticas relacionadas a procesos adictivos y otros temas de gran importancia, como educación sexual, violencia y VIH/SIDA en poblaciones de niños, jóvenes y comunidad en general.

Desde el año 1999, la Fundación cuenta con su sede en dependencias del Hospital Nacional de Clínicas, situado en la calle Santa Rosa 1564, en el Barrio Alberdi de la ciudad de Córdoba, con quienes se realizan articulaciones de trabajos de capacitación y servicios, al igual que el Hospital Universitario Maternidad Nacional, en el marco de un convenio con la Universidad Nacional de Córdoba y con la Secretaría de Extensión de la Facultad de Ciencias Médicas de dicha casa de estudios.

La fundadora y directora de la Fundación junto a un gran equipo interdisciplinario de profesionales conformado por psicólogos, trabajadores sociales, médicos, bioquímicos, comunicadores sociales, publicistas, estudiantes y también practicantes de distintas carreras y universidades, llevan a cabo los diversos proyectos, de manera integrada, dinámica, transdisciplinaria y con capacitación permanente en el área. Al mismo tiempo, cuenta con el apoyo de voluntarios en sus distintas áreas que suman sus aportes al trabajo diario.

Según la Personería Jurídica otorgada por el Gobierno de la Provincia de Córdoba del año 1997, Resolución 265 “A”/97, la Fundación ProSalud tiene por objeto promover la salud humana, prevenir las enfermedades y colaborar en la reducción de su impacto individual, familiar y social; teniendo como objetivos específicos: realizar campañas y proyectos preventivos destinados a públicos específicos; brindar asesoramiento para el desarrollo de proyectos locales de promoción de la salud; realizar actividades destinadas al cuidado, protección y promoción de la salud de niños, niñas y adolescentes en general, y particularmente con problemas de consumo de sustancias; así como promover valores culturales saludables mediante el auspicio, dictado o subvención de cursos gratuitos en establecimientos educativos públicos o privados.

El trabajo que se lleva a cabo en la Fundación y sus diversos proyectos están enmarcados en un encuadre innovador como lo es la perspectiva Multidimensional Integral Salubrista, la cual promueve procesos salutogénicos aplicados a estrategias de prevención y asistencia

referidas a la problemática del consumo de sustancias y otras conductas adictivas, el cual será explicitado más en profundidad en apartados siguientes.

A partir del año 2004, para poder implementar de modo eficiente los proyectos de prevención y promoción del sistema de salud en sus distintos niveles, se creó la Escuela de Formación en Salud y Adicciones, con el propósito de contar con recursos humanos calificados que lleven a cabo los mismos, teniendo convenios con distintas universidades como son la Universidad Católica de Córdoba, la Universidad Nacional de Córdoba y la Universidad Siglo 21.

Podemos referir que son diversas las líneas de trabajo que se llevan a cabo desde la Fundación, pero lo que se busca principalmente es promover, prevenir, asesorar, orientar, asistir, investigar y capacitar, a través de programas y sus respectivos proyectos; ellos son: el Programa Ambientes Resilientes, conformado por el proyecto Cuenten con Nosotros (CCN), Red de Líderes en Salud Comunitaria (RED LISC) y Proyecto Guía; el Proyecto Gente Bicho de Luz (GBL) en conjunto con el proyecto Miradas Saludables; el área de prevención comunitaria que incluye a Club Saludable y Mapas Saludables y un área específica para abordajes terapéuticos, que está conformada por tres dispositivos: Dispositivo Integral para Parentalidades Saludables (DIPPS), Programa Terapéutico “Grupo ProSalud” (GPS) y Orientación para Familiares o Amigos (FoA).

5.1 PROGRAMA AMBIENTES RESILIENTES.

En los comienzos de la práctica en Fundación ProSalud, junto con un grupo de estudiantes de distintas universidades quienes conformamos el equipo técnico de la misma, participamos en el Programa Ambientes Resilientes, de manera específica el Proyecto Cuenten con Nosotros (CCN).

Remitiéndonos a su historia, desde el año 2009, el proyecto fue diseñado como respuesta a demandas de la comunidad y de las escuelas, y se ofrece como línea de investigación/acción integral con el objetivo principal de facilitar el desarrollo de proyectos educativos institucionales que permitan la sostenibilidad de acciones de promoción de la salud y preventivas en el mediano y largo plazo. A partir de 2018, en su articulación con el Proyecto

Mapas Saludables, que está enfocado en prevención comunitaria de adicciones, y con el aval de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación, se aportó a su consolidación y al inicio de gestiones con las inspecciones de zona del Ministerio de Educación de la Provincia de Córdoba. En esta misma línea, es a partir del año 2022 que la Inspección General del Ministerio aprueba su implementación en las escuelas primarias según las demandas que se reciban desde allí. Al mismo tiempo, también se toma el enfoque de trabajo de la Organización Mundial de la Salud, en el marco de “Escuelas Promotoras de Salud” y de Naciones Unidas con sus Objetivos para el Desarrollo Social Sostenible, más precisamente dentro del objetivo N°3 de Salud y Bienestar, encuadrándose en sus propuestas para sumar aportes en lo relativo específicamente a la prevención de adicciones.

El Proyecto Cuenten con Nosotros (CCN) tiene como función principal la promoción socio comunitaria enlazada a la temática de adicciones y convivencia, con el fin de fortalecer habilidades y competencias socio afectivas de los niños, que incluyan un discernimiento específico sobre las sustancias psicoactivas. Está destinado a aplicarse en escuelas de nivel primario, municipales y provinciales, con posibilidades de replicarlo también en organizaciones comunitarias que trabajen con esta población etaria, por lo que su estrategia general es de abordaje institucional. Asimismo, se propone la asunción de perspectivas de mediano y largo plazo que sólo será posible con el diseño y fortalecimiento de dichos proyectos institucionales. En relación a esto, también se resalta la importancia del trabajo en red con instituciones de las propias comunidades, para que se consolide mediante la optimización de recursos disponibles.

Al mismo tiempo, el proyecto se estructura en torno al desarrollo personal y de los derechos de niños y niñas, destacándose entre ellos el derecho a la salud y a la identidad; y en lo relativo al tema de adicciones, en particular considerando la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (1989), el cual en su artículo n°33 proclama que:

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes, y para impedir que se utilice a niños en la producción y el tráfico ilícito de esas sustancias. (p.15)

Al funcionar como dispositivo preventivo, se aplica de manera multidimensional al trabajo con niños, los educadores, la institución, sus familias y la comunidad en general,

llevando a cabo diversos talleres y actividades con dichas personas, teniendo como eje la creación de una actitud crítica frente a la sociedad de consumo y estando a favor de prácticas saludables.

Por su parte, el Proyecto Gente Bicho de Luz (GBL), el cual se realiza desde hace más de veinte años, en sus comienzos estuvo relacionado a la prevención de VIH/SIDA, específicamente en el año 1998, coorganizado con la Secretaría de Asuntos Estudiantiles de la UNC, y posteriormente con la temática de prevención de adicciones, coorganizado con Consejo Publicitario Argentino desde el año 2012.

El nombre “Gente Bicho de Luz”, tal como podemos ver en la página de la Fundación (2024) refiere a que cada persona tiene luz propia, luz que proviene de su mundo interior, y que sabe hacer brillar aún en la oscuridad y frente a dificultades que se puedan presentar en la vida, en su familia o comunidad en general.

El proyecto está estructurado en torno a la creación de afiches y videos preventivos, divididos en categorías que van desde los 6 a los 18 años de edad, pudiendo participar desde distintos lugares de la provincia de Córdoba. En unión con el proyecto Miradas Saludables, el enfoque que tienen es la producción de mensajes que de alguna manera sensibilicen sobre el beneficio de desarrollar prácticas saludables, así como también ayudar a otros a lograrlo. Al mismo tiempo, ofrece una oportunidad para que tanto niños, niñas, adolescentes y jóvenes sean ellos mismos los protagonistas de las transformaciones en los modos de mirar lo saludable y de la capacidad de elegir, pudiendo reconocer y diferenciar lo que la ciencia y la industria proponen para la vida diaria; así como el fortalecimiento de líneas de trabajo que promuevan la salud y el desarrollo de vínculos saludables entre personas y grupos de la comunidad en general.

5.2 PARADIGMA SALUBRISTA.

La Fundación ProSalud se enmarca dentro de la perspectiva teórica del enfoque salubrista. Como alternativa al modelo tradicional dualista sano-enfermo que privilegia la asistencia al daño, al decir de Richard (2015)

El enfoque salubrista promueve el desarrollo y activación de factores salutógenos, tanto para consolidar procesos saludables como para facilitar aquellos que requieren cambios,

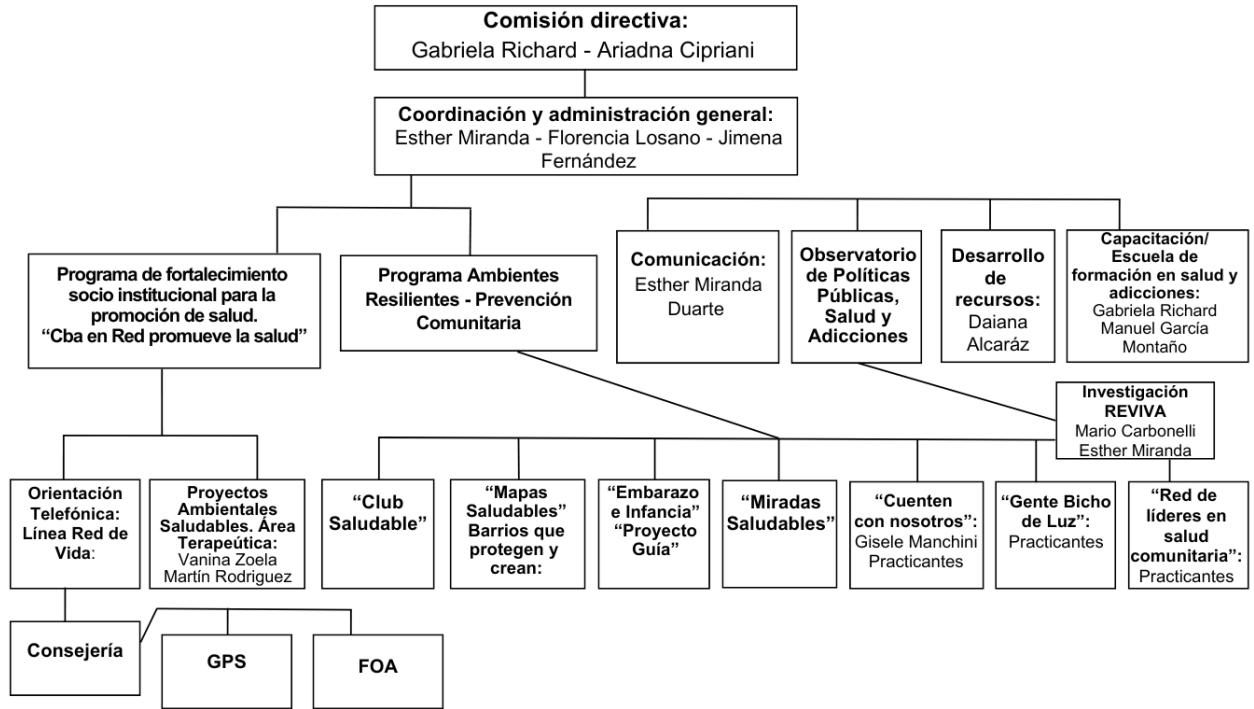
cuando el proceso vital está atravesado de crisis con origen en algunas de las dimensiones de lo humano (p. 16).

A partir de ello, se tiene en cuenta una mirada desde la complejidad considerándose como partes de un mismo fenómeno recursos y factores con potencial salutogénico, en el cual se activan variables que impulsan el cambio y tienden a sostenerlo; esto genera una perspectiva motivacional consistente e integradora, tanto de recursos individuales como colectivos, presentes aún en personas que ya desarrollan procesos adictivos. Se propone un abordaje del fenómeno de tipo integral, enfocado en los mecanismos resilientes.

Podemos decir entonces que el Modelo Multidimensional Integral Salubrista (MInS) toma al fenómeno adictivo en un campo extenso donde tienen lugar vínculos y procesos saludables, además de los de tipo adictogénico, identificando las variables provenientes del sujeto, del contexto y del objeto, así como la dinámica que se establece entre ellos, principalmente del contexto ya que muestra un protagonismo distintivo.

Como propone dicha autora (2015), este paradigma reconoce procesos antes que hechos aislados, e invita a producir planteos superadores de aquellos centrados en el objeto, el daño, la enfermedad, ya que relegan la integración de los demás. Al mismo tiempo, ofrece una perspectiva de derechos con atención al derecho a la salud con cobertura ampliada, incluyendo de igual manera a las personas que desarrollan procesos adictivos como a los que aún no lo han desarrollado.

5.3 ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCIÓN.



Organigrama ProSalud. Año 2024 (Delsanto, 2023)

6. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

“El rol del psicólogo sanitarista en la promoción de la salud mental de niños que asisten a escuelas primarias públicas de la ciudad de Córdoba ante la problemática del consumo de sustancias adictivas”

7. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar el rol del psicólogo sanitarista en la promoción de la salud mental de niños que asisten a escuelas primarias públicas de la ciudad de Córdoba ante la problemática del consumo de sustancias adictivas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Delimitar el rol del psicólogo sanitarista en la promoción de la salud mental de niños que se encuentran en contextos vulnerables.
2. Caracterizar los factores de riesgo que inciden en el desarrollo de la salud mental de niños ante la problemática del consumo de sustancias adictivas.
3. Identificar estrategias de intervención que promuevan la salud mental en niños de contextos vulnerables ante la problemática del consumo de sustancias adictivas.

8. PERSPECTIVA TEÓRICA

8.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN INFANCIAS

Cuando hablamos de “promoción de la salud” es menester referirnos al término propuesto por la OMS (1986), la cual la define como:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

Remitiéndonos a los antecedentes, el enfoque que tradicionalmente fue desarrollado para dar respuesta a las diversas problemáticas sanitarias ha resultado en gran medida ineficaz. Caracterizado por tener una visión biologicista, que concibe a la enfermedad como una alteración fisiológica y/o anatómica, y por desatender el potencial de salud que tiene cada individuo, no tenía en cuenta aspectos de importancia fundamentales tales como la salud ambiental, la promoción de la salud y estrategias orientadas hacia el cambio de comportamiento.

Surgen, entonces, nuevas concepciones del proceso salud-enfermedad-atención, a partir de revisiones conceptuales, y es en mayo de 1974 con la divulgación del Informe Lalonde que aparece por primera vez el término “promoción de la salud”, ofreciendo al mismo tiempo una nueva fórmula para definir prioridades y un marco para la planificación de nuevas estrategias a llevar a cabo. La autora Marchiori Buss (2008) da cuenta que los fundamentos de este informe estaban en el concepto de “área de la salud” incluyendo a los “determinantes de la salud”, que contemplan diversos conceptos tales como la biología humana, el ambiente, el estilo de vida y la organización de la asistencia para la salud.

En 1986, un hito importante en relación a este tema fue la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud organizada por la OMS en Ottawa, con la participación de delegados de distintos países, en la cual se aprueba la Carta de Ottawa. Ella asumió un papel

protagónico en cuanto a la promoción de la salud y en lo concerniente a sus principales estrategias, enfoques y metodologías, ya que estaba en auge una nueva concepción de salud pública en el mundo. En ella se propuso que la participación activa en la promoción de la salud implicaría:

- La creación de ambientes favorables: fomentando el apoyo recíproco, de protección los unos a los otros, así como al medio natural. También las formas de vida, de trabajo y de ocio que se lleven a cabo, deben ser una fuente de salud para la población.
- El desarrollo de aptitudes personales: en tanto proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes que favorezcan el desarrollo personal. De este modo la población podría ejercer un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente. Tendrán influencia también las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario.
- El reforzamiento de la acción comunitaria: la fuerza de la promoción de la salud radica en el poder real de las comunidades, en los recursos humanos y materiales con los que cuenta, ya sea en la toma de decisiones, en la fijación de prioridades y en la elaboración de estrategias de planificación en pos de alcanzar un mejor nivel de salud.
- La elaboración de una política pública sana: la salud deberá formar parte de los programas políticos, en todos los niveles y sectores, combinando enfoques complementarios entre ellos: legislación, medidas fiscales, sistema tributario, de rentas, social, entre otros.
- La reorientación de los servicios sanitarios: los servicios que se proporcionen deben tener una orientación sensible y que respete las necesidades culturales de los individuos, así como la creación de una mejor comunicación entre el sector sanitario, los sectores sociales, políticos y económicos.

Cada uno de estos temas tiene una importancia fundamental y forman parte del mismo proceso; sería difícil alcanzar una solución sustentable de los problemas de salud en la actualidad centrándonos en alguno de ellos y no en todos; sin embargo, la importancia de cada uno va a variar dependiendo del tiempo y de las circunstancias particulares en los cuales se produzcan.

En base a ello, el sistema de salud de varios países es reconceptualizado y con el tiempo se produce el surgimiento del modelo de Promoción de la Salud. En palabras de Redondo Alfaro (2012), se da un viraje desde la enfermedad hacia la salud. No se trata únicamente de evitar y prevenir enfermedades, sino propiciar la potencialización y máximo disfrute de cada individuo

en su mundo. Al mismo tiempo, es importante dar cuenta que la salud y la enfermedad son más que un simple binomio o extremos de un mismo proceso, ambas se diferencian pero se entrelazan al mismo tiempo. Es por esto que, como refiere el autor Epp (1996):

La salud se considera como un recurso que proporciona a las personas la posibilidad de manejar e incluso modificar su entorno. Esta visión de la salud reconoce la libertad de elección y subraya el papel del individuo y de la comunidad en la definición de su propia salud (p. 26).

Esto nos permite reconocer que el individuo tiene un rol activo en su propio proceso de salud-enfermedad, además de considerar los factores contextuales que también incidirán en él, se toma en cuenta su propia posibilidad de cambio y de creación de lo que atraviesa.

Al mismo tiempo, sobre el concepto de promoción de la salud, Marchiori Buss (2008) afirma:

La promoción de la salud busca modificar las condiciones de vida para que sean dignas y adecuadas, se dirige hacia la transformación de los procesos individuales de toma de decisiones para que sean predominantemente propicios para la calidad y la salud; y se orientan al conjunto de acciones y decisiones colectivas que puedan favorecer la salud y las mejoras de las condiciones de bienestar (p. 40).

Y agrega:

El objetivo permanente es un óptimo nivel de vida y de salud; por lo tanto, la ausencia de enfermedades no es suficiente, en todo caso la presencia de cualquier nivel de salud registrado en un individuo siempre conllevará algo que debe ser realizado para producir un mejor nivel de salud y condiciones de vida más satisfactorias (p. 40)

La promoción de la salud, como dice dicha autora, tiene su origen la “salud propiamente dicha”, proponiendo formas de abordajes que apuntan a mejorar y mantener los niveles de salud ya existentes; y al mismo tiempo, pensándose desde su dimensión subjetiva (bienestar) como objetiva, a los objetivos de las planificaciones e intervenciones. También, al decir de Morales Calatayud (2009), el considerar los comportamientos como aislados sin pensar en su contexto,

lleva a la formulación de programas que intentan cambiar comportamientos específicos sin considerarlos dentro del sistema macro-socio-cultural que los sostiene y les da sentido.

Es por esto y relacionado a lo anterior, que a la promoción de la salud se la relaciona con el concepto de prevención. Éstos no deben tomarse como conceptos separados, dada la complementariedad de ambos. Al decir de Redondo Alfaro (2012): en tanto que se contribuye a prevenir una enfermedad, también se trabaja indirectamente en la potencialización de la salud. Y en tanto se promueve la salud al mismo tiempo se están evitando factores de riesgo que incitan al desarrollo potencial de patologías (p. 66). Asimismo, el utilizar una u otra dependerá de las circunstancias sociales, contextuales y ambientales del entorno inmediato de ese individuo o grupo determinado.

En esta línea, ambos conceptos: el de prevención y el de promoción de la salud, conforman conjuntamente otro de mayor complejidad como es el de Atención Primaria de la Salud. Dicho término fue definido por la OMS en la Conferencia de Alma Ata (1978) como:

La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y en cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, así como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

A partir de esta definición, es importante resaltar que la Atención Primaria no sólo debe orientarse a los individuos en sus particularidades, sino que ellos deben ser pensados insertos en una comunidad, en grupos, en familias e instituciones; por lo tanto, sus objetivos también deben alcanzar estas instancias. El autor De Lellis (2007) aporta que la psicología, en conjunto con otras disciplinas, debe revisar los paradigmas en los cuales se apoyan, para así ofrecer

respuestas que sean integrales, intersectoriales, centrada en las capacidades y en la promoción de lo sano, con el fin de que se desarrollen estrategias que sean más efectivas al momento de las intervenciones.

En cuanto a la promoción de la salud mental en niños, un hito importante en lo relativo a promover, respetar y resguardar los derechos de la infancia, fue la Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea de las Naciones Unidas en 1989, y puede considerarse el primer tratado universal y multilateral que empezó a pensar al niño como sujeto de derechos y no únicamente como objeto del derecho a ser protegido. Pero al mismo tiempo, para que sus derechos sean protegidos, es también imprescindible considerar la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948.

En nuestro país, lo que dio inicio a dicho enfoque de derechos, aplicado a nivel nacional, fue la Ley 26.061: “Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes” promulgada en el año 2005, la cual afirma que se debe respetar primordialmente: su condición de sujeto de derecho; el ser oídos y que su opinión sea tomada en cuenta; el pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar, social y cultural; también el equilibrio entre los derechos y garantías de ellos y las exigencias del bien común; su centro de vida; y su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales.

En su Artículo 14 correspondiente al “Derecho a la Salud”, el cual nos compete en este apartado, se afirma que los Organismos del Estado deben garantizar: primeramente, el acceso a los servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales de la comunidad a la que pertenecen; programas de asistencia integral, rehabilitación e integración, así como programas de atención, orientación y asistencia para sus familias. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de promoción, prevención, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento y recuperación de su salud.

Los autores Colomer Revuelta et al. (2004) afirman que hoy la niñez representa un período de gran vulnerabilidad en el cual los niños son sensibles a factores tanto favorables como desfavorables del entorno que los rodean, y al mismo tiempo, tienen un comportamiento variable ante los determinantes de la salud, llevando a que la salud tenga diversos niveles y gradientes dentro de las poblaciones. Al mismo tiempo, refieren que se debe reconocer que el individuo, en este caso los niños, integran diferentes grupos, siendo el más inmediato el familiar, pero a medida que crece, también otros comienzan a cobrar relevancia en su vida, como son la escuela, el grupo de pares, el barrio, los clubes, grupos religiosos, entre otros.

En relación a esto, y teniendo en cuenta los determinantes de la salud, los autores dan cuenta de que es necesario que se aborden, desde y con otros sectores sociales, los distintos aspectos que influyen en la salud y en el bienestar de los niños, enmarcados en un enfoque de promoción de la salud, considerando el potencial impacto en su desarrollo saludable.

En este mismo punto, tomando los aportes desarrollados en la “Guía Práctica sobre Salud Mental en los Clubes de barrio” con colaboración de Unicef Argentina (2024), se da a conocer la importancia de contar con una mirada comunitaria sobre la salud mental, la cual implica pensar en qué podemos hacer desde el lugar de cada uno y el rol social que tenemos, para construir salud en nuestras propias familias y comunidades, así como también qué acciones podemos llevar a cabo con el fin de facilitar el acceso a los sistemas de salud en los casos en que sea necesario. Asimismo, agregan que el abordar la salud mental incluye escuchar, dialogar, acompañar, organizar y cuidar; incluyendo en este desafío el involucramiento de todos. Esto nos permitirá reconocer cómo nos afectan las problemáticas que dañan el tejido social, pero al mismo tiempo poder contemplar cuáles son las potencias colectivas que pueden desarrollarse para transformar y mejorar la realidad.

8.2 HERRAMIENTAS QUE PROMUEVEN LA SALUD MENTAL EN NIÑOS

La salud mental es considerada como una sensación positiva de bienestar emocional, social, intelectual y espiritual que se produce a través de la interacción dinámica entre individuos, grupos y comunidades (Ministerio de Salud, 2000). Un adecuado nivel de salud mental da lugar a que las personas se relacionen entre sí de manera constructiva y con respeto mutuo, trabajen de forma productiva y puedan hacer una contribución valiosa a su comunidad.

Considerando la actual concepción de salud mental, observamos que incluye la idea de bienestar subjetivo, autonomía, competencia y el reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente (OMS, 2004), siendo aplicables al individuo, la familia y la comunidad en general, teniendo una visión de contexto en el que se desarrollan las personas.

La escuela es un espacio favorable para ofrecer herramientas psicosociales que promuevan el desarrollo de la salud mental de los niños, principalmente porque las dinámicas

que allí se producen influyen en el mantenimiento de rutinas que contribuirán a la formación de patrones de interacción que los niños utilizan en sus relaciones sociales de la vida diaria.

En palabras de George Lara et al. (2012):

Las prácticas sociales que se dan en su interior son un excelente espacio para aprender a convivir con otros, siendo una de las primeras esferas para ejercer la ciudadanía por parte de los niños y jóvenes, para organizarse, coordinarse, convivir y ser solidarios. (...) Ésta se constituye en sí misma como una red social significativa en el contexto comunitario, permitiendo que confluyan múltiples acciones centrales y locales, a nivel de políticas sociales y públicas. Por lo tanto, tiene un fuerte dinamismo con su entorno cercano. (p. 57-58)

Al mismo tiempo, la escuela tiene un rol importante a la hora de abordar promocional y preventivamente las problemáticas psicosociales que afectan a los niños y sus familias. Se promueve un trabajo “con” y “en” la escuela, aprobando de alguna manera los procesos internos necesarios para el desarrollo de la comunidad educativa, y también para la activa vinculación con su entorno, especialmente con redes sociales locales que favorecen la protección de los derechos de los niños, y permiten acceder a redes especializadas que contribuyan al trabajo focalizado que es iniciado en la institución educativa. De esta manera se demuestra la importancia del trabajo en red y con la comunidad.

Es de vital importancia la posibilidad de ofrecer desde un primer momento en la etapa vital de una persona, en particular en las infancias, un aprendizaje de calidad necesario que esté enlazado en la adquisición de pautas de hábitos saludables que ayuden y acompañen al individuo a optar por estilos de vida donde su salud a nivel general, y la salud mental particularmente, sean valoradas. También, a evitar factores de riesgo que puedan afectar negativamente su calidad de vida. García García (1998) da cuenta que:

Una escuela promotora de salud es aquella que proporciona unas condiciones óptimas para el desarrollo emocional, intelectual, físico y social de los alumnos. Se trata de promover, fomentar y permitir la adquisición de habilidades personales y sociales que conduzcan a crear unos valores y unas actitudes positivos hacia la salud, desde la propia

capacidad de toma de decisiones personales, la participación y la igualdad, acorde siempre con el desarrollo intelectual, físico y mental del niño.

Esto dependerá, en parte, de quienes integran la institución educativa pero también de la interacción con otros elementos y actores de la comunidad (familias, vecinos, amigos, instituciones, lugares de reunión, servicios de salud, medios de comunicación, entre otros), formando una red o tejido social.

8.2.1 EL DISPOSITIVO TALLER

La grupalidad y sus herramientas, permiten, dentro de sus tantas formas posibles, la construcción colectiva, al mismo tiempo que posibilitan la reflexión y la producción de un conocimiento que es un tanto individual, ya que considera las particularidades de cada quien y de la institución en la que se participa, pero también se toma en cuenta al conjunto, quienes integran una organización determinada, con sus características.

En palabras de la autora Piola (2020): “la grupalidad sale a la luz con fuerza, materializándose en nuestros discursos (...) La persistencia de lo grupal, que asume ropajes distintos en nuestros días, nos muestra su importancia en la vida psíquica de hombres y mujeres.” (p. 22)

Lo grupal, y en este caso en particular, el dispositivo taller, ha demostrado su operatividad en el ámbito de la psicología, ya que es una oportunidad para co-construir nuevos sentidos de cuestiones determinadas que atraviesan a las personas, y así poder delinear e imaginar formas creativas de responder ante las dificultades y los obstáculos, poniendo en un lugar central a los sujetos involucrados y su protagonismo. Se aprecia la importancia de implementar este dispositivo ya que trasciende la mirada centrada en un individuo, para incluir otras dimensiones, tales como la institucional, el contexto y los distintos actores allí implicados. Esto en definitiva enriquece aún más el espacio.

Estas intervenciones en la grupalidad nos permiten vivenciar el dinamismo propio de los procesos a los que pertenecemos, que siempre están situados en un contexto geográfico, social, histórico determinado.

Al mismo tiempo, pensar el taller desde este lugar, implica el respeto por cada sujeto interviniente, por sus posibilidades, opiniones y limitaciones; en definitiva, reconocer al otro en su lugar de semejante. Piola (2020) afirma:

Generar las condiciones para que cada individuo pueda realizar un retorno sobre sí mismo en el marco de la intersubjetividad, impulsada por el encuentro con otros. Es a partir de pensar en lo realizado, de reflexionar acerca de las experiencias, sentimientos y deseos que nos constituyen y emergen en el espacio *entre* (...) que puede darse cabida a cambios que conmuevan al sujeto posibilitando nuevas asunciones y posicionamientos. (p. 26)

Para la autora, lo central en el taller es la articulación que se da entre reflexión y un quehacer concreto, particularmente las actividades que se llevan a cabo. En él, la aspiración fundamental es poder construir conocimientos a partir del trabajo grupal, y esto incluirá espacios para el intercambio, la reflexión y también la creación colectiva. En relación a esto, Muzlera et al. (2012) destacan:

Todo aprendizaje parte de una experiencia previa y de una red de interacciones, que en el Taller se ponen de manifiesto, mostrando una acuarela de fragmentos que es preciso integrar. Por lo tanto, el taller puede convertirse en un lugar de vínculos, de participación, donde se desarrollan distintos estilos de comunicación y, por ende, un lugar de producción social de objetos, hechos y conocimientos. (p. 21)

En el taller se pone un juego una dimensión que es dialógica, en donde el “entre” producido por dos o más subjetividades tiene un carácter central. Sólo deberá cumplir con el requisito de invitar a cada participante del mismo a poder posicionarse en su subjetividad, así como también dar lugar al dinamismo que otorga el vínculo de reciprocidad en tanto el otro puede ser reconocido como igual a mí (en tanto semejante), pero también con sus diferencias particulares.

La autora Jasiner (2007) sobre la lógica de los pequeños grupos, afirma que el grupo puede ofrecer nuevas alternativas a los sentidos cristalizados, un inscribir de otro modo, con

otras letras, lo que parecía inevitablemente siempre lo mismo, produciendo nuevas narrativas. (p. 179)

Muzlera et al. (2012) proponen los elementos necesarios para la construcción de este dispositivo, en sus palabras:

Cuando se decide, como coordinador, realizar un abordaje grupal, se debe construir una manera de trabajar según los motivos que llevan a emprender dicha tarea. Es necesario considerar, entonces, la “demanda” (que puede surgir de una institución, de miembros de la misma, de un grupo de trabajo, del coordinador mismo, etc.) y el “objetivo” del trabajo a realizar. En función de esto es que se seleccionará un dispositivo que permita, en primer lugar, alumbrar o hacer visible un modo de funcionamiento grupal determinado. (p. 61)

Al mismo tiempo, García (2003) afirma que el taller es una experiencia social, en la medida en que sus participantes interactúan entre sí respecto a una tarea específica. A partir de ello, reconoce algunos elementos constitutivos del taller: primeramente, el trabajar con pequeños grupos; la valoración de la participación de los propios sujetos en la responsabilidad de sus propios aprendizajes; la integración de las experiencias personales de cada participante en el proceso de enseñanza-aprendizaje; y una intencionalidad operativa, es decir, que los aprendizajes adquiridos en el taller tengan una influencia en la acción de los propios participantes.

En esta misma línea, si bien es una herramienta de trabajo muy versátil y con un gran abanico de posibilidades en su ejecución, participantes, temporalidades y espacios, no se debe pasar por alto la necesidad de una planificación previa de cada taller, en la cual se incluyan los objetivos principales del mismo, el encuadre de trabajo y la dimensión temporal. La autora Piola (2020) da cuenta que es conveniente considerar la necesidad de generar espacios que le permitan a cada sujeto experimentar la propuesta, otorgarle sentido e instaurar un espacio entre sí que le permita separarse de ella, desarmarla, volver a armarla, apropiándose o desprendiéndose de ella.

El objetivo último del trabajo con los grupos es dar apertura a un espacio en los cuales se produzcan procesos de elaboración psíquica, generando la opción de producción de cambio psíquico y de subjetividad. Así, cada dispositivo ofrece a los sujetos la opción de incorporar en

el aparato psíquico elementos susceptibles de nuevas producciones y elaboraciones psíquicas.

8.2.2 CUENTOS, HISTORIAS NARRADAS, JUEGO

Desde tiempos inmemorables los cuentos se han transmitido en la historia de las distintas sociedades. Podemos decir que son una herramienta motivadora tanto para quien lo transmite, como para quien lo recibe, en donde se anuda lo fantástico a lo real, se identifican personajes, se da rienda suelta a la imaginación y a la creatividad, así como a la resolución de conflictos y a suavizar tensiones. Los cuentos tienen un carácter lúdico, pero también es un instrumento útil para el desarrollo lingüístico, social y psicomotor.

Ellos ayudan en el desarrollo de la inteligencia, de las emociones, en la estimulación del lenguaje, de la creatividad, en la capacidad de separar la fantasía de la realidad, en aprender a dar y recibir, en jugar, en aprender a enfrentar conflictos y en el desarrollo de la identidad, entre otros. Es el identificarse con los protagonistas del cuento, lo que les permite a los niños comprender sus propias dificultades y pensar en la idea de que algún día podrán superarlas.

Sumado a esto, la autora Iglesia (2008) afirma sobre el cuento:

El cuento refuerza la capacidad de imaginar. Cuando se está escuchando un cuento, el niño/a desarrolla una condición protagonista al hacer de intérprete e intermediario y receptor. El binomio que se crea entre la persona que cuenta el cuento y el que la escucha provoca un lazo de afectividad que es la primera pieza clave de la socialización del niño/a. (p. 1)

También se toman los aportes de Ortega y Tenorio (2006), los cuales en Marín Díaz y Sánchez Cuenca (2015) afirman:

El valor educativo del cuento procede de sí mismo y de su función pedagógica. Es un recurso que, utilizado en las aulas para la transmisión de valores, proporciona un acercamiento a la cultura en la que se socializa, satisface las necesidades cognitivo-afectivas de los niños y las niñas, pone en contacto al alumnado con un lenguaje culto

y elaborado, favorece el desarrollo de la fantasía y la imaginación, y libera tensiones. Es un importante recurso globalizador, es un recurso didáctico que permite globalizar multitud de contenidos, al posibilitar variedad de actividades en torno a él.

A la vez, en el transcurso del aprendizaje de la lectura, se van adquiriendo y transmitiendo los valores que la sociedad establece como positivos y negativos, al igual que se perfilan los estereotipos que van a marcar la forma de ver, sentir y entender la vida. Al decir de Rabal Alonso et. Al (2020): “En el sistema educativo y todas las etapas que este incluye, es importante la renovación y la innovación constante, adecuándose de este modo a las circunstancias de cada momento” (p. 5)

Existen diversas formas en las que la literatura infantil se expresa, como las fábulas, las canciones, las adivinanzas, la poesía o el teatro. La fábula, uno de los recursos más antiguos de la escritura, denota un conflicto o problema que el protagonista no soluciona de la forma correcta o más adaptada, y esto le trae diversas consecuencias. Ellas, han estado dirigidas a establecer pautas morales y cánones de conducta a través de una ejemplificación didáctica para el lector, en este caso los niños.

Las canciones o historias narradas, implican procedimientos para desarrollar la expresión de diversos modos: a nivel literario, musical, plástico y dinámico. A través de ellas se trabaja la dimensión de la creatividad porque la historia lleva al receptor a apropiarse de la misma, a sentirse parte, a imaginar formas de sentir, de actuar y de vivenciar.

Otra de las herramientas es el juego, siendo un fenómeno universal en el que están implicadas variables de nivel psicológico, físicas, culturales, económicas, sociales, históricas, entre otras. Es entendida como una necesidad prioritaria del ser humano y se lo considera como fundamental de la niñez, aunque no es excluyente de ningún momento de la vida, pudiendo atravesar todas las etapas vitales, considerando sus características particulares. Al mismo tiempo, tiene valor evolutivo, psicológico, cognitivo, recreativo, así como psicomotriz.

La autora Zachetti (s.f) tomando los aportes de Freud en relación al tema, afirma: “El juego, para Freud, es una actividad simbólica que permite al niño renunciar a una satisfacción pulsional haciendo activo lo sufrido pasivamente, cumpliendo una función elaborativa al posibilitar la ligazón de las excitaciones recibidas.” (p. 1). La interpretación de Freud está relacionada con la renuncia de la satisfacción de la pulsión, permitiendo el juego al niño no poner resistencia a la partida de su madre y poniendo en escena en el juego, la desaparición y posterior aparición de los objetos.

El juego, la posibilidad de realizarlo de manera individual o con otros, tiene una importancia primordial y es una necesidad general para la infancia. Urribarri (1999) afirma:

Veremos entonces en los juegos el intento de conocer, dominar y ejercitar su cuerpo y el espacio físico, junto con su interés por el mundo ampliado desde lo familiar, las semejanzas y diferencias con otros y su adaptación a diferentes circunstancias. (p. 155)

El juego, con sus características y particularidades, pareciera escenificar en el espacio, a través de lo corporal, el equilibrio intrapsíquico que el niño pretende lograr y se empeña en dominar. En el caso en particular de la etapa de latencia, que es la que nos convoca, se producen cambios en relación a las maneras de jugar, anteriormente llevadas a cabo por el niño. En palabras de Urribarri (1999):

Se produce un movimiento desde el uso de los juguetes (para el despliegue de la fantasía) hacia la práctica de juegos, actividades regladas y compartidas que escenifican el camino exogámico, las alternativas frente a la vida en sociedad (azar, cooperación, competencia, etc.), en anudamiento con la problemática singular del sujeto (traumas, fijaciones, resolución edípica, etc.). (p. 156)

La aparición del juego de reglas o juegos sociales, como refiere Zachetti (s.f), alrededor de los 7 años de edad, surgen con el desarrollo de la socialización, favoreciendo la adaptación a reglas y competencias. Pueden ser sensorio-motores, intelectuales o simbólicos, al mismo tiempo que tienen reglas arbitrarias y convencionales.

También, el juego de representación, crea y fomenta las formas de pensamiento “como sí”. En él, el niño crea los elementos de determinadas situaciones, pudiendo involucrar necesidades emocionales e intelectuales del presente. Esta capacidad está relacionada temporalmente con el desarrollo de poder evocar el futuro en hipótesis constructivas, y al mismo tiempo, desarrollar las consecuencias de los “Sí”.

Reynoso (1980) toma los aportes de Anna Freud, la cual hizo un análisis de los diversos tipos de juego en el desarrollo del niño, y es ella quien afirma:

Los juegos estructurados se originan en actividades grupales imaginativas del período edípico, llegando a constituir las expresiones más formalizadas y simbólicas de

tendencias hacia la agresión, el ataque, la defensa, la competición, etc. Son juegos regidos por leyes inflexibles a las cuales cada participante debe someterse; por lo tanto, sólo pueden participar niños que hayan adquirido alguna adaptación a la realidad y alguna tolerancia a la frustración. (p. 156)

En esta misma línea, Reynoso (1980) también suma lo desarrollado por Erikson en relación al tema, quien propone: “El juego del niño es la forma infantil de la capacidad humana para manejar la experiencia por medio de la creación de situaciones modelo y también para dominar la realidad por medio del experimento y del planeamiento.” (p. 160). Además, el autor considera al juego como un medio de descubrir las maneras en que el niño experimenta y estructura su mundo, y cómo funciona dentro de él, otorgándole valor como elemento de uso terapéutico.

8.3 ACERCA DE LA ETAPA DE LA INFANCIA

En el presente trabajo se realiza un análisis de la etapa de la infancia, correspondiente a la etapa de latencia, comprendiendo desde los 6 a los 11 años de edad respectivamente.

El autor Urribarri (1999), quien hace un profundo análisis sobre dicha etapa desde un marco psicoanalítico, afirma que la etapa de latencia es un período que se instala a partir del sepultamiento del complejo de Edipo, y es clave para las vicisitudes de la adolescencia; siendo lo característico del trabajo de latencia la concurrencia de diversos mecanismos al fin sublimatorio.

Dicho autor discrimina dos momentos diferentes, llamándolos primera y segunda latencia, o latencia temprana y tardía. La primera está caracterizada por una lucha que emprende el yo destinada a controlar lo pulsional, y limitar la descarga. El coartar esta acción implica una parcial vuelta hacia adentro de sí mismo, tornándolo más reflexivo, incrementándose su diálogo interiorizado, así como el fantasear. Estos cambios pueden sumar al latente el tratar de lograr un equilibrio entre lo prohibido y lo permitido, lo placentero y lo displacentero, consciente de sus propias dificultades y sufrimientos. En relación a la segunda latencia, aparece una mayor

fluidez, autonomía, continuidad y equilibrio de la conducta, bajo la operancia del principio de realidad.

Durante esta etapa, el niño conoce el placer del trabajo, del hacer, del aprendizaje, también del pensar y el poder resolver problemas, así como la ampliación de su entorno vital. El proceso de desplazamiento e inserción en el ambiente social, implica la separación gradual del seno de los padres, y a la vez, la conexión con otros adultos y pares que se transforman en nuevas influencias educacionales, sociales e intelectuales, transitando por un camino exogámico. Lo social, a través de sus diversos representantes institucionales (como es el caso de los maestros, por ejemplo), le brinda otras miradas y voces durante la ampliación relacional, teñidas de una gran riqueza.

En el caso en particular de la escuela, ella cumple una doble función, parafraseando a Urribarri (1999), podemos decir que es un ámbito ampliado del medio familiar con funciones protectoras ya que es cuidadora y sostén, pero al mismo tiempo, también es una institución que funciona reforzando las prohibiciones, como aliada al superyó.

En relación a sus semejantes, que integran distintos grupos del mundo extrafamiliar, se les demanda y ofrece confirmaciones de sí mismo, basado en la necesidad de obtener gratificaciones que permitan sostener dicho amor a sí mismo. El niño latente aprende a realizar con otros, utilizando los recursos y elementos que el medio le ofrece. Al mismo tiempo, en las actividades compartidas y al compartir pautas, normas e ideales, se desarrollan identificaciones grupales que posibilitan un sentido de pertenencia, que tienen un sentido identificante y que les permite distinguirse del resto.

También, durante la latencia se producirá una ampliación notoria de la experiencia emocional, tanto placentera como displacentera, en relación con los otros y con su propio cuerpo, que en cuanto pueda ser procesada en el registro del pensamiento secundario, no sólo aportará un mayor conocimiento sobre sí mismo y las relaciones con los otros, sino a un control y adecuación de las respuestas, implicando una ampliación del yo.

En relación a lo anterior, Berk (1999), en sus escritos nos brinda un desarrollo de la teoría propuesta por Piaget. Este último relaciona este período con la etapa de las Operaciones Concretas, comprendido entre los 7 y los 11 años, como un punto de inflexión en el desarrollo cognitivo. Afirma que el pensamiento del niño se asemeja más al de los adultos, que al de etapas anteriores y en ellos, podemos observar que tienen una mayor capacidad de solución de problemas, teniendo un pensamiento más lógico, flexible y organizado; sin embargo, aún no pueden pensar de forma abstracta.

Al mismo tiempo, agrega, han adquirido los suficientes hábitos y destrezas como para ser bastante autónomos en los asuntos relacionados con su propio cuidado y protección física; así como la capacidad de pensar que les permite una mejor comprensión de la vida y les proporciona un gran interés por aprender acerca del entorno que les rodea. A esto se le añade el desarrollo de habilidades metacognitivas que posibilitan el análisis y la organización de sus procesos de aprendizaje, siendo esenciales para el aprendizaje escolar.

En esta misma línea, Ochaita Alderete (2012) también refiere que finalmente, el desarrollo social adquirido por ellos durante este período, les permite desarrollar habilidades concernientes a poder establecer relaciones más independientes con sus figuras de apego, y otras más estables y duraderas con sus pares. Estas capacidades son las que les permiten alcanzar un desarrollo moral, aunque sin tanta complejidad como en la adolescencia o la adultez, pero pueden distinguir entre lo que está bien o mal; esto hace posible que empiecen a tomar sus propias decisiones y a controlar su conducta y lo que hacen, en los diversos contextos en los cuales participan.

Es menester considerar que, a lo largo del desarrollo varía la importancia de los microsistemas en los que participa el sujeto, siendo en etapas iniciales el contexto familiar el que predomina para satisfacer las necesidades del niño, y luego, a medida que pasa el tiempo, es la escuela la que va a adquirir importancia tanto en los procesos de enseñanza-aprendizaje, como en lo relativo a relaciones con pares y al desarrollo de sí mismo en general.

Otro de los autores que hizo grandes aportes en relación a la niñez fue Eric Erikson, quien en 1993 desarrolló y caracterizó en sus teorizaciones, las distintas etapas vitales que atraviesa la persona en cuanto a su desarrollo psicosocial. Su perspectiva fue organizar una visión del desarrollo completo de la vida organizados en ocho estadios, integrados por el nivel somático, psíquico, ético-social y el principio epigenético; al mismo tiempo, son procesales y en continuo desarrollo, implicando transformaciones de las estructuras operacionales como un todo. Bordignon (2005) explicita los diversos estadios, correspondiendo el cuarto estadio a dicha etapa vital de la niñez.

El estadio “Industria vs. Inferioridad” refiere a la edad escolar, al período de latencia. En él, se desarrolla el sentido de la “industria”, para la formación de la productividad, la creatividad, el aprendizaje cognitivo; por lo que los niños son capaces de acoger instrucciones sistemáticas de sus familias, escuela y la sociedad en general. También aparece la observación de los ritos, las normas, leyes, organizaciones para realizar y dividir tareas, así como las responsabilidades y compromisos. La fuerza dialéctica es el sentimiento de inadecuación o de inferioridad existencial, sentimiento de incapacidad en el aprendizaje cognitivo,

comportamental y productividad. Pero, al decir del autor, de la resolución de esta crisis nace la competencia personal y profesional para la iniciación científica-tecnológica y la futura identidad profesional. También en este período de latencia disminuyen los intereses por la sexualidad personal y social, acentuándose por el grupo del mismo sexo.

8.4 EL ROL DEL PSICÓLOGO SANITARISTA EN EL DESARROLLO DE LA SALUD MENTAL DE NIÑOS CON CONTEXTOS VULNERABLES.

La psicología de la salud, es definida según Morales Calatayud (1999) en De Lellis (2007) como: “La rama aplicada de la Psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud” (p.55). Al mismo tiempo, esto incluye el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, así como en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, y en las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud. Si lo pensamos desde el plano práctico de actividad y desde el rol mismo, hablamos de un amplio modelo que incluye acciones tales como: la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, entre otras.

En esta misma línea, tomando los aportes de Hotlzman et al. (1988), entendemos que la psicología de la salud se ocupa de la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo, en un medio sociocultural dado, así como también del desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y el mantenimiento de la salud.

En sus principios, con el enfoque biomédico, el ámbito de acción de la psicología de la salud era prácticamente nulo o estaba enmarcado en un enfoque asistencial; pero luego, conforme fue pasando el tiempo, y con la incorporación de la visión preventiva, aparecen tres niveles de intervención básicos para dicho rol. Se conforman de la siguiente manera: en primer lugar, la *Prevención Primaria*, siendo la más pronta de las intervenciones, y tiene como propósito evitar la aparición y el desarrollo de las enfermedades. Luego, la *Prevención Secundaria* con intervenciones basadas en la reducción de la evolución de las enfermedades, mediante actuaciones desarrolladas en la fase preclínica, cuando los síntomas y signos no son tan aparentes. Y en tercer lugar, la *Prevención Terciaria* en la cual la intervención está enfocada

en minimizar los efectos negativos de una enfermedad cuando la misma ya está implantada, a través del tratamiento y la rehabilitación.

Para Taylor (1999) en Redondo Alfaro (2012), también el profesional de la Psicología de la Salud estudia el impacto de las instituciones de la salud y desarrolla recomendaciones para fomentar a la misma en torno a la práctica de conductas adaptativas; estas incluirían: en un plano más general, la formulación de políticas de salud, el diseño de programas de alcance nacional y regional para problemas específicos, así como la aplicación de programas para los servicios de salud; y en un plano más específico y particular, la participación en el trabajo directo de las instituciones de salud de diferente tipo.

También, le interesa la “salud positiva”, la cual plantea que los factores psíquicos y sociales inciden en el mantenimiento y desarrollo de la salud y propone una mirada que apoya los procesos de prevención y promoción de la salud; y, además, sumado a lo anterior, este campo se ocupa del estudio de los factores psíquicos que intervienen en los vínculos entre los sujetos que hacen parte de las acciones en salud.

Según los aportes de De Lellis (2007), las contribuciones de la psicología considerando una nueva respuesta sectorial que atienda las demandas sociales y sanitarias de las problemáticas emergentes, se traduce en principios con una comprensión más integrada, tales como: de la simplicidad a la complejidad, de la dependencia al desarrollo de competencias, de la evitación del daño a la promoción de la salud, y del cientificismo autocrático a la diversidad. (p. 56, 57)

En estos enfoques, la Psicología positiva subraya el proyectar la mirada del investigador hacia aspectos que otras tendencias de la Psicología habían dejado al margen. Así, observamos que se presta atención a diversos elementos del ser humano que repercuten en su conducta como son las emociones; además, se estudia a los sujetos no tanto para focalizar carencias sino potencialidades y analizan no sólo las conductas de los individuos en particular sino también en sus entornos configuradores de personalidad, como son la familia y los escenarios próximos de relación social. (Bernal Martínez de Soria, 2010)

Pensando en el desarrollo de la salud mental de niños con contextos vulnerables, primeramente, es necesario conocer el concepto de vulnerabilidad. Esta noción remite al término latín *vulnus* que significa “herida”, por lo tanto, apunta a la susceptibilidad de ser herido o lastimado, pudiendo ser física, moral, ideológica, económica, institucional, entre otras. Es válido señalar que el ser susceptibles de ser heridos podría ser considerado como algo inherente a la persona, sin embargo, es factible considerar diversos niveles de vulnerabilidad que están asociados al momento del ciclo vital en el que se encuentre y del contexto en el que se halle.

En lo que respecta a la niñez, es una de las etapas de la vida en las que el sujeto es naturalmente vulnerable, por su situación de dependencia y su falta de madurez que, a su vez, entra en juego con el entorno en el que vive y se desarrolla.

La vulnerabilidad social es definida por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2002) como la combinación de eventos, procesos o rasgos que constituyen adversidades potenciales para ejercer diferentes tipos de derechos ciudadanos o para alcanzar los objetivos de la comunidad, la familia y los proyectos individuales, así como también la falta de habilidad para adaptarse a las consecuencias que estos riesgos conllevan. En términos generales, podríamos decir que refiere tanto a la exposición ante el estrés como a los riesgos y la falta de medios para superarlos.

En palabras de Bolzon y Daura (2021):

La vulnerabilidad está relacionada con causas externas (las condiciones laborales, el sistema de protección social, la inseguridad, el deterioro ambiental, el clima social, etc.) y, de igual modo, con la apreciación e interiorización subjetiva de la propia vulnerabilidad (incertidumbre, miedo, sensación de inseguridad, pérdida de autoestima y confianza en las propias capacidades, etc.). (p. 17)

De esta manera, la vulnerabilidad no suele depender de un único factor, sino que es la consecuencia de una combinación de factores físicos, ambientales, emocionales, cognitivos, entre otros. Teniendo en cuenta estas consideraciones, no tiene sentido hablar del desarrollo psicosocial de un niño cuya supervivencia esté en peligro, sin pensar también en el desarrollo de sus potencialidades, la calidad de su vida futura y la contribución que hará a la sociedad, ya que ambas van de la mano.

Al mismo tiempo, este concepto puede pensarse a partir de una serie de elementos que lo configuran y al mismo tiempo lo fundamentan, descrito por el autor García del Castillo (2015). Un sujeto cuenta con información que almacena en el transcurso de su desarrollo y que contribuye a la construcción de su percepción de la realidad, pero también va acumulando experiencias en su historia vital que también forman parte de esa construcción. Ante una amenaza, ya sea real o percibida, existen diversas variables que actuarán como moduladoras de dicha vulnerabilidad, como es el caso de: el riesgo, el estrés, el afrontamiento, la resiliencia, el apego y la inteligencia emocional (Figura 1).

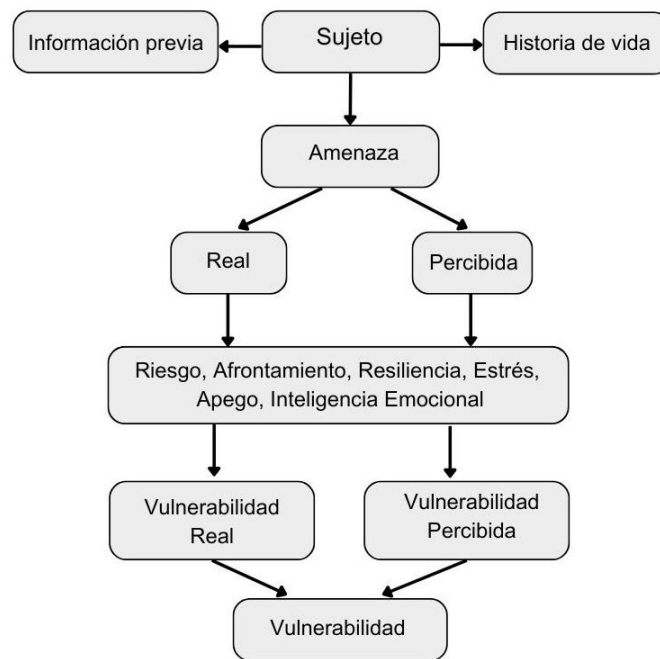


Figura 1. Configuración teórica del concepto de vulnerabilidad psicosocial (García del Castillo, 2015)

Es de fundamental importancia considerar el constructo vulnerabilidad en el contexto de la salud y las adicciones en este caso, para poder hacer frente a su impacto en las problemáticas de salud que pueden influir directa e indirectamente sobre los niños, consiguiendo, finalmente, que la vulnerabilidad se transforme en un factor de riesgo o de protección en función de cómo actúen las variables antes mencionadas en el proceso.

Como refiere el autor García del Castillo (2015), la vulnerabilidad como factor de riesgo abarcaría:

Una exposición alta a riesgos de comportamiento de salud y consumo (baja percepción de riesgo, curiosidad por probar cosas nuevas, grupo de iguales consumidores, etc.), estilos y estrategias de afrontamiento de mala calidad (incapacidad para afrontar la presión del grupo, falta de habilidades para afrontar situaciones amenazadoras, etc.), resiliencia baja que le impide adaptarse adecuadamente a las situaciones de amenaza (respuestas lentas e inseguras ante el peligro, desinformación, incapacidad para adelantar las consecuencias, etc.), nivel de estrés alto y con dificultades para manejarlo (predisposición a ser vencido por el estrés, frustración ante la imposibilidad de superar las amenazas, etc.), figuras de apego deficientes (estilo parental negligente con bajo

cuidado y baja sobreprotección, referentes de apego del grupo de iguales arriesgados y consumidores, etc.) y, por último, inteligencia emocional rasgo baja (falta de asertividad, inadaptabilidad, baja regulación emocional, deficiente percepción de las emociones, etc.). (p. 11)

En relación a esto, el psicólogo sanitarista, de manera interdisciplinaria, aborda estas complejidades interviniendo en dichas características de los niños en este contexto vulnerable. Al decir de Richard (2014), el considerar perspectivas de mediano y largo plazo, permite distinguir ejes a desarrollar en el ejercicio del rol, con el fin de ofrecer mejores respuestas a situaciones como las descritas, así como a las necesidades actuales; tal es el caso del diseño de formación específica en el área para abordar los fenómenos que en ella se producen, la inclusión de estrategias de abordaje sanitario y terapéutico con sus particularidades, la aplicación de autoevaluaciones de las propias prácticas, la aceptación de la responsabilidad del rol social del psicólogo como formador de opiniones, y el desarrollo de pro actividad de políticas socio sanitarias respecto de los cambios que se dan a nivel social.

En esta misma línea, la autora agrega:

Pensando lo saludable como proceso dialógico que incluye tanto el bienestar como el conflicto, el dolor, la frustración y el deterioro, entre otros aspectos, a través del cual desarrollo una búsqueda orientada a promover el factor humano en los planos individual y colectivo con el fin de abordar la problemática. (p. 1)

En relación a esto, los autores Camargo Ramos y Pinzón Villate (2012) refieren que las intervenciones de promoción de la salud en las escuelas o centros de enseñanza pueden ser eficaces, puesto que, al darse la transmisión de conocimientos, el desarrollo de habilidades y el apoyo a la realización de elecciones positivas para la salud por parte de los niños, serán más fructíferas. Además, se consigue un mayor grado de eficiencia cuando los programas que están inmersos en ellos son de máximo alcance y funcionan de manera interdisciplinaria, al tiempo que trabajan en un mediano y largo plazo.

En la primera infancia, el ámbito escolar es primordial para el incremento de acciones que promuevan la salud y así lograr un desarrollo integral en los niños. Esto implicará abordar

los determinantes conductuales, sociales y ambientales del proceso salud-enfermedad, construyendo ambientes más saludables. (Camargo Ramos y Pinzón Villate, 2012).

Este proceso y trabajo desde el rol del psicólogo sanitario implicará también tener en consideración durante el mismo, el posicionamiento teórico, ideológico y de conocimientos en el cual nos ubiquemos, ya que tendrá incidencias en su práctica y quehacer desde el rol sanitario.

8.5 LA PROBLEMÁTICA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN NIÑOS QUE PERTENECEN A CONTEXTOS VULNERABLES

8.5.1 LA COMPLEJIDAD DEL CONSUMO DE LAS SUSTANCIAS ADICTIVAS

Entendido como un fenómeno complejo y dinámico, el consumo de las sustancias adictivas es una problemática que atraviesa a toda la sociedad, así como todos los ámbitos y niveles que la conforman. Si bien no existe período de la vida en que el riesgo de adicción esté ausente, la niñez es una de las etapas más proclive y que va en aumento.

Según Richard (2015), el fenómeno adictivo se configura en una dinámica entre el sujeto, el contexto y el objeto (las sustancias), con el potencial de generar procesos adictivos y sostenerlos en el tiempo. Al mismo tiempo, es importante destacar que en este entramado existen dimensiones que son del orden de lo tangible, pero también de lo intangible del contexto que rodea a la persona. En las últimas décadas, se consolidan e instauran diversas modalidades de consumo de sustancias, estando diferenciadas por sectores sociales, edades y diversos grupos que conforman la sociedad. Esto puede ser analizado a través de la noción de “cartografías de consumo”, propuesta por Cardozo (2017), a modo de guías, caminos, que organizan las ideas. En sus palabras: “a partir de las cuales se van trazando rutas, caminos que finalizan en un verdadero mapa que da cuenta de los diversos sentidos y significaciones que cobra el consumo de sustancias” (p. 7). No es posible hablar de la droga en singular, sino es importante considerar sus variantes, efectos y consecuencias variadas.

Dicho fenómeno, atraviesa a las personas desde edades tempranas, demostrando que el inicio de la predisposición al consumo y a las prácticas que lo incluyen, se constata ya en la infancia. Esto da fundamento a la importancia de que se realicen acciones de prevención en esta etapa del ciclo vital, enmarcándolo como un proceso reflexivo, que requiere implementar estrategias en conjunto entre la familia, la escuela y la comunidad en donde viven; incluyéndose todos ellos como sujetos activos.

Tal como refiere Ortiz Frágola (2014) lo que entra en juego en la psicopatología de niños es su carácter evolutivo. Estaría definido mediante la siguiente apreciación: “Ellos están inmersos en un desarrollo madurativo continuo que hace que lo que puede parecer patológico a una edad no lo es en la otra, sino que puede llegar a tener un valor estructurante” (p. 27). En relación al consumo de sustancias se puede caer en el error de confundir el uso esporádico recreativo con el abuso y la dependencia adictiva, siendo todas ellas problemáticas.

Al mismo tiempo, la autora (2015) agrega: “Se identifica la incidencia de la cultura del consumo y el valor de la educación para el desarrollo de actitudes reflexivas y críticas por parte de los niños, que puedan operar como soporte del desarrollo identitario” (p. 3)

La persona, en este caso el niño, en el proceso de atribuir significados al consumo de sustancias, ya sea en personas de su familia o entorno más cercano, va empleando las interpretaciones y los significados que dicho entorno le ofrece y que ha sido internalizado por él. Esto nos habla de que el consumo de sustancias es un hecho individual, particular y social; y al mismo tiempo, que la subjetividad se construye en la relación con los otros, en los vínculos y en las relaciones sociales a lo largo de la vida. En relación a ello, Cardozo (2017) afirma:

Analizar los diferentes “guiones” sobre los cuales giran las condiciones de la noción de riesgo en relación con el consumo de sustancias para los jóvenes de los sectores medios, nos permite visibilizar y comprender los sentidos que los consumos de sustancias adquieren en sectores sociales menos “visibilizados” públicamente. (p. 8)

Es por esto que podemos decir que es de vital importancia reconocer la problemática que nos atraviesa como sociedad, en todas las etapas vitales de la persona, pero haciendo énfasis en la infancia, que no queda ajena a ello; considerando las tres aristas que conforman la dinámica: el sujeto individual, el contexto en el que está inmerso y se desarrolla, y el objeto en sí mismo con sus características.

Frente a ello, es fundamental considerar una perspectiva teórica desde la cual podamos posicionarnos, que pueda explicar la problemática, sus características y particularidades que la

conforman, como así también poder pensar a través de ella, las maneras de intervención posibles. Contemplar entonces un modelo teórico que permita su observación y análisis, teniendo en cuenta los diversos factores que influyen en ella, nos permite pensar la complejidad. Ante esto, se toma en cuenta la teoría bioecológica del autor Bronfenbrenner, desarrollada en 1979, la cual contempla el desarrollo del ser humano de forma ampliada, considerando las interacciones del mismo con su ambiente.

Para Bronfenbrenner (1987), en su primera definición, la ecología del desarrollo humano comprende:

El estudio científico de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona en desarrollo, en cuanto este proceso se ve afectado por las relaciones que se establecen entre estos entornos, y por los contextos más grandes en los que están incluidos los entornos. (p. 40)

Sumando los aportes de la autora Morelato (2011): “Para este modelo, el desarrollo humano es un proceso dinámico, bidireccional y recíproco donde el niño reestructura de modo activo su ambiente y recibe el influjo de los factores vinculados con él.” (p. 209).

Dicha autora (2011) describe a dicho modelo como aquel compuesto por cuatro núcleos principales: persona, proceso, contexto y tiempo; todos ellos interrelacionados entre sí. Y se refiere así:

El primer núcleo es la persona, vista con sus características innatas, biológicas, emocionales y con aquellas constituidas por el contacto con el ambiente. El proceso o segundo núcleo es la forma en que la persona interactúa con el contexto, sus características particulares, la forma cómo vive sus experiencias y el rol que desempeña en su vida. (p. 209)

Respecto al tercer núcleo, el contexto, está compuesto por cuatro sistemas interconectados, agrupados, dinámicos e interdependientes, denominados por el autor: *microsistema*, *mesosistema*, *exosistema* y *macrosistema*. El *microsistema* refiere a las actividades y roles del niño en su contexto más inmediato y cercano, aquellas actividades y relaciones interpersonales vivenciadas en su entorno a través del contacto directo y siendo la

más íntima interacción entre las personas y su ambiente. Tal es el caso por ejemplo, de la cotidianeidad de la casa, la escuela, el trabajo y las relaciones con su familia, profesores, etc. El entrecruzamiento de varios microsistemas conforma un *mesosistema*, el cual incluye los vínculos entre la familia y la escuela, o con grupos de amigos, con otras instituciones a las cuales se asiste por ejemplo; modificándose a lo largo del desarrollo de la persona. El *exosistema* corresponde los entornos en los cuales la persona no es participante activa pero que también influye en su desarrollo; tal es el caso del entorno laboral de los padres o los vínculos entre familia y la comunidad. Y por último, el *macrosistema* refiere a un nivel más general, compuesto por los patrones culturales que conforman la sociedad como las creencias, ideologías, valores, instituciones sociales, sistemas políticos y económicos, formando la cultura en la cual se está inmerso. Finalmente, el cuarto núcleo, el tiempo, involucra los eventos y rutinas de la persona a lo largo de su ciclo vital, así como los hitos o acontecimientos históricos de la época.

A partir de lo descrito, se puede reconocer que los ambientes no se reconocen como variables lineales sino que son pensados en términos de sistemas, como algo que trasciende más allá de la situación inmediata que afecta a la persona: los objetos a los que responde o con quienes interactúa.

En palabras de Bronfenbrenner (1987):

Se les atribuye la misma importancia a las conexiones entre otras personas que estén presentes en el entorno, a la naturaleza de estos vínculos, y a su influencia indirecta sobre la persona en desarrollo, a través del efecto que producen en aquellos que se relacionan con ella directamente. (p. 27)

Al respecto, las interconexiones no sólo se aplican dentro del mismo entorno sino también, con la misma fuerza, a los vínculos y relaciones con otros entornos en los que la persona participa, pero también en aquellos en los que quizás no, pero tienen una influencia en su ambiente inmediato. A partir de ello, el autor (1987), define al desarrollo como: “la concepción cambiante que tiene una persona del ambiente ecológico, y su relación con él, así como también su capacidad creciente para descubrir, mantener o modificar sus propiedades” (p. 29).

Aquí lo que se destaca de los procesos psicológicos es el contenido, es decir, aquello que se percibe, se piensa, se desea, se teme, o se adquiere como conocimiento, así como el

modo en que ese material cambia según la exposición de la persona al ambiente y su interacción con él.

Es importante reconocer de este modelo la necesidad de estudiar los procesos básicos intrapsíquicos e interpersonales, en los ambientes de desarrollo reales, tanto inmediatos como remotos. Al mismo tiempo, esto exige la construcción de un esquema teórico que permita la descripción y el análisis de estos contextos, sus procesos, interconexiones y vínculos, que puedan afectar el curso del desarrollo, de manera directa o indirecta.

8.5.2 FACTORES DE RIESGO

Es prudente caracterizar qué se entiende por factores de riesgo, considerando que son opuestos a los factores de protección. Papalia et al (2009) definen a los factores de riesgo como las condiciones que pueden aumentar la probabilidad de que una persona obtenga resultados negativos durante su desarrollo. La prevalencia de cualquiera de ellos va a influir en su supervivencia, desarrollo, maduración y aprendizaje.

Los factores de riesgo y de protección pueden comprenderse mejor si se parte de considerar cuáles son las necesidades propias de la infancia y de la adolescencia.

Los autores Pérez, Navarro y Martínez (2011), describen una serie de factores de riesgo y de protección que se presentan en la niñez, en el que se trasluce el modelo ecológico de Bronfenbrenner, considerando no sólo las del propio individuo sino también las de su contexto. Tales factores de riesgo son:

- En el propio niño: temperamento difícil, inseguridad, baja autoestima, ansiedad, conducta agresiva, dificultad en el control de los impulsos, dificultad en la adopción de perspectivas o en el procesamiento de la información social; enfermedades y discapacidad.
- En el microsistema familiar: apego inseguro, padres insensibles a las necesidades del niño, acontecimientos de estrés en la familia, padres con problemas de salud mental, ausencia de red de apoyo social; estilo educativo punitivo, negligente o errático.
- En el microsistema de los iguales: el niño no tiene amigos o son problemáticos, es rechazado por ellos, y éste se mantiene en el paso de los años y ocurre en distintos grupos.

- En el microsistema de la escuela: dificultades de ajuste al entorno escolar (no se adapta a la disciplina y ritmo escolar, malas relaciones con sus profesores, etc.), pobre rendimiento académico, dificultades en el desempeño de actividades extra-académicas.
- En las conexiones entre los microsistemas: falta de contacto familia-escuela; valores, expectativas y aspiraciones de la familia en abierta oposición a los de los iguales y la escuela.
- En el macrosistema: crisis económica; reforzamiento de la intolerancia, la agresividad y la insolidaridad entre los ciudadanos; poca sensibilidad hacia los derechos y necesidades de la infancia.

Como afirma la OPS (2009) la identificación de los factores de riesgo es fundamental para intervenir antes de que los trastornos o problemáticas aparezcan, y se considera que es una de las estrategias clave para la prevención de enfermedades mentales y trastornos del desarrollo a lo largo de la vida. Y agrega: “La relevancia del riesgo psicosocial en la primera infancia se debe fundamentalmente a que es en los niños pequeños donde la evaluación de esos riesgos y las intervenciones pertinentes podrían tener un mayor impacto preventivo de los desórdenes mentales.” (OPS, 2009, p. 234)

También se presentan los factores de riesgo que pueden producirse principalmente en la infancia, incluyendo:

- Riesgo familiar: divorcio, abandono, maltrato infantil, patrones de conducta inadecuados de los familiares, conductas suicidas, conductas antisociales, migración, nivel cultural bajo, consumo de alcohol y/o drogas, condiciones económicas precarias o vivienda en malas condiciones.
- Riesgo educacional: desorganización de las actividades escolares, falta de espacio, carencia de recreación, prohibición de jugar, maltrato físico y emocional, patrones de conducta inadecuados de educadores, falta de hábitos higiénicos, condiciones escolares inadecuadas y baja calidad de los educadores.
- Riesgos presentes en la comunidad: malas condiciones socioeconómicas, ausencia de áreas abiertas, poco uso del tiempo libre, limitadas actividades sociales, falta de campos deportivos, falta de organizaciones de adolescentes, ausencia de juegos tradicionales, baja calidad de la atención de salud, poca participación comunitaria.
- Riesgo individual: daños pre-peri y posnatal, trastornos del aprendizaje y déficit sensoriales, violencia, déficit de juegos y práctica deportiva, enfermedades crónicas,

consumo de alcohol y/o drogas, conducta suicida y accidentes, trastornos en el desarrollo general y en el psicomotor, desvinculación del estudio.

Si consideramos una relación entre factores de riesgo y vulnerabilidad, el National Center For the Advancement of Prevention (CSAP, 1999) afirma:

La mayor cantidad de factores de riesgo que un niño o joven experimenta, tendrá entonces una mayor probabilidad de que él o ella abuse de drogas y hallen problemas relacionados en su adolescencia o adultez temprana... Una gran cantidad de factores de riesgo experimentados por individuos en su niñez están asociados no sólo con el abuso de sustancias sino con un patrón de salud, salud mental y problemas de conducta. (p. 21-22)

Por lo tanto, se reconoce que los factores de riesgo tienen una gran incidencia en la problemática de adicciones y de consumo de sustancias a nivel general en la población, pero principalmente en el desarrollo de los niños, aumentando aún más la complejidad de la situación.

8.5.3 FACTORES DE PROTECCIÓN

Los factores de protección, por su parte, se definen en forma opuesta a los factores de riesgo. Podemos decir que son aquellos que no solo preservan al individuo de obtener resultados perniciosos, reduciendo el impacto de vivencias tempranas o de influencias estresantes y perjudiciales, sino que también propician efectos positivos a lo largo de su maduración y crecimiento (Papalia et al, 2009).

Los autores Pérez, Navarro y Martínez (2011), también describen una serie de factores de protección que se presentan en la niñez. Los mismos refieren a:

- En el propio niño: temperamento fácil, buena autoestima, buena disposición para la interacción social, facilidad en la adopción de perspectivas y habilidades en el procesamiento de información social, tendencia a la prosocialidad y a la cooperación, ausencia de dificultades evolutivas.

- En el microsistema familiar: apego seguro con los progenitores, estilo educativo democrático, padres sensibles a las necesidades del niño, ausencia de acontecimientos estresantes especiales, adecuada salud mental en los progenitores, buena red de apoyo social.
- En el microsistema de los iguales: el niño tiene buenos amigos, estables y recíprocos; tiene una historia estable de aceptación entre distintos grupos de iguales con los que ha ido creciendo.
- En el microsistema de la escuela: buen ajuste al contexto escolar (buenas relaciones con los compañeros y profesores), buen rendimiento académico, buenas destrezas en alguna actividad extra-académica (juegos, deporte, teatro, música, etc.)
- En las conexiones entre los microsistemas: la familia conoce y mantiene una relación estrecha con los profesores y amigos de su hijo; sistema de valores familiar parecido al del grupo de iguales y al del ambiente escolar.
- En el macrosistema: buena situación económica, política y social; valoración de la tolerancia, la solidaridad y la protección a los más débiles y necesitados; sensibilidad hacia los derechos y necesidades de la infancia.

La protección de los riesgos psicológicos debe ser considerada imprescindible para la satisfacción de las necesidades del niño. Ellos deben ser protegidos por sus progenitores primeramente, y también por los poderes públicos, de los riesgos psicológicos que traen aparejados la insatisfacción de sus necesidades. Al decir de Ochaita Alderete (2012): “Ciertamente la educación es para los niños la mejor herramienta para que puedan defenderse por sí mismos, lo que no excluye la necesaria protección que deben tener los niños en su condición de personas menores de edad.” (p. 40)

Así como son considerados los factores de riesgo en el desarrollo de las problemáticas de consumo de sustancias, también es de importancia primordial tener en cuenta los factores protectores que forman parte del individuo y sus distintos contextos de desarrollo, ya que tienen un rol fundamental en la aparición o no de conductas adictivas.

En relación a ello, Becoña Iglesias (1999) da a conocer lo propuesto por Clayton (1992) quien afirma que existen principios generales que deben tenerse en cuenta al momento de llevar a cabo acciones preventivas, tales como: los factores de riesgo pueden estar o no presentes en un caso concreto, y en el caso de que lo estén es más probable que la persona use o abuse de la droga; también que la presencia de un factor de riesgo no es garantía de que la persona use o abuse de una droga, y por el contrario, la ausencia del mismo no garantiza de que tampoco se

produzca. Además, que el número de factores de riesgo presentes está directamente relacionado con la presencia de abuso de drogas, aunque puede atenuarse según la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo y protección implicados; también, que ambos factores influyen de forma independiente, pero también global en el consumo de sustancias; y por último, las intervenciones son posibles, siendo el objetivo atenuar la influencia de los factores de riesgo, así como potenciando los factores de protección, con el fin de que no lleven a la persona hacia el consumo de drogas.

8.6 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN NIÑOS ANTE LA PROBLEMÁTICA DE LAS ADICCIONES

La OPS (2012) propone como pasos imprescindibles en la elaboración e implementación de un programa de salud mental de base comunitaria para la niñez y adolescencia: a) el diagnóstico de la situación de salud mental de la población más vulnerable, b) análisis y priorización de problemas y necesidades, y c) un plan de acción, que incluya la organización de los servicios.

En relación a ello, dan a conocer aspectos esenciales a ser considerados, tales como: mantener un equilibrio adecuado entre promoción de salud, prevención de trastornos y atención clínica de los pacientes; priorizar el desarrollo de intervenciones para la promoción de la salud en las primeras etapas de la vida; promover la atención especializada ambulatoria lo más cerca posible de la comunidad, así como favorecer la presencia de profesionales de la salud mental en el primer nivel de atención; utilizar enfoques de riesgo y resiliencia ya que son esenciales en los planes de salud mental para la atención a niños en condiciones de vulnerabilidad; organizar las tareas de protección de la salud mental de la infancia, de manera coordinada y sistémica, debiendo realizarse en las organizaciones comunitarias, entre otros.

La escuela, es una institución principal en la cual se encuentra inmerso el niño en su etapa vital. Gran parte de su tiempo lo pasa allí, en compañía de sus maestros y grupo de pares, trabajando de manera individual y cooperativa, es por esto que las escuelas se han convertido en uno de los escenarios más importantes para las intervenciones en el campo de la salud.

A partir de lo postulado por la OPS (2012), conocemos que existen diversos tipos de intervenciones que pueden darse en la escuela, por medio de las cuales se fomentan las capacidades del niño y su autovaloración, así como también se logra una disminución de los problemas de conducta y emocionales que los acarrean. De manera general, los programas que han sido pensados, están orientados hacia el control de los factores de riesgo y los problemas psicosociales. En relación a ello afirman:

A medida que los estudiantes alcanzan más edad se enfrentan a nuevos retos, tales como presión de los compañeros para que participen en conductas delictivas o en el uso de sustancias y es en esta etapa cuando las habilidades sociales y emocionales se tornan especialmente importantes para mantener la salud y el desarrollo. Los programas realizados en las escuelas, dirigidos a formar o fortalecer capacidades en los estudiantes, se utilizan tanto en la promoción de la salud mental como en la prevención del abuso de sustancias. (p. 238)

Pero dichas intervenciones, deben contemplar tres estrategias complementarias: promover la condición de resiliencia, evitar riesgos y fomentar la participación familiar y comunitaria. Es necesario que todas se trabajen de manera conjunta, con sus particularidades y puntos en común.

Cuando hablamos de resiliencia, ésta es definida como: la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas. Según la OPS (2012): “La resiliencia está determinada, en gran medida, por los factores protectores, definidos como las condiciones propias o de los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos y grupos, así como de reducir los efectos de circunstancias desfavorables.” (p. 232). Muchas veces existen escudos protectores que neutralizan las fuerzas negativas y actúan como agentes de superación de la situación amenazante, éstos forman parte de la resiliencia.

El perfil de un niño resiliente está caracterizado por capacidades como: el estar listos para responder a cualquier estímulo, comunicarse con facilidad, demostrar empatía y comportamientos socializantes, así como poseer sentido del humor. Desde edades tempranas muestran buena capacidad para resolver problemas e interpretar ideas. Además, cuentan con atributos en diferentes grados, como control de las emociones y los impulsos, autonomía,

autoestima alta, capacidad de análisis de las situaciones y buena comprensión, capacidad de atención y concentración adecuadas a su edad, así como competencias cognitivas. Pero al mismo tiempo, es importante considerar las condiciones del medio que ayudan, acompañan y promueven la resiliencia en los niños, como es la existencia de un afecto incondicional de los adultos significativos para ellos.

La autora Richaud (2016) en relación a ello afirma:

Los niños resilientes son aquellos que resisten la adversidad, afrontan la incertidumbre y son hábiles para recuperarse exitosamente del trauma. El volverse familiar con las características de las personas naturalmente resilientes permiten el diseño de políticas de intervención preventivas, reduciendo la exposición a situaciones que provocan estrés, o reforzando los factores protectores como fuentes de apoyo o afecto, comunicación o la habilidad para resolver problemas. (p. 1)

Tales apreciaciones de la autora nos permiten pensar en la importancia de desarrollar estrategias de intervención resilientes ya que éstas son muy valiosas para el desarrollo integral en niños que pertenecen a contextos vulnerables. Al mismo tiempo, dado que las intervenciones en resiliencia son procesos integrativos, deberían incorporarse a los ambientes más cercanos del niño: el nivel familiar, escolar y del barrio; y también de manera interdisciplinaria en los centros de salud.

En los programas de intervención llevados a cabo por Richaud (2016), los temas principales de análisis y trabajo fueron: el fortalecimiento del apego seguro, el control del impulso, las habilidades sociales, las emociones positivas, la planificación, la atención y la reflexividad, los cuales permitieron que los niños alcanzaran un afrontamiento más funcional cuando se enfrentaran a situaciones amenazantes.

El concepto de vulnerabilidad puede atravesar todos los niveles y ámbitos, pero si nos detenemos en el nivel familiar, Vargas Rubilar, Lemos y Richaud (2017) tomaron la conceptualización propuesta por Máiquez y Byrne (2008) quienes definieron a las familias en vulnerabilidad psicosocial como:

Aquellas en las que los responsables del cuidado, atención y educación del menor, por circunstancias personales y relacionales, así como influencias adversas de su entorno, hacen abandono de sus funciones parentales o realizan un uso inadecuado de las mismas,

comprometiendo el desarrollo del niño, pero sin alcanzar la gravedad que justifique una medida de amparo, en cuyo caso se considera la separación del menor de su familia. (p. 160)

Es a partir de los años 80 que se empieza a comprender que las familias en estos contextos de vulnerabilidad social necesitan de modelos de intervención centrados en el fortalecimiento de sus recursos y en la preservación familiar, desde una mirada más preventiva y positiva. Como propuesta, Vargas Rubilar, Lemos y Richaud (2017) dan a conocer un programa de fortalecimiento parental en contextos de vulnerabilidad, pero generando un puente también con el ámbito escolar, fortaleciendo esa vinculación entre ambos. Cada vez son más frecuentes los programas de intervención en las familias, especialmente dirigidos a los padres, atendiendo a la parte emocional como modo eficaz de evitar conflictos sociales.

Dicha intervención está enmarcada en dos ejes principales: una intervención directa para los padres, con la promoción de competencias parentales (apego, empatía parental, estilos de crianza, comunicación positiva y redes de apoyo); y una intervención indirecta para los hijos, para la promoción del desarrollo de recursos emocionales en ellos (autoestima, emociones positivas, conducta prosocial, etc.). Asimismo, estos programas integran elementos tanto educativos como comunitarios, teniendo una modalidad de abordaje experiencial ya que favorece la co-construcción de conocimientos cotidianos de los participantes. Se privilegian temas como: los principios de la parentalidad positiva, el fortalecimiento de las competencias parentales, el apoyo social en la intervención comunitaria, los principios de la resiliencia familiar y parental, la vinculación familia y escuela y la coordinación con las redes sociales comunitarias.

Por otro lado, otra estrategia de intervención a resaltar para la promoción de la salud es en torno a las intervenciones en habilidades sociales. Parte de la adquisición de ellas, necesarias para la integración, el ajuste, el funcionamiento social, y la promoción de conductas prosociales, dependerá del aprendizaje sobre el control de las emociones. Bernal Martínez de Soria (2010) refiere que el desarrollo socio-emocional y el logro de ajuste de los niños depende de tres factores principalmente: el temperamento individual, la familia y los entornos sociales próximos. En ellos las emociones juegan un papel central. La autora (2010) afirma: “Las habilidades para percibir, expresar y regular las emociones se relacionan con la competencia social.” (p. 29)

La relación con los demás, especialmente en el ámbito familiar, es un medio para que las personas aprendan a interpretar, conocer y regular sus emociones.

8.6.1 INTERVENCIONES EN RESILIENCIA

En los últimos años hubo un creciente interés por los estudios en la capacidad que pueden tener algunas personas cuando están expuestos a situaciones difíciles, y logran superarlas e incluso salir fortalecidas de las mismas, a pesar de las adversidades que se presentan. Es por esto que se dan a conocer las implicancias de promover el desarrollo de la resiliencia en lugar de prevenir daños, como una forma de mejorar las condiciones de vida. Como refieren Cardozo y Alderete (2009): “considerando el impacto causado por los diferentes factores de riesgo sobre el desarrollo de los niños y adolescentes, se observa que uno de los principales desafíos en las futuras intervenciones es el proceso de promoción de resiliencia”. (p. 154)

González Arratia López Fuentes et al. (2009) afirman que es desde la resiliencia que se puede redefinir el rol de los niños y adolescentes, ya que son seres con capacidad para interactuar con el ambiente, modificarlo y al mismo tiempo, demostrar facultades de adaptación positiva; dejando de ser de algún modo, sujetos pasivos beneficiarios que reciben información desde afuera, para ser actores principales de su propio desarrollo.

De la amplia variedad de concepciones sobre la resiliencia, los autores concuerdan en que tal concepto refiere a:

“El resultado de la combinación y/o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos) que lo posibilitan para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva. Esto es dinámico en el sentido de que las influencias del ambiente y del individuo interactúan en una relación recíproca que permiten al niño y adolescente una construcción sana de su desarrollo y de un ajuste social positivo al entorno” (p. 248)

Siguiendo estas ideas, se podría pensar además que el concepto de resiliencia como algo absoluto y global, ha ido cambiando a lo largo del tiempo, siendo considerada como algo relativo y dinámico, dependiendo del equilibrio de factores personales, familiares y sociales, del momento del ciclo vital en el que se encuentre la persona, así como también incluyendo una progresión evolutiva, ya que van surgiendo nuevas vulnerabilidades y apoyos conforme cambian las circunstancias en el tiempo.

Si pensamos a la resiliencia desde el modelo ecológico de Bronfenbrenner en Morelato (2011), dicho autor refiere que para explicar el proceso de interacción entre el individuo y su ambiente se incluyen dos dimensiones: la dimensión de riesgo y la dimensión de protección. Lo explica del siguiente modo:

La interrelación entre ambas puede generar un mecanismo de protección que daría lugar a la resiliencia o, en caso contrario, un mecanismo de riesgo que lleva a la vulnerabilidad. En el marco de estas dos dimensiones ubicaremos al contexto, el cual corresponde al tercer núcleo. Finalmente, el tiempo daría lugar al cuarto núcleo (cronosistema) en el que se destaca especialmente que el impacto de un factor de riesgo puede depender del momento de desarrollo evolutivo, lo cual se entiende mejor teniendo en cuenta que a edades más tempranas existe mayor predisposición a la vulnerabilidad (p. 211)

A partir de las apreciaciones del autor, se puede pensar que es fundamental reconocer que tanto los mecanismos de protección como los de riesgo atraviesan todos los subsistemas y éstos pueden ubicarse en cualquiera de ellos, en distintos momentos del ciclo vital. (Figura 2)

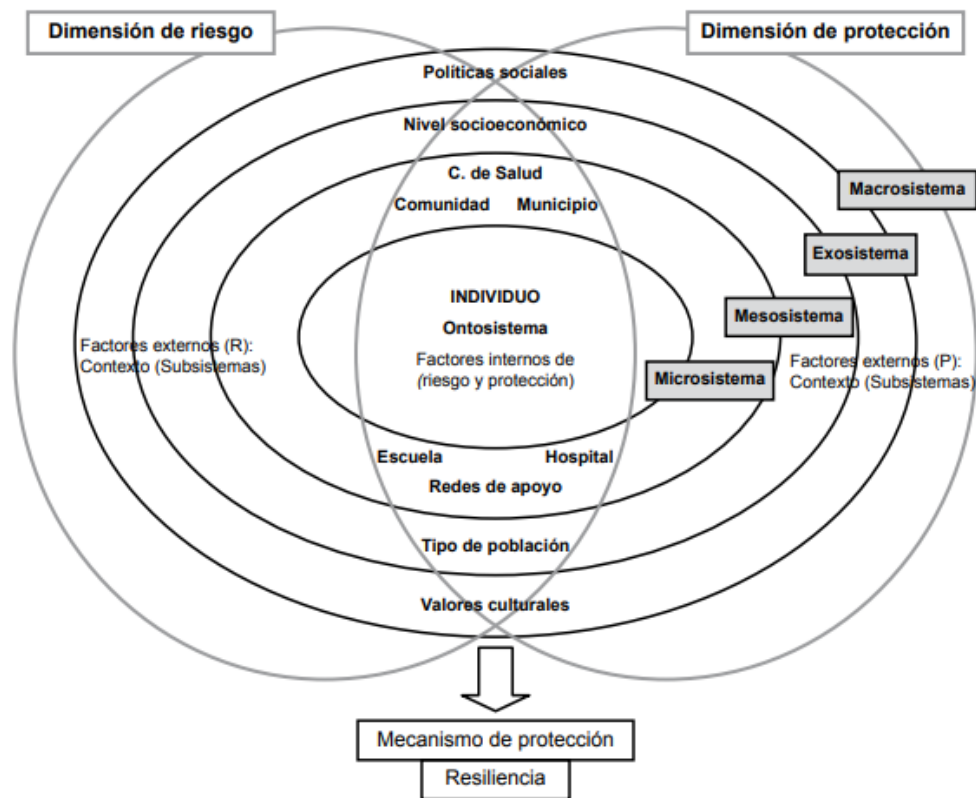


Figura 2. El proceso de resiliencia aplicado al modelo ecológico de Bronfenbrenner. Adaptado por la autora (Morelato, 2011)

Haciendo una correspondencia con el concepto de salud, es menester preguntarnos si ambos conceptos están relacionados. González Arratia López Fuentes et al. (2009) comparan ambas definiciones y observan puntos en común. Desde la salud se parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-social-cultural y de las mejores condiciones para su desarrollo tanto físico, como intelectual y afectivo, al mismo tiempo que es un proceso de construcción social. Por su parte, desde la resiliencia se piensa como el conjunto de procesos intrapsíquicos y sociales que permiten acceder al bienestar a pesar de las adversidades, dependiendo de cualidades positivas del proceso interactivo del sujeto con los demás que lo rodean, siendo cada historia y proceso de construcción psíquicas singulares para cada persona. Estas coincidencias nos llevan a pensar que la resiliencia, al producir la capacidad de resistir las adversidades del medio social, sobre el equilibrio psicofísico de los componentes de una comunidad, al mismo tiempo produce salud mental. Asimismo, la resiliencia cobra una visión más optimista en el proceso salud-enfermedad, y que sobreponerse a una determinada crisis o problemática, implica mirarlo como retos más que como pérdidas.

Haidt (2006) en González Arratia López Fuentes et al. (2009) identifica en los modos de superar la adversidad y el dolor, algunos beneficios, tales como el ponerse a la altura de los desafíos nos permite revelar habilidades propias escondidas, cambiando el auto concepto de sí mismo; también nos permite fortalecer las relaciones con los demás; y, además, se cambian las prioridades y la filosofía, tanto en el presente como hacia las personas.

Si pensamos en las características de un niño resiliente, nos encontramos con un mayor coeficiente intelectual y habilidades de resolución de problemas, mejores estilos de enfrentamiento; autonomía, autoestima y locus de control interno; empatía, conocimiento y un manejo adecuado de las relaciones sociales; motivación al logro; menor tendencia a sentimientos de desesperanza; menor tendencia a la evitación de los problemas; entre otras. También, Bernard (1991) en González Arratia López Fuentes et al. (2009), los identifica como individuos socialmente competentes, con capacidad para resolver problemas, firmes en sus propósitos, con pensamiento crítico y con una visión positiva de su futuro, metas, intereses y motivación para salir adelante en la escuela y en la vida. Y el autor García del Castillo (2015) agrega como características que los hacen más resistentes ante la amenaza: respuesta rápida ante el peligro, búsqueda incesante de información, capacidad de imaginar un futuro positivo, disociación afectiva, utilización de las relaciones sociales para la supervivencia, madurez precoz, creencia de que puede ser querido por los demás, capacidad para la toma de decisiones, respuestas altruistas, capacidad para identificar y readaptar los acontecimientos negativos, optimismo y esperanza ante el futuro, entre otras.

Al respecto, existen determinados factores que promueven la resiliencia. Dicha promoción sugiere que se activen los mecanismos protectores sobre eventos adversos y se posibilite un equilibrio armónico entre estados de tensión y estrés propios de la cotidianidad, y los sucesos imprevistos e inesperados que desatan la crisis. De algún modo, se relaciona con preparar a los individuos para que fortalezcan la capacidad de enfrentar la adversidad e incorporarla a los proyectos de vida, permitiendo re encuadres y cambios de perspectiva.

La promoción de la resiliencia puede complementar las intervenciones relacionadas a la promoción de la salud, aquellas que hacen énfasis en las posibilidades de cada persona durante todo el ciclo vital. Según los autores (2009), para lograr esto es necesario: ayudar a tomar conciencia de la situación mediante el manejo y superación de la experiencia; ayudar a darle la verdadera dimensión a las cosas; también ayudar a elaborar los cambios en el rol social, así como las pérdidas afectivas; potenciar la capacidad de hablar, de pedir ayuda y la búsqueda de independencia. Asimismo, promover la participación activa en programas comunitarios y promover una filosofía de vida positiva; y a nivel individual potenciar recursos psicológicos

como autoestima, autoeficacia, estilos de enfrentamiento y encontrar el sentido y propósito de vida, entre otros. Por último, dichos autores afirman (2009): “Considerándoles y reconociéndoles como intérpretes de su propio desarrollo, en el de su familia y comunidad, como sujetos capaces de pensar, discernir, decidir y su actuar a favor de su desarrollo y su salud.” (p. 252), teniendo en cuenta la importancia de que se sientan sujetos activos de su propia realidad, de su vida cotidiana, tanto de manera individual como así también sabiendo que conforman una comunidad con otros.

8.6.2 INTERVENCIONES EN HABILIDADES SOCIALES

Otras de las estrategias de intervención pertinentes en promoción de la salud, nombradas anteriormente, son las intervenciones en habilidades sociales. En las últimas décadas se ha evidenciado la influencia que ejercen las habilidades sociales tanto en la adaptación como en la salud de una persona, demostrando una conexión entre la competencia social y la salud físico-mental, reconociendo a tales habilidades como un factor protector y un indicador de desarrollo saludable y de calidad de vida.

Primeramente es importante conocer acerca del concepto y entender sus particularidades. Lacunza (2012) define a las habilidades sociales como: “comportamientos de tipo social disponibles en el repertorio de una persona, que contribuyen a su competencia social, favoreciendo la efectividad de las interacciones que éste establece con los demás.” (p. 65) destacando como principales características: su naturaleza multidimensional, su carácter aprendido y su especificidad situacional. Y agrega: “Esta condición de aprendizaje supone la posibilidad de aumentar el conocimiento procedimental de cómo actuar en situaciones sociales y cómo responder a las múltiples demandas de los contextos en los que se va incorporando el sujeto.” (Lacunza, 2012, p.65)

Otra conceptualización propuesta por Caballo (2005) en Lacunza (2011) la define como: Un conjunto de conductas que permiten al individuo desarrollarse en un contexto individual o interpersonal expresando sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación. Generalmente, posibilitan la resolución

de problemas inmediatos y la disminución de problemas futuros en la medida que el individuo respeta las conductas de los otros. (p. 164)

Del concepto se desglosan cuatro características principales de las habilidades, ellas son: su carácter aprendido, la especificidad situacional, la complementariedad e interdependencia de otro sujeto, y la eficacia del comportamiento interpersonal.

Al mismo tiempo, en este proceso es relevante también reconocer el marco cultural, las particularidades de la cultura y sus subculturas, el nivel social, educativo y económico, que sumado a las diferencias individuales no permiten establecer un criterio único de lo que se considera una habilidad social. Asimismo, también es primordial considerar la etapa vital que está atravesando la persona, ya que las exigencias del ambiente no son las mismas para un niño, un adolescente o un adulto.

El concepto de habilidades sociales alude a la perspectiva del ser humano como sistema abierto, activo, receptivo a los cambios y a las modificaciones, tanto de sí mismo como de su entorno. Al mismo tiempo, no es un proceso que se da de manera individual y única, sino que las personas que forman parte de la cotidianeidad de la persona, también ocupan un rol fundamental. En palabras de la autora Lacunza (2011):

Tanto la familia y la escuela como el acceso a otros grupos de pertenencia son ámbitos privilegiados para el aprendizaje de habilidades sociales, siempre y cuando estos contextos puedan proporcionar experiencias positivas para adquirir comportamientos sociales, ya que se aprende de lo que se observa, de lo que se experimenta (propias acciones) y de los refuerzos que se obtiene en las relaciones interpersonales; también se aprenden comportamientos sociales de los medios de comunicación como la utilización de productos simbólicos de la cultura. (p. 161)

Una interacción eficaz con los otros permitiría a la persona, en este caso a los niños, responder de manera positiva ante situaciones de estrés, de manera que establecer conversaciones con otros, expresar emociones positivas, hablar con pares no conocidos, entre otras, pueden convertirse en factores protectores de salud.

En dicha etapa vital, la educación tiene un papel preponderante en el desarrollo del niño, y el estar inserta en un determinado contexto social, con características propias, la relación niño-

educadores-familia resultan de una importancia primordial considerarla para el desarrollo de las competencias sociales. En dicho marco educativo, la interacción con los pares supone el aprendizaje de numerosas y variadas habilidades sociales, por ejemplo: asumir responsabilidades, considerar otros puntos de vista, devolver favores, valorar las habilidades de los otros, etc.

Estas descripciones de las habilidades sociales podemos decir que tienen estrecha relación con el enfoque salugénico, ya que el mismo apunta al desarrollo de las potencialidades de la persona. Como refiere Lacunza (2012), el interés, en este caso, surge en comprender y explicar de qué manera y a través de qué mecanismos, aún en circunstancias de máximo estrés, muchas personas son capaces de desarrollar emociones positivas, fortalezas varias, recursos de afrontamiento eficaces y proyectos de vida productivos. Como refiere la autora:

Para la Psicología Positiva, las relaciones sociales como el apoyo social constituyen determinantes influyentes en el bienestar de las personas (independientemente de la edad y la cultura de pertenencia), por lo que podría plantearse una vinculación entre el enfoque salugénico y las habilidades sociales, particularmente aquellas que posibilitan relaciones mutuamente satisfactorias y promuevan comportamientos prosociales. (p. 67)

Es desde la perspectiva salugénica que este tipo de intervenciones en habilidades sociales no sólo apuntarán a revertir los déficits sociales sino también a promover y profundizar las habilidades asertivas de la persona, actuando como promotoras de la salud. Lacunza (2012) refiere al respecto: “Este mayor bienestar supone que el sujeto experimente emociones positivas, las que a su vez, llevarían a estados mentales y a comportamientos que prepararían al sujeto para enfrentar con éxito dificultades y adversidades futuras” (p. 67)

Pensando en las intervenciones propiamente dichas, son experiencias de aprendizaje que buscan ampliar los repertorios de comportamiento del sujeto, lo que implica desarrollar comportamientos y habilidades nuevas y alternativas; al mismo tiempo, los sujetos participantes tienen una colaboración activa en las intervenciones; son procesos psicoeducativos de formación, más que técnicas terapéuticas; y no sólo se realizan de manera individual, sino que pueden realizarse en grupos, lo que potencia la eficacia de las mismas.

En cuanto a las técnicas que se emplean durante el proceso, se incluyen las instrucciones (informar sobre las conductas adecuadas), el ensayo (la práctica), el modelado (hacer

demostraciones de tales conductas), la retroalimentación y las estrategias (tareas o actividades concretas para que el sujeto las lleve a cabo en las situaciones cotidianas). Dichas técnicas están orientadas con objetivos diversos, pero conjuntamente, apuntan a modificar componentes cognitivos, comportamentales y fisiológicos, característicos de los déficits en habilidades sociales.

En esta misma línea, es fundamental considerar que al momento de planificar este tipo de intervenciones, es esencial reconocer qué determinantes vinculados al propio sujeto y su contexto influyen en el resultado de estas experiencias. Las habilidades sociales no son una suma de características cognitivas, conductuales y afectivas sino que suponen procesos de intercambio con características y variables de interacción contextuales, conformadas por el bagaje cultural e histórico del sujeto, el medio social de pertenencia, el entorno físico en el cual se desarrolla, etc. También los valores y las creencias tienen influencia sobre las habilidades sociales; ya que actúan como esquemas simplificadores de la realidad y permiten regular la motivación y las metas que se esperan ante situaciones sociales. En las interacciones sociales, influyen además las expectativas, experiencias, el contexto de la interacción, las habilidades desarrolladas y el feedback de los sujetos intervinientes.

9. MODALIDAD DE TRABAJO

9.1 SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS

La modalidad de abordaje del presente trabajo será la de Sistematización de Experiencias, desarrollada por el autor Oscar Jara Holliday (2020) quien la define como:

La sistematización es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo. La Sistematización de Experiencias produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse de los sentidos de las experiencias, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora. (p. 4)

El autor nos muestra que los conocimientos son producidos desde la experiencia, recuperando lo sucedido y valorando a quienes forman parte de ella: los sujetos de la experiencia, pero al mismo tiempo reconstruyendo esos conocimientos históricamente para poder interpretarlos y desde allí, obtener aprendizajes diversos, también para compartir e intercambiar dichos aprendizajes, para comprender aún mejor lo transitado, para contribuir a una reflexión teórica, entre otras cuestiones.

Barnechea García y Morgan Tirado (2010) afirman que los cambios que se van produciendo no son causales, sino que expresan, por un lado, nuevos conocimientos que van emergiendo en la práctica, y por el otro, una profundización de aquello que ya se sabía o conocía. Al decir de las autoras: “La teoría que sustenta el proyecto, sin embargo, nunca es suficiente; en la práctica se van construyendo nuevos saberes que enriquecen y complementan los existentes” (2010, p. 101)

Entonces podemos decir que la metodología de la Sistematización de Experiencias es la experiencia misma. Partimos desde nuestra propia práctica, de lo que sentimos, de lo que vivimos, de lo que hacemos; por lo tanto, es indispensable haber participado en ella, en la experiencia que se va a sistematizar. De acuerdo a Jara Holliday (2006):

Las experiencias son procesos socio-históricos dinámicos y complejos, individuales y colectivos que son vividas por personas concretas. No son simplemente hechos o

acontecimientos puntuales, ni meramente datos. Las experiencias, son esencialmente procesos vitales que están en permanente movimiento y combinan un conjunto de dimensiones objetivas y subjetivas de la realidad histórico-social. (p. 118)

A partir de ello, podemos decir que no se reduce a contar o narrar lo acontecido, sino que se construye una mirada crítica sobre lo vivido, ya que no hay simplemente hechos que ocurren, sino también personas que sentimos, que pensamos, que vivimos. En este sentido, podemos contribuir a la transformación de las mismas prácticas al posibilitar una toma de distancia crítica y permitiendo así una interpretación conceptual sobre ellas. Es por esto que el autor afirma: quienes hagamos una buena sistematización, nos estaremos adentrando, a la vez, en un proceso de transformación de nosotros mismos: de nuestra manera de pensar, de nuestra manera de actuar, de nuestra manera de sentir (Barnechea García y Morgan Tirado, 2010, p. 69)

Esta modalidad de abordaje no tiene una propuesta única ni fija de cómo llevarla a cabo, sino que cada persona la recrea en función de las condiciones y posibilidades con las que se enfrenta al realizarla. Entra en juego la creatividad propia, pero al mismo tiempo también es necesario contar con ciertas condiciones institucionales u organizativas como el tiempo, la planificación, los recursos, un equipo de trabajo, entre otras.

Jara Holliday (2020) desarrolla una propuesta metodológica en cinco tiempos, los cuales incluyen, en primera instancia, un punto de partida que abarca el haber participado de la experiencia y tener registros de la misma como recursos indispensables. En segundo lugar, las preguntas o interrogantes que surgen al inicio del proceso tales como la delimitación del objetivo a sistematizar, también del objeto a sistematizar, el precisar un eje de sistematización que será nuestro hilo nodal de la experiencia, los procedimientos a seguir, etc.

Posteriormente, se dará lugar a la reconstrucción de lo vivido, recuperando la historia, lo transitado, ordenando y clasificando la información disponible sin dejar de considerar al eje de nuestra sistematización. Es el momento de la identificación de hechos significativos, de distintas etapas que pudieron darse, los cambios que fueron marcando el ritmo del proceso, entre otros. A partir de ello, se continúa con las reflexiones de fondo, el por qué pasó lo que pasó, iniciando una fase interpretativa y crítica sobre lo descrito y reconstruido anteriormente. Hacia el final, como última etapa de este proceso rico en contenidos y vivencias, como puntos de llegada, se brindarán las conclusiones y recomendaciones, tratando de hacer comunicables los aprendizajes.

9.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

Los sujetos protagonistas de las diversas experiencias enmarcadas en los proyectos llevados a cabo fueron niños y niñas. En el caso del proyecto CCN, que tuvo lugar en dos escuelas primarias públicas de la ciudad de Córdoba, se realizó con niños del segundo ciclo, particularmente de quinto y sexto grado, con edades entre diez y doce años, siendo un total de 54 alumnos. Caracterizando a los mismos, se pudo reconocer, gracias a la valoración de los directivos escolares, que se encuentran en lugares con recursos socioeconómicos bajos y problemáticas sociales de diversa índole, con un alto riesgo psicosocial para los niños. Relacionándolo con la temática de las adicciones en particular, atravesados por entornos con alto consumo de sustancias psicoactivas.

9.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los métodos y técnicas de recolección de datos llevadas a cabo durante el proceso de prácticas fueron principalmente: el dispositivo de taller, la observación participante y no participante, el registro de campo y las entrevistas de tipo abiertas y semiestructuradas. Todos ellos estuvieron orientados en obtener un mayor conocimiento y comprensión de lo vivenciado, así como para poder acompañar el proceso de análisis a través de diversas maneras y miradas, otorgando una mayor riqueza a la misma.

Primeramente considero menester poder caracterizar al enfoque cualitativo, que es el que se corresponde en este caso en particular. Al decir de Hernández Sampieri (2010), los estudios cualitativos se caracterizan por desarrollar hipótesis o preguntas antes, durante o después de la recolección y análisis de los datos, teniendo una acción indagatoria que se mueve de manera dinámica entre los hechos y su interpretación, no siempre siguiendo la misma secuencia. Al mismo tiempo, el enfoque se basa en métodos de recolección de datos que no son estandarizados ni predeterminados completamente, sino que consisten en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes como recurso primordial.

La observación es uno de los métodos de recolección de datos por excelencia, pero es importante aclarar que observar es diferente de simplemente ver. Durante el recorrido por las distintas experiencias de prácticas este método fue de los más implementados, en cada actividad, en cada recorrido y vivencia, ya sea individual o grupal. Como da cuenta Hernández Sampieri (2010)

La observación cualitativa no es mera contemplación (“sentarse a ver el mundo y tomar notas”); implica adentrarnos en profundidad a situaciones sociales y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente. Estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones (p. 411)

Podemos decir que como propósitos esenciales de dicha observación se incluirían: el explorar ambientes, contextos; describir comunidades y las actividades que allí se desarrollan, las personas que participan de ellas y los significados que tienen; comprender procesos, vínculos, situaciones, circunstancias, eventos; identificar problemas, etc. Además, pensando en dichos propósitos, nos preguntaríamos qué cuestiones son importantes de observar, y en ellas encontramos: el ambiente físico; el ambiente social y humano, y sus características; las actividades tanto individuales como colectivas, hechos relevantes, entre otros.

Guber (2011) describe que “la observación participante consiste principalmente en dos actividades: observar sistemática y controladamente todo lo que acontece en torno del investigador, y participar en una o varias actividades de la población” (p. 52). Además, agrega que la aplicación de esta técnica supone que la presencia del investigador frente a los hechos de la vida cotidiana garantiza la confiabilidad de los datos allí recogidos y el aprendizaje de los sentidos de dichas actividades. Refiere el autor: “La observación participante permite recordar, en todo momento, que se participa para observar y que se observa para participar; esto es, que involucramiento e investigación no son opuestos sino partes de un mismo proceso de conocimiento social” (2011, p. 57)

Considerando las distintas actividades y tareas realizadas en las prácticas de Fundación ProSalud, mi rol como observadora tuvo diversas características, teniendo principalmente una observación con participación completa. En el caso del proyecto CCN, nuestro rol como practicantes estaba mezclado, por momentos siendo observadora no participante y por momentos una participante más, ya que trabajando en equipo se facilitó la división de tareas y hacíamos aportes en el momento en que interveníamos. También se llevó a cabo una

participación activa, por ejemplo, en los talleres brindados en las universidades, donde cumplía el rol de observar y participar.

Otro de los métodos de recolección de datos utilizados durante todo el proceso fueron los registros de campo, ya que como afirma el autor Hernández Sampieri (2010) es muy necesario elaborar y llevar anotaciones de los eventos y sucesos vinculados con nuestra práctica. Una de las maneras es realizarlo en el mismo momento, pero también, como alternativa puede ser efectuado lo más cercano posible a los hechos, luego de ser finalizados. Al mismo tiempo, los registros pueden ser escritos, describiendo con el mayor detalle posible todo lo ocurrido: desde las personas participantes, sus funciones, profesiones, los lugares, el horario, el contexto general, las acciones o lo experimentado, así como también las vivencias significativas, subjetivas e individuales que atravesaron a la persona en ese momento en particular; como también los registros fotográficos, mostrando a través de una representación visual lo vivenciado.

Al decir de Guber (2011), “el registro no implica que el investigador “se lleve el campo a casa” sino que logra, más bien, una sucesión de imágenes instantáneas del proceso de apertura hacia otras reflexividades.” (p. 94). Lo que la persona deposita en sus registros es la materialización de su perspectiva propia e individual de conocimiento sobre una realidad determinada, no sólo es la realidad en sí misma.

Cifuentes (2011) refiere que el diario es una estrategia de autorreflexión sobre la práctica, en la cual los participantes se pueden instituir como actores reflexivos que transforman sus ideas y acciones en pos de la reflexión. Y agrega:

El uso del diario posibilita rastrear la cotidianeidad de la práctica, explicitar el conocimiento que desde ella se puede construir para enriquecer y cualificar la acción. En él se registran día a día acontecimientos relevantes y el conocimiento que se va incubando y construyendo; constituye una base para elaborar conceptos y comprensiones y enriquecer la práctica. (p. 43)

Otro de los métodos implementados fue el del dispositivo-taller, principalmente en el proyecto CCN llevado a cabo en escuelas primarias con alumnos del segundo ciclo. El taller como investigación-acción es la modalidad por excelencia en la cual participamos conjuntamente con los niños a través de sus producciones y creaciones atravesadas por la

realidad en la que viven, y que, al mismo tiempo, estuvo íntegramente relacionado con la problemática de las adicciones.

Lo fundamental a reconocer de dichos talleres eran los procesos de elaboración que se producían, de manera individual y también gracias a la grupalidad, en donde los niños fueron partícipes indispensables de ello, al igual que las docentes presentes en dichos encuentros. Se genera un espacio de co-construcción entre los participantes. Como refiere la autora Fernández (1989), el todo es más que la suma de las partes: “Allí hay una primera intuición, aquella que otorga a los pequeños colectivos un plus irreducible a la suma de sus integrantes” (p. 8)

Al mismo tiempo, este dispositivo permite ampliar la mirada y no centrarnos únicamente en un determinado individuo o situación, sino poder tener en consideraciones otras cuestiones que también incluyen lo institucional, las redes que allí se producen, las relaciones, los diversos grupos, entre otros. Algunos de los métodos aquí utilizados fueron: la lectura de cuentos, el juego, las narraciones, los dibujos, el diálogo y la participación, entre otros.

Por último, otro de las técnicas de recolección de datos que fue utilizada es la entrevista. En ella, al decir de Hernández Sampieri (2010), se logra una comunicación y una construcción conjunta de significados respecto a un tema. En las entrevistas cualitativas, tal como fue el caso, se busca que sean flexibles y abiertas, para obtener la mayor cantidad de información concerniente a un tema en particular.

Por mi parte éstas fueron llevadas a cabo en las escuelas, con la referente institucional como la directora o la vicedirectora de cada institución, enmarcadas a la forma de entrevistas semiestructuradas. Ellas refieren a que nos basábamos en una guía de preguntas ya dispuestas pero teniendo la libertad de introducir preguntas adicionales cuando así se considere necesario, para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas de nuestro interés. Las entrevistas fueron el puntapié inicial para el desarrollo del proyecto CCN, en el que nos inmiscuimos en el contexto de la escuela, del barrio, de la problemática, y recogimos información necesaria para poder luego trabajar con los alumnos.

Como refieren Yuni y Urbano (2014):

Las investigaciones basadas en entrevistas son relevantes para la investigación social y cultural porque permiten obtener información provista por los propios sujetos, y con ello se obtiene un acceso más directo a los significados que éstos le otorgan a su realidad.

(p. 81)

En esta misma línea, no sólo podemos obtener información del presente sino también del pasado y del futuro, poder conocer los antecedentes y las proyecciones en miras de lo que vendrá. También, desde esta técnica se accede al conocimiento de los hechos como se producen, así como a los deseos, fantasías, expectativas y creencias de los propios protagonistas. Como describen Yuni y Urbano (2014), el tipo de información que puede obtenerse a través de ella puede incluir: sucesos o condiciones de su medio; personas y redes de intercambio social; actitudes, sentimientos y opiniones relacionadas a un tema en particular; nivel de conocimiento sobre condiciones, situaciones y prácticas; intenciones con respecto a conocimientos del futuro; entre otros.

9.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las experiencias de prácticas transitadas y dicho trabajo están enmarcados en los principios y valores éticos, así como las normas deontológicas de ejercicio profesional, establecidas por el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA, 2013). En él se toman como bases los principios generales que fueron acordados por los países miembros del Mercosur el 7 de noviembre de 1997 en Santiago de Chile, incluyendo: el respeto por los derechos y la dignidad de las personas, grupos y comunidades; de la integridad, privacidad y autonomía; así como las competencias, el compromiso profesional y científico y de responsabilidad social.

Al mismo tiempo, son contempladas las normas deontológicas que allí se presentan y que deben ser consideradas directivas generales en el accionar de nuestras prácticas, tales como el consentimiento informado, el cual supone la capacidad legal para consentir, así como la libertad de decisión e información sobre la práctica en la que se es partícipe (FePRA, 2013) y el secreto profesional, asegurando la confidencialidad y protegiendo la seguridad y dignidad de los consultantes, sus familias y comunidades, al resguardo de sus intereses (FePRA, 2013). Esto quiere decir que no se revela la identidad de las personas y/o profesionales de la institución como así también nombres de lugares de referencia y/o instituciones involucradas.

En esta misma línea, también son considerados los principios que propone el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016), el cual reconoce y adopta

cinco principios fundamentales: respeto por la dignidad de las personas y los pueblos, el cuidado competente, la integridad, las responsabilidades profesionales y científicas y la responsabilidad social.

10. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

10.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

En este apartado se dará cuenta de lo transcurrido en mi experiencia realizando las Prácticas Pre Profesionales, las cuales se llevaron a cabo en la Fundación Pro Salud.

El primer encuentro se llevó a cabo el día 19 de abril, día de inicio de las prácticas, luego de recibir la noticia del lugar que me había sido designado para transitar este proceso, en el Contexto Sanitario. Nos encontramos en la sede de la Fundación, ubicado en el Hospital Nacional de Clínicas, con la directora de dicha institución, la cual me recibió de manera muy cordial y amable. Al ser la primera reunión, la finalidad principal fue presentarnos entre nosotras, comentar acerca de la Fundación, sobre cuáles son los proyectos que allí se llevan a cabo, además de los objetivos que persigue, al mismo tiempo que realizó una introducción sobre el modelo teórico que enmarca las actividades que allí se desarrollan, como es el Modelo Multidimensional Integral Salubrista (MInS).

El encuentro siguiente fue la oportunidad para conocer a mis compañeras practicantes, las cuales forman parte del equipo técnico de la Fundación, conformado por estudiantes de Psicología de otras universidades y también de Terapia Ocupacional, quienes me recibieron con los brazos abiertos y me incluyeron en el grupo. Se pudo percibir un clima ameno, agradable y con amplias posibilidades de tener un buen trabajo en equipo. Ellas venían trabajando en los proyectos desde hace un tiempo, por lo que me comentaron acerca de lo que venían desempeñando y de a poco fui introduciéndome en ellos.

Los encuentros con todo el equipo fueron llevados a cabo los días lunes, de manera semanal, con el fin de organizar las actividades en relación a los proyectos que estaban comenzando, así como también para poder construir entre todas una “cadena creativa”. En ella hablábamos sobre material teórico relacionado a la temática de las adicciones, noticias que eran de relevancia, así como temas de interés o problemáticas que podíamos reconocer, herramientas que nos servirán en el trabajo semanal, entre otros; de alguna manera llevando un hilo conductor a través de la creatividad y lo que cada integrante podía aportar al mismo desde su subjetivación. Considero de gran riqueza estos momentos ya que nos permitía interiorizarnos en el tema, al mismo tiempo que podíamos conversar del material teórico que nos era compartido y leíamos en la semana.

Al momento de hablar sobre los proyectos, me había entusiasmado el hecho de poder participar en el Proyecto CCN en escuelas primarias, ya que he considerado como una gran

oportunidad el trabajar la temática de adicciones con la franja etaria de la niñez, ver sus particularidades y dinámicas; y mucho más aún desde el enfoque de promoción de la salud y prevención de adicciones. Al mismo tiempo, también el ser una oportunidad para poder dar cuenta de lo estudiado en la materia Psicología Sanitaria, los conocimientos adquiridos durante la cursada y el relacionar esos conceptos de una manera más práctica.

De forma paralela, desde la institución también recibimos la invitación a formar parte de la “Diplomatura Internacional de Posgrado: Perspectiva Multidimensional en prevención y tratamiento de adicciones” dictada por la Universidad Católica de Córdoba, lo cual me pareció una excelente oportunidad para sumar mis conocimientos en el área, recibir información de diversos profesionales con amplia trayectoria que se dedican a la temática de adicciones, y que al mismo tiempo, me serviría para poder implementarla en las prácticas a realizar en la Fundación. Con el tiempo, pude darme cuenta que la participación en ella fue muy importante ya que la mayor parte del equipo formó parte de dicha diplomatura, y en las reuniones surgían relaciones con lo visto en las diversas clases, debates sobre cuestiones a considerar, aspectos trabajados en los proyectos, etc.

En este primer tiempo, antes de comenzar con el Proyecto CCN, el objetivo entonces era introducirnos en la perspectiva teórica, el Modelo Multidimensional Integral Salubrista, sacarnos dudas que pudieran surgir, compartir acerca de la temática de adicciones, así como también dejar en claro cuestiones relativas a la organización en sí de los talleres y su planificación, principalmente pensándose desde un enfoque institucional. Asimismo, la profesional a cargo nos comentó sobre las escuelas que nos fueron designadas para el primer período, y nos organizamos en un grupo de tres integrantes para comenzar con las actividades prontamente. Correspondieron a escuelas primarias públicas, tres provinciales y una municipal, de barrios urbano marginales de la ciudad de Córdoba.

Comenzando el mes de mayo, tuvimos la primera reunión en una de las escuelas, la escuela provincial “A”. Es una escuela que se encuentra en la zona sur-este de la ciudad, en la que se viene implementando el proyecto desde hace algunos años. Este año, por solicitud de los directivos y por buenas experiencias anteriores, se pensó en realizarlo nuevamente.

El primer encuentro, titulado “Escuela y liderazgo en educación para la salud” fue realizado para presentarnos como equipo de trabajo, conocer el lugar donde llevaríamos a cabo el proyecto, así como también realizar un mapeo institucional para identificar recursos disponibles y el tipo de vínculos a promover, con el propósito de que se le dé continuidad y relevancia al mismo. Allí nos hemos encontrado con la directora y las vice directoras de la institución, en el cual además de expresar el marco teórico que tendremos como perspectiva, se

plantea una guía de observación institucional para poder evaluar el proceso que se llevará a cabo y con la finalidad de replicarlo posteriormente en otros cursos, ya que es importante reconocer que el proyecto CCN tiene un enfoque institucional, en la cual se espera que el proyecto sea replicado y/o articulado con otros ejes curriculares que ya se llevan a cabo en la institución educativa.

La semana subsiguiente, también implementamos el primer encuentro en la otra escuela, en este caso una escuela municipal de la ciudad, a la cual la denominamos escuela “B”. Como en el caso anterior, tuvimos la oportunidad de conocerla, también a sus directivos y con ellos organizamos un cronograma de las actividades que se llevarán a cabo. Al mismo tiempo, recopilamos información sobre las características del barrio y lo que nos contaban en relación a la temática de las adicciones. Pudimos observar que es el segundo año que se hacía el proyecto CCN allí, y por eso ya existía un conocimiento acerca del mismo, pero igualmente nos interiorizamos en él y planteamos los objetivos a cumplir, así como el marco teórico desde el cual nos posicionamos.

Al mismo tiempo, también era de importancia poder reconocer cuáles son las redes con las que cuentan ambas instituciones educativas, con quiénes comparten proyectos y actividades, como es el caso de otras escuelas, polideportivos, instituciones religiosas, organizaciones barriales, entre otras, con el fin de afianzar esas relaciones o de promoverlas, en caso de que no existieran, en pos de la implementación de este proyecto.

Nuestra labor fue llevar a cabo distintos talleres con un trabajo en terreno de nueve semanas, las cuales algunas fueron con los directores, docentes y referentes institucionales, una con padres y familias, y las restantes con los alumnos. Como la propuesta está destinada para alumnos que cursan el segundo ciclo escolar, quedó a elección de las escuelas el curso en el cual era necesario implementar el proyecto, siendo quinto grado en el primer caso y sexto grado en el segundo caso respectivamente.

Luego de la reunión con los directivos y referentes institucionales, fue el momento de encontrarnos con los familiares de los alumnos, con el propósito de contarles acerca del proyecto que llevaremos a cabo con sus hijos, enfocándonos en la promoción de la salud de ellos y en la prevención de las adicciones. Como sabemos que la familia ocupa un rol predominante en la crianza y educación de los mismos, compartimos charlas constructivas con ellos en las cuales nos contaron sobre situaciones personales, características del barrio, problemáticas comunes que se dan allí, y principalmente cómo está instalada la temática de las adicciones y el consumo de sustancias. Esto nos permitió conocer aún más el contexto en el cual están insertos la escuela y sus participantes, y qué podemos aportar desde nuestro rol a

partir del proyecto CCN. Al mismo tiempo, hablamos de la necesidad de su involucramiento en todo este proceso y que es de gran valor que puedan formar parte de él, ya que es una problemática que nos convoca a todos.

En la primera escuela la convocatoria fue muy poca, ya que solo pudieron asistir dos madres, pero en la segunda escuela fueron muchos más incluyendo a diversos actores familiares tales como padres, abuelos, tíos, hermanos.

Los encuentros con los alumnos en ambas instituciones escolares fueron muy satisfactorios, en los cuales tuvimos un cálido recibimiento tanto de su parte como de las docentes encargadas del curso. Éstas últimas tuvieron un rol preponderante durante los talleres, ya que les pedimos que formaran parte del mismo, que compartieran ideas, así como también si podrían ayudarnos en la coordinación del grupo ya que ellas los conocen en profundidad, al mismo tiempo que sería muy beneficioso el poder compartir modos de abordaje de los talleres, actividades, relaciones con temas vistos anteriormente o que estuvieran estudiando en ese momento, etc.

Los niños se veían muy entusiasmados por las actividades que les proponíamos, ya que aunque se tocaran temas de gran importancia relacionadas a la salud, a los hábitos saludables, a la prevención de las adicciones, la parte lúdica fue nuestra gran aliada y potenciadora de recursos. Los talleres estaban dirigidos a que ellos mismos tengan un rol activo en el mismo proceso, entonces el hecho de contar cuentos, como el nombre mismo del proyecto lo indica, y relacionarlo con demás actividades, fue muy fructífero.

Las actividades en el proyecto CCN continuaron hasta el fin de las prácticas, y es a partir de mediados de mayo que he recibido la propuesta de formar parte del proyecto GBL, junto con otro equipo de practicantes voluntarias. Es por ello que se comenzaron a realizar algunas reuniones virtuales para poder introducirme en él, en los comienzos de su organización y para ver el proceso a seguir de manera conjunta. También nos juntábamos los lunes en la sede de la Fundación, una hora antes, para ultimar y complementar con detalles lo charlado.

Por otro lado, nuestra tarea ha estado abocada a la organización de las bases para el concurso, principalmente para jóvenes universitarios, que corresponde al proyecto Miradas Saludables. Otras personas fueron las designadas para otras categorías de menor edad. Con mis compañeras chequeamos que las bases estuvieran correctamente descritas y que el acceso a la información sea rápido, eficaz y con facilidad de entendimiento para quienes deseen inscribirse.

Durante este tiempo, la profesional referente de la Fundación, también nos invitó a participar de encuentros virtuales diversos, tal es el caso de talleres con docentes de nivel secundario, los cuales tuvieron como objetivo hablar sobre la temática de adicciones desde un

marco de promoción de la salud y de prevención de las mismas, comentando las actividades que se llevan a cabo en la institución y qué aportes se pueden hacer desde el ámbito educativo donde ellos están insertos.

En esta misma línea, también se realizaron sucesivos talleres en el ámbito universitario, en dos universidades de la ciudad de Córdoba, una privada y otra pública, en las Facultades de Psicología, formando parte del proyecto Miradas Saludables. Las mismas se llevaron a cabo con distintos públicos, a modo de jornadas abiertas: para autoridades y referentes estudiantiles, para centros de estudiantes, público en general; y en otro caso en particular, para una cátedra de la carrera de Psicología. Desde la Fundación armamos el equipo, conformado por una profesional psicóloga junto con nosotras, las practicantes. El objetivo fundamental fue dar a conocer una encuesta realizada por profesionales del área de psicología, ciencias médicas y ciencias químicas, en las cuales se presentaron resultados sobre el consumo de sustancias de estudiantes universitarios, y poder entablar un diálogo con los participantes acerca de lo analizado, qué piensan, qué aportes pueden hacerse desde sus propios lugares, cómo lo vivencian, etc.; fomentando un debate enriquecedor con diversas miradas y pudiendo pensar a la problemática desde un trabajo en red que debe potenciarse.

En el caso del proyecto Miradas Saludables, que está unido al proyecto GBL, estos encuentros también tuvieron una gran significación, ya que promovieron a que surja la participación de ellos mismos, o que puedan ser posibles colaboradores voluntarios para llevarlo adelante, formando parte del proyecto y teniendo un rol activo en el mismo.

Dichos talleres y jornadas fueron realizadas en el mes de junio, y todas ellas estuvieron enmarcadas en “El mes mundial de la prevención de las adicciones” con el lema propuesto por las Naciones Unidas para este año: “La evidencia es clara: debemos invertir en prevención”. Esto nos permitió ahondar mucho más en la temática sobre la problemática de las adicciones y consumo de sustancias, y darle importancia a la prevención de las mismas.

Luego, conforme fueron pasando las semanas y también el desarrollo del proyecto CCN en las dos escuelas primarias públicas de la ciudad de Córdoba, al igual que la difusión del proyecto GBL, en el mes de agosto se incorporaron nuevas compañeras practicantes al equipo de la Fundación, correspondientes a otras dos universidades. Ellas también participaron de dichos proyectos, y luego de algunas reuniones que fueron de inserción en la temática, de conocernos entre nosotras como equipo, de informarles sobre lo que venimos haciendo y llevando a cabo; nos dividimos en distintos grupos para poder organizarnos mejor en las tareas que nos iban a corresponder a cada uno, al mismo tiempo que recibimos la noticia que se

sumarán nuevas escuelas para el proyecto CCN de prevención de adicciones y promoción de la salud.

Al mismo tiempo, hacia fines de dicho mes, gracias a la invitación de la directora de la Fundación, he participado de una jornada abierta de modalidad virtual que ella dictó, destinada a profesionales y público en general que trabajan con población infanto juvenil de 3 a 18 años, donde se habló principalmente de la prevención de las adicciones en dicha franja etaria. Fue un encuentro muy rico ya que se habló de la problemática de manera interdisciplinaria, y considero que eso enriqueció aún más la jornada, ya que se aportaron diversos puntos de vista, posicionamientos y conocimientos de acuerdo a cada rol y al lugar que ocupaba cada persona allí presente.

En esta misma línea, nos llegó la convocatoria para realizar un taller en un centro vecinal de un barrio de la ciudad de Córdoba, con el fin de hablar también sobre prevención de adicciones. Con mis compañeras practicantes asistimos a dicho encuentro y conversamos con las autoridades del centro sobre la problemática que allí transitan, conociendo acerca del barrio y la realidad en la que viven, adentrarnos en sus características relacionadas a la temática de consumo de sustancias, cuáles son las redes con las que cuentan y con las que tienen relación; así como saber cuáles son los temas que quisieran que abordemos, a qué población estaría dirigida la jornada, entre otras cuestiones.

En el mes de septiembre, los grupos de trabajo con las nuevas incorporaciones fueron reorganizados, para asistir a dos nuevas escuelas que se sumaron al proyecto “CCN”, ya que en las anteriores estábamos dando por finalizado el mismo. Una de ellas ubicada en un barrio de la zona norte de la ciudad de Córdoba, a la cual la identificaremos como escuela “C”, y la otra ubicada en la zona noroeste de la misma ciudad, que llamaremos escuela “D”.

Los comienzos del proyecto estuvieron enmarcados en reuniones con los referentes escolares y directivos, con el fin de introducir la temática, contarles acerca de lo que realizaremos y de la importancia de que sea un proyecto con fortalecimiento institucional como punto importante. Asimismo, también conversamos sobre las características de ambos barrios y comunidades, las problemáticas que allí se vislumbran y las vivencias de sus actores principales.

Conforme fue pasando el tiempo, tuvimos los primeros encuentros con los alumnos, en el caso de la escuela “C” designaron como curso a quinto grado, ya que estaban atravesando en los contextos familiares la problemática del consumo de sustancias; y en la escuela “D” hicieron un pedido formal para que se lleve a cabo el proyecto en cuarto grado, siendo una excepción en

el proyecto, pero también con una gran preocupación en relación a la problemática en los entornos cercanos de esos niños.

Luego de algunos encuentros, tuvimos una reunión con los padres y familiares de los niños, para comentarles acerca del proyecto que estamos llevando a cabo, también conocer acerca de sus inquietudes, preocupaciones e interrogantes, así como tener su punto de vista en relación a la problemática que los atraviesa. La convocatoria fue muy positiva ya que asistieron de manera numerosa y también contamos con el acompañamiento de los directivos escolares.

Durante este tiempo continuamos con los encuentros con los niños, y al mismo tiempo, estuve involucrada en la organización del proyecto GBL, principalmente en lo concerniente a comunicarme con los referentes de distintas universidades para invitarlos a participar, así como también en las escuelas en las cuales estamos relacionadas en nuestro rol. Desde el mes de octubre se intensificaron los ritmos de dichas actividades ya que la fecha de finalización del concurso de afiches y videos terminaba a fin de mes.

El último día del mes de octubre nos reunimos con el jurado del concurso de afiches y videos, integrado por referentes de diversas instituciones de la ciudad de Córdoba: directores de carreras universitarias, integrantes de la Defensoría de la Niños, Niñas y Adolescentes, así como de una secretaria de la Municipalidad de Córdoba y también de un medio de comunicación conocido de la ciudad. Se pudo observar de manera conjunta la producción de los participantes de las distintas categorías, correspondientes a los diferentes niveles educativos, pudiendo vislumbrar a través de sus elaboraciones lo que les preocupa, les llama la atención o los aqueja relacionado al consumo de sustancias, pudiendo dar un mensaje positivo a favor de la promoción de la salud y la prevención de las adicciones. Fue un espacio de enriquecimiento no sólo a nivel de la problemática que nos atraviesa a todos como sociedad, sino también para poder trabajar sobre el concepto de “redes” entre las distintas instituciones que formaron parte del proyecto, donde cada una aportó sus puntos de vista y conocimientos del tema, así como dando a conocer el rol que tienen y las actividades que realizan relacionado a ello.

En las semanas correspondientes al mes de noviembre, siguieron llevándose a cabo los encuentros que faltaban del proyecto CCN para así finalizar con conclusiones muy positivas acerca de lo trabajado, tanto a nivel institucional, con los alumnos, familias y también desde nuestro rol.

10.2 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

En la correspondiente sección, se realizará una articulación sobre lo desarrollado en la perspectiva teórica con lo vivido durante mi experiencia como practicante, teniendo en consideración los objetivos de sistematización planteados para dicho trabajo.

Para ello, se describirán tres apartados principales. El primero de ellos, correspondiente a la delimitación del rol del psicólogo sanitarista en la promoción de la salud mental de niños que se encuentran en contextos vulnerables. En segundo lugar, se caracterizarán los factores de riesgo que inciden y están implicados en el desarrollo de la salud mental de niños, ante la problemática del consumo de sustancias adictivas; para posteriormente, en tercer lugar, identificar qué estrategias de intervención pueden llevarse a cabo, que promuevan la salud mental en dichos niños, ante la problemática del consumo de sustancias adictivas.

Para dicho desarrollo, se tomarán en cuenta los registros de campo realizados en base a la experiencia vivida en todo el recorrido de las prácticas pre profesionales.

10.2.1 Delimitación del rol del psicólogo sanitarista en la promoción de la salud mental de niños que se encuentran en contextos vulnerables.

Uno de los objetivos principales que me propuse a tener en cuenta en el desarrollo de este escrito, y que atravesó mi experiencia práctica en todo su recorrido, es la delimitación del rol del psicólogo sanitarista. Y si nos adentramos aún más, podría especificar: en el trabajo con niños que se encuentran en contextos vulnerables, pero considerando la mirada y la perspectiva desde la promoción de la salud mental.

Como anteriormente se describió, el autor Epp (1996) propone que la salud es un recurso que proporciona la posibilidad de manejar y modificar su entorno a las personas, subrayando la libertad de elección y el papel del individuo principalmente. Por lo tanto, podemos decir, que el individuo tiene un papel activo en su propio proceso de salud-enfermedad, pero al mismo tiempo, se tienen en cuenta los factores contextuales que estarán implicados y que incidirán en dicho proceso.

En este caso, el concepto de salud está pensado e interrelacionado junto con el de “promoción”, conformando la “promoción de la salud”, y al decir de Marchiori Buss (2008), ésta busca modificar las condiciones de vida para que sean dignas y adecuadas, buscando que en los procesos individuales, surja la de toma de decisiones propicias para la calidad y la salud; pero esto no se da de manera única e individual, sino que está orientado a un conjunto de acciones y decisiones colectivas que favorezcan la salud misma y las condiciones de bienestar.

Por lo tanto, si consideramos posibles formas de abordajes en relación a ello, éstas deberán mantener o mejorar los niveles de salud existentes, pensando en la dimensión objetiva pero también subjetiva de las personas con quienes trabajemos; siendo fundamental, desde nuestro rol como psicólogos y específicamente como promotores de la salud, tener una mirada desde la complejidad; considerando que los fenómenos están conformados por recursos y factores con potencial diversos, por variables distintas que impulsan el cambio y alientan el desarrollo de prácticas saludables. Asimismo, dado que el individuo existe en un contexto determinado, se impone la necesidad de analizar, considerar y abordar no sólo a él, sino también al entramado social en donde vive.

Como refiere el autor De Lellis (2007), las contribuciones de la psicología, se deben traducir en principios con una comprensión más integrada, como: de la simplicidad a la complejidad, de la dependencia al desarrollo de competencias, de la evitación del daño a la promoción de la salud, y del cientificismo autocrático a la diversidad.

A partir del desarrollo de la Psicología de la Salud y del rol del Psicólogo Sanitarista, particularmente, se comienza a prestar atención a diversos elementos del ser humano que repercuten en su conducta como son las emociones; pero además, se estudia a los sujetos no tanto para focalizar carencias sino potencialidades y analizar no sólo las conductas de los individuos en particular sino también en sus entornos configuradores de personalidad, como son la familia y los escenarios próximos de relación social. Este enfoque es el que enmarca el rol que se llevó a cabo, en la tarea realizada.

Desde Fundación ProSalud se realizan diversos proyectos enmarcados en el Modelo Multidimensional Salubrista, a través de acciones preventivas y de promoción de la salud, en los cuales se prioriza en primera instancia el desarrollo de hábitos y elecciones saludables por parte de los propios individuos, pensando en las capacidades y potencialidades de cada quién y proponiendo el concepto de resiliencia como un factor fundamental en todo este proceso.

En este caso en particular, fue llevado a cabo el proyecto “Cuenten con Nosotros”, como desde hace varios años lo vienen realizando desde la Fundación ProSalud con su equipo técnico correspondiente. El mismo fue desarrollado con la población de niños que están cursando el

segundo ciclo de escolaridad, en cuatro escuelas primarias de la Ciudad de Córdoba, cada una con características particulares que le dan su propia idiosincrasia, sin dejar de lado a la institución toda con sus protagonistas, así como a las familias de los alumnos. Dicho proyecto, opera como dispositivo preventivo de adicciones (acorde a la prevención primaria) y de promoción de la salud, tanto a través de la prevención inespecífica, y en primer lugar, a través de una prevención específica en el tema de las adicciones.

En primera medida, desde el Modelo Multidimensional Salubrista (Richard, 2015), que enmarca el trabajo realizado en el proyecto “Cuenten con Nosotros”, se proponen cuatro pilares fundamentales que han sido considerados durante todo nuestro accionar, y fueron enfatizados por la Fundación. No sólo es importante reconocerlos como marco teórico sino también llevado a la práctica, desde nuestro rol. Éstos incluyen: *el Proceso, el Componente Motivacional, las Redes y la Corporalidad* (Registro N° 3. 22/04/24).

En relación al primero de ellos, hace referencia al proceso en sí, a la idea de complejidad. En este concepto se toma la necesidad de reconocer lo dinámico, lo cambiante, la variabilidad; permitiéndonos tener una mirada más compleja de la problemática de las adicciones; ver con un zoom ampliado, reconociendo y preguntándonos: “¿Con qué lentes estamos mirando lo que ocurre?”, pensando también en sus protagonistas, cada uno con sus aportes y miradas. En cuanto al concepto de Componente Motivacional, otra de las aristas del Modelo, refiere no sólo al nivel de motivación del grupo con el que se trabaja sino también con la motivación aportada por quienes ejercen el rol, pudiendo surgir interrogantes como: “¿Cuál es el nivel de motivación del grupo? ¿Cómo vamos a colaborar nosotros en el grupo, desde nuestro rol? ¿Qué aporte yo a este mundo?”, entre otras. Las Redes refieren a la necesidad de generar vínculos, redes propiamente dichas, tomar recursos de la comunidad y que el trabajo no quede en algo individualizado, sino que sea compartido y se enriquezca con aportes desde diversos lugares, formando un entramado. Como se refirió en una conversación de equipo: “Es importante lo intrapsíquico, pero en conjunto con los otros, con lo intersubjetivo” (Registro N° 3. 22/04/24). Y por último, el concepto de Corporalidad, referido a la importancia del cuerpo, de lo que nos conforma y de que lo somos en sí mismos cada uno de nosotros, pudiendo reconocerlo, tener conciencia de él, valorarlo y potenciarlo. Los cuatro pilares se encuentran interrelacionados entre sí en cada momento, por eso la necesidad de considerarlos a cada uno de ellos en cada instancia, observando su individualidad pero también su funcionamiento conjunto.

El enfoque salubrista con el que trabajamos, se basa en primera medida y tiene por finalidad promover lo saludable. “Este proceso se enfoca en promover lo saludable, para que los niños vivan su vida saludablemente, desarrollen sus habilidades, fortalezcan sus propios

recursos positivos; para que puedan pensar en tener una vida saludable” (Registro N° 17. 27/05/24). Nuestro rol se basó en acompañar a los niños a que puedan tomar decisiones en torno a lo saludable, que lo consideren y lo afiancen en su vida cotidiana, alentando a que tengan elecciones salutogénicas y promoviendo la elegibilidad de las mismas, antes que actitudes defensivas o indiferentes frente a las influencias del entorno. Dicho proyecto es una gran oportunidad para que estos temas sean tenidos en cuenta por los propios niños, así como por su contexto (hábese de la escuela, de sus familias, de los referentes institucionales, etc.) porque quizás son menores los momentos en los cuales reciben este tipo de información y de propuesta salutogénica.

Al mismo tiempo, este Modelo considera como prioritarios el rol activo de individuos y colectivos en la construcción de lo saludable, con registros en lo corporal, lo psíquico y lo social; también el desarrollo de la resiliencia, tanto individual como familiar, grupal o social, en tanto capacidad de crecimiento, maduración, superación y transformación de lo adverso. Y al mismo tiempo, la familia y los referentes de la comunidad son los principales sostenes para el desarrollo de vínculos y hábitos saludables en los niños, por lo cual el trabajo también debe realizarse con ellos, y así se demostró en la implementación del proyecto (Registro N° 18. 29/05/24).

En esta misma línea, otra conceptualización que fue tomada en cuenta para llevar a cabo nuestro rol como promotores de salud mental, es el de Tríada Epistemológica, concepto que también fue trabajado durante todo el proceso de práctica con el equipo técnico. La misma está conformada por: el Sujeto, el Objeto y el Contexto. (Figura 3)

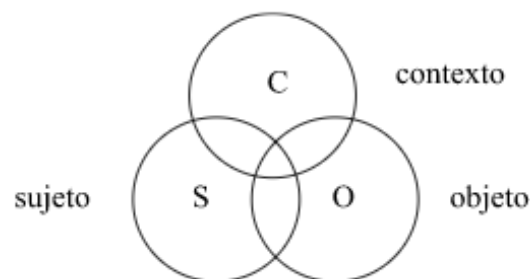


Figura 3. Tríada Epistemológica.

En este caso en el Sujeto estarían posicionados los niños y cada institución escolar donde fue llevada a cabo el proyecto “Cuenten con Nosotros”, ya que no sólo está enfocado en potenciar los recursos y habilidades de los propios niños, sino también desde un enfoque institucional, con el propósito de que dicho proyecto sea reproducido y generalizado a la

comunidad, por eso la importancia del trabajo en red. El Contexto abarcaría desde el contexto cercano de cada alumno: la familia, la escuela, las instituciones y organizaciones, el barrio, la comunidad, líderes locales, así como el contexto general en el que están insertos: lo geopolítico, las características socioculturales, económicas, los medios de comunicación, entre otros; pero también nosotros, como futuros psicólogos, siendo y accionando desde nuestro rol, formamos parte de él. Y por último, el Objeto, considerando la problemática que se analiza en este caso, serían aquellas sustancias psicoactivas que aumentan la vulnerabilidad de los niños y su propio contexto. (Registro N° 4. 29/04/24)

En relación a esto, es fundamental conocer y tener en cuenta la población y los sujetos con la que se trabaja, así como los objetivos que se plantean en relación a ello, tanto para llevar a cabo lo pensado y diagramado, como también para pensar nuestro rol y todo lo que ello implica.

Pensando en la etapa vital de la infancia, que es la que nos concierne, y la etapa de latencia (Uribarri, 1999) que están atravesando; en ella el niño comienza a adquirir nuevos conocimientos, habilidades y se amplía su entorno vital. La capacidad de poder resolver problemas se acentúa, aparecen nuevos aprendizajes y conoce el placer del hacer, del trabajo, del pensar. Todo ello se da en la separación gradual del seno parental y la conexión con otros, tanto adultos como pares, que pasan a ser nuevas influencias educativas, sociales, intelectuales; brindándoles al niño otras miradas, otras voces, generándose una ampliación relacional y de representantes institucionales.

En este marco, la escuela ocupa un lugar principal y de gran preponderancia, no sólo como ese lugar de transmisión de aprendizajes y conocimientos, sino también con sus funciones protectoras, ya que como decía Uribarri (1999), es cuidadora y sostén, pero al mismo tiempo, es una institución que funciona reforzando las prohibiciones. Los semejantes, con los que se entablan relaciones por medio del mundo extrafamiliar, y entre ellas la escuela, le permiten al niño aprender a realizar con otros, utilizando los recursos y elementos que el medio le ofrece; y es en el compartir actividades, juegos, consignas, donde se aprende acerca de normas, pautas, ideales, y se desarrollan identificaciones que van otorgando un sentido de pertenencia.

Al mismo tiempo, es la experiencia emocional la que también se va ampliando, tanto placentera como displacenteramente, en relación con otros pero también consigo mismo, con su propio cuerpo y sentir, aportándole un mayor conocimiento de sí mismo y también en las relaciones con los otros, ampliando de sobremanera al yo, y permitiéndole tener un control y una adecuación de las respuestas. Tal es el caso, por ejemplo, de una de las actividades que fueron realizadas en el encuentro “*Yo soy, nosotros somos*”, en las que les repartíamos tarjetas

de colores para que ellos mismos escriban sus propias virtudes. A través de esta actividad quedó demostrado que tenían dificultades en reconocerlas, y en la mayoría de ellas, colocaban características negativas de sí mismos, entonces trabajamos sobre ello de manera grupal con todo el curso, compartiendo cuáles son las virtudes que caracterizan a cada compañero. Esa ocasión sirvió para crear un clima de trabajo muy enriquecedor, potenciando la idea de grupo, de trabajo en red, produciendo un bienestar para los chicos, sobre todo aquellos que no podían reconocer sus propias virtudes, teniendo un reconocimiento de sí mismos pero también de los demás. (Registro N° 35. 04/07/24).

Igualmente, es importante considerar que durante esta etapa se da un punto de inflexión en el desarrollo cognitivo del niño, y el pensamiento comienza a asemejarse más al de un adulto, teniendo una mayor capacidad de resolución de problemas, acompañado de un pensamiento más lógico, flexible y organizado. También, los niños adquieren los suficientes hábitos y destrezas para ser autónomos en su propio cuidado y en la capacidad de pensar, que les permite tener una mejor comprensión de la vida y del entorno que les rodea, permitiéndoles un mejor desarrollo moral, pudiendo distinguir lo que está bien o mal, haciendo posible que empiecen a tomar sus propias decisiones, controlando su conducta en los diversos contextos en los que participan y se desenvuelven.

En la primera infancia y a partir de las características desarrolladas, el ámbito escolar es prioritario para incrementar acciones de promoción de la salud. Esto implica el abordaje de determinantes conductuales, sociales y ambientales del proceso salud-enfermedad (Villar Aguirre, 2011), construyendo así ambientes más saludables.

Todas estas características fueron tenidas en cuenta para la puesta en práctica del proyecto “Cuenten con Nosotros”, considerando los detalles de las actividades, los objetivos que se buscaron lograr y la manera de realizarlos. Al conocer a la población con la que trabajamos, en este caso los niños, las actividades se enfocaron en los cuatro pilares del Modelo Multidimensional Salubrista, entonces, en primera instancia, se pensó y enfocó en la motivación de ellos, ya que *“Si no hay deseo, no hay nada posible”*, así como las herramientas de afrontamiento de la vida, proponiendo: *“Tenemos esto, vamos a fortalecer los recursos; no para protegernos del mal, sino porque es lindo, agradable, nos hace bien, para motivarnos”*. (Registro N° 10. 13/05/24). Al mismo tiempo, pensando en el sujeto desde un rol activo, siendo protagonistas, comunicadores de lo que les pasa, de lo que les atraviesa y lo que esperan para su futuro, reflexionando conjuntamente con el concepto de corporalidad. Pero no sin antes pensar en las redes, en que es un trabajo en conjunto, por parte de todos, como dijimos anteriormente, entonces se busca hacer partícipes de dicho proyecto a quienes conforman las

redes en la comunidad: instituciones de diversa índole, escuela, familias, entre otros. Todo ello conforma el proceso en el que estamos insertos, y este análisis crítico permite verlo desde una perspectiva macro, no sólo considerándolo desde una perspectiva a corto plazo, sino y fundamentalmente, como una perspectiva a mediano y largo plazo, que los niños se vean como posibles promotores de salud. *“Promover la salud, alentar a otros a que lo hagan y compartan, hacer de la prevención algo concreto, tangible.”* (Registro N° 19. 03/06/24)

En relación a ello, en una de las reuniones que tuvimos con las familias de los alumnos, ellos expresaron la importancia de que estos temas se hablen en la escuela y luego en sus casas, principalmente desde un lado de promoción de la salud de los propios niños frente a la problemática de las adicciones, ya que anteriormente quizás no se ponían en tela de juicio y ellos la viven muy de cerca. El pensar en los conceptos que engloban nuestra propuesta, les pareció muy enriquecedor. Uno de los padres refirió: *“No decirles que no elijan la droga, porque les hace mal, porque trae muchos problemas o consecuencias; sino pensarlo desde el lado de la salud, que los chicos piensen en lo que pueden aportar, lo que hacen bien, que tengan elecciones sanas”*. (Registro N° 31. 27/06/24). Esto me pareció de gran importancia, y creo que fue un aporte e intervención desde nuestro rol como promotores de salud, el poder pensar en conjunto sobre la problemática que nos atraviesa a todos, al mismo tiempo que proponer otras alternativas, otras conceptualizaciones a lo ya conocido, y pensando en la salud como primera instancia.

Como refiere el objetivo planteado, se analiza en particular a niños que se ven atravesados por la vulnerabilidad, que forma parte de sus contextos. Al decir de Bolzon y Daura (2021), está relacionada con causas como: condiciones laborales, la inseguridad, el deterioro ambiental, el clima social, el sistema de protección social; pero de igual modo, con la interiorización y apreciación subjetiva de la propia vulnerabilidad (incertidumbre, miedo, sensación de inseguridad, pérdida de autoestima y confianza en las propias capacidades, entre otras).

De esta manera, reconocemos que la vulnerabilidad no depende de un único factor, sino que es la consecuencia de una combinación de factores físicos, ambientales, emocionales, cognitivos, entre otros. Teniendo en cuenta estas consideraciones, no tiene sentido hablar del desarrollo psicosocial de un niño cuya supervivencia esté en peligro, sin pensar también en el desarrollo de sus potencialidades, habilidades y recursos; de la calidad de su vida futura, así como de la contribución que hará a la sociedad, ya que ambas van de la mano.

Asimismo, los niños son sensibles a factores tanto favorables como desfavorables del entorno que los rodean, y al mismo tiempo, tienen un comportamiento variable ante los

determinantes de la salud (OMS, 2005), llevando a que la salud tenga diversos niveles y gradientes dentro de las poblaciones. Al mismo tiempo, los niños integran diferentes grupos, siendo el más inmediato el familiar, pero a medida que crece, también otros comienzan a cobrar relevancia en su vida, como son la escuela, el grupo de pares, el barrio, los clubes, grupos religiosos, entre otros.

Queda demostrado que la prevención y la promoción de la salud no sólo es para las escuelas. Eso es insustituible, pero se debe acompañar desde la comunidad, trabajar en conjunto, en sinergia, hablando el mismo lenguaje. Desde nuestro lugar, potenciando el armado de redes, de tejidos entre los distintos actores, escuchando, dialogando, acompañando, organizando y cuidando. Esto nos permitirá reconocer cómo nos afectan las problemáticas que dañan el tejido social, pero al mismo tiempo poder contemplar cuáles son las potencias colectivas que pueden desarrollarse para transformar y mejorar la realidad.

Esto se vio reflejado en una de las escuelas donde llevamos a cabo el proyecto, en la cual se han buscado maneras de potenciar el trabajo en los demás cursos, que no quede plasmado únicamente con un grupo de alumnos, sino que sea extensiva a la comunidad toda, involucrando a los demás docentes e integrantes de la institución educativa, así como a las familias (Registro N° 66. 13/09/24). Esto nos habla de tejer entramados con otras personas, que el trabajo sea multiplicado a más actores, para que otros protagonistas puedan plantar su “semilla” en esta problemática que nos concierne a todos. Al mismo tiempo, es a través de este involucramiento que se puede pensar en un trabajo a mediano y largo plazo, que no quede sólo en una actividad llevada a cabo durante un período de tiempo determinado, sino que continúe.

En igual sentido, desde nuestro rol, es de fundamental importancia considerar el constructo vulnerabilidad en el contexto de la salud y las adicciones en este caso, para poder reconocer su impacto en las problemáticas de salud, que pueden influir directa e indirectamente sobre los niños, pero consiguiendo, finalmente, que sean ellos mismos los que tengan elecciones salutogénicas frente a la vulnerabilidad que los atraviesa, que sepan sortear los inconvenientes que puedan presentarse, a través de la potenciación de sus recursos y habilidades propias, y llevando a la práctica el concepto de resiliencia. En relación a esto, y teniendo en cuenta los determinantes de la salud, es necesario que se aborden, desde y con otros sectores sociales, los distintos aspectos que influyen en la salud y en el bienestar de los niños, enmarcados en un enfoque de promoción de la salud, considerando el potencial impacto en su desarrollo saludable.

El psicólogo sanitarista aborda estas complejidades, de manera interdisciplinaria, interviniendo en dichas características de los niños que se encuentran en contextos vulnerables, como así también en su contexto más cercano, potenciando el trabajo en red.

Como refiere Richard (2014), el considerar perspectivas de mediano y largo plazo, permite distinguir ejes a desarrollar en el ejercicio del rol, con el fin de ofrecer mejores respuestas a situaciones como las descriptas, así como a las necesidades actuales; tal es el caso por ejemplo, del diseño de formación específica en el área para abordar los fenómenos que en ella se producen, la inclusión de estrategias de abordaje sanitario con sus particularidades, la aplicación de autoevaluaciones de las propias prácticas, la aceptación de la responsabilidad del rol social del psicólogo como formador de opiniones, y el desarrollo de pro actividad de políticas socio sanitarias respecto de los cambios que se dan a nivel social.

Es por esto que la psicología, conjuntamente a otras disciplinas, debe revisar los paradigmas en los cuales están apoyados sus trabajos, para así ofrecer respuestas integrales, intersectoriales, centradas en las capacidades y en la promoción de lo saludable, desarrollando estrategias más efectivas al momento de las intervenciones. Pensando en lo saludable a través de contextos habilitantes de procesos salutogénicos como del bienestar, esto va a permitir habilitar situaciones procesales. (Registro N° 3. 22/04/24)

Si el programa de prevención y promoción de la salud es eficiente (y el rol que se llevó a cabo), es decir integral y sustentable en el tiempo, habrá de facilitar un escenario donde emerjan modelos de identificación positivos alternativos, en el cual los niños que se encuentren atravesados por esta problemática puedan tomar decisiones para la construcción de su propio proyecto de vida.

10.2.2 Factores de riesgo que inciden en el desarrollo de la salud mental de niños ante la problemática del consumo de sustancias adictivas.

Tomándolo como un proceso dinámico y complejo, como referimos anteriormente, el consumo de sustancias adictivas atraviesa a la sociedad toda, en sus diversas esferas sociales, ámbitos y edades que la conforman. Al mismo tiempo, si pensamos el fenómeno adictivo en sí, éste se produce en una relación entre el sujeto, el contexto y el objeto (las propias sustancias), como referimos anteriormente, con el potencial de generar procesos adictivos. Pero en este entramado, no sólo existen dimensiones que son tangibles, sino también forma parte lo intangible del contexto que rodea a la persona. Ya no se puede hablar del concepto “droga” en

singular, sino considerando sus pluralidades, así como los distintos tipos que existen de ella, con sus respectivas características.

En esta misma línea, se puede reconocer en la actualidad que dicho fenómeno no sólo se vislumbra en la adultez, sino que atraviesa a los sujetos desde edades cada vez más tempranas, mostrando que ya la infancia, puede ser el inicio de la predisposición al consumo y a las prácticas que lo incluyen.

Durante mi recorrido por las prácticas, y al llevar a cabo el proyecto “Cuenten con Nosotros” en escuelas primarias, se pudo dar cuenta de estos aspectos, ya que la población principal con la que se trabajó fue con la etapa vital de la infancia. En palabras de los mismos protagonistas, niños pertenecientes al segundo ciclo de escolaridad, quedaron expresadas de manera directa e indirecta las problemáticas diversas con las que conviven a diario en su barrio, en su contexto más cercano, relativas al consumo de sustancias adictivas, que influyen de sobremanera en su desarrollo, trayendo aparejadas diversas consecuencias en su vida. (Registro N° 50. 15/08/24)

Las cuatro escuelas en las que se aplicó dicho proyecto (escuelas A, B, C y D), ubicadas en cuatro zonas diferentes de la ciudad de Córdoba, pertenecen a contextos socioeconómicos bajos, con características de vulnerabilidad en diversos aspectos, relativos a necesidades básicas, materiales, inseguridad, violencia y dentro de ello: niveles altos de consumo de sustancias, así como su venta y distribución.

En dichos encuentros, tanto con el grupo de docentes como con las familias de los propios niños, se pudo denotar que la problemática del consumo de sustancias los atraviesa muy de cerca, ya que lo presencian y viven a diario; forma parte del contexto, no sólo de manera directa: a través de observaciones, de actos en concreto que pueden apreciar en el barrio o en sus propias familias, sino también en frases, en comentarios, en el propio lenguaje. (Registro N° 31. 27/06/24)

Asimismo, como característica común en las cuatro escuelas, al momento insertarnos en el campo, de tener el primer contacto y al contarnos dónde están ubicadas y qué las caracteriza, se vieron reflejadas frases como: *“El barrio está en un contexto de gran vulnerabilidad, donde se ven agresiones, violencia, drogadicción y padres muy jóvenes”* (Registro N° 9, 08/05/2024) y agrega: *“antes se la llamaba zona roja, ahora zona de mayor riesgo o contexto de gran vulnerabilidad”*. Otra referente institucional nos refirió: *“Acá se vive en la inseguridad. Justo al frente de la escuela la tía de uno de los niños tiene un kiosco y ella se encarga de ver que no pase nada, de controlar nuestros vehículos, de observar la escuela. Es un barrio muy vulnerable”*. (Registro N° 11, 16/05/2024)

El niño, al estar inserto en este entorno de vulnerabilidad, va atribuyendo significados a lo que vivencia y al mismo tiempo va asimilando e internalizando los significados que dicho entorno también le ofrece, en este caso relacionado al consumo de sustancias. Aquí se puede ver que es el consumo de sustancias un hecho individual, particular y social, como referimos con anterioridad, y que la subjetividad se va construyendo en relación con los otros, en los propios vínculos. Por ejemplo, en uno de los encuentros, la docente pregunta de dónde conocen los nombres de las sustancias que se consumen en el barrio, qué escuchan ellos en relación a ello, ya que lo expresan con naturalidad, y uno de los niños responde: *“Lo vemos siempre, en la plaza al frente de mi casa o en la esquina”* y otro de los niños agrega: *“También sabemos de un vecino del barrio que tiene un kiosco pero vende otras cosas también. A veces vemos personas borrachas en el banco de la plaza o que están mal”* (Registro N° 50, 15/08/2024). Al mismo tiempo, uno de ellos acota: *“Yo tengo un primo en la cárcel por las drogas y con mi familia lo vamos a visitar”*. Y otra de las alumnas agrega: *“En la esquina de mi casa hay un negocio que es una “pantalla”, porque dicen que tiene plantas de marihuana en el patio”* (Registro N° 50, 15/08/2024). En estos comentarios se puede ver reflejado que no están ajenos a la problemática, que prestan atención, escuchan, observan y también la vivencian de manera cercana.

Es por esto que podemos ver que los entornos en los que la persona participa, así como las relaciones y vínculos con otros entornos, y quizás aquellos en los que no se tiene una participación activa, también pueden influir en su ambiente inmediato.

Considerando lo desarrollado por la autora Morelato (2011) quien describe el modelo de desarrollo humano como un proceso dinámico, bidireccional y recíproco, donde el niño va reestructurando su ambiente y también recibe las influencias de los factores que se vinculan con él, resulta imprescindible pensar los cuatro núcleos principales que forman parte de dicho modelo: persona, proceso, contexto y tiempo, estando todas interrelacionadas entre sí.

Respecto al contexto, está conformado por cuatro sistemas interconectados, dinámicos e interdependientes: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema. Si lo pensamos desde lo observado en dichas prácticas con niños de etapa escolar, podemos reconocer que el *microsistema* son aquellas actividades y relaciones interpersonales vivenciadas en su contexto más inmediato: la familia, la cotidianeidad del hogar, los vecinos, la escuela y todo lo que allí se desarrolla, etc., correspondiendo al contexto más íntimo de los niños. Tal es el caso, por ejemplo, de un niño que asiste a una de las escuelas, en la cual la directora nos comentó que tiene reiteradas inasistencias ya que *“con la corta edad que tiene lo hacen trabajar vendiendo bolsas y pañuelitos en la calle para juntar dinero para que su padrastro compre droga; y si no,*

tiene que cuidar de sus hermanos ya que es el mayor de seis.” (Registro N° 27, 14/06/2024) o el caso de otro niño que *“sus padres no están: uno está preso y el otro se fue de casa. Vive con la abuela pero tiene discapacidad. Vive en la calle y con las personas que lo ayudan”* (Registro N° 71, 19/09/2024). Para conocer otro ejemplo, en una reunión de padres, uno de ellos expresa: *“Todos los que estamos acá tenemos algún familiar o conocido que está en las drogas o con algún problema de adicción”* (Registro N° 31, 27/06/2024) y una madre agrega: *“mi hijo lo ve a diario porque al frente de mi casa, en una plaza, ve a las personas drogarse o vender bolsitas, entonces pregunta qué es eso, que están haciendo”* (Registro N° 31, 27/06/2024). En todos ellos quedan expresadas distintas maneras de vivenciar la problemática, la cual se encuentra inmersa en su contexto más cercano y trae consigo así, influencias para el desarrollo de los niños.

Cada uno de estos microsistemas en su entrecruzamiento conforma un *mesosistema*, pudiendo observar por ejemplo la relación entre la familia y la escuela, entre la familia y el barrio, o entre la escuela y el barrio, entre otros. Para demostrarlo con ejemplos, en una de las escuelas se podía reconocer un vínculo muy estrecho y productivo entre la familia y la escuela, en donde continuamente se pensaban actividades para hacer en conjunto, con el fin de afianzar esa relación y que los niños y sus familias vean en la escuela un espacio de contención y apoyo. En ese barrio la escuela tiene un lugar preponderante, es el punto de encuentro, es el espacio donde se organizan charlas, encuentros deportivos extraescolares, hasta actividades religiosas. En palabras de un padre: *“Los niños saben de lo que pasa en el barrio, y notamos que cada vez preguntan más. No sabemos si es por preocupación o para saber del tema. Por eso es muy importante que desde la escuela se puedan dar estos proyectos ya que los chicos necesitan tener un espacio donde hablarlo y les hace bien venir acá”* (Registro N° 31, 27/06/2024). A diferencia de otra de las escuelas, donde la violencia está más presente, y ven a la institución escolar como “una cárcel” y por ende no se puede conformar una buena relación entre las docentes, las familias, los padres y hasta los mismos niños, ya que tiene una connotación negativa, las relaciones son muy problemáticas entre ellos y la escuela; a diferencia del caso anterior, en este barrio no se le da el mismo lugar de importancia. Así refería la directora: *“La intervención familiar acá resta. La escuela es vista como una cárcel, tanto por los niños como por sus familias. La autoridad es mal vista, llámese policía, docentes, etc. y se da maltrato y violencia frente a ellas: insultos, violencia al edificio escolar, malos tratos, destrozos.”* y agrega: *“Es muy difícil entablar un diálogo porque no hablamos el mismo idioma”* (Registro N° 65, 12/09/2024).

El *exosistema* también influye en el desarrollo de la persona, pero quizás allí no cumple un rol de participante activa; tal es el caso del entorno laboral de los padres, así como los

vínculos entre la familia y la comunidad. Podemos reconocerlo por ejemplo, en el caso de un niño que se cría en la calle, ya que sus padres no están insertos en el mundo laboral y tampoco tienen vivienda. También el de un niño con su padre policía, donde para algunos tiene una connotación positiva y lo ven desde el lado de la protección, la seguridad, el resguardo, y quizás otros desde una connotación negativa: el control, el poder, la autoridad mala. Y por último, el *macrosistema*, que abarca un nivel más general e incluye patrones culturales como creencias, ideologías, valores, instituciones sociales, entre otros. En dicho nivel, se puede reconocer un contexto socio-económico bajo en los diversos escenarios, atravesados por grandes vulnerabilidades que influyen en las formas de vivir de los niños y sus familias.

Si pensamos en los factores de riesgo en sí mismos, como aquellas “condiciones que pueden aumentar la probabilidad de que una persona obtenga resultados negativos durante su desarrollo” (Papalia et al, 2009, p. 478) y que al mismo tiempo influirán en su supervivencia, maduración, desarrollo y aprendizaje; es de importancia fundamental considerarlos y saber cuáles de ellos existen en los contextos que se están investigando, para así tener en cuenta cómo pueden influir en el desarrollo y el curso de la problemática del consumo de sustancias.

En alusión a ello, con respecto al modelo ecológico de Bronfenbrenner, como fue desarrollado con anterioridad, los autores Pérez, Navarro y Martínez (2011) describen los factores de riesgo que se presentan en la niñez, de manera individual pero también en el contexto del niño. Para ello, se presentará a continuación en los siguientes cuadros: cuadro 1, 2, 3 y 4, los diversos factores de riesgo descritos por los autores, y la comparación con los que pudieron reconocerse, de manera expresa y nombrada en las cuatro escuelas (escuelas A, B, C y D) en las que se llevó a cabo el proyecto “Cuenten con Nosotros”. Cabe aclarar que dichos factores de riesgo no están presentes en todos los niños participantes de igual manera, varían con respecto a la individualidad y la situación particular de cada uno, pero aquí se toman las recurrencias que han sido expresadas por ellos, sus docentes o sus familiares.

Cuadro 1

Factores de riesgo. Tipos	Características	Escuela A
En el propio niño	Temperamento difícil, inseguridad, baja autoestima, ansiedad, conducta agresiva, dificultad en el control de los impulsos, dificultad en la	Temperamento difícil, inseguridad, conducta agresiva, dificultad en el control de los impulsos, dificultad en la adopción de

	adopción de perspectivas o en el procesamiento de la información social; enfermedades y discapacidad.	perspectivas o en el procesamiento de la información social.
En el microsistema familiar	Apego inseguro, padres insensibles a las necesidades del niño, acontecimientos de estrés en la familia, padres con problemas de salud mental, ausencia de red de apoyo social; estilo educativo punitivo, negligente o errático.	Padres insensibles a las necesidades del niño (en el menor de los casos), acontecimientos de estrés en la familia (como fallecimiento de algún familiar, violencia intrafamiliar, familiar preso, problemas socioeconómicos constantes), ausencia de red de apoyo social; estilo educativo punitivo, negligente o errático.
En el microsistema de los iguales	El niño no tiene amigos o son problemáticos, es rechazado por ellos, y éste se mantiene en el paso de los años y ocurre en distintos grupos.	El niño tiene amigos problemáticos o es rechazado por ellos (en el menor de los casos)
En el microsistema de la escuela	Dificultades de ajuste al entorno escolar (no se adapta a la disciplina y ritmo escolar, malas relaciones con sus profesores, etc.), pobre rendimiento académico, dificultades en el desempeño de actividades extra-académicas.	Dificultades de ajuste al entorno escolar (no se adapta a la disciplina y ritmo escolar, malas relaciones con sus profesores, etc.), pobre rendimiento académico, dificultades en el desempeño de actividades extra-académicas. Acompañada de inasistencias permanentes.

En las conexiones entre los microsistemas	Falta de contacto familia-escuela; valores, expectativas y aspiraciones de la familia en abierta oposición a los de los iguales y la escuela.	Escaso contacto familia-escuela (en la mayoría de los casos).
En el macrosistema	Crisis económica; reforzamiento de la intolerancia, la agresividad y la insolidaridad entre los ciudadanos; poca sensibilidad hacia los derechos y necesidades de la infancia.	Crisis económica; reforzamiento de la intolerancia, la agresividad y la insolidaridad entre los ciudadanos; poca sensibilidad hacia los derechos y necesidades de la infancia.

Factores de riesgo. Adaptación Pérez, Navarro y Martínez (2011)

Cuadro 2

Factores de riesgo. Tipos	Características	Escuela B
En el propio niño	Temperamento difícil, inseguridad, baja autoestima, ansiedad, conducta agresiva, dificultad en el control de los impulsos, dificultad en la adopción de perspectivas o en el procesamiento de la información social; enfermedades y discapacidad.	Temperamento difícil, desafiante (se pudo apreciar en un caso), inseguridad, baja autoestima, dificultad en la adopción de perspectivas o en el procesamiento de la información social.
En el microsistema familiar	Apego inseguro, padres insensibles a las necesidades del niño, acontecimientos de estrés en la familia, padres	Padres insensibles a las necesidades del niño (en el menor de los casos), acontecimientos de estrés en

	con problemas de salud mental, ausencia de red de apoyo social; estilo educativo punitivo, negligente o errático.	la familia (como fallecimiento de algún familiar, violencia intrafamiliar, familiar preso, problemas socioeconómicos constantes), ausencia de red de apoyo social.
En el microsistema de los iguales	El niño no tiene amigos o son problemáticos, es rechazado por ellos, y éste se mantiene en el paso de los años y ocurre en distintos grupos.	El niño no tiene amigos o son problemáticos (en el menor de los casos).
En el microsistema de la escuela	Dificultades de ajuste al entorno escolar (no se adapta a la disciplina y ritmo escolar, malas relaciones con sus profesores, etc.), pobre rendimiento académico, dificultades en el desempeño de actividades extra-académicas.	Pobre rendimiento académico y dificultades en el desempeño de actividades extra-académicas (en el menor de los casos).
En las conexiones entre los microsistemas	Falta de contacto familia-escuela; valores, expectativas y aspiraciones de la familia en abierta oposición a los de los iguales y la escuela.	Escaso contacto familia-escuela (en el menor de los casos)
En el macrosistema	Crisis económica; reforzamiento de la intolerancia, la agresividad y la insolidaridad entre los ciudadanos; poca sensibilidad hacia los	Crisis económica; reforzamiento de la intolerancia, la agresividad y la insolidaridad entre los ciudadanos.

	derechos y necesidades de la infancia.	
--	--	--

Cuadro 3

Factores de riesgo. Tipos	Características	Escuela C
En el propio niño	Temperamento difícil, inseguridad, baja autoestima, ansiedad, conducta agresiva, dificultad en el control de los impulsos, dificultad en la adopción de perspectivas o en el procesamiento de la información social; enfermedades y discapacidad.	Temperamento difícil, inseguridad, baja autoestima, ansiedad, conducta agresiva, dificultad en el control de los impulsos, dificultad en la adopción de perspectivas o en el procesamiento de la información social; enfermedades y discapacidad. (La mayoría de éstas exacerbadas en altos niveles)
En el microsistema familiar	Apego inseguro, padres insensibles a las necesidades del niño, acontecimientos de estrés en la familia, padres con problemas de salud mental, ausencia de red de apoyo social; estilo educativo punitivo, negligente o errático.	Apego inseguro, padres insensibles a las necesidades del niño, acontecimientos de estrés en la familia (como fallecimiento de algún familiar, violencia intrafamiliar, agresividad, familiar preso, problemas socioeconómicos constantes, ausencia de necesidades básicas, altos niveles de delincuencia), ausencia de red de apoyo social. Se agrega hipersexualización.

En el microsistema de los iguales	El niño no tiene amigos o son problemáticos, es rechazado por ellos, y éste se mantiene en el paso de los años y ocurre en distintos grupos.	El niño no tiene amigos o son problemáticos, es rechazado por ellos, y éste se mantiene en el paso de los años y ocurre en distintos grupos. Se agrega: forman parte de “bandas” con conductas problemáticas.
En el microsistema de la escuela	Dificultades de ajuste al entorno escolar (no se adapta a la disciplina y ritmo escolar, malas relaciones con sus profesores, etc.), pobre rendimiento académico, dificultades en el desempeño de actividades extra-académicas.	Dificultades de ajuste al entorno escolar (no se adapta a la disciplina y ritmo escolar, malas relaciones con sus profesores, etc.), pobre rendimiento académico, dificultades en el desempeño de actividades extra-académicas. Todas estas características se ven exacerbadas en altos niveles.
En las conexiones entre los microsistemas	Falta de contacto familia-escuela; valores, expectativas y aspiraciones de la familia en abierta oposición a los de los iguales y la escuela.	Escaso contacto familia-escuela; valores, expectativas y aspiraciones de la familia en abierta oposición a los de los iguales y la escuela. Estas características se ven exacerbadas en altos niveles.
En el macrosistema	Crisis económica; reforzamiento de la intolerancia, la agresividad y la insolidaridad entre los ciudadanos; poca sensibilidad hacia los	Crisis económica; reforzamiento de la intolerancia, la agresividad y la insolidaridad entre los ciudadanos; poca sensibilidad hacia los

	derechos y necesidades de la infancia.	derechos y necesidades de la infancia.
--	--	--

Cuadro 4

Factores de riesgo. Tipos	Características	Escuela D
En el propio niño	Temperamento difícil, inseguridad, baja autoestima, ansiedad, conducta agresiva, dificultad en el control de los impulsos, dificultad en la adopción de perspectivas o en el procesamiento de la información social; enfermedades y discapacidad.	Baja autoestima, ansiedad, dificultad en el control de los impulsos (en pocos casos) y dificultad en la adopción de perspectivas o en el procesamiento de la información social (en pocos casos).
En el microsistema familiar	Apego inseguro, padres insensibles a las necesidades del niño, acontecimientos de estrés en la familia, padres con problemas de salud mental, ausencia de red de apoyo social; estilo educativo punitivo, negligente o errático.	Padres insensibles a las necesidades del niño (en el menor de los casos), acontecimientos de estrés en la familia (como fallecimiento de algún familiar, violencia intrafamiliar, agresividad, familiar preso, problemas socioeconómicos), ausencia de red de apoyo social.
En el microsistema de los iguales	El niño no tiene amigos o son problemáticos, es rechazado por ellos, y éste se mantiene en el paso de los años y ocurre en distintos grupos.	El niño no tiene amigos o son problemáticos (en el menor de los casos).
En el microsistema de la escuela	Dificultades de ajuste al entorno escolar (no se adapta	Pobre rendimiento académico (en el menor de

	a la disciplina y ritmo escolar, malas relaciones con sus profesores, etc.), pobre rendimiento académico, dificultades en el desempeño de actividades extra-académicas.	los casos), dificultades en el desempeño de actividades extra-académicas. Acompañada de inasistencias permanentes.
En las conexiones entre los microsistemas	Falta de contacto familia-escuela; valores, expectativas y aspiraciones de la familia en abierta oposición a los de los iguales y la escuela.	Escaso contacto familia-escuela (en el menor de los casos).
En el macrosistema	Crisis económica; reforzamiento de la intolerancia, la agresividad y la insolidaridad entre los ciudadanos; poca sensibilidad hacia los derechos y necesidades de la infancia.	Crisis económica; reforzamiento de la intolerancia, la agresividad y la insolidaridad entre los ciudadanos; poca sensibilidad hacia los derechos y necesidades de la infancia.

También se presentan en el siguiente cuadro (cuadro 5) los factores de riesgo que pueden producirse en la infancia, desarrollados por la OPS (2009), también diferenciados en las cuatro escuelas asistidas, e incluyen:

Cuadro 5

Factores de riesgo en la infancia	Escuela A	Escuela B	Escuela C	Escuela D
Riesgo familiar: divorcio, abandono, maltrato infantil, patrones de conducta inadecuados de los familiares, conductas suicidas, conductas antisociales, migración, nivel cultural bajo, consumo de alcohol y/o drogas, condiciones económicas precarias o vivienda en malas condiciones.	Divorcio, abandono, patrones de conducta inadecuados de los familiares, conductas antisociales, nivel cultural bajo, consumo de alcohol y/o drogas, condiciones económicas precarias.	Divorcio, conductas antisociales, migración, nivel cultural bajo, consumo de alcohol y/o drogas, condiciones económicas precarias.	Divorcio, abandono, maltrato infantil, patrones de conducta inadecuados de los familiares, conductas antisociales, nivel cultural bajo, consumo de alcohol y/o drogas, condiciones económicas precarias o vivienda en malas condiciones.	Divorcio, abandono, patrones de conducta inadecuados de los familiares, migración, nivel cultural bajo, consumo de alcohol y/o drogas, condiciones económicas precarias o vivienda en malas condiciones.
Riesgo educacional: desorganización de las actividades escolares, falta de espacio, carencia de recreación, prohibición de jugar, maltrato físico y emocional, patrones de conducta inadecuados de educadores, falta de hábitos higiénicos, condiciones escolares inadecuadas y baja	Desorganización de las actividades escolares, patrones de conducta inadecuados de educadores, condiciones escolares inadecuadas.	No se aprecian dichas características de riesgo educacional.	Desorganización de las actividades escolares, patrones de conducta inadecuados de educadores, falta de hábitos higiénicos, condiciones escolares inadecuadas.	No se aprecian dichas características de riesgo educacional.

calidad de los educadores.				
Riesgos presentes en la comunidad: malas condiciones socioeconómicas, ausencia de áreas abiertas, poco uso del tiempo libre, limitadas actividades sociales, falta de campos deportivos, falta de organizaciones, ausencia de juegos tradicionales, baja calidad de la atención de salud, poca participación comunitaria.	Malas condiciones socioeconómicas, poco uso del tiempo libre, limitadas actividades sociales, falta de campos deportivos, falta de organizaciones, ausencia de juegos tradicionales, baja calidad de la atención de salud, poca participación comunitaria.	Malas condiciones socioeconómicas, poco uso del tiempo libre, limitadas actividades sociales, falta de organizaciones, ausencia de juegos tradicionales, baja calidad de la atención de salud, poca participación comunitaria.	Malas condiciones socioeconómicas, poco uso del tiempo libre, limitadas actividades sociales, falta de campos deportivos, falta de organizaciones, ausencia de juegos tradicionales, baja calidad de la atención de salud, poca participación comunitaria.	Malas condiciones socioeconómicas, poco uso del tiempo libre, limitadas actividades sociales, falta de campos deportivos, falta de organizaciones, ausencia de juegos tradicionales, baja calidad de la atención de salud, poca participación comunitaria.
Riesgo individual: daños pre-peri y posnatal, trastornos del aprendizaje y déficit sensoriales, violencia, déficit de juegos y práctica deportiva, enfermedades crónicas, consumo de alcohol y/o drogas, conducta suicida y accidentes, trastornos en el desarrollo general y en el psicomotor,	Trastornos del aprendizaje, violencia, déficit de juegos y práctica deportiva, enfermedades crónicas, consumo de alcohol y/o drogas, desvinculación del estudio.	Trastornos del aprendizaje (sólo en algunos casos), déficit de juegos y práctica deportiva, consumo de alcohol y/o drogas, desvinculación del estudio (sólo en algunos casos).	Daños pre-peri y posnatal, trastornos del aprendizaje y déficit sensoriales, violencia, déficit de juegos y práctica deportiva, consumo de alcohol y/o drogas, trastornos en el desarrollo general (se pudo apreciar en un caso),	Trastornos del aprendizaje (sólo en algunos casos), déficit de juegos y práctica deportiva, consumo de alcohol y/o drogas, desvinculación del estudio.

desvinculación del estudio.			desvinculación del estudio.	
-----------------------------	--	--	-----------------------------	--

Factores de riesgo. Adaptación OPS (2009)

Como afirma el National Center For the Advancement of Prevention (CSAP, 1999), a mayor cantidad de factores de riesgo presentes en un niño y experimentados por él, más podría estar relacionado con el abuso de sustancias, pero también en lo referente a salud, salud mental y problemas de conducta.

Durante la experiencia en las distintas escuelas donde se aplicó el proyecto, en tres de ellas, las docentes explicitaron que la escuela, además de cumplir la función educativa y de transmisión de conocimientos, además y principalmente, cumple una función de apoyo y de contención. Al decir de una directora: *“Nos ocupamos de enseñar a dividir pero también surgen otras urgencias, y ahí aparece la contención, el acompañamiento, la escucha, brindar espacios y cariño donde no los hay”*, ya que relacionado a los factores de riesgo anteriormente nombrados, los niños se encuentran en un contexto de gran vulnerabilidad. Esto se relaciona con que en muchas ocasiones el rol de la maestra va más allá del encuadre áulico, traspasando sus límites, y en sus palabras nos han referido que en determinados momentos *“nos brindamos a los niños y sus familias, viendo cada situación en particular, yendo a sus casas muchas veces, acompañando, tienen padres analfabetos que no entienden, no saben y muchas veces no se interesan por sus hijos”* (Registro N° 9, 08/05/2024).

En los casos particulares de dichas escuelas en las cuales se aplicó el proyecto “Cuenten con Nosotros”, como se puede apreciar, se reconocen variados y numerosos factores de riesgo: tanto a nivel económico, social, familiar, escolar y de contexto más cercano como el barrio o la comunidad. Algunos de ellos tienen mayor preponderancia que otros, dependiendo de la escuela y del contexto en el que están insertas.

En relación a esto, para la aplicación de dicho proyecto, fue imprescindible dar cuenta de ellos, advertirlos, conocerlos y considerarlos, para poder tener un conocimiento del contexto en el que estamos trabajando con los niños, sus familias y la escuela; y así poder intervenir de la manera más apropiada ante ello.

A partir de ello, se puede reconocer que los distintos factores de riesgo expuestos tienen una gran incidencia en la problemática de adicciones y de consumo de sustancias a nivel general en la población, pero principalmente en su desarrollo durante la infancia, aumentando aún más la complejidad de la situación. Es por eso la importancia de reconocerlos para así poder

intervenir adecuadamente, a nivel de prevención y promoción de la salud general, y en particular a nivel de la salud mental. A sabiendas de que están insertos en contextos de vulnerabilidad, es fundamental reconocerlos y tomar las particularidades de cada grupo, como así también la manera en la que impactan y son vivenciados dichos factores de riesgo por los sujetos intervinientes y su entorno más próximo.

10.2.3 Estrategias de intervención que promueven la salud mental en niños de contextos vulnerables, ante la problemática del consumo de sustancias adictivas.

En niños de contextos vulnerables que están atravesados por la problemática del consumo de sustancias adictivas, es de importancia fundamental el poder considerar estrategias de intervención adecuadas y precisas, que tengan como fin principal promover la salud mental en ellos. En este apartado se desarrollará el tercer objetivo propuesto para dicho trabajo.

Si pensamos en dichas estrategias de intervención, en primera medida es menester tener en consideración lo desarrollado por la OPS (2012), como pasos imprescindibles en la elaboración de un programa de salud mental para la niñez y la adolescencia, de base comunitaria, en el cual se toman: en primer lugar, el diagnóstico de la situación de salud mental de la población más vulnerable; luego, el análisis y la priorización de los problemas, así como de las necesidades; y por último, el plan de acción acorde a llevar a cabo.

En la etapa vital de la niñez la escuela ocupa un lugar primordial, ya que es la institución principal en la cual el niño se halla inmerso, como dijimos anteriormente. Y no sólo para él, sino también para su familia, su entorno más cercano y la comunidad toda. A partir de esto, la escuela se convierte en uno de los escenarios y lugares más importantes para llevar a cabo las intervenciones en el campo de la salud en dicha etapa vital.

Desde la Fundación ProSalud, uno de los proyectos que se realizan, y del cual nos referiremos específicamente ya que es el que fue llevado a cabo en las cuatro escuelas referidas, es el proyecto “Cuenten con Nosotros”, surgido como respuesta a las demandas de la comunidad y de las escuelas. El objetivo central del mismo, como dijimos anteriormente, es facilitar el desarrollo de acciones preventivas y de promoción de la salud en el mediano y largo plazo. Su función principal está asociada a la promoción socio comunitaria ligada a temas de adicciones, así como a la prevención de las mismas, según estrategias orientadas a fortalecer habilidades y

competencias socioafectivas de los niños, incluyendo tener un discernimiento sobre las sustancias psicoactivas.

Todo esto, considerando que el fenómeno de las adicciones atraviesa a las personas desde edades tempranas, constatando que en muchos casos el inicio de la predisposición al consumo y a las prácticas de consumo aparece en la infancia, siendo fundamental entonces el realizar acciones de prevención en esta etapa. El valor de la educación es un pilar fundamental para el desarrollo de actitudes reflexivas y pensamientos críticos por parte de los niños, y sumado a ello: *“Para las intervenciones, es importante tener en cuenta la complejidad.”* (Registro N° 4. 29/04/24)

Como refirió George Lara et al. (2012), las prácticas sociales que se dan en el interior de la escuela son un excelente espacio para aprender a convivir con otros, para organizarse, coordinarse, convivir y ser solidarios. La escuela en sí misma se constituye como una red social significativa en lo comunitario, permitiendo que confluyan múltiples acciones, por lo que tiene un fuerte dinamismo con su entorno cercano.

Esto podemos verlo reflejado en nuestra tarea, en cuanto tuvimos la posibilidad de coordinar los encuentros con los propios alumnos, sus referentes institucionales pero también sus familias, como un forma de hacer extensiva la intervención, y considerando que en esta problemática todos somos parte, nadie queda ajeno; por lo cual reconocimos que es imprescindible que la tarea sea colaborativa y confluyan las acciones de todos.

La escuela tiene un rol importante a la hora de abordar las problemáticas psicosociales que atraviesan a los niños y sus familias. Como referimos anteriormente, se promueve un trabajo “con” y “en” la escuela, aprobando los procesos internos en el desarrollo de la comunidad educativa, pero también potenciando la vinculación con su entorno, especialmente con redes sociales locales que favorezcan la protección de los derechos de los niños. Así, queda demostrada la importancia del trabajo en red y con la comunidad.

En lo referente a la implementación del proyecto “Cuenten con Nosotros” en las diversas escuelas en las que trabajamos, la propuesta de trabajo fue la misma para todas ellas, pero considerando las particularidades y características de cada institución, ya que cada una demostró su propia idiosincrasia. El mismo constó de nueve acciones integradas, destinadas no sólo al grupo de alumnos elegido por los directivos escolares, sino también a estos últimos y a las familias; con el fin de que puedan articular y/o replicar la experiencia en otros cursos y ejes curriculares, en la institución educativa toda; como así también las familias, en sus propios hogares y entornos más cercanos.

Las acciones se correspondieron con:

- Dos encuentros con los referentes institucionales y docentes, al inicio y final del proyecto, para definir el plan de trabajo institucional y evaluar el proceso llevado a cabo.
- Un encuentro con los familiares y referentes de la comunidad que deseen participar, al inicio del proyecto, para informar sobre el mismo, hablar sobre la problemática del consumo de sustancias adictivas y sobre los ejes de prevención, promoción de la salud y resiliencia.
- Seis encuentros con los alumnos, que cursan el segundo ciclo de la escuela primaria. El proyecto propone una dinámica de Taller, realizado con una frecuencia semanal. El curso fue elegido por los directivos escolares.

Cada uno de los encuentros que caracterizan al proyecto “Cuenten con Nosotros” están enmarcados con sus respectivas “ideas semilla”, que dan cuenta de los objetivos principales que buscan llevarse a cabo en ellos, así como las ideas principales que engloban cada encuentro. Dichos encuentros fueron planeados y organizados en las reuniones de equipo (Registro N° 6. 30/04/24) y se corresponden con los siguientes:

Encuentro N°1: *“Escuela y Liderazgo en educación para la salud”*. El mismo estuvo destinado a tener el primer encuentro con los referentes institucionales y directivos de la escuela, con la idea de que cada integrante de la comunidad educativa tiene algo para aportar en el proceso de construcción colectiva, en relación a la problemática de consumo de sustancias adictivas. También el pensar en una prevención en el mediano y largo plazo, de manera conjunta.

Encuentro N°2: *“Somos el ambiente”*. En dicho encuentro, el primero con los niños y la docente del curso, se presentó el encuadre general del proyecto “CCN”, y se propuso la perspectiva de articulación entre los ejes salud, ambiente y solidaridad, con la “idea semilla” de que está todo relacionado y se transforma a lo largo del tiempo.

Encuentro N°3: *“La prevención en la familia y la comunidad”*. Fue el encuentro con la familia, con el fin de que conozcan el proyecto “CCN” y desde nuestro rol también poder reconocer el contexto en el que se encuentran los alumnos, las características de la comunidad en la que se desarrollan, etc. A partir de la “idea semilla” de que la familia y los referentes de la comunidad son los principales sostenes para el desarrollo de hábitos y vínculos saludables en los niños, se amplía la invitación para que colaboren de manera activa en la convocatoria, y se trabaje cooperativamente con la escuela.

Encuentro N°4: “*Yo soy, nosotros somos*”. Mediante éste, se promovió el valor del autoconocimiento y de que todas las personas somos valiosas y que los demás también lo son. También se reconocieron hábitos saludables y no saludables en los niños, y el reconocimiento de sus virtudes.

Encuentro N°5: “*Comunicándonos*”. En dicho encuentro se tomaron como temas de abordaje: el derecho a expresarme y a respetar la expresión del otro, la comunicación verbal y no verbal, la comunicación asertiva, y también el reconocimiento del mundo interno y el mundo externo, así como de los distintos modos de comunicarse.

Encuentro N°6: “*Cultura del consumo*”. En este encuentro se reflexionó sobre las características de la cultura del consumo, así como la diferenciación entre el consumo para las necesidades básicas y el consumismo, favoreciendo el intercambio de opiniones. Asimismo, se habló acerca de qué es el pensamiento crítico y en qué consiste el proceso de tomar decisiones, a la hora de pensar prácticas que benefician o no a la salud.

Encuentro N°7: “*Consumo de sustancias*”. En él, el enfoque estuvo puesto en el fenómeno adictivo. Se consolidaron conocimientos sobre el sistema nervioso central, el valor del cerebro y cómo actúa al consumir sustancias. Identificamos el saber que tenían los alumnos sobre el consumo y venta de sustancias, así como los recursos que tienen ante esta problemática. Se desarrollaron las características negativas que esto acarrea, proponiendo alternativas de promoción de la salud y elecciones saludables.

Encuentro N°8: “*Mundo Saludable*”. Dicho encuentro, al ser el último con los alumnos, se promovió la importancia de que cada uno de ellos tenga una posición activa para construir una vida y un mundo saludable; así como tener una actitud resiliente ante dificultades que puedan surgir y cooperar entre todos. Se propuso la idea de que en un mundo saludable todos somos importantes y podemos ayudar a que se solucionen los problemas.

Encuentro N° 9: “*Pensando juntos la escuela promotora de salud*”. Encuentro final del proyecto, realizado con los directivos y docentes participantes del mismo. Implementación de la evaluación del proceso respecto a lo realizado, a través de una devolución de ambas partes. Se recuerda de la importancia de que se consolide como proyecto institucional, que contribuya al desarrollo y al fortalecimiento de hábitos saludables en los alumnos y la comunidad educativa.

En esta misma línea y conociendo un poco más acerca del proyecto, el mismo en sí estuvo estructurado a la forma dinámica del dispositivo Taller, el cual forma parte de una estrategia pedagógica que enfoca sus acciones al saber hacer, hacia la práctica principalmente. De alguna manera, se “aprende haciendo” y esto permite que sea una actividad grupal

constructiva de los participantes, estimulando relaciones horizontales en la cual todos sus participantes pueden expresar sus opiniones, sus puntos de vista, y el coordinador es un asistente que ayuda a aprender, facilitando recursos y asesorando.

Lo central en el dispositivo taller es la articulación que se da entre un quehacer concreto y las reflexiones que allí surjan. En él, la aspiración fundamental es poder construir conocimientos a partir del trabajo grupal, y esto incluirá espacios para el intercambio, la reflexión y también la creación colectiva (Piola, 2020).

Es la grupalidad una oportunidad para co-construir nuevos sentidos de cuestiones que atraviesan a las personas, ya que no sólo se toma la individualidad de cada quien, sino y principalmente el trascender hacia otras dimensiones: lo institucional, el contexto y los distintos actores allí implicados. Esto en definitiva enriquece aún más el espacio.

El hecho de escuchar un cuento, de compartirlo entre todos a través de actividades grupales, de expresar las opiniones e ideas que surgieron a partir de él, todo ello implica desarrollar competencias relacionadas a la escucha, a la comunicación. Al mismo tiempo, el cuento refuerza la capacidad de imaginar. Cuando se está escuchando un cuento, el niño/a desarrolla una condición protagonista al hacer de intérprete e intermediario y receptor (Iglesia, 2008).

Es a través del vínculo, no de la singularidad, con los que participan del proyecto activamente: compañeros, docentes, directivos, familiares, practicantes y hasta con el mismo relato, donde se favorece un escenario que permite hablar del tema de las adicciones, y así poder entablar un diálogo con lo que viven de manera directa o indirecta en sus propias realidades. Esto quedó demostrado gracias a la dinámica del dispositivo taller, ya que los propios niños, a través de la grupalidad, y el compartir experiencias y relatos de manera conjunta, se sentían escuchados, comprendidos, hasta quizás identificados con las realidades de los demás. Lo mismo con las familias y las reuniones en la institución escolar; el brindarles estos espacios donde se habla de una problemática que viven de manera muy cercana y les preocupa, favorece un escenario de entendimiento, de diálogo, de conversación, generando nuevas dinámicas y posibilidades relacionales que aportan notoriamente al proceso.

Como afirma Piola (2020), a partir de pensar en lo realizado, de reflexionar acerca de las experiencias, sentimientos y deseos que nos constituyen y emergen en el espacio *entre*, es que pueden darse cambios que conmuevan al sujeto posibilitando nuevas asunciones y posicionamientos.

Una de las principales estrategias que se propone en el proyecto es el juego, que como afirma Urribarri (1999), en él se ve el intento de conocer, de dominar y ejercitar el cuerpo y el

espacio físico, así como el interés por el mundo ampliado, las semejanzas y diferenciar con los otros, así como su adaptación a diferentes circunstancias.

Al mismo tiempo, es importante crear un ambiente para que éste se desarrolle de la mejor manera, en la cual los adultos a cargo favorezcan la autoexpresión de los niños, dando lugar a una investigación creativa y a un intercambio de ideas, que faciliten la elaboración de los temas que se tratan en cada encuentro. En el caso en particular del proyecto, los juegos se pensaban en relación a las “idea semilla” que les correspondían. Asimismo, cada encuentro estaba pensado para hacer actividades dinámicas, con diversos materiales, movimientos, colores y objetivos, con el fin de que se produzca un espacio lúdico, pero que al mismo tiempo sirva para tramitar cuestiones de sus propias realidades, que quizás de otra manera no surgirían.

En dicha etapa vital la aparición del juego de reglas o juego social es lo característico, favoreciendo la adaptación a reglas y competencias; es por eso que en el proyecto “CCN” fueron pensados juegos acordes a llevar a cabo en estas circunstancias, considerando la etapa del desarrollo en el que se encuentran estos niños.

Por ejemplo, en el encuentro “*Comunicándonos*”, se planteó la disposición grupal en forma de ronda, y pensando en fomentar una comunicación asertiva, les pedimos que se tomen sus manos y pasen el mensaje: “*yo soy... y mis principales virtudes son...*”, con un apretón de manos que marcaba el ritmo de la circulación del mensaje. De esta manera, se reconocía la comunicación verbal y la no verbal, así como el aprender a escuchar a los demás. Otro ejemplo refiere al encuentro “*Yo soy, nosotros somos*” en el que una de las actividades era el “juego de la marea”, en el cual debían formar una fila sobre una línea divisoria y moverse a la izquierda o a la derecha según se sientan identificados con los enunciados; por ejemplo, “Moverse a la derecha quienes tengan calzado negro”, “Moverse a la izquierda quienes hagan deporte”, o “Moverse a la derecha quienes tengan más de dos hermanos”, y posteriormente: “Moverse a la izquierda quienes conozcan a alguien que fume”, y “Moverse a la derecha quienes conozcan a alguien que tome alcohol”. Con el fin de conocer al grupo, al contexto en el que viven y principalmente, lo relacionado al consumo de sustancias adictivas, pero no preguntándoles de manera directa e individual. También les dijimos que podían quedarse en la línea del medio si no se sentían identificados con los enunciados. En dicha actividad, al mismo tiempo se aprecia la toma de decisiones de ellos mismos y también fomenta al autoconocimiento, y al conocimiento sobre el grupo en general. (Registro N° 29. 26/06/24)

En el encuentro “*Cultura del consumo*” se realizaron dos juegos principales, como es el caso del juego “Simón Dice” donde reflexionamos acerca de responder a mandatos que provengan de otras personas, particularmente relacionado a invitaciones a consumir sustancias

adictivas o a la compra/venta de los mismos, ya que nos habían comentado en diversas situaciones que algunos niños lo vivían muy cerca con familiares, o conocían a niños de su edad que lo hacían. También hicimos un juego de roles donde armamos dos kioscos o puestos de venta de cosas saludables y no saludables, ideando frases, estímulos, preguntas, gracias a las producciones de los propios niños. Por ejemplo, en el kiosco de artículos saludables se les ocurrió vender frutas, verduras, agua, elementos para hacer deporte, cuentos, “tiempo con mis seres queridos”, “tiempo para hablar con mis padres”, etc.; en cambio el de artículos no saludables: videojuegos, alcohol, cigarrillos, gaseosas, etc. En ambos se puede apreciar la toma de decisiones sobre elecciones propias, el tener una actitud crítica, al mismo tiempo que el reflexionar sobre las características de la cultura del consumo.

Se puede apreciar que el juego de representación fomenta las formas de pensamiento “como sí”. En este caso los niños crearon los elementos de determinadas situaciones, involucrando necesidades emocionales e intelectuales, pudiendo evocar hipótesis constructivas sobre los diversos temas aplicados.

Otra de las herramientas utilizadas en el proyecto, y que caracteriza al mismo, puesto que su nombre lo indica: “Cuenten con Nosotros”, fueron los cuentos. Los mismos se implementaron en cada uno de los encuentros, y estuvieron a cargo de los adultos que acompañaban: desde nuestro rol de practicantes, y también docentes y referentes institucionales. Los cuentos tienen una importancia fundamental en todas las etapas vitales, pero en la infancia en particular, sabemos que ayudan en el desarrollo no sólo de la inteligencia, sino también en la estimulación del lenguaje, de la creatividad, de las propias emociones, así como para aprender a enfrentar conflictos, en el desarrollo de la identidad y en la capacidad de separar la fantasía de la realidad, entre otros. El identificarse con los protagonistas del cuento, les permite a los niños comprender su propia realidad, sus dificultades o problemáticas, y pensar en la idea de futuro. Por ejemplo, luego de la lectura de un cuento, uno de los niños dijo: *“No hay que pelear ni dividirse en bandos como pasó en la selva. Como pelearon, los árboles no pudieron crecer más y se secaron. Hay que poder hablar y solucionar los problemas”* (Registro N° 35. 04/07/24)

Al mismo tiempo, es a través de ellos que se transmiten los valores que la sociedad determina y establece como positivos y negativos.

Algunos de los cuentos y también fábulas que tuvieron protagonismo durante la implementación del proyecto fueron: la fábula de “La Hormiga y la Cigarra”; y los cuentos “Semillas de la Amistad”, “Asamblea en la Carpintería”, “Los Monos Bubuanos”, entre otros.

También las canciones o historias narradas fueron puestas en práctica, como es el caso de la “Marcha de Osías” de María Elena Walsh; trabajando la dimensión de la creatividad, ya que llevaba a los niños a sentirse parte, a verse identificados con su protagonista, a imaginar diversas formas de sentir, de actuar, de vivenciar. Por ejemplo, uno de ellos reflexionó: *“Hay cosas importantes que no se compran con dinero, como Osías, que quería tener más tiempo con su abuela, tiempo para jugar, para charlar con los demás. Son cosas que no se compran pero son importantes”* (Registro N° 45. 08/08/24).

En relación a esto, García García (1998) refiere que una escuela promotora de salud es aquella que proporciona unas condiciones óptimas para el desarrollo emocional, intelectual, físico y social de los alumnos; promoviendo, fomentando y permitiendo la adquisición de habilidades personales y sociales que lleven a crear valores y actitudes positivas hacia la salud, a través de la toma de decisiones personales, la participación y la igualdad.

A partir de esto, y relacionándolo con el proyecto mismo, considero de vital importancia la posibilidad de ofrecer desde un primer momento en la vida de una persona, en particular en las infancias, el aprendizaje relacionado a la adquisición de pautas de hábitos saludables que acompañen y lleven al individuo a optar por estilos de vida donde su salud a nivel general, y la salud mental particularmente, sean valoradas y priorizadas.

Fue uno de los objetivos planteados del proyecto “CCN” el promover y potenciar el desarrollo de recursos socio-afectivos en los alumnos, para la toma de decisiones conscientes en referencia a lo saludable, en contraste con lo relacionado al consumo de sustancias adictivas. Al mismo tiempo, impulsando valores para el desarrollo personal de ellos desde una perspectiva de derechos de la salud, así como también promoviendo mecanismos de resiliencia en los niños y en los ambientes en los que se desarrollan.

Esto también podemos verlo reflejado en los ejercicios de relajación y de respiración consciente que se realizaban al comienzo de cada encuentro, en donde les proponíamos estar atentos a su ritmo respiratorio, contribuyendo a tener una conciencia corporal y el autoconocimiento, que es propiciatorio de procesos de toma de decisiones responsables, como así también enseñándoles a no tener apuro, a estar tranquilos, con calma. Otra de las actividades que se propuso para el desarrollo de hábitos saludables fue la creación de un germinador, en el cual descubrirían el modo en el que funciona el ecosistema en el que estamos insertos, las formas de cuidado que deben implementarse, así como el disfrute de conocer lo que nos rodea y del aporte que cada uno puede hacer para cuidarse a sí mismos y a los otros.

Dicho proyecto, al operar como dispositivo preventivo y de promoción de la salud, fue una gran oportunidad para introducir el modo multidimensional saludable al trabajo con los

niños, los educadores, la institución y la comunidad educativa en general, proponiendo incentivos para que luego sea replicado en la propia institución, así como en la comunidad toda, siendo el marco teórico aplicado en cada una de las actividades y de los objetivos que fueron propuestos.

Otro concepto que también forma parte del proyecto “Cuenten con Nosotros” es el de resiliencia, que complementa las intervenciones relacionadas a la promoción de la salud y que es uno de los pilares fundamentales de dicho proyecto. Se define a la resiliencia como aquella capacidad que pueden tener algunas personas cuando están expuestos a situaciones difíciles, y logran superarlas e incluso salir fortalecidas de las mismas, a pesar de las adversidades que se presentan. Es por esto que en la implementación de dicho proyecto, también se buscó promover el desarrollo de la resiliencia en lugar de prevenir daños, como una forma de mejorar las condiciones de vida (Cardozo y Alderete, 2009)

Los autores González Arratia López Fuentes et al. (2009) afirman que es a partir de ella que se puede redefinir el rol de los niños y adolescentes, ya que son seres con capacidad para interactuar con el ambiente, modificarlo y al mismo tiempo, demostrar facultades de adaptación positiva; siendo actores principales de su propio desarrollo, dejando de ser sujetos pasivos beneficiarios que reciben información desde afuera.

En cada actividad llevada a cabo, se habló del mismo y se puso énfasis en la necesidad de tenerla en cuenta, de conocer acerca del concepto, así como también de implementarlo. Dicha promoción estuvo enfocada en la activación de mecanismos protectores sobre eventos adversos, que posibiliten un equilibrio armónico entre estados de tensión, estrés y vulnerabilidad que puedan darse en la cotidianidad de cada uno de los niños, y los sucesos inesperados que también puedan surgir.

Como afirma la autora Richaud (2016) las características de las personas naturalmente resilientes permiten el diseño de políticas de intervención preventivas, reduciendo la exposición a situaciones que provocan estrés, o reforzando los factores protectores como fuentes de apoyo o afecto, comunicación o la habilidad para resolver problemas. A partir de ello, los encuentros estaban destinados a fortalecer la capacidad de enfrentar los inconvenientes que puedan ocurrir, incorporándola a proyectos de vida saludables, permitiendo cambios de perspectiva y un análisis de las situaciones vividas. En particular, fue pensado desde el lado de la problemática de consumo de sustancias adictivas, como una prevención más específica, pero también desde la prevención inespecífica, a nivel más general en la vida de los alumnos.

En esta misma línea, las intervenciones también estuvieron relacionadas al concepto de habilidades sociales; aquellas conductas que permiten al individuo desarrollarse en un contexto

individual o interpersonal expresando sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación (Lacunza, 2011). Las mismas, posibilitan la resolución de problemas inmediatos y la disminución de problemas futuros en la medida que el individuo respeta las conductas de los otros.

La escuela y la familia, son ámbitos privilegiados para el aprendizaje de las habilidades sociales, siempre y cuando éstos puedan proporcionarlas. Nos referimos, por ejemplo: a asumir responsabilidades, considerar otros puntos de vista, valorar las habilidades de los otros, etc.

Es desde la perspectiva salugénica que este tipo de intervenciones en habilidades sociales no sólo pretenden revertir los déficits sociales sino también promover y profundizar las habilidades asertivas de la persona, actuando como promotoras de la salud. Pero esto no se realiza de manera individual, sino que se aprende a partir de lo que se experimenta, se escucha, se observa, gracias a las relaciones interpersonales; suponen procesos de intercambio en donde lo contextual atraviesa el quehacer: el medio social, el entorno físico, el bagaje cultural e histórico de los sujetos, entre otros. La implementación del proyecto “Cuenten con Nosotros” tuvo en cuenta dicho concepto en cada una de las actividades llevadas a cabo.

11. CONCLUSIONES

Esta mirada teórica-práctica me permitió consolidar la formación ya adquirida, así como generar nuevos aprendizajes que serán expuestos a continuación.

Primeramente, se comenzará por exponer las conclusiones vinculadas a los objetivos planteados para dicho trabajo, para luego arribar a reflexiones finales que sustenten los aprendizajes vivenciados.

Al comienzo del proceso de prácticas, algunos interrogantes que empezaron a surgir fueron: ¿Cómo se trabaja desde la promoción de la salud? ¿Qué rol cumple el psicólogo sanitarista en la prevención de adicciones? ¿Cómo se trabaja con niños acerca de esta problemática? ¿Y con ellos en relación a la promoción de la salud?, entre otras. A partir de ello, el objetivo general del presente trabajo, consistió en delimitar el rol del psicólogo sanitarista en la promoción de la salud mental, de niños que se encuentran en contextos vulnerables. Para arribar a este análisis, fue necesario el desarrollo de los tres objetivos específicos.

Como primer objetivo específico, se buscó delimitar el rol del psicólogo sanitarista en la promoción de la salud mental, de niños que se encuentran en contextos vulnerables. En relación a ello, en primera medida, se encontró que a través de la aplicación del proyecto “Cuenten con Nosotros” en las escuelas primarias donde asistimos, hubo un primer contacto con el término “promoción de la salud”, ya que anteriormente no habían trabajado acerca del concepto y lo que él implica. Esto significa que dichos alumnos e institución escolar toda, tuvieron un primer acercamiento a la promoción de la salud en lo relacionado a la problemática del consumo de sustancias adictivas.

Relacionado a esto, pudimos reconocer que en cuanto a la prevención de adicciones tampoco tenían información relevante ni era un tema que abordaran con recurrencia en el currículo escolar; sólo en algunos casos tenían charlas que duraban un encuentro.

En segunda instancia, el hecho de hablar sobre ello desde la psicología y dando lugar al desarrollo de nuestro rol, también fue muy positivo ya que anteriormente en las escuelas no lo habían vivenciado. Respecto a esto, se pudo constatar la necesidad de llevar a cabo estos dispositivos preventivos (acorde a la prevención primaria) y de promoción de la salud, en las escuelas pero también haciéndolo extensivo a la comunidad toda; y abordando la prevención inespecífica, pero y principalmente la prevención inespecífica relacionada al consumo de sustancias adictivas.

El rol del psicólogo como promotor de la salud estuvo caracterizado en acompañar a los niños a que puedan tomar decisiones en torno a lo saludable, que lo consideren y lo afiancen en su vida cotidiana, alentando a que tengan elecciones salutogénicas y promoviendo la elegibilidad de las mismas, antes que actitudes defensivas o indiferentes frente a las influencias

del entorno; focalizando sus potencialidades y demostrando que el individuo tiene un papel activo en su propio proceso de salud. Se pudo denotar que más allá de la problemática del consumo de sustancias adictivas, la mayor parte de los niños por ejemplo, no podía reconocer sus propias virtudes, sus características positivas como personas, entonces el trabajo de promoción de la salud fue específico, pero también abordando una mirada general.

En esta misma línea, es importante considerar desde el rol con el constructo de vulnerabilidad que atraviesa a la población, en este caso los niños, para así poder reconocer su impacto en las problemáticas de salud que puedan influir directa e indirectamente sobre ellos, consiguiendo y potenciando finalmente, que sean ellos mismos los que tengan elecciones salutogénicas frente a dicha vulnerabilidad, sorteando los inconvenientes que puedan presentarse, a través de la potenciación de sus recursos y habilidades propias, y llevando a la práctica el concepto de resiliencia.

También desde el rol se enfatizó la necesidad de analizar, considerar y abordar desde la práctica no sólo a los niños sino también a sus familias, las instituciones, y los escenarios próximos de relación social en los cuales se desarrollan, potenciando el armado de redes, en conjunto, en sinergia, tejiendo entramados entre los distintos actores a través de la escucha, el diálogo, la toma de decisiones, el dar sus propios puntos de vista; acompañando, organizando, cuidando y potenciando. El hacerlos formar parte del proyecto en sí, pero también de la escuela, de lo conversado en el aula con los propios alumnos, fue considerado muy enriquecedor y esto aporta en gran medida al trabajo en red y a abordar desde la prevención de manera más amplia y nutrida. El darles lugar a que todos los actores se impliquen, potencia aún más el trabajo realizado.

Al mismo tiempo, se tuvo en consideración que el rol de promotor de salud implica el contemplar las perspectivas de mediano y largo plazo en el trabajo llevado a cabo, en este caso con el proyecto “Cuenten con Nosotros”, con el fin de ofrecer mejores respuestas y más adecuadas a situaciones como las descritas con anterioridad, autoevaluando las propias prácticas pero al mismo tiempo potenciando a que las mismas sean replicadas en los diversos ámbitos de desarrollo que conforman la sociedad.

En relación al segundo objetivo específico, en el cual se caracterizaron los factores de riesgo que inciden en el desarrollo de la salud mental en niños ante la problemática del consumo de sustancias adictivas, se pudo dar cuenta en las cuatro escuelas a las que asistimos, que tanto los niños como su propio entorno, presentan variados y numerosos factores de riesgo, tanto a nivel económico, social, familiar, escolar y a nivel contextual; y dentro de ello: niveles altos de consumo de sustancias, así como su venta y distribución.

En relación a esto, para la aplicación del proyecto “Cuenten con Nosotros”, fue imprescindible poder reconocerlos, advertir qué tipos de factores de riesgo están presentes, para así poder tener un conocimiento del contexto en el que estamos trabajando con los niños, sus familias y la escuela, pudiendo intervenir de la manera más adecuada.

Pudimos reconocer a través de la observación y de la escucha en palabras de los mismos protagonistas, de manera directa e indirecta, los factores de riesgo que los atraviesan, y de esta manera se vislumbró que los mismos tienen una gran incidencia en la problemática del consumo de sustancias adictivas. No sólo influyendo a nivel general en la población, sino y fundamentalmente en el desarrollo de la infancia de los niños, aumentando aún más la complejidad de la situación.

Es por eso la importancia de reconocerlos para así poder intervenir adecuadamente, a nivel de prevención y promoción de la salud general, y en particular a nivel de la salud mental. A sabiendas de que están insertos en contextos de vulnerabilidad, también es valioso conocer la manera en la que impactan y son vivenciados dichos factores de riesgo por los sujetos intervinientes y su entorno más próximo.

Como tercer y último objetivo, se identificaron las estrategias de intervención que promueven la salud mental en niños de contextos vulnerables, ante la problemática del consumo de sustancias adictivas. En relación a ello, los encuentros semanales que teníamos en las escuelas, promovieron una participación activa de sus protagonistas: alumnos, docentes, referentes institucionales y familias. Como relatamos durante todo el escrito, es una problemática que nos atañe e involucra a todos, por eso la importancia de que cada uno pueda hacer su aporte, desde su propio lugar, teniendo un rol activo.

A partir de las intervenciones, se buscó en primera instancia, promover un trabajo “con” y “en” la escuela, potenciando la vinculación entre sus actores pero también con su entorno, demostrando la importancia del trabajo en red y con la comunidad. Asimismo, las intervenciones tuvieron como fin principal facilitar el desarrollo de acciones preventivas y de promoción de la salud en el mediano y largo plazo, asociada a la prevención de las adicciones, según estrategias orientadas a fortalecer habilidades y competencias socioafectivas de los niños, así como a tener elecciones salutogénicas, incluyendo tener un discernimiento sobre las sustancias psicoactivas. Podemos decir que ambas se vieron reflejadas en el trabajo en las escuelas, ya que la participación fue numerosa y las actividades pudieron desarrollarse exitosamente, a excepciones de algunos momentos.

En relación a ello, la forma de dispositivo taller fue muy importante al momento de intervenir, ya que permitió que la actividad grupal sea constructiva para los participantes,

estimulando relaciones horizontales entre ellos, en donde podían expresar sus opiniones, contar cuestiones de su propia realidad, y como coordinadoras facilitábamos que se siga reproduciendo.

La grupalidad dio lugar a que surjan reflexiones muy enriquecedoras y al mismo tiempo potenció la construcción de nuevos conocimientos y aprendizajes a través del intercambio, la reflexión, la comunicación, la escucha y la creación colectiva. A través de los cuentos, del espacio lúdico generado con los diversos juegos, del escuchar una canción y de cada actividad llevada a cabo, se favoreció un escenario que permitió hablar del tema de las adicciones, con aquello que viven en sus propias realidades, de manera directa e indirecta; pero desde un lado de promoción de la salud, animándolos a que se involucren en su cuidado, que sean agentes de cambio y que tomen decisiones saludables.

Relacionado a ello, en algunas circunstancias las actividades se vieron dificultadas de llevarse a cabo por características del contexto escolar o la misma participación de los alumnos, así como también por las dinámicas de trabajo dentro de la institución, que no ayudaban a que dichas intervenciones sean aplicadas de la mejor manera; en muchos casos, no favoreciendo el trabajo en red del que venimos hablando. Pudimos reconocer que esto se producía por el no deseo de involucramiento, o porque quizás estaba la idea de que únicamente las practicantes debíamos llevar a cabo dicho proyecto.

A partir de esto, y a modo de cierre, considero de vital importancia la posibilidad de ofrecer desde un primer momento en la vida de una persona, en particular en las infancias, el aprendizaje relacionado a la adquisición de pautas de hábitos saludables que acompañen y lleven al individuo a optar por estilos de vida donde su salud a nivel general, y la salud mental particularmente, sean valoradas y priorizadas.

Fue uno de los objetivos planteados del proyecto “CCN” el promover y potenciar el desarrollo de recursos socio-afectivos en los alumnos, para la toma de decisiones conscientes en referencia a lo saludable, en contraste con lo relacionado al consumo de sustancias adictivas. Al mismo tiempo, impulsando valores para el desarrollo personal de ellos desde una perspectiva de derechos de la salud, así como también promoviendo mecanismos de resiliencia en los niños y en los ambientes en los que se desarrollan.

En última instancia, considero menester reconocer la importancia del trabajo realizado durante las prácticas pre profesionales, a través del trabajo grupal e interdisciplinario llevado a cabo en las escuelas y en la Fundación, porque me permitió afianzar y enriquecer mis conocimientos y saberes adquiridos durante todos estos años. La unión de la teoría con la práctica consolida aún más lo aprendido y el vivenciarlo en primera persona, ser protagonista y

ubicarme en el rol desde la Psicología Sanitaria me hizo conocer otras particularidades y aristas de la psicología en sí, con todo lo que ello implica. Reconocer el rol, las maneras de trabajar, de aportar desde nuestro lugar, y llevándolo a cabo a través de los conceptos de prevención y de promoción de la salud me permitieron implicarme en otras teorizaciones y saberes que considero son de importancia fundamental a nivel de salud individual, así como de la salud grupal y general.

12. REFERENCIAS

- Asamblea Permanente por los Derechos Humanos. Instituto Espacio para la Memoria. (2012). *¿Qué es esto de los derechos humanos?: apuntes para una reflexión crítica*. Instituto Espacio para la Memoria.
- Ase, I y Burijovich, J. (2009). La estrategia de la Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. *Salud Colectiva*. 5(1). 27-47.
- Barnechea García, M., y Morgan Tirado, M. (2010). La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica. *Tend. Retos*. (15). 97-107.
- Becoña Iglesias, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*. Universidad de Santiago de Compostela, España.
- Berk, L. (1999). *El desarrollo del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.
- Bernal Martínez de Soria, A. (2010). Psicología positiva de la vida y los programas de intervención en la familia para promover competencias sociales. *INFAD Revista de Psicología*, 1 (1). International Journal of Developmental and Educational Psychology.
- Bolzon, L. y Daura, F. (2021). *Vulnerabilidad en la niñez y la adolescencia. Características de la niñez y la adolescencia – Vulnerabilidad y Protección Integral*. Maestría en Intervención en Poblaciones Vulnerables. Universidad Austral.
- Bordignon, N. A., (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2), 50-63.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Editorial Paidós.
- Camargo Ramos, C. M., y Pinzón Villate, G.Y. (2012). La promoción de la salud en la primera infancia: Evolución del concepto y su aplicación en el contexto internacional y nacional. *Revista de la Facultad de Medicina*.
- Cardozo, G. (2017). Cartografías del consumo de sustancias en las adolescencias contemporáneas en Donzini, G. y Morici, S. (Ed.), *Problemáticas Adolescentes. Intervenciones en la Clínica Actual* (Vol. 108). Editorial Noveduc.
- Cardozo, G., y Alderete, A. M. (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología desde el Caribe*, (23).
- Cifuentes Gil, R (2011). La escritura: clave en procesos de sistematización de experiencias. https://cepalforja.org/sistem/documentos/decisio28_saber7.pdf
- Código de Ética Nacional. Federación de Psicólogos de la República Argentina. (2013, 30 de noviembre). <https://colegiodepsicologos.org.ar/wp-content/uploads/2022/08/Codigo-de-Etica-de-la-FePRA.pdf>

- Código de Ética. Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016, 12 de noviembre).
http://www.legislaud.gov.ar/pdf/cba_psico.pdf
- Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. (2014). Reglamento de especialidades.
- Colomer-Revuelta, C., Colomer-Revuelta, J., Mercer, R., Peiró-Pérez, R., y Rajmil, L. (2004).
 La salud en la infancia. *Gaceta Sanitaria*, 18 (1).
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400009&lng=es&tlng=es
- De Lellis, M. (2015). *Perspectivas en salud pública y salud mental*. Ediciones Nuevos Tiempos. Bs. As.
- De Lellis, M. y cols. (2007). *Psicología y políticas públicas de salud. La psicología ante algunas problemáticas sanitarias emergentes en la Argentina*. Editorial Paidós.
- Delsanto, M. (2023). *La participación de niños y adolescentes como herramienta fundamental para la prevención de adicciones*. (Tesis de Grado. Licenciatura en Psicología). Universidad Católica de Córdoba, Córdoba.
- Díaz Facio Lince, V. (2010). La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de Psicología*. Universidad de Antioquía. 2 (3). Ensayo de reflexión.
- Epp, J. (1996). Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. *Promoción de la salud: una antología*. Publicación Científica, OPS.
<https://www.cienciasdelasalud.uns.edu.ar/docs/Promocion%20de%20la%20salud%20una%20antologia.pdf>
- Fernández, A. M. (1989). *El campo grupal. Notas para una genealogía*. Nueva Visión.
- Font, C., Bruera, J. I. et al. (2024). Guía Práctica sobre Salud Mental en los Clubes de barrio.
- Fundación ProSalud (2024). *Fundación para la promoción de la salud humana*.
<https://www.fundacionprosalud.org/quienes-somos/>
- García, D. (2003). Innovaciones pedagógicas. En *El Grupo. Métodos y técnicas participativas*. Buenos Aires, Espacio Editorial.
- García del Castillo, J. A., (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Salud y drogas*. 15 (1).
- García García, I. (1998). Promoción de la salud en el medio escolar. *Revista Española de Salud Pública*, 72 (4). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271998000400001&lng=es&tlng=pt
- George Lara, M, et. al. (2012). Salud mental en escuelas vulnerables: evaluación del componente promocional de un programa nacional. *Revista de Psicología*, 21 (2).

- González Arratia López Fuentes, N. I., Valdez Medina, J. L., Oudhof van Barneveld, H., y González Escobar, S. (2009). Resiliencia y salud en niños y adolescentes. *CIENCIA ergo-sum*, Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva, 16(3).
- Guber, R. (2011) *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Siglo Veintiuno: Buenos Aires.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la investigación*. (5ta Ed.). Mc Grow Hill Education.
- Holtzman, W. et al. (1988). Psicología y salud. Contribuciones de la psicología al mejoramiento de la salud y de la atención de salud. *Bol Of Sanit Panam*, 105 (3).
- Iglesia, J. (2008). Los cuentos motores como herramienta pedagógica para la educación infantil y primaria. *ICONO 14*. Revista de comunicación y tecnologías emergentes. 6 (1).
- Jara H, O. (2010). La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos. *Matinal, Revista de Investigación y Pedagogía*. 4 y 5.
- Jara H., O. (2006). La sistematización de experiencias y las corrientes innovadoras del pensamiento latinoamericano – una aproximación histórica. *DIÁLOGO DE SABERES* N° 3. 118-129. <https://egac.cl/wp-content/uploads/2017/02/La-sistematizacion-de-experiencias-y-las-corrientes-innovadoras-del-pensamiento-latinoamericano.-Una-aproximacion-historica.pdf>
- Jara H., O. (2020). Orientaciones teórico prácticas para la sistematización de experiencias. <http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/handle/123456789/3845>
- Jasiner, G. (2007). *Las intervenciones del coordinador. En Coordinando grupos. Una lógica para los pequeños grupos*. Lugar Editorial.
- Kickbusch, I. (1996). Promoción de la salud: una perspectiva mundial. *Promoción de la salud: una antología*. Publicación Científica, OPS. <https://www.cienciasdelasalud.uns.edu.ar/docs/Promocion%20de%20la%20salud%20una%20antologia.pdf>
- Lacunza, A. B. y Contini de González, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. Universidad Nacional de San Luis. *Fundamentos en Humanidades*, 1 (23).
- Lacunza, A. B. (2012). Las intervenciones en habilidades sociales: revisión y análisis desde una mirada salugénica. Universidad de Palermo. *Psicodebate*, 12
- Laurell, A. (1987). La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico sociales* N° 37. CESS.

- Ley Nacional N° 26.061. (2005, 28 de septiembre). Ley de Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Ministerio de Justicia de la Nación. Presidencia de la Nación.
- Ley Nacional N° 26.657. (2010, 25 de noviembre). Derecho a la Protección de la Salud Mental. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Presidencia de la Nación
- Ley Provincial N° 9.848. (2010, 20 de octubre). Régimen de la protección de la salud mental en la provincia de Córdoba. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.
- Marchiori Buss, P. (2008). Una introducción al concepto de promoción de la salud. En Czeresnia & Machado de Freitas. *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*.
- Marín Díaz, V., y Sánchez Cuenca, C. (2015). Formación en valores y cuentos tradicionales en la etapa de educación infantil. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2). <https://doi.org/10.11600/1692715x.13238190514>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud*. Versión 1. Madrid.
- Morales Calatayud, F. (1997). *Introducción a la psicología de la salud*. Koyatún Editorial.
- Morelato, G. (2011). Resiliencia en el maltrato infantil: aportes para la comprensión de factores desde un modelo ecológico. *Revista de Psicología*, 29 (2).
- Muzlera, S. et al. (2012). *Coordinación de grupos: experiencias y aportes técnicos*. Editorial de la Universidad del Aconcagua.
- Naciones Unidas. (1989, 20 de noviembre). Convención sobre los Derechos del Niño. Resolución 44/25. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- Ochaita Alderete, E., y Espinosa Bayal, M. (2012). Los Derechos de la Infancia desde la perspectiva de las necesidades. *Educatio Siglo XXI*, 30(2), 25–46. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/educatio/article/view/153671>
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. *Alma-Ata*. <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
- Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Una Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Hacia un Nuevo Concepto de Salud Pública. [Archivo PDF]. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-deottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

- Organización Panamericana de la Salud. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). Salud mental en la comunidad: segunda edición.
- Ortíz Frágola, A. (2014). Psicopatología de las adicciones y vulnerabilidad adolescente. En Ortíz Frágola, A. *Psicopatología de nuestro tiempo. De la inquietud adolescente a los trastornos del narcisismo*. Buenos Aires: Psicolibro ediciones.
- Papalia, D.E., et. al. (2009). Psicología del Desarrollo. De la infancia a la adolescencia. México: Mc Graw Hill.
- Pérez Pérez, N. y Navarro Soria, I. (2011). *Psicología del desarrollo humano: del nacimiento a la vejez*. Editorial Club Universitario. San Vicente, Alicante.
- Piola, B. (2020). El Taller: inter-versiones en la grupalidad. En A. Taborda; G. Leoz; B. Piola, *Inter-versiones: prevención en clínica socioeducativa*. Nueva Editorial Universitaria - UNSL.
- Rabal Alonso, J. M., et al. (2020). Didáctica a través de los cuentos en educación infantil: ¿por qué es importante el uso del cuento? Validación Cupedosoc. *Brazilian Jornal of Development*, Curitiba. 6 (12).
- Redondo Alfaro, D. (2012). Rol del profesional de psicología en atención primaria de la salud. *Wimblu*, Rev. electrónica de estudiantes. Esc. de psicología, Univ. Costa Rica. 8(1): 61-80. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/10465/9840>
- Reynoso, R. (1980). *Psicopatología y clínica infanto-juvenil*. Tomo I. Editorial de Belgrano.
- Richard, G (2015). Acerca del paradigma salubrista como facilitador de procesos de cambio en prevención y tratamientos de adicciones, necesarios en el diseño de políticas públicas integrales. [Manuscrito no publicado]
- Richard, G. (2014). Adicciones: acerca del riesgo de que el rol del psicólogo sea funcional al desarrollo del problema. En Cardozo, G. : *El psicólogo del tercer milenio: nuevas realidades, nuevos desafíos*. Editorial de la Universidad Católica de Córdoba
- Richaud, M. C. (2016). Vulnerabilidad social y desarrollo. En I. E. J. Huairé, A. Elgier y G. Clerici (Comp.), *Perspectivas actuales en psicología del desarrollo*. Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle.
- Rodriguez, A. P. y Durand, J. (2019). *Sistema protección de infancia y adolescencia en la Argentina: retrasos en el enfoque de derechos y viejas prácticas tutelares*. XIII Congreso Español de Sociología. Universidad de Valencia, España.

- Saforcada, E. (2012). Psicología Sanitaria. Historia, Fundamentos y perspectivas. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4 (2), 120-132. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333127382007>
- Urribarri, R. (1999). Descorriendo el velo. Sobre el Trabajo de la Latencia. *Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*. FEPAL, 3 (1).
- Vargas Rubilar, J., Lemos, V., y Richaud, M. C. (2017). Programa de fortalecimiento parental en contextos de vulnerabilidad social: Una propuesta desde el ámbito escolar. *Interdisciplinaria*, 34(1).
- Villar Aguirre, M. (2011). Factores Determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Artículo de opinión. *Acta Médica Peruana*. 28(4). <file:///C:/Users/Windows8/Downloads/Determinantes%20de%20la%20salud.%20Importancia%20de%20la%20prevencion-%20Villar%20Aguirre.pdf>
- Yuni, J.A, y Urbano, C.A. (2014). *Técnicas para investigar. Recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación*. Editorial Brujas.
- Zachetti, M. (s.f). *El juego en el niño*. Ficha de Cátedra de Psicología de la Niñez (2019). Licenciatura en Psicología. Universidad Católica de Córdoba.