

Delsoglio, Ramiro

**El rol del psicólogo en la
promoción de la salud
mental colectiva en personas
mayores que asisten a un
centro de atención primaria
de la salud en la ciudad de
Córdoba**

**Tesis para la obtención del título de
grado 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.](#)



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA**

*Universidad Católica de Córdoba
Facultad de Ciencias de La Salud
Licenciatura en Psicología*

Proyecto de Trabajo Final

“El rol del psicólogo en la promoción de la salud mental colectiva en personas mayores que asisten a un centro de atención primaria de la salud en la ciudad de Córdoba.”

Alumno: Delsoglio, Ramiro.

DNI: 42.696.270

Directora: Mgter. Barovero, Cecilia.

**Córdoba, Argentina
2025**

ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN	5
2. ÍNDICE DE SIGLAS O ABREVIATURAS	7
3. CONTEXTO DE PRÁCTICA	9
3.1 HITOS Y FUNDAMENTOS DE LA PSICOLOGÍA SANITARIA	10
3.2 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.	13
4. CONTEXTO INSTITUCIONAL	18
4.1 ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCIÓN	21
5. EJE DE SISTEMATIZACIÓN	22
6. OBJETIVOS	24
6.1 OBJETIVO GENERAL:	25
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	25
7. PERSPECTIVA TEÓRICA	26
7.1 PROMOCIÓN DE SALUD COLECTIVA	27
7.1.1 SALUD MENTAL COLECTIVA	28
7.1.2 SALUD MENTAL COLECTIVA EN PERSONAS MAYORES	31
7.1.3 CARACTERÍSTICAS DE UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO SALUDABLE	32
7.1.4 FACTORES DE RIESGO EN LA SALUD MENTAL COLECTIVA EN PERSONAS MAYORES	33
7.2 CARACTERÍSTICAS EN LA ETAPA VITAL DE PERSONAS MAYORES Y TEORÍAS PSICOSOCIALES ACERCA DE LA VEJEZ	36
7.3 ROL DEL PSICÓLOGO SANITARISTA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD	39
7.3.1 EL DIAGNÓSTICO COMUNITARIO CON ENFOQUE SANITARISTA	42
7.3.1 EL DISPOSITIVO TALLER COMO ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	44
7.3.2 DISPOSITIVO TALLER CON PERSONAS MAYORES	46
7.3.3 DISPOSITIVO TALLER COMO ESPACIO LÚDICO-EXPRESIVO.	47
8. MODALIDAD DE TRABAJO	50
8.1 SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS	51
8.2 CARACTERIZACIÓN DE SUJETOS	52
8.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	52
8.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS	52
9. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	54
9.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO	55
9.1.1 CENTRO DE SALUD.	55
9.1.2 DISPOSITIVO GRUPAL TALLER “CHICAS+60”	58
9.1.3 CAPACITACIONES (DAPS, HOSPITAL DE URGENCIAS, UNC)	62
9.2 ARTICULACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICA	66
9.2.1 EL ROL DEL PSICÓLOGO SANITARISTA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL COLECTIVA DE PERSONA MAYORES QUE ASISTEN A UN CENTRO DE SALUD	66
9.2.1.1 FUNCIONES DEL PSICÓLOGO SANITARISTA CON PERSONAS MAYORES EN UN CENTRO DE SALUD.	67
9.2.1.2 DIAGNÓSTICO COMUNITARIO COMO PARTE DEL ROL DEL PSICÓLOGO SANITARISTA EN APS.	68

9.2.1.3 PLANIFICACION, COORDINACION Y EVALUACION DEL DISPOSITIVO TALLER CON PERSONAS MAYORES: COMO PARTE DEL ROL DEL PSICÓLOGO SANITARISTA EN APS.	69
9.2.2 LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL COLECTIVA DE LAS PERSONA MAYORES Y SUS FACTORES DE RIESGO..	71
9.2.3 EL DISPOSITIVO TALLER: COMO ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN CON PERSONAS MAYORES DE EDAD DESDE UNA MARCO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL COLECTIVA.	73
9.2.3.1 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN QUE PROMUEVEN LA SALUD MENTAL COLECTIVA DE PERSONAS MAYORES, CONSIDERANDO CARACTERÍSTICAS DE UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO SALUDABLE.	75
9.2.3.2 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN: DISPOSITIVO TALLER COMO ESPACIO LÚDICO-EXPRESIVO.	76
9.2.3.3 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN: DISPOSITIVO TALLER COMO ESPACIO NARRATIVO-LITERARIO.	79
10. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	83

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a mis padres y mi familia, por su apoyo incondicional, por su transmisión de valores y por tanto cariño y amor, sin ellos nada de esto hubiera sido posible. Gracias por estar presentes en cada uno de los pasos que di en el transcurso de mi vida, espero genuinamente en algún momento poder devolverles un mínimo de todo lo que me han brindado.

A quienes comenzaron este recorrido como mis compañeros y compañeras, y que hoy son mis hermanos y hermanas, fueron, son y serán un pilar fundamental en cada una de mis decisiones. Gracias por el afecto, el acompañamiento, por las tristezas y las alegrías compartidas. Es un privilegio enorme compartir mi pasión y mis intereses con ustedes.

A mi directora de Tesis, Magister Cecilia Barovero, por su apoyo desinteresado, desde su primer rol como supervisora, y luego cuando aceptó ser mi Directora, admiro profundamente su compromiso con la docencia y la psicología, agradezco su paciencia, esfuerzo y dedicación con la transmisión de saberes, y la formación de futuros profesionales.

A mi referente institucional, Lic. Gabriela Cravero, que acompañó mi primer contacto pre-profesional con el rol del psicólogo en los territorios, me acompañó en cada uno de mis pasos, demostrando confianza, respeto y dedicación, logrando transmitirme muchísimos saberes teóricos y prácticos, pero también un fuerte compromiso y una profunda pasión por la Psicología Comunitaria, Sanitaria, y la Salud Pública en general.

A todo el personal de la UCC, tanto cuerpo docente como personal administrativo, no solo por la formación profesional y académica que me han brindado, sino por la formación personal, transmitiendo valores como el amor y el compromiso por el prójimo, y reforzando nuestra influencia en la sociedad como agentes generadores de cambios.

A las personas que ya no están presentes en mi vida, pero que han tenido una influencia directa en mi proceso de crecimiento, agradecer por el amor genuino, el apoyo emocional desinteresado y por brindarme la valentía para afrontar cada desafío entendiendo que lo único que siempre nos quedará, es el presente. Tienen reservado un lugar especial en mi corazón, los recuerdos quedarán por la eternidad.

1.ÍNDICE DE SIGLAS O ABREVIATURAS

APS: Atención Primaria de Salud.

CUS: Certificado Único de Salud.

CIPS: Centro de Investigación de Psicología Social.

DAPS: Dirección de Atención Primaria de la Salud.

ESI: Educación Sexual Integral.

EZI: Equipo Zonal Interdisciplinar.

ITS: Infección de Transmisión Sexual.

IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SENAF: Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia.

UCC: Universidad Católica de Córdoba.

UNC: Universidad Nacional de Córdoba.

2. INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo pertenece a la Universidad Católica de Córdoba, Facultad de Ciencias de la Salud, carrera de Psicología. El mismo se enmarca dentro de la cátedra Prácticas Pre-Profesionales Supervisadas, desde el Contexto Sanitario, y ofrece una sistematización de una experiencia práctica en terreno, que va desde Marzo a Noviembre e integra las actividades realizadas en el Centro de Salud n30 de Villa Páez, con dependencia municipal y las capacitaciones propuestas desde este mismo establecimiento. El eje de sistematización tiene que ver con una temática que atravesó toda la experiencia de la práctica, “El rol del psicólogo en la promoción de la salud mental colectiva de adultos mayores que asisten a un centro de salud”. La sistematización de experiencias, propuesta por Oscar Jara (2011) nos permite construir nuevos conocimientos desde la práctica, en articulación y diálogo constante con la perspectiva teórica. Asimismo, mediante los registros de observación diarios de lo vivenciado, se puede realizar una recuperación del proceso vivido, a los fines de ordenar la información de manera cronológica y lineal, profundizando de este modo en el eje de sistematización mencionado anteriormente. En cuanto a las consideraciones éticas, tanto el consentimiento informado como el secreto profesional, nos acompañan a lo largo de todo el proceso como futuros profesionales y al servicio del rol del psicólogo. A lo largo de este trabajo se destaca la importancia de la perspectiva teórica ya que permite articular lo vivenciado en la práctica con diversos estudios, investigaciones y autores que nos permiten darle un sentido académico a nuestro rol como practicantes, y poder nutrirnos de este modo acerca de la psicología sanitaria en general, y principalmente en el rol del psicólogo sanitario en la promoción de la salud mental de personas mayores que asisten a un Centro de Salud de atención primaria, a partir de la participación en un dispositivo grupal taller denominado Grupo: Mujeres+60, que funciona como espacio de socialización y recreación desde una perspectiva de promoción de la salud integral que considere el envejecimiento activo saludable como una forma de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

3. CONTEXTO DE PRÁCTICA

3.1 HITOS Y FUNDAMENTOS DE LA PSICOLOGÍA SANITARIA

En este apartado vamos a considerar conceptualizaciones que han permitido desarrollar la psicología sanitaria. En primer lugar, siguiendo a Calatayud (2009);

Es 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. La misma, se encarga del estudio de 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. (p.57)

En base a esta definición, podemos enmarcar el ejercicio del psicólogo sanitario dentro de un amplio modelo de actividades que integra diversas acciones para la promoción de la salud integral, la prevención de enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, a la adecuación de los sistemas o servicios de salud en relación con la necesidad de sus destinatarios, a partir de la planificación, realización y monitoreo de múltiples programas y proyectos.

Los aportes de Laurell (1987), en lo que respecta a una reinterpretación del proceso salud-enfermedad, motivado por la escasez de respuestas y soluciones por parte de la medicina clásica para abordar las mayores problemáticas de salud-enfermedad de los países industrializados, como accidentes cardiovasculares o tumores malignos, nos permiten ir más allá de la mirada médica/clínica tradicional que centra sus focos en la biología y el individualismo, para centrarse prioritariamente en lo colectivo/social. Al hablar de una cierta jerarquía de lo social, sobre el resto de procesos que influyen sobre el proceso salud/enfermedad, nos permite centrar nuestros esfuerzos en determinados grupos sociales, desde un determinado momento histórico, para poder encontrar recurrencias/diferencias dentro de un mismo grupo y recurrencias/diferencias respecto a otros, en las cuales se consideren; factores

socio ambientales, factores políticos y económicos, niveles de educación, estilos de vida (hábitos de consumo, modos de trabajar). Sin dudas todo esto tiene un efecto directo sobre los diferentes procesos biológicos individuales que llevan a que determinados grupos sociales, tengan modos característicos de enfermar y morir. Tal como lo explica Laurell (1987): “La relación entre el proceso salud enfermedad colectiva y el del individuo, entonces está dada porque el proceso salud-enfermedad colectiva determina las características básicas sobre las cuales gravita la variación biológica individual” (p.9).

Para considerar al proceso salud-enfermedad desde una perspectiva colectiva, que comprenda todos los factores que están presentes en el mismo, es importante hablar de los determinantes de salud; siguiendo a Villar Aguirre (2011): “son un conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.” (p.1)

El autor los divide en dos grandes grupos; por un lado, aquellos que son de responsabilidad multisectorial del estado y son los determinantes económicos, sociales y políticos. En otro sentido están los que corresponden al sector Salud; y se relaciona tanto con los estilos de vida, factores ambientales, aspectos biológicos y genéticos de la población, como así también con la atención sanitaria (servicios de salud disponibles).

Ahora bien, para centrarnos en el surgimiento de la psicología sanitaria en nuestro país, se realizará un breve recorrido histórico, sobre algunos de los hitos más relevantes, y sus mayores exponentes.

En primera medida considero pertinente citar a Enrique Saforcada (2012); un referente provincial y nacional, que nos dice:

El 1 de octubre de 1969 se crea, en la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), el Centro de Investigación en Psicología Social (CIPS)” (p.122). Los principales lineamientos de investigación de estos centros, fueron relacionados con la Salud Pública. Empezaron a ejecutarse algunos proyectos en barrios periféricos de la Ciudad de Córdoba, y a armarse puentes con

instituciones de Salud Mental de otras provincias y países vecinos, para intercambiar saberes y enriquecer los conocimientos. Esto fue posible a partir de diversas experiencias en terreno, en los cuales se vieron involucrados importantes referentes como el Dr. Mauricio Goldenberg y Dr. Juan Marconi Tassara oriundo de Chile.(p.122)

Hacia fines de 1975, el CIPS, se vio obligado a disolverse por diversas amenazas, efectuadas por parte de las fuerzas armadas, que culminó en el golpe de estado de 1976. Esta situación contextual puso un freno a las diversas actividades que se desarrollaban en el centro, sin embargo no fueron suficientes para apagar la llama de este nuevo enfoque sobre el quehacer en psicología que se estaba gestando. Por ello cuando el país vuelve a la vida en democracia, esta orientación se reinstala académicamente en abril de 1986 en la Cátedra de Salud Pública / Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y en 1987 en la Carrera de Psicología de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba, al crearse la Cátedra de Psicología Sanitaria a cargo de Diego Rapella, director de salud Mental de la Provincia de Córdoba.

En el año 1989, el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba mediante el Reglamento de Especialidades consolida a la Psicología Sanitaria como una especialidad de la profesión del psicólogo/a.

Dicho autor describe, el contexto sobre el cual debió emerger como necesidad esta nueva área de especialización en Argentina, a partir de la presencia de cuatro situaciones propias del ámbito de la salud en nuestro país:

- (a) la naturaleza fundamentalmente psicosociocultural de los factores y procesos que inciden negativamente en la salud de la población.
- (b) la existencia de tres subsistemas de servicios de salud –privado, de la Seguridad Social y Público– que lleva a que las universidades formen a los profesionales para el subsistema privado, con lo cual carecen de los conocimientos y destrezas necesarias en el subsistema

público de estos servicios.

(c) la formación reduccionista de los profesionales de la psicología que les impide integrarse al equipo multidisciplinario de salud.

(d) el ámbito de lo público le requiere a la psicología una gran cantidad de aportes vinculados con la planificación, la ejecución y la evaluación de las políticas y programas de salud, lo cual no está incluido en la formación universitaria de los psicólogos. (p. 120)

Esta temática sigue estando muy presente aún en la actualidad, respecto a la conformación de los equipos multidisciplinarios ya que la incorporación de psicólogos, trabajadores sociales y personal de enfermería, genera diversas repercusiones hacia los demás integrantes, en su mayoría médicos, que si bien ya no niegan la importancia de estas disciplinas, se les dificulta romper sus esquemas jerárquicos, del paradigma biomédico con él fueron formados. Por otra parte, se observan dificultades por parte de los estudiantes de psicología de pensar la salud mental, en términos de salud colectiva o salud mental colectiva, debido a la formación clínica individualizada, de consultorio privado, y a una escasa formación en salud pública y en dispositivos de abordajes grupales.

3.2 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

Para enriquecer el contexto de la psicología sanitaria, es importante pensarla en relación a sus aportes en los centros de salud. Es por ello que vamos a mencionar algunas conferencias internacionales que acentuaron sus esfuerzos en contextualizar el concepto de promoción de la salud y el de atención primaria de salud. Estas conferencias son: Carta de Ottawa (1986) y la conferencia de Alma-Ata (1978)

La carta de Ottawa (OMS, 1986) ha sido el documento escrito que surgió luego de la primera conferencia internacional sobre promoción de la salud, el día 21 de noviembre de 1986, que tenía como objetivo el siguiente lema: "Salud para Todos en el año 2000." Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la

creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Es importante destacar que las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados que formaron parte de la misma, aunque también se tuvieron en cuenta algunos problemas que atañen a las demás regiones.

Asimismo, la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos, los mecanismos necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. En relación al concepto de salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone lo siguiente: “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 o ambiente” (p.2). Y lo amplía diciendo; “Que la salud se percibe, pues 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.”(p.2)

Si bien este concepto, es un tanto utópico, ya que deja por fuera la coexistencia de enfermedad, que es inherente al ser humano, logra sentar las bases sobre las cuales iban a desarrollarse los posteriores avances conceptuales acerca de promoción de la salud.

En el mismo sentido, otro autor Marchiori Buss. P (2018) dice:

La Carta de Ottawa asume también que la equidad en la salud es uno de los focos de la promoción de la salud, cuyas acciones tienen como objetivo las diferencias en el estado de salud de la población y en el acceso a recursos diversos para una vida más saludable. Apuntando hacia los múltiples determinantes de la salud y hacia la intersectorialidad al afirmar qué dado que el concepto de salud como bienestar global es superior a la idea de estilos de vida saludables, la promoción de la salud no es responsabilidad exclusiva del sector de la salud (p.31)

Esta definición logra incorporar como novedad, un abordaje de mayor complejidad, al considerar los determinantes socioculturales del proceso

salud-enfermedad, concluyendo que la promoción de la salud no puede ser relegada únicamente al sector de la salud, sino que se requiere de un trabajo en conjunto como los demás sectores. Tal desarrollo en torno a la promoción de la salud proclamado en la carta de Ottawa, se despliega mediante cinco ejes principales que fueron confeccionados por medio de la participación activa de las diversas naciones involucradas. Los mismos consisten en:

- Elaboración e implementación de políticas públicas saludables.
- Creación de ambientes favorables para la salud.
- El reforzamiento de la acción comunitaria.
- Desarrollo de habilidades personales.
- Reorientación de los sistemas de salud.

Por su parte la conferencia internacional de Alma-Ata (1978) sobre la atención primaria en salud, fue uno de los pilares fundantes de esta nueva forma de pensar y entender la salud pública y colectiva, y la misma define a la atención primaria de salud como:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, 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, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (p. 1)

En primer lugar, la atención primaria no requiere únicamente de la participación activa del sector salud, sino que se demanda la integración de otros sectores, como el de desarrollo social, económico, ambiental o político.

Desde un abordaje multisectorial y transdisciplinario, que trasciende los dualismos individuo/sociedad, y salud/enfermedad, ubicando de esta manera su marco de acción en los procesos de reciprocidad e interdependencia que entre ellos suceden.

De igual manera, si bien esta declaración sentó las bases sobre este nuevo paradigma acerca de la salud pública que logró muchísimos avances en relación a la accesibilidad a los sistemas de salud por parte de las poblaciones, también es cierto que encontró limitaciones para cumplir de manera eficaz con todos sus objetivos, más aún en los países latinoamericanos, por eso surge a partir de nuevas conferencias la importancia de la evaluación y el monitoreo en relación al cumplimiento o no de los objetivos primordiales de la APS.

Siguiendo a Haggerty et al. (2019), quienes realizaron una adecuación de un instrumento de evaluación de objetivos de la APS en Canadá, en relación a la situación de América Latina, se describen los siguientes objetivos de la APS:

- Acceso universal: Garantizar el acceso para todos, de manera equitativa a partir de una atención integral e integrada, sostenida por una relación continua entre la comunidad y los centros de salud.
- Calidad técnica: Brindar servicios seguros y de buena calidad. Promover una cultura institucional de calidad en los proveedores de APS.
- Aceptabilidad de los servicios: Los trabajadores de salud deben contar con habilidades eficaces de comunicación, respeto por la autonomía de la persona y un trato digno y aceptable para los usuarios, de acuerdo con su contexto sociocultural y personal.
- Acceso de primer contacto: Asegurar el acceso de primer contacto a la población, y una la efectiva referencia a los proveedores asignados de APS.
- Atención integral e integrada: Garantizar la atención integral (salud física y mental, episodios agudos, cuidados crónicos, paliativos y de rehabilitación, actividades de promoción y prevención) e integrada a los

individuos y a la población asignada a un equipo de APS.

- Coordinación de los servicios: Facilitar la coordinación entre las instituciones, los profesionales y los trabajadores que proveen servicios de salud en diferentes puntos de atención, para evitar la fragmentación y lograr la atención integrada
- Planificación de los servicios: Planificar la oferta local de los servicios necesarios dentro de la estrategia de APS para responder a las necesidades de salud de una población definida
- Participación comunitaria: Promover un enfoque comunitario y participativo de la atención y la gestión de los servicios
- Trabajo intersectorial: Promover y desarrollar acciones intersectoriales para la intervención en los determinantes que afectan la salud (p.381)

Para concluir, si bien se lograron grandes avances en algunas de estas funciones, desde Alma- Ata hasta la actualidad, aún queda muchísimo campo por recorrer en lo que respecta a la calidad técnica de los servicios que se brinda, en aspirar a una transdisciplina integral e integrada para abordar la complejidad y diversidad de problemáticas presentes en el primer nivel, y ni hablar de la utopía ilusoria del acceso universal, dentro de un modelo político y económico, en el cual las desigualdades sociales están cada vez más acentuadas..

4. CONTEXTO INSTITUCIONAL

El centro de salud N°30 de Villa Páez, Córdoba forma parte de un total de 100 centros de salud, que están coordinados por la Dirección de Atención Primaria de la Salud, dentro de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba.

Estos centros están divididos en las distintas áreas programáticas, que es una forma de organización del subsistema público de salud sobre las cuales se van a desarrollar distintas estrategias de Atención Primaria de la Salud, como puerta de entrada al sistema de salud por parte de la comunidad. El centro de Villa Páez, pertenece al área número 5, y sus barrios de influencia son; Villa Páez, Providencia, Marechal y alrededores de Alberdi, que limitan con estos barrios.

La función principal del centro es brindar atención primaria de la salud, ofreciendo así un primer contacto con un profesional de salud, o con los equipos de salud. El cual está conformado por cuatro médicos (familiar, clínico, pediatra y ginecólogo), una odontóloga, una psicóloga, y dos enfermeras. Acompañan además al equipo de salud, el personal de maestranza y seguridad.

A su vez, el Centro de Salud presenta programas diversos enmarcados dentro de la atención primaria de salud, y que corresponden a diversas áreas de la salud, que a veces trabajan interdisciplinariamente. Entre ellos se destacan los programas de inmunizaciones (llevados a cabo por el personal de enfermería) que se encuentran acompañados de un chequeo médico general, y el programa de entrega de leche, en recién nacidos, como una estrategia para que los usuarios cumplan con los chequeos rutinarios. A su vez, el programa de control de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, obesidad) y los programas en torno a la de salud sexual integral, que prioritariamente son llevados a cabo por Psicología y Ginecología, y que cuentan con espacios de consultoría sobre salud sexual/reproductiva, acompañamientos, derivaciones, salidas a escuelas o centros vecinales para llevar a cabo talleres de ESI, y entrega de métodos anticonceptivos, prevención y control de ITS. La salud bucal también forma parte de los chequeos generales, muchas veces son derivados por otros integrantes del equipo de salud, y también están presente en las salidas comunitarias con centros vecinales para completar C.U.S. (Certificado Único de Salud). El centro cuenta con carpetas físicas que contienen documentos con seguimientos familiares de los usuarios, donde se tienen en cuenta historias clínicas, datos demográficos, adhesión a programas y familiogramas, que en su

momento se realizaban de manera física, y hoy en día se cargan directamente a una página web, de manera virtual. Cabe aclarar que estos datos son muy importantes, ya que muchas veces desde otras instituciones públicas de salud pertenecientes al segundo o tercer nivel de atención, o bien instituciones jurídicas recurren al centro de salud para solicitar información respecto a determinados sujetos.

Particularmente en el área de psicología, llegan muchas consultas relacionadas con: violencia intrafamiliar, abusos sexuales o psicológicos, embarazos puberales/adolescentes, consumo problemático de sustancias, desempleo, entre otros. Parte de la demanda además es en torno a cuestiones de crianza y dificultades de los niños en la escuela, ya sea por problemas de aprendizaje o conducta. En el caso de los niños, varios de ellos llegan por derivación del colegio y/u otro profesional del Centro de Salud.

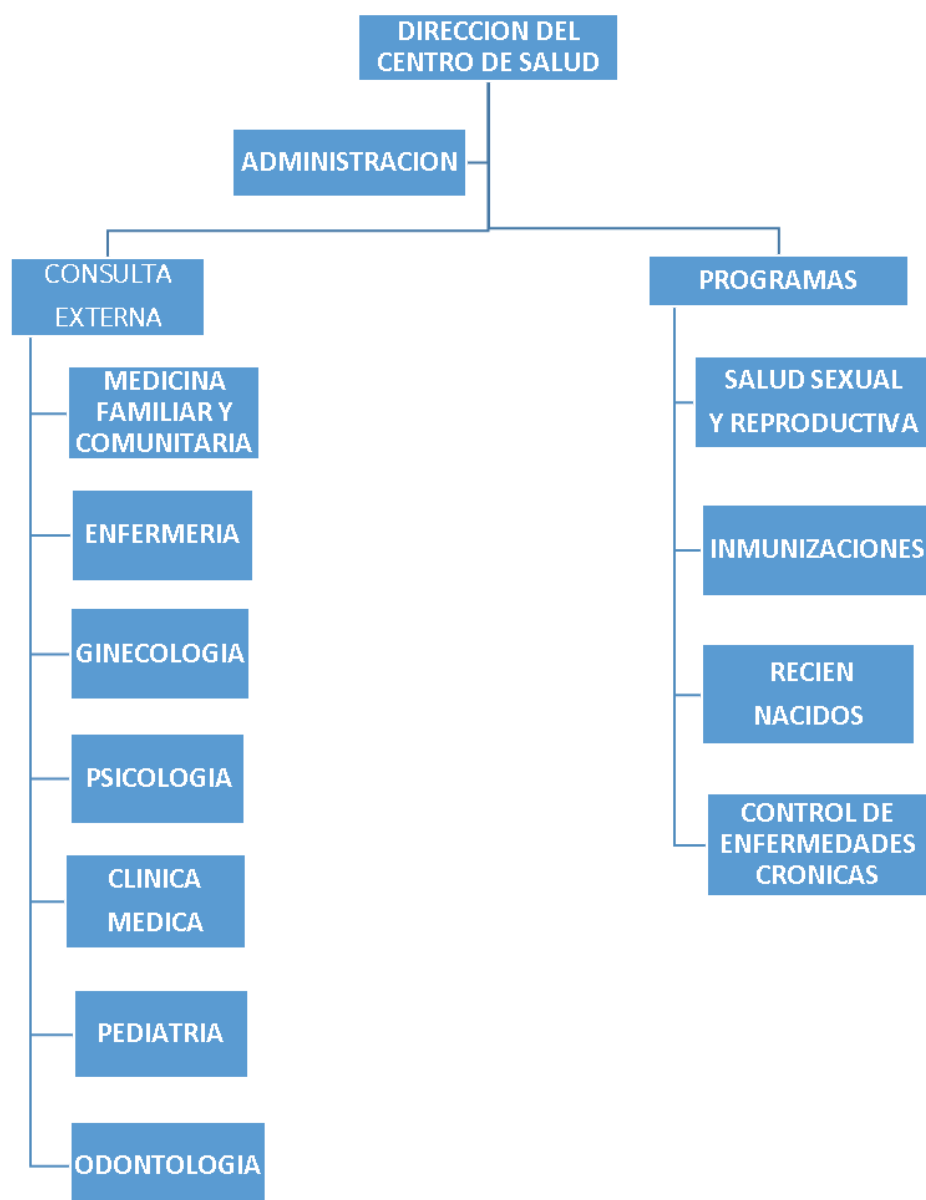
En lo que respecta a su infraestructura, el espacio cuenta con una sala de entrada donde está la secretaria, donde se solicitan los turnos y se entregan los diferentes insumos de los distribuidos en programas, seis consultorios para siete disciplinas distintas. Tal situación da cuenta de la falta de capacidad edilicia para brindar una mejor atención, quedando sin consultorio estable el área de psicología. La infraestructura además se constituye de una cocina y dos baños (uno para usuarios y otro para el equipo profesional).

Respecto a la situación socio ambiental del barrio y la población que acude al centro, el barrio históricamente se vio afectado por inundaciones debido a las falencias de los sistemas cloacales, que terminaron desembocando en el Río Suquía, y aumentando en gran medida el nivel de contaminación del mismo, en la actualidad se observa un avance positivo en torno a esta problemática debido a determinadas políticas públicas que lo abordaron. Sumado a esto, hay muchas familias que viven en situación de pobreza, viviendas de espacios reducidos para la cantidad de personas que habitan, necesidades básicas que no logran ser cubiertas. Hay galpones y casas abandonadas que fueron tomadas, y muchas casas que funcionan como sedes para la comercialización de sustancias ilícitas.

Por último, pero no menos importante, el centro también sirve como lugar de formación y residencia de futuros profesionales, ya que a partir de diversos convenios con la UNC y la UCC, se reciben muchos estudiantes de psicología,

medicina, odontología y enfermería, que están realizando algún trabajo práctico en conjunto con alguna cátedra, o bien realizando sus prácticas pre-profesionales en terreno.

4.1 ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCIÓN



5. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

“El rol del psicólogo en la promoción de la salud mental colectiva en personas mayores que asisten a un centro de atención primaria de la salud en la ciudad de Córdoba.”

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL:

- Analizar el rol del psicólogo en la promoción de la salud mental colectiva de personas mayores en un centro de salud de APS de la ciudad de Córdoba.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Delimitar el rol del psicólogo sanitarista con personas mayores que asisten a un Centro de Salud.
- Describir la promoción de la salud mental en las personas mayores que asisten a un Centro de Salud y sus factores de riesgos.
- Caracterizar el dispositivo taller como una estrategia de intervención que promueve la salud mental colectiva de personas mayores en un Centro de Salud.

7. PERSPECTIVA TEÓRICA

7.1 PROMOCIÓN DE SALUD COLECTIVA

El concepto de salud colectiva, encuentra sus raíces en la medicina social latinoamericana, considerando los aportes en Salud Pública, que trascienden el paradigma de la medicina tradicional individualizada, dicho concepto jerarquiza el proceso biológico por sobre el resto de los procesos y acentúa sus esfuerzos en el tratamiento de la enfermedad, desde la medicalización como estrategia principal para la curación.

Siguiendo a Granda (2004), quien realiza una síntesis del concepto propuesto por Almeida Filho y Paim;

“Definen a la Salud Colectiva como un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos investigación informadas por distintas corrientes de pensamiento resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en salud. La Salud Colectiva se consolida como campo científico y ámbito de prácticas abierto a la incorporación de propuestas innovadoras.” (p.17)

A partir de esta nueva conceptualización, que quita el foco de la medicina individualizada y que no considera la salud como lo opuesto a enfermedad, las ciencias de la salud deben modificar su marco de acción para generar diversos enfoques que destinados a intervenir, ya no solo sobre la enfermedad y su tratamiento, sino sobre todos aquellos factores que influyen, de manera positiva o negativa sobre el proceso salud-enfermedad, el cual debe entenderse como un proceso dialéctico, donde las especificidades sanitarias individuales y grupales deben ser analizadas en el contexto social que las determina. Siguiendo a Capella (2023);

Desde la teoría de la determinación social, se concibe la salud como un fenómeno colectivo constituido por la interrelación dialéctica entre

objetividad, subjetividad y práctica social, y por determinado metabolismo naturaleza-sociedad; en el contexto de una estratificación social injusta y no sustentable (Breilh, 2021). (p.6)

La salud colectiva entonces, estaría determinada por este movimiento dialéctico y simultáneo entre las dimensiones de lo general, particular e individual, que están interconectadas entre sí, y sobre las cuales profundizaremos a posteriori.

7.1.1 SALUD MENTAL COLECTIVA

A más de 10 años de la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental, número 26657, en cuanto a su marco normativo, que facilitó y favoreció diversos avances respecto a esta problemática, pero con muchísimas dificultades y resistencias al momento de implementación, sin alcanzar de este modo los objetivos ideales que allí se promueven. Más aún, si lo pensamos en relación a los equipos interdisciplinarios de las diversas instituciones pertenecientes al sector de la salud pública.

En relación a esta temática, la ley 26657 propone en el artículo 13:

Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

Si bien es un avance interesante en reconocimiento de derechos, en la práctica, se observa una jerarquización paradigmática sobre salud biomédica y en la mayoría de los casos profesionales en medicina a cargo de los equipos de salud. Por tal motivo, se puede entrever la tendencia hacia la falta de personal en salud mental colectiva (Psicólogos, trabajadores sociales y AT),

contribuyendo a una mayor desestimación sobre los quehaceres de nuestra profesión. En tal sentido Martínez-Hernández y Correa-Urquiza (2017) consideran:

En los sistemas de salud contemporáneos, la preponderancia de la biomedicina coexiste con un posicionamiento subsidiario por parte del resto de disciplinas vinculadas al campo de la salud mental (sociales, psicológicas, sistémicas, etc.). Es decir, estas últimas actúan como complemento que se suma a lo propuesto por el modelo médico hegemónico, en tanto punto de partida para pensar la realidad del fenómeno del sufrimiento. Dicho de otro modo: pueden discutir sobre lo ordenado, pero no sobre el ordenamiento. Pero es obvio, a su vez, que cada disciplina tiene la capacidad de aportar un marco de referencia propio, una manera de pensar la salud, la enfermedad y la atención que da sentido al proyecto de la salud colectiva y la salud mental colectiva. (p.271).

En lo que respecta a la salud colectiva mental, dicho autor nos propone que la misma emerge como la necesidad de crear una estructura enunciativa, un marco de articulación sensible para sostener lo común en el campo de la salud:

Hablamos de articular el abordaje desde un posicionamiento etnográfico atento al pluralismo epistémico que devuelva a los procesos de salud, enfermedad y atención por su evidente multidimensionalidad. Es lo que los sujetos hacen con lo que les es dado en términos de sufrimiento: la “metabolización” subjetiva del proceso y sus reacciones. Partimos de la idea de que la enfermedad no es solo el cuerpo que evidencia un síntoma, un signo físico; no es algo que sucede exclusivamente en la dimensión somática. Nos interesan aquí las maneras a través de las cuales toda

problemática incide sobre el mundo vital; cómo es vivido y actuado el proceso, y de qué manera afecta al entramado de la existencia. (p.271).

Esta conceptualización, no pretende jerarquizar lo colectivo, sobre lo singular, ya que no podemos visualizar el uno sin el otro. La salud mental colectiva puede pensarse en tanto generadora de un contexto potencial para lo singular. Un contexto que contribuya en la descolonización de los cuerpos, identidades y vidas, y también que ayude a desentrañar las condiciones de producción de esa colonización.

Siguiendo a Capella (2023):

La salud mental constituye una dimensión de las relaciones entre las personas y grupos más que un estado individual, aunque esa dimensión se enraíce de manera diferente en el organismo de cada uno de los individuos involucrados en esas relaciones, produciendo diversas manifestaciones («síntomas») y estados («síndromes») (p.7).

Considerando siempre las tres dimensiones en nuestro análisis: Respecto a lo general: la sociedad, economía, política y cultura dominante. Lo particular: los modos de vida, colectivos/comunitarios; territorios y culturas; relaciones de clases/etnia/género. Lo individual: Estilo de vida personal; corporizaciones materiales y subjetivas.

Siguiendo la línea de este autor:

El nivel general (G), en la vasta mayoría de nuestros contextos, supone una economía política capitalista, y unas lógicas de exclusión material y cultural basadas en la codicia, en el individualismo, y en una relación destructiva con la naturaleza y con la sociedad. La dimensión particular (P), considerando radicalmente una estratificación inequitativa que deriva en modos de vida y culturas específicas. Aquí, el análisis de la clase social es fundamental, y básico para comprender la construcción de

subjetividades y modos de vida colectivos, incluido trabajo, consumo, espiritualidad y prácticas sociales (Breilh, 2021). El nivel individual (I): lo que un individuo concreto percibe, piensa, siente, dice y hace en el marco de sus vínculos más inmediatos. (p.8-9)

De este modo, se nos permite considerar en primer lugar los aspectos macrosociales, que impactan de manera diferente, en los distintos grupos humanos, determinadas comunidades barriales, o pequeñas localidades, para determinar de este modo las condiciones individuales, donde se visualizan las similitudes, pero también en esta categoría emergen las condiciones subjetivas que son propias de cada ser humano, que son producto de la socialización primaria y secundaria.

7.1.2 SALUD MENTAL COLECTIVA EN PERSONAS MAYORES

Anteriormente se describe, que el foco de salud, históricamente estuvo puesto sobre la salud biológica, y que el concepto Salud hacía alusión a ausencia de enfermedad, estas conceptualizaciones sin duda lograron instaurar creencias y prejuicios acerca del proceso de envejecimiento, donde se jerarquizaron las pérdidas en relación a salud biológica y psicológica, y se minimizaron las ganancias en la esfera psicológica y social. Desarrollando una perspectiva pesimista hacia el mismo y reproduciendo modelos reduccionistas y deficientes, que muy lejos han estado de abordar la temática en su totalidad compleja.

La psicología sanitaria como se describe en apartados anteriores, destaca la importancia y la influencia del comportamiento en el proceso de salud enfermedad, y la necesidad de desarrollar determinadas conductas o estilos de comportamiento que promuevan la salud en la vejez. Es importante considerar las características individuales, y las socioculturales e históricas, Siguiendo a Ramos Campos (2001), La realidad sociocultural que a uno le toca vivir es un factor clave para comprender el proceso de envejecimiento y la vejez. Al sujeto (sano, enfermo o con los achaques propios de la edad) le toca desarrollar un estilo de vida saludable y adaptarse lo mejor que sepa y pueda a las circunstancias ambientales que le rodean. La cantidad y calidad de los

servicios que la sociedad le presta le podrían ayudar a conseguir una mayor calidad de vida. Para poder considerar la calidad de vida como un factor a evaluar, existen diversas variables que deben de ser tenidas en cuenta, y una de ellas es el grado de autonomía del adulto mayor, su estado funcional, en el cual se consideran características personales, variables biopsicosociales, ausencia o presencia de enfermedad o síntomas crónicos. Siguiendo la línea de este autor, las condiciones que parecen integrar la calidad de vida tener una buena salud física, las habilidades funcionales, las condiciones económicas (al menos necesidades básicas), las relaciones sociales (mantener relaciones con la familia y los amigos), la actividad (mantenerse activo), los servicios sociales y sanitarios (tener buenos servicios sociales y sanitarios), la calidad en el propio domicilio y en el contexto inmediato , la satisfacción con la vida , y las oportunidades culturales y de aprendizaje (tener la oportunidad de aprender nuevas cosas).

7.1.3 CARACTERÍSTICAS DE UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO SALUDABLE

El envejecimiento activo y saludable, desde un enfoque de promoción de salud, tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas mayores, a partir de mantener la capacidad funcional, fomentar la participación social y la seguridad, integrando la salud física y mental para sostener o lograr un mayor autonomía e independencia. Siguiendo a Ramos Monteagudo, et cb. (2016):

Es un fenómeno que tiene su origen en un conjunto de efectos multifactoriales, que desde el punto de vista psicosocial, no sólo contempla el envejecimiento desde la atención médica, sino que incorpora factores de las áreas económicas, conductual y del entorno sociocultural que benefician al envejecimiento de las personas. Es una estrategia de promoción básica de la salud, que se guía por los principios de la ONU para las personas mayores, según los cuales la salud con independencia, la participación, la asistencia y la seguridad son la base

de las intervenciones sociales, dirigidas a disminuir los factores de riesgo (personales, conductuales y ambientales), donde se fortalecen los factores protectores para que las personas disfruten de más años y con mayor calidad.(pp.1-2)

A su vez también recupera lo propuesto por la OMS, para describir los tres pilares estratégicos del envejecimiento activo que serían: - Participación: derecho a mantener el vínculo con la sociedad sin importar la edad, sus contribuciones en programas y actividades remuneradas o no son capitales para su propio desarrollo psicoemocional. Además las actividades sociales se asocian con el bienestar personal en los mayores debido a la aprobación de la integración y la pertenencia social. La importancia de mantener las actividades sociales a lo largo de la vida, radica en el favorecimiento de la salud integral del individuo, donde ejerce una función protectora ante muchas enfermedades físicas y mentales, lo que contribuye a mejorar la salud y alargan el período de vida. -Salud: se refiere a la prevención de la enfermedad y a la promoción de hábitos saludables, con el objetivo de retardar la dependencia.-Seguridad: para garantizar una protección adecuada frente a situaciones de riesgo o necesidad, seguridad en las prestaciones económicas y sanitarias, acceso a los servicios, seguridad como persona consumidora y participación en la vida pública.

Resulta pertinente hacer mención de que estamos transitando la década del envejecimiento activo saludable, según la OMS, todo lo que pueda acontecer respecto a las personas mayores entre los años 2020-2030 será trascendental por lo cual considero importante realizar intervenciones desde los diversos espacios saludables que integren a las personas mayores, desde una perspectiva de derechos, salud colectiva, salud mental y participación ciudadana.

Por otro lado, el bienestar psicológico es sin dudas una variable a tener en cuenta cuando pensamos en la mejora de la calidad de vida de una persona, para poder evaluar el mismo, Ramos Castro (2001) , nos propone seis indicadores que deben ser tenidos en cuenta. La autoaceptación; a partir de una actitud positiva hacia uno mismo, reconociendo virtudes y defectos, y recordando el pasado con

sentimientos positivos. Las relaciones interpersonales positivas, con sentimiento de confianza, empatía y preocupación hacia los demás, poder compartir la intimidad. La autonomía, poder ser independiente, identificar presiones sociales y actuar de manera correcta debido a nuestras propias regulaciones y legalidades personales. Los proyectos vitales, plantearse metas y objetivos para dar sentido a la vida pasada, presente y futura. El crecimiento personal, sentir que se está abierto a nuevas experiencias, y que cada día se puede mejorar y aprender.

7.1.4 FACTORES DE RIESGO EN LA SALUD MENTAL COLECTIVA EN PERSONAS MAYORES

Los factores de riesgo más presentes en esta edad, giran en torno a este momento evolutivo y están dados por la interacción de diversos factores personales, sociales y culturales. En primer lugar, las creencias culturales que existen en determinados lugares acerca del proceso de envejecimiento afectan significativamente en cómo el mismo será asimilado en el plano de lo singular, por ende, si nuestro entorno crece con una mirada negativa hacia el mismo, es muy poco probable que este momento vital sea transitado de manera positiva.

Siguiendo a Zarebski, G.& Marconi, A. (2017);

La comprensión de los distintos modos de envejecer requiere de un paradigma que abarque la complejidad humana lo cual implica que no alcanza con los determinantes sociales y biológicos para entender la calidad de vida en el envejecer. Debemos incorporar los factores de personalidad y la historia de vida particular, que son los que van a marcar la diferencia entre las distintas vejez alcanzadas. (pp.7-8).

De esto modo, la vejez es concebida como un trabajo de construcción que el sujeto irá realizando desde joven y durante todo el curso de su vida, a través de su propio proceso de envejecimiento. Las mismas autoras, en relación a los factores de riesgo psíquico de envejecimiento patológico, nos dicen:

Dichos factores son la manifestación de características de personalidad generadoras de condiciones de vulnerabilidad emocional y de creencias distorsionadas frente a este proceso, así como de problemas en los

vínculos durante el envejecimiento. En contraposición dialéctica con los factores protectores, que son los que permitirán resiliencia frente a los avatares del envejecer.(p.9)

En congruencia con los propuestos por los autores el foco no estaría puesto únicamente en las pérdidas sino en el modo en que cada sujeto, dependiendo de sus propios esquemas cognitivos y su experiencia podrá ir asimilando o no las mismas, por ende propusieron realizar una descripción acerca de características de la personalidad, que más allá de las condiciones biológicas o sociales, y operando durante todo el curso de la vida podrían determinar la vulnerabilidad emocional frente a los eventos del envejecimiento y significarlos como situaciones de adversidad. A continuación se profundizará acerca de las mismas:

- Personas que carecieron de vínculos tempranos que les hayan proporcionado seguridad, lo que denominamos experiencias de “ apego seguro “. Son personas que vivieron en sus primeros años de vida situaciones traumáticas y carecieron de un sostén adecuado que les hubiera ayudado a significarlas y elaborarlas.

- Vínculos dependientes o sobreadaptados. A partir de esa condición emocional, los vínculos que arman son dependientes, ya sea por sentirse completados por otro o por vivir sosteniendo al otro como completo, o porque dependen de alguna condición, posesión, función, etc.

- Lo que se denomina como “bastón único” o sentido único, puesto en el trabajo, la pareja, los hijos, la imagen, etc. De tal modo que vivieron apoyados en un único ‘bastón’, como ser el trabajo (caso típico en los actuales hombres mayores), o la condición de madre, esposa, ama de casa.

- Historia de duelos no elaborados. Este modo de asumir un rol o de vincularse con otro, de modo pegoteado e indiferenciado -ya que depositaron en ello el único sentido de su vida- lleva a que la eventualidad de su pérdida sea vivida como la pérdida de la propia identidad, lo que impedirá la elaboración y superación del duelo.

- Posición frente a la pérdida: el problema no está en las pérdidas (inevitables) sino en el modo de aferrarse a lo perdido.

- Carencia de red de apoyo familiar o social. Consecuentemente, no pudieron diversificar sus apoyos, aprendiendo a apoyarse un poco en cada vínculo, en

cada función, en cada actividad. Ante la pérdida, del apoyo único, de la función única, de la actividad única, no aceptan la mano que se les tiende.

Por ende, si la identidad del sujeto se encuentra frágilmente sostenida sobre estos apoyos de manera tenaz, y con una influencia directa sobre la esencia misma del sujeto, se derrumba ante las pérdidas de estos sostenes únicos que vendrán inevitablemente con el paso del tiempo como; jubilación, viudez, independencia de los hijos, cambios en la imagen, etc.

Por otra parte la autonomía, es una aptitud fundamental a tener en cuenta, ya que la ausencia de la misma, sea por el motivo que sea, impacta negativamente en la creencia que tiene un adulto mayor acerca de sí mismo, y genera dependencia funcional. Además la funcionalidad puede verse afectada por la jubilación, o al dejar el ámbito laboral o de realización personal de la persona, sino logra tramitarse en su momento, puede evolucionar hacia un estancamiento en términos productivos, donde la persona no se siente que es útil, sino todo lo contrario se siente una molestia, o una carga, cerrando cada vez más sus posibilidades de productividad en la esfera social, que no necesariamente están relacionadas con un empleo, sino que puede girar en torno al aprendizaje personal continuo o la reproducción cultural hacia las generaciones futuras, desde un rol de abuelo quizás cuando el adulto mayor es padre o madre, o desde un rol de “maestro” o “capacitador”, que el sujeto sienta de algún modo que su experiencia y su trayectoria están siendo premiadas y tenidas en cuenta.

Por último, resulta pertinente realizar una mención especial al factor económico, no es lo mismo tener o no tener dinero durante la vejez, tener o no tener apoyo familiar, contar con una obra social, una vivienda propia, y para la realización de actividades de ocio.

7.2 CARACTERÍSTICAS EN LA ETAPA VITAL DE PERSONAS MAYORES Y TEORÍAS PSICOSOCIALES ACERCA DE LA VEJEZ

Ante todo, es necesario comprender que los seres humanos están condicionados por el contexto histórico, cultural y social al cual pertenecen, y que su existencia es una interacción entre la dimensión física (habilidades cognitivas, inteligencia intelectual) y la dimensión psicológica (emociones, manejo de

estrés). Siguiendo a Frankl (1987), lo que nos constituye de manera específicamente humana es nuestra dimensión espiritual o noética. El hombre en su ontología dimensional está compuesto de cuerpo, psique y espíritu y es ante todo una unidad y una totalidad.

Para pensar la etapa evolutiva de la vejez y el proceso de envejecimiento, es necesario considerar la identidad personal, en el transcurso de la vida, y en interacción con estos factores. En relación a esto, Dimier (2021) nos dice;

Referirse a la edad biológica, implica considerarla en el marco de muchas variables que conforman el estado físico y la posible disminución de la potencialidad orgánica, de la salud y de la vulnerabilidad física frente al estrés. Al igual que la edad cronológica, cada organismo es único, por lo tanto, no cabe en el marco de las apreciaciones universales. El sujeto es activo dentro de ciertos límites y dentro de un contexto, donde se incluye la interacción humana y el mundo del significado, aunque todo el organismo está acuciado por este proceso inexorable. Asimismo, a la edad social se la podría definir, como aquella que es aceptada consensuadamente por la sociedad como apropiada para responder a determinadas expectativas, desempeñar determinadas actividades, o al cumplimiento o ritualización de paso (de transición o iniciación) de determinados roles para una determinada edad. (pp. 25-26)

Dicho esto, para comprender el proceso de una persona adulta entonces es fundamental considerar edad biológica, en lo que respecta a su disminución de las capacidades orgánicas, la edad cronológica, la autonomía dentro de determinado contexto y su propia concepción acerca de su proceso de envejecimiento, que también estará formado en relación a su entorno sociocultural y su edad social, como se han ido atravesado las diferentes circunstancias esperables para cada momento evolutivo, cómo interaccionan las

expectativas sociales con las personales, la influencia de prejuicios hacia la etapa, etc.

Al comprender que es complejo como las personas mayores transitan esta etapa, la cual está atravesada por contextos diversos, cabe considerar la influencia de las teorías psicosociales acerca de la vejez. Del mismo modo, hay que tener en cuenta que la psicología del desarrollo ha ido atravesando diversas modificaciones. En sus comienzos centró todos sus esfuerzos en la niñez y adolescencia, caracterizando el desarrollo como una constante adquisición de logros y ganancias, biológicas, psicológicas y sociales, que va mermando a medida que crecemos, hasta llegar a un punto de estancamiento en la adultez media, la etapa de mayor estabilidad y empezar de este modo el declive hacia la vejez, como siguiendo la lógica de un modelo de “U” invertida. Esta definición, no solo es reduccionista y unicausal, sino que al mismo tiempo promueve diversos prejuicios negativos acerca de la vejez, o de la tercera edad.

Por tal motivo los autores Baltes et al (2019) proponen considerar de manera integra el proceso de desarrollo y envejecimiento, destacando las siguientes características:

- Multidimensionalidad: los procesos de cambio no afectan de la misma manera a todas las dimensiones del ser humano. En determinado momento evolutivo algunas pueden presentar ganancias mientras, simultáneamente, en otras pueden darse procesos de cambio negativo o pueden permanecer estables.
- Énfasis en las diferencias individuales, el desarrollo ya no se concibe como un proceso normativo, sino que, además de reconocer las diferencias intraindividuales, también se reconocen las diferencias interindividuales producto del intento de adaptarse a las condiciones particulares de vida que afectan al individuo.
- Desarrollo como co-ocurrencia de pérdidas y ganancias: lejos de entenderse sólo como ganancia, el desarrollo en cualquier momento del ciclo vital es el conjunto de ganancias (cambios hacia una optimización adaptativa de determinada dimensión) y pérdidas (cambios que suponen un deterioro o empeoramiento de la capacidad adaptativa en cierta dimensión). Ningún cambio evolutivo en ninguna etapa es solo

ganancia o solo pérdida.

- Énfasis en una multicausalidad en el desarrollo, que permitan tener en cuenta no únicamente factores de tipo biológico, sino también las variables de tipo ambiental, social y cultural capaces de configurar la trayectoria evolutiva de las personas.

Se podría observar que esta conceptualización, permite en primera medida reconocer el desarrollo como un proceso que atraviesa todo el ciclo vital, integrando además todos los aspectos presentes en el mismo, desde su posicionamiento epistemológico más complejo, que evita reduccionismo, y con un enfoque positivista, que lejos de seguir reproduciendo prejuicios negativos acerca del proceso de transición hacia la senectud propios de la sociedad occidental., intenta combatirlos y superarlos.

De igual medida todos los momentos evolutivos que implican procesos de transición, como pasar de niño/adolescente , de adolescente/adulto, o en este caso adulto/adulto mayor, son vivenciados como momentos de crisis, ya que implican duelos, renunciaciones y asunción de nuevos roles identitarios, y el modo en que la misma será o no tramitada es particular de cada sujeto y de la interacción de los factores intrapersonales, interpersonales, que estarán a su vez mediados por la cultura y el momento histórico específico en el que suceden.

Acerca de la crisis del desarrollo psicosocial de Erick Erickson en la tercera edad, Barovero (2023) sintetiza lo siguiente:

A partir de crisis sucesivas que se dan a lo largo de toda la vida, se busca lograr una integridad de sí mismo, propio de la crisis de la tercera edad que oscila entre la integridad del yo vs. la desesperación. Respecto de la integridad del yo, se trata de alcanzar una mayor aceptación de sí mismo percibiendo como responsable de las propias decisiones a lo largo de su vida. De este modo se observa mayor dominio de sí y capacidad de sabiduría ante los hechos: hay una certeza interior del yo que entiende que lo que sucedió tiene un sentido. Esta capacidad de sabiduría representa en Erikson el culmen de la generatividad ya que se trata de la preocupación por dar paso a las futuras generaciones (trascendencia del

yo). En su polo opuesto la desesperación surge principalmente ante la idea de muerte fruto de la sensación que no puede cambiar nada de su etapa vital, aludiendo al desdén por la vida. (pp.15-16)

Se observa entonces que esta etapa vital tiene por desafío afrontar una nueva crisis de identidad que gira en torno tanto a los cambios funcionales y orgánicos como así también la modificación de roles de vida. A todo ello se le suma los prejuicios con connotación negativa condicionando el modo en que cada sujeto transita esta etapa. Cabe considerar que tales desafíos también son atravesados por el sistema familiar de pertenencia de la persona mayor alterando dinámicas de convivencia dentro del sistema familiar. En relación a esto, mencionamos a Garcia Pintos (2017), quien introduce el concepto de desacomodación dual, para referirse a cómo una crisis intergeneracional, afecta sobre la individualidad y viceversa, y como este círculo puede tornarse virtuoso, cuando esta afectación es positiva, o bien vicioso, cuando la afectación es negativa, agravando de este modo el conflicto.

Por último, es clave tener en cuenta que en nuestro país la percepción de la vejez, se encuentra en estrecha relación con la valorización remunerativa (pensión y jubilación) que perciben las personas mayores, dejando en consecuencia una mayor relevancia que la falta de inversión en políticas públicas en la vejez impacta negativamente en la percepción de sí mismos

7.3 ROL DEL PSICÓLOGO SANITARISTA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

El rol del psicólogo en el primer nivel de atención en nuestro país, atraviesa diversas dificultades, como ser la falta de formación académica de los profesionales para la inserción en el sector de la salud pública, las diferencias/tensiones paradigmáticas existentes sobre salud pública, salud colectiva y salud mental colectiva, descritas anteriormente, la jerarquización del modelo médico hegemónico, la falta de recursos; materiales, legislativos o protocolares al momento de la articulación con instituciones pertenecientes a otro nivel de atención, la informalidad al momento de armar redes o puentes con instituciones sociales y con el sector privado de la salud, etc.

Rydel. D y clb (2022), propone pensar el rol del psicólogo en el primer nivel,

desprendiéndose de las estrategias generales de la APS:

- Promoción y prevención: se trasciende la clínica individual para extenderse a las actividades que incluyen la promoción y prevención en salud. El cambio de foco hacia un ejercicio profesional que fomente en los usuarios prácticas cotidianas de promoción en salud mental, o tareas de prevención que engloban la salud integral del sujeto propone un desafío para los profesionales, formados académicamente con una predominancia del ámbito clínico.
- Participación comunitaria: el psicólogo debe asumir un rol de catalizador de los procesos sociales en pos de favorecer la participación social de los usuarios en las acciones destinadas al mejoramiento de su salud a nivel comunitario, con consecuencias directas en la salud individual, mediante distintos procesos como el armado de redes de sostén y colaboración.
- Diversidad de intervenciones: coexisten diversos paradigmas dentro de los sistemas de salud, y también diversas corrientes teóricas dentro de nuestra profesión, por lo cual es difícil hablar de intervenciones específicas, estas dependen, fundamentalmente, de la institución y de los problemas y realidades específicas que presente la comunidad con la cual se trabaja y otros factores como el perfil de formación del profesional y del equipo de salud del cual forme parte. Esto a su vez, dificulta realizar evaluaciones e investigaciones sobre la efectividad y eficiencia de las acciones realizadas en psicología en el APS.
- Intersectorialidad: Otro de los desafíos es el de articular con las distintas instituciones y agentes comunitarios para, de esta manera, poder trabajar “en y con redes locales”. Es necesario desarrollar y difundir aún más los canales y vías de comunicación intersectoriales, y brindar las condiciones para que se puedan establecer y sostener en el tiempo. De modo que estas iniciativas no queden centralizadas en esfuerzos individuales o puntuales sino que queden ancladas en las instituciones y por, lo tanto, perduren a largo plazo más allá de las personas.
- Interdisciplina: Para contemplar la salud integral del usuario es

necesaria una mirada y acción interdisciplinaria. Nuestra disciplina encuentra en este nuevo espacio de inserción diversas modalidades de articulación con otras disciplinas, y también con otros campos de problemáticas dentro de la propia psicología, de los que se adquieren herramientas específicas para el trabajo en equipo y con la comunidad.

- Formación: Ante la escasa formación académica presentes en los programas y currículas universitarias, en relación APS, es necesario incorporar recursos formados en Psicología Comunitaria para poder conformar a los profesionales de la salud en su dimensión de facilitadores de los procesos participativos y en Psicología de la Salud, con formación en salud pública y conocimientos básicos de epidemiología y estadísticas, posibilitando la elaboración de los procesos de diagnóstico de salud de una comunidad, así como la elaboración, implementación y evaluación de los programas de intervención correspondientes.

Se requiere de capacitaciones constantes por parte de los equipos de salud mental, en salud pública, salud mental colectiva y en salud integral, reactualización constante de programas, proyectos y estrategias de intervención, que además de considerar la complejidad de los contextos, tengan cierto grado de flexibilidad para alojar las problemáticas que puedan ir surgiendo en el afán cotidiano. Estos espacios de capacitación además deben abordar estrategias de cuidados, para los equipos de salud, encargados de brindar los servicios en los distintos territorios.

Siguiendo a Suarez, Ramirez & Henao (2020),

El profesional en psicología debe realizar diferentes funciones en APS dirigidas a la promoción y prevención de la salud, desprendiéndose del modelo biologicista e ir más allá de la terapia individualizada. Ellos realizan una síntesis de varios autores que mencionan las siguientes actividades que debe desempeñar un psicólogo en la APS: orientación de salud, orientación a las familias, orientación a los equipos profesionales, planificación de programas, grupos de educación para la salud,

interconsultas, entrevistas primarias, visitas domiciliarias, acciones intersectoriales, terapia grupal o terapias breves como modelo asistencial acorde a este nivel de atención, charlas psicoeducativas, participación en audiencias judiciales, intervención en crisis, participación en comisiones subsecretaría de salud y de la zona sanitaria metropolitana, reconocimiento del territorio cubierto, apoyo, asistencia técnica y educativa al equipo de salud y realización de talleres (p.17).

De este modo, al encontrarse el profesional de psicología con tantas tareas por realizar, y tan diversas, en algunos casos sucede que muchas de ellas van quedando al margen, sin el reconocimiento necesario por los diversos procesos realizados, llegando a ser invisibilizadas por lo demás integrantes de los equipos de salud, o equipos interdisciplinarios, o por las diversas direcciones a cargo.

7.3.1 EL DIAGNÓSTICO COMUNITARIO CON ENFOQUE SANITARISTA

Además, el profesional en psicología con enfoque sanitarista, debe realizar diagnósticos comunitarios, que permitan identificar las necesidades y problemáticas de una comunidad determinada, con la participación activa de la misma. De este modo las intervenciones, ya sean a partir de talleres, charlas informativas, terapias grupales, etc. estarán pensadas en relación a problemáticas reales y urgentes que emergen desde la misma comunidad barrial, en relación con el psicólogo y/o el equipo de salud, que actúan como facilitadores, recuperando las problemáticas expuestas con el fin de convertir el malestar en demanda. Todo ello contribuye a que los programas o proyectos, partan desde una necesidad real y urgente, que son particulares de cada grupo social, y que solo pueden expresarse en los territorios, ya que esto incentiva y promueve a su vez el involucramiento, compromiso y participación por parte de la comunidad para trabajar activamente y en conjunto en la construcción de dispositivos comunitarios que abordan dichas problemáticas, a partir de recuperar la capacidad transformadora de los sujetos como agentes de cambios en la modificación de estructuras sociopolíticas inequitativas y desiguales.

Además, respecto del diagnóstico comunitario cabe considerar que siguiendo a Gerez, Evelyn A.; Juárez, Angelina y Nogonay, Magdalena (2024):

El diagnóstico, nos permite mediante una serie de pasos y procesos de recolección de datos, conocer cuáles son los problemas, necesidades y potencialidades que determinan una comunidad, generalmente contruidos por medio de la comunidad junto al equipo de salud, de la atención primaria de salud, al análisis, de forma conjunta surgen tomas de decisiones y acciones para atender a la salud de la comunidad el planteo de objetivos que lleven a desarrollar acciones concretas, satisfaciendo las demandas. (p.103)

Es fundamental que la comunidad y los equipos de salud trabajen de manera conjunta y coordinada, en la formulación de los problemas, en la generación de las demandas y en la toma de decisiones acerca de las acciones concretas a realizar. Dado que de este modo las intervenciones y los dispositivos a implementar, estarán fundados bajo criterios de necesidades reales que han sido propuestas por la misma comunidad, y propiciarán posibles soluciones desde una óptica más realista, fomentando el involucramiento y la participación activa por parte de la misma.

Las mismas autoras, a su vez conceptualizan acerca del diagnóstico estratégico:

Es una etapa esencial para planificar acciones en salud mental, donde se evalúan las amenazas (A) y oportunidades (O) del entorno, y por otra las fortalezas (F) y debilidades (D) de la propia organización de servicios, realizando un análisis FODA (Loudie et. al, 2012). Es una etapa que se propone antes del diagnóstico propiamente dicho, en calidad de examen

preliminar de la comunidad, para conocerla de forma generalizada.

(p.104)

De este modo, se puede avanzar hacia la planificación de dispositivos, que reconozcan la autonomía de los sujetos de la comunidad, que no sean cerrados, que dejen lugar a lo desconocido, al cambio y a la transformación del mismo en base a las necesidades cambiantes del contexto. En igual sentido se habilita la actitud crítica y reflexiva sobre las temáticas/problemáticas a abordar por medio de los encuentros, escuchando las voces de todos los participantes. Así se pretende evitar una bajada directa desde lo macro político, lo que propone determinado programa nacional, o determinada política pública, facilitando así la especificidad y particularidad en su contexto específico, cuya finalidad es que se pueda cumplir con el objetivo de mantenimiento a lo largo del tiempo del dispositivo, trascendiendo al gobierno de turno, al equipo de salud o al profesional que lo coordina, para encontrar su sostén en la comunidad misma.

7.3.1 EL DISPOSITIVO TALLER COMO ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Los dispositivos grupales permiten desplegar el pensamiento crítico y la reflexión por parte de la comunidad. Para ellos se requiere siempre el apoyo de políticas públicas que acompañen el despliegue de estos espacios en pos de significar la salud mental dentro de una comunidad específica, desde la participación ciudadana de sus individuos dentro de la misma y en relación a demás comunidades.

Según Montaña Fraire (2004), el dispositivo grupal es un instrumento para la intervención y la investigación. Se cuentan con diversos tipos de dispositivo grupal con los que se puede trabajar. Entre estos, se incluyen metodologías, encuadres y formas de establecer el trabajo grupal a la medida de cada objetivo y tipo de trabajo. Del Cueto y Fernández (1985), afirman:

Tiempo, espacio, número de personas y objetivo, conforman un dispositivo. Esto es, una virtualidad, pero específica y propia de ese grupo y no de otro. Si bien consideramos elementos manifiestos y elementos latentes en el acontecer grupal, esto no es algo fijo, cualquiera

de los elementos del dispositivo puede disparar efectos, puede operar desde la latencia en un momento dado (p.3).

En este sentido, en el primer nivel de atención de la salud se utilizan estrategias de intervención a nivel grupal, institucional y/o comunitarios, ya que los mismos presentan muchas ventajas en relación a su efectividad para abordar diversas temáticas compartidas, y funcionan primordialmente como espacio de socialización, intercambio y apoyo mutuo, más allá de que sus objetivos principales sean diversos y variables.

Siguiendo a Suarez, Ramírez & Henao (2020);

Como estrategias para el trabajo de los psicólogos en este nivel de atención, se evidencia la eficacia del trabajo a nivel grupal para tratar enfermedades mentales comunes, grupos psicoeducativos, apoyo matricial y programas comunitarios. (Espinosa, Campillo, Garriga, García, (2015); Serna, (2020); Gómez, et al, (2019)) Dejando claro lo valioso y necesario del trabajo con la comunidad enfocado en las necesidades y el abordaje interdisciplinario. Los tratamientos psicológicos han demostrado su eficacia en AP, con un enfoque transdiagnóstico en intervenciones breves y dirigido a grupos (González, 2017). La intervención grupal en APS: Proporciona beneficios propios como son, entre otros, la reducción del estigma (...); el disponer de múltiples modelos, puntos de vista y fuentes de información; el desarrollo de habilidades sociales o el incremento de la motivación y adherencia al tratamiento asociado al apoyo social mutuo (González, 2017, p. 10) (p.18).

El trabajo en grupo no solo ha demostrado su eficacia y efectividad en cuanto a los procesos de tratamiento, sino que al mismo tiempo suponen un coste menor en materia de recursos materiales, de infraestructura para los Centros de Salud,

de tiempo para los profesionales del equipo de salud que los coordinan, y económico por parte del estado o el municipio.

Una de las modalidades de trabajo grupal, más recurrentes, son los talleres, en los cuales se utilizan diversas herramientas, como técnicas gráficas, lúdicas, psicodramáticas, audiovisuales con el objetivo de provocar y desplegar un proceso reflexivo, que no esté centrado únicamente en la palabra. Nos dice Abalos (2013): “La reflexión en un taller no está considerada solamente como una cualidad del pensamiento, sino que alude a lo que se refleja a través de los cuerpos, de las vivencias, de los recuerdos, del contexto.”

Es imprescindible que estos espacios sean abiertos, y más allá de que se ordenen en torno a determinadas temáticas, siempre tiene que haber un lugar para que lo nuevo, lo desconocido pueda emerger, que brinden un lugar para alojar a un otro, fomentando de este modo la participación activa, cualidad fundamental para acercarnos a los objetivos de los mismos. Tanto coordinadores como participantes planifican y realizan las actividades en conjunto, fomentando la socialización, y la adquisición de valores y aptitudes como el respeto por el otro, la empatía, el pensamiento crítico, la reflexión, el debate y la aceptación de similitudes y diferencias. Son a su vez espacios en los cuales, se deben poder instrumentalizar las problemáticas o malestares de determinados grupos para convertirlos en demandas concretas, desde una posición activa de involucramiento, y considerando las posibilidades de cambios desde un enfoque que integre lo individual, lo grupal, la comunidad barrial, y el contexto sociopolítico. (M, Castagno, 2011).

7.3.2 DISPOSITIVO TALLER CON PERSONAS MAYORES

Al momento de realizar intervenciones a partir de dispositivos de taller con adultos mayores, es fundamental considerar el momento evolutivo como punto de partida, ya que el mismo va a modificar la dinámica, los roles y las temáticas de los encuentros. En lo que respecta a las dinámicas y los roles, es esperable en la interacción entre talleristas y participantes se torne un proceso cooperativo, donde todos podrán compartir sus experiencias y su sabiduría, los roles por lo tanto se tornan confusos, y el tallerista debe poder instrumentalizar positivamente estas situaciones desde cierta flexibilidad y apertura, pero sin dejar de lado la calidez emocional, que muchas veces logra ser el sostén

principal de estos espacios. Siguiendo a Wood (2023):

El abordaje y visibilización de los procesos sociohistóricos en la construcción de espacios de participación social de las vejeces implica poner en cuestión la concepción homogénea de la vejez y la asociación con prejuicios y estereotipos vinculados a la pasividad, improductividad y enfermedad. La creación e implementación de este dispositivo da cuenta de procesos que se configuran en la interrelación entre los sentidos y prácticas profesionales e institucionales desde la perspectiva de derecho y los sentidos y prácticas de las propias personas mayores en relación con sus demandas de participación en la sociedad. (p.9-10)

Por ende las temáticas que van a ser abordadas, son particulares y pueden ir variando con el transcurrir del tiempo, es imprescindible que el espacio sirva como un sostén social, un espacio de socialización, grupo de pertenencia, y formación de redes o lazos. Dentro de eso, las actividades pueden modificarse e ir construyéndose en conjunto, atendiendo necesidades individuales y grupales, y desde un marco de promoción de la salud y envejecimiento activo saludable.

7.3.3 DISPOSITIVO TALLER COMO ESPACIO LÚDICO-EXPRESIVO.

Algunos de los encuentros se planifican con el objetivo de promover un espacio de recreación a partir de diversas actividades lúdicas, expresivas y creativas. Se busca fomentar la participación social con dinámicas que privilegian la iniciativa y la creatividad singular, al mismo tiempo que dan lugar a la socialización y el encuentro con el otro, comprendiendo la influencia positiva que tiene esto en la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores. Segesser, V. (2015), afirma:

Se considera que una forma de mejorar la Calidad de Vida de los adultos mayores, es a través de las actividades recreativas incluidas en un proceso grupal. Para lo cual, ese grupo debería funcionar como un

espacio de sostén y pertenencia, permitiéndole al adulto mayor acceder a las herramientas necesarias para afrontar la realidad que lo atraviesa.(pp.86)

Por ende las dinámicas son diversas y están sujetas a cambio, pueden incluir juegos, como construcción de rompecabezas integrando de este modo además la estimulación cognitiva, actividades de manualidades o prácticas, que a su vez también favorecen a la motricidad y la expresión creativa individual. Visitas y encuentros puertas afuera del centro de salud, en el mismo barrio o comunidad, o en lugares emblemáticos de la ciudad facilitando la actividad física y promoviendo intercambios con personas externas al propio grupo, y el intercambio cultural y generacional.

Siguiendo las ideas de dicha autora, la recreación da la idea de crear nuevamente, motivar y establecerse nuevas metas, nuevos intereses y estilos de vida. Se trata de mejorar la calidad de vida mediante un involucramiento en actividades estimulantes, creativas, gratificantes y significativas.

7.4.3 DISPOSITIVO TALLER COMO ESPACIO DE EXPRESIÓN NARRATIVA-LITERARIA.

Si bien ambas modalidades de talleres presentan enfoques y características diferentes, aquí se pretende realizar una integración de ambos, ya que la expresión literaria, se ha utilizado como un medio para fomentar la expresión narrativa. A partir de diversas lecturas de poesías que han sido utilizadas como disparadores para brindar vías identificatorias hacia los participantes con su relatos narrativos de su propia historia vital, y hasta incluso con producciones escritas individuales posteriores a las reflexiones de dicha poesía, fomentando la lectura, la escucha activa, las reflexiones y la escritura. Siguiendo a Faedda (2015):

Pensamos en desarrollar un espacio que convoque a los mayores a contar y compartir relatos de sus historias de vida. En estos talleres cada sujeto narra experiencias, y se realiza una reflexión social a partir de un relato personal. Esto es, poner en palabras los acontecimientos significativos de

la vida. Sabemos que todas las personas, y en especial los adultos mayores, tienen la necesidad de contar relatos, experiencias y sucesos de su vida personal. (p.132)

De este modo, se puede ver que la narración de los relatos de vida tiene efectos directos sobre la identidad de los sujetos, y permite a partir de la resignificación integrar las situaciones pasadas en el presente, y también al compartirlo en la situación grupal, aparecen diversos puntos de vistas por parte de los demás participantes que abran diversas vías identificatorias que enriquecen este proceso, teniendo un efecto directo sobre el bienestar psicológico, unas de las características fundamentales para considerar la calidad de vida de personas adultas mayores.

Por otra parte, en lo que respecta a la expresión literaria dentro de un dispositivo taller, y si bien no es el objetivo principal, o el fin último de los encuentros, sino más bien un medio para abrir espacios a reflexiones y narraciones personales de la propia experiencia a partir de la lectura de determinadas poesías, y luego la producción personal de material escrito, audiovisual o artístico, fomentando la capacidad participativa del sujeto en función de la creación y la reflexión. La expresión literaria es el acto de expresarse a través del lenguaje, el que escribe explora, reconoce y ejercita su lengua, organiza sus pensamientos e ideas y expone su forma de sentir y comprender el mundo. Celis, F. (2017), nos dice:

El espacio del taller de expresión literaria da lugar al ejercicio constante de la lectura y la escritura, a la revisión y mantenimiento de lo escrito y a la elaboración verbal oral de los textos leídos que se hace presente en los comentarios realizados por los participantes durante el desarrollo del taller. Es apropiado también mencionar que dentro de este espacio la actitud de escucha, respeto y consideración se genera casi de manera espontánea (p.44).

Estas dinámicas además de ser utilizadas como disparadores para la expresión narrativa, logran facilitar diversas dinámicas grupales como el respeto por el

otro, la escucha activa y la participación continua. Además, funcionan como ejercicio de estimulación cognitiva, ya que demandan una puesta en marcha de diversos componentes de la cognición como la atención, la memoria, el lenguaje y la motricidad fina al mismo que incentivan a la capacidad creativa del sujeto, le permiten reencontrarse con sus fantasías, o su mundo simbólico. La producción de los diversos materiales para luego ser compartidos con personas externas al espacio, facilitan el intercambio de saberes, y una puesta en valor de sus propias producciones, favoreciendo el sentido de pertenencia y la participación activa en la sociedad por parte de sus integrantes.

8. MODALIDAD DE TRABAJO

8.1 SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS

Como modalidad de trabajo se utilizará la sistematización de las experiencias, que es un proceso de reflexión e interpretación crítica, que tiene como punto de partida el haber participado de una experiencia práctica en terreno, a partir de la reconstrucción y el reordenamiento de los elementos objetivos y subjetivos que formaron parte de la misma, se buscará producir una lógica en el proceso, que integre todo lo vivido en articulación con distintos aspectos teóricos de nuestra disciplina para generar nuevos conocimientos que surjan desde experiencias prácticas concretas.

Siguiendo a Oscar Jara (2011), se destacan a continuación cinco ejes metodológicos claves para realizar una sistematización de experiencias.

El primer eje, lo entendemos como el punto de partida, y se trata de haber vivido la experiencia, haberse insertado en alguna práctica determinada y haber generado registros a los cuales volveremos constantemente, pueden ser escritos, audiovisuales, fichas de actividades, etc.

El segundo eje, lo define como las preguntas iniciales, que serán las encargadas de empezar a orientar nuestro proceso de sistematización. ¿Para qué queremos sistematizar? Sirve para definir el objetivo. ¿Qué experiencias queremos sistematizar? Para poder delimitar el objeto a sistematizar, la parte más relevante de nuestra experiencia ya que es imposible cubrirla en todos sus aspectos. ¿Qué aspecto de la experiencia queremos sistematizar? Es lo que nos lleva a precisar un eje de sistematización.

El tercer eje, es la recuperación del proceso vivido, de todo lo que fue sucediendo a lo largo de la experiencia y permite ordenar y clasificar toda la información relevante, los momentos más significativos.

El cuarto eje, consiste en realizar una síntesis y un análisis de todo lo descrito anteriormente para poder aproximarnos a una interpretación crítica sobre todo lo sucedido.

Por último, formular conclusiones y recomendaciones que son el resultado de nuestro proceso de sistematización, y también encontrar la forma más efectiva para comunicar nuestros conocimientos y aprendizajes.

8.2 CARACTERIZACIÓN DE SUJETOS

El dispositivo taller denominado “Grupo de mujeres +60”, cuenta con cinco o seis mujeres de esta misma franja etaria, que acuden periódicamente al mismo, todas son adultas mayores, usuarias regulares del centro de salud y residen en Villa Paez, a pocas cuadras del dispensario.

8.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas utilizadas para la recolección de datos son muy diversas, y constituyen una parte fundamental de nuestro proceso de sistematización, ya que son el instrumento metodológico que utilizamos al momento de introducirnos en cualquier experiencia de terreno, nos permiten tener contacto directo con las situaciones objetivas y subjetivas presentes en nuestras prácticas, y comenzar a recolectar la información pertinente, que comienza siempre desde lo general hacia lo particular o más específico.

Las mismas son muy diversas en el campo de las ciencias sociales, y por ende en nuestra disciplina, lo cual nos coloca frente a un amplio abanico de posibilidades, y debemos elegir cuales son las más adecuadas para nuestro proceso de sistematización. En este trabajo se han utilizado la observación no participante, en un primer momento, hasta que obtuve mayor confianza por parte de mi referente y el equipo de salud, y comencé un rol más activo, en algunos momentos desde la observación participante tanto en entrevistas abiertas, cerradas, semidirigidas, planificación, participación y coordinación de dispositivos talleres. Por último, hay que considerar la técnica que me ha acompañado desde el primer momento, la toma de registros de observación, tanto objetivos como subjetivos, y que comenzaron siendo generales hasta el momento que pude empezar a definir mi eje de sistematización, lo cual me permitió una mayor especificidad sobre el que registrar.

8.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Siguiendo el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016), el cual tiene como propósito proveer principios generales y normas deontológicas para el ejercicio profesional de la psicología; nos ofrece cinco principios fundamentales que orientan nuestras prácticas: Respeto por la

Dignidad de las Personas y los Pueblos, Cuidado competente, Integridad, Responsabilidades Profesionales y Científicas y Responsabilidad social, ya que de ellos se desprenden las normas, que son obligantes para nuestro ejercicio profesional.

Por otro lado, la importancia del secreto profesional, que establece que los psicólogos tienen el deber de guardar secreto asegurando así la confidencialidad de todo conocimiento obtenido acerca de los destinatarios de sus servicios profesionales. Este deber hace a la esencia misma de la profesión, responde al bien común, protege la seguridad y la dignidad de los consultantes, sus familias y comunidades, debiendo resguardar los intereses de las personas a quienes ofrecen sus servicios, cualquiera sea el ámbito profesional de desempeño. Con ello, el secreto profesional resguarda toda información que se refiera a la identidad personal, referencia y/o espacios institucionales garantizando así la confidencialidad necesaria entre los involucrados.

En relación al consentimiento informado, es pertinente tener en cuenta que los psicólogos lo acuerdan con los destinatarios de su práctica profesional. Esta obligación se sustenta en el respeto por la autonomía, entendiendo que es válido cuando la persona que lo brinda lo hace voluntariamente y con capacidad para comprender los alcances de su acto. Ello supone capacidad legal para consentir, libertad de decisión e información suficiente y significativa sobre la práctica de la que participa.

9. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

9.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

A continuación se va a relatar las experiencias más significativas desde mi ingreso al centro de salud, las cuales van desde el 06 de mayo del 2024 hasta el 18 de octubre; con una asistencia semanal de dos a tres días, en las cuales se incluyen actividades en el centro (reuniones con el equipo de salud, talleres con el grupo mujeres +60, participación en primeras entrevistas como observador no participante, interconsultas), capacitaciones en DAPS (Dirección de Atención Primaria de la Salud) y UNC, y una salida por llenado de C.U.S (certificado único de salud) a un centro que brinda apoyo vecinal en barrio Providencia y otra salida por el barrio acompañando a estudiantes de la Facultad de Medicinas, que estaban realizando unas encuestas para recolectar datos epidemiológicos.

9.1.1 CENTRO DE SALUD.

El 06 de mayo, mi primer día en el centro, fue una reunión de presentación, con mi tutora de contexto y mi referente institucional, donde me comunicaron cuestiones generales respecto a los centros de salud, cuantos había en la ciudad (100 en total), cuantos tenían en sus equipos de salud a psicólogos (25 de 100), como estaban divididos por áreas programáticas, y los barrios de influencia de nuestro centro; que eran Villa Páez, Providencia, Marechal y zona limítrofe de Alto Alberdi, con estos barrios.

Luego pasamos a hablar sobre las actividades que íbamos a desarrollar durante el año, dentro de dos grandes lineamientos desde un marco de promoción de la salud. Por un lado los talleres de socialización del grupo de mujeres +60 años, y por otro los relacionados con salud sexual y reproductiva, desde una perspectiva que garantice el cumplimiento de los derechos humanos.

Ese día conocí a parte del equipo, personal administrativo, de enfermería y de limpieza. Por último, organizamos cuestiones de logística institucional, se pautaron los días y el horario a asistir, firma y entrega de documentos y planillas de asistencias, etc.

Al poco tiempo, se dio mi presentación formal, en donde he conocido a todo el plantel profesional del equipo de salud. Con la médica generalista, encargada del centro, quien me ha explicado muchos aspectos metodológicos del centro, y también su forma de entender la salud pública, la importancia que le otorga al

trabajo interdisciplinar y a la formación de redes (al momento de abordar problemáticas tan complejas), cómo considera la APS, la importancia de la retroalimentación entre centro de salud/comunidad y comunidad/centro de salud. Luego con la referente profundizamos en la importancia del compromiso ante las diversas problemáticas sociales lo cual me ha permitido con el transcurrir de mi práctica, re significar las implicancias que conlleva el estar en el sistema de salud pública: hay complejidades sociales (ideologías y creencias) que inciden en el accionar de los involucrados. Se pudo trabajar estos puntos con recursos literarios (como Negra de Mierda, de Juan Sola), noticias actuales del barrio (la problemática de la seguridad, el narcotráfico, desarmaderos de auto, políticas públicas sanitarias, obras públicas municipales y provinciales, etc.).

También ese día he podido conocer a una participante activa del Grupo Mujeres+60, que también es un nexo entre el centro de salud y la comunidad barrial, ya que se encarga de invitar e incluir a demás mujeres del barrio.

A lo largo de esta experiencia, he aprendido acerca de los programas, proyectos y el origen de los Centros de Salud. Todo esto me permitió comprender que hay diversos programas (de leche, de inmunización, de ESI, etc), y sus proyectos (en la comunidad, salidas a colegios barriales o centro vecinales, CUS, abordajes interdisciplinarios). Con respecto al origen de la institución y su historia (fundación, evolución y contextualización barrial) también encontré documentos elevados a DAPS, en los cuales se solicitaron diversos insumos y soluciones respecto a problemas de la infraestructura, y también en tales documentos se encuentran consultas que llegaban al área de salud mental con temáticas en torno a violencia intrafamiliar, consumo problemático de sustancias, embarazos puberales o adolescentes, problemas escolares, ESI, y en menor medida intentos de suicidios.

También he participado de diversas reuniones del equipo, introduciéndose a partir de la vivencia en los diferentes déficits propios del sistema de salud público, las tensiones políticas y burocráticas que atraviesan los equipos de salud, la falta de infraestructura, de personal y de insumos. Esta última mucho más acentuada a partir de este año, en lo que respecta a los programas nacionales, por el cambio de gestión.

He participado de diversas interconsultas, la mayoría de las veces entre la médica generalista y la psicóloga, siempre son casos con problemáticas muy complejas, por ende. es necesario el abordaje interdisciplinario, entre los más concurrentes aparecen consumo problemático de sustancias, vulnerabilidad de derechos en las infancias, violencia familiar y casos judicializados.

Asimismo, desde el Centro de Salud se ha realizado una actividad en un espacio comunitario que brinda apoyo escolar, para realización y llenado de C.U.S. Del mismo modo he aprendido información muy relevante sobre ESI, lineamientos para el nivel primario de la escuela, cómo buscar información en la página oficial del ministerio de salud, la importancia del trabajo interdisciplinario, como las salidas comunitaria inciden positivamente sobre la accesibilidad a los servicios de salud, ya que en esa salida se dieron entre psicología, medicina y odontología más de 10 turnos para futuras consultas en el centro, la importancia de estos espacios que funcionan como guarderías, merenderos, espacios de apoyo escolar y recreativos, actividades como deportes o huertas, y la importancia de la multisectorialidad y las redes, retroalimentación entre Centro de Salud, espacios comunitarios y comunidad, pero también la falta de formalidad institucional a la hora de armar estos espacios en conjunto, ya que se realiza un “trabajo artesanal”, que dependen de los contactos profesionales de los integrantes de los equipos de salud.

He participado, desde el centro de salud y en conjunto con estudiantes de la cátedra de Medicina Preventiva, de la Facultad de Medicina, de una salida por el barrio para realizar una encuesta puerta por puerta, para recolectar información contextual y epidemiológica acerca de las familias que habitan Villa Páez, si bien las preguntas eran muy cerradas, y por lo tanto los datos obtenidos que anote fueron objetivos, puede rescatar recurrencias acerca de las problemáticas barriales, que giraban en torno a la recolección de residuos, la inseguridad y el narcomenudeo. La mayoría de personas que contaban con obras sociales, no sabían de la existencia del centro de salud, ni donde estaba ubicado. Aquellos que sí frecuentaban el centro, tuvieron referencias positivas acerca del equipo de salud. Los aspectos negativos giraban en torno a la accesibilidad al momento de solicitar un turno, y la falta de personal. Las familias con niños concurren con mayor frecuencia que las familias que no, esto se relaciona con los programas de control del niño sano, y el programa de leche. Encontré diferencias en el modo

en el cual se realizaban las preguntas, que luego conversé con mi referente y la encargada del centro.

He estado presente en diversas entrevistas clínicas como observador no participante, muchas de ellas, primeras entrevistas, y en algunos casos he seguido acompañando el proceso. He aprendido aspectos muy importantes acerca del rol, el encuadre, la metodología de trabajo, diversas intervenciones, realización de familiogramas, acompañamiento desde el primer nivel, sin realizar diagnósticos psicopatológicos, derivaciones, trabajo interdisciplinar con un profesional en psiquiatría, articulación y derivación con instituciones pertenecientes al segundo nivel de atención de la salud en problemáticas que exceden los límites y el alcance de la atención primaria.

Además, he podido comprender diferencias generales en relación a las etapas evolutivas ya, que si bien la mayoría fueron adultos, también he participado con niños, adolescentes y adultos mayores.

Por otro lado, las problemáticas han sido de lo más complejo, propias del primer nivel de atención, y de los servicios públicos sanitarios, lo cual me ha brindado muchísimas experiencias enriquecedoras de aprendizajes para mi futuro desarrollo profesional. Las problemáticas más recurrentes de los casos, en su gran mayoría, involucran la pobreza, la falta de recursos materiales, el consumo problemático, la violencia intrafamiliar y la intervención de la justicia, sea SENAF por casos de tenencia infantil, tribunal de familia en embarazos puberales o adolescentes, usuarios que solicitan una consulta por exigencia del juez, o en conflicto procesales.

9.1.2 DISPOSITIVO GRUPAL TALLER “CHICAS+60”

Con la presencia de mi referente he participado en la planificación del dispositivo Taller grupal mujeres +60. El mismo surge a partir de notar en el centro muchas mujeres mayores poli consultantes por problemas menores, para solicitar alguna crema, información, o más bien como ir al centro en busca de dialogar o tener un propósito para realizar sus caminatas de mañana por el barrio, que por una demanda clínica concreta, a lo cual surge la idea de crear este espacio para facilitar la socialización en la tercera edad, con la incidencia positiva que tiene la misma sobre la salud mental a lo largo de todo el desarrollo, y también para crear o fortalecer estas redes barriales en la comunidad,

acompañándose en momentos difíciles de alguna enfermedad o padecimientos, poniéndose de acuerdo para ir al mercado, el banco y la farmacia, o simplemente juntándose a compartir.

Si bien, el objetivo principal es la sociabilización, dicho espacio también se entrelaza con actividades físicas saludables (caminatas por el barrio, salidas recreativas), actividades de estimulación neurocognitiva (memoria, lenguaje, motricidad) y actividades reflexivas (lectura, puesta en común, debates).

Actividades en el grupo: Mujeres+60.

Hay que destacar que el dispositivo cuenta con cuatro participantes. En el primer encuentro que he participado se planificó una actividad que favorece la presentación de cada miembro, incluido yo. La dinámica consiste en una actividad que dinamice las presentaciones, propuse la actividad de presentarse con nombre y decir tres afirmaciones, en la cual una de ellas debe ser falsa y el grupo debe adivinar cuál es, la siguiente instancia en la cual dijimos de compartir una lectura en voz alta: sobre el siguiente poema Devetach, L. Para que sepan de mí. Para dar lugar a un espacio de reflexión, diálogo y escucha activa. Para finalizar vamos a retomar inquietudes generales respecto al taller, y aspectos que les gustaría trabajar, retomar, profundizar para los próximos encuentros.

Llegado el día del taller, comenzamos con la presentación a partir de la primera actividad que cumplió el objetivo de romper el hielo, y empezar a conocernos.

Posteriormente surgieron algunos temas que habían sido importantes para ellas respecto al taller, como se habían hecho amigas entre ellas y ahora tenían una red de apoyo (respecto a compras por el barrio, el ir a la farmacia, acompañarse cuando tuvieron dengue, y compartirse actividades de este tipo), la segunda actividad de lectura y reflexión, al hablar de mujeres de su época, permitió una identificación, donde cada una fue contando y hablando un poco más desde su perspectiva y lo que les pasaba a ellas en relación con el texto.

A modo de cierre, dejamos un espacio para consultar qué actividades les gustaría retomar de las que estaban pendientes y ver si surgían algunas nuevas; organizamos una visita al antiguo zoo de Córdoba, y surgió la idea de realizar una caminata por el barrio; con un doble motivo, hacer actividad física saludable y recreativa con ellas y que me cuenten/informen sobre la historia del barrio, ya que algunas de ellas vivieron aquí toda su vida aquí y otras desde muy pequeñas.

En el cuarto encuentro, contamos con la asistencia de una participante nueva convocada por otra de las integrantes del taller, así que al encontrarnos con esta dinámica decidimos comenzar con una actividad para presentarnos, ya que era importante ver cómo se integraba y como era recibida por el grupo. Luego realizamos una ronda, con una actividad de Origami, o manualidades con papel, la cual tenía un doble fin, por un lado trabajar y poner en práctica la motricidad, respetando los tiempos de cada participante, y luego detrás había que escribir afirmaciones, positivas o negativas sobre cada uno, que íbamos a ir descubriendo con el compañero que teníamos a lado. Fue muy interesante ya que permitió conectarnos con fortalezas y debilidades, como que nos gustan y cosas que no, y además tomarnos tiempo, espacio para a partir de la reflexión tratar de llegar a las raíces y orígenes de cada afirmación. A modo de cierre, pedimos una devolución acerca de lo trabajado, se le preguntó a la nueva participante como se había sentido, si quería compartir algo, y la invitamos a volver al próximo encuentro.

Para el séptimo encuentro, hemos planificado distintas actividades para realizar, pero al comenzar nos encontramos con que una de las participantes estaba preocupada porque debía realizarse una colonoscopia, así que gran parte del encuentro giró en torno a esto, las demás participantes contaron su experiencia personal respecto a que ya se habían realizado este estudio, lo cual brindó seguridad y confianza, y además se ofrecieron para acompañarle ese día. Luego organizamos las actividades para el próximo encuentro, una realización de un afiche en conjunto, para pegar por las paredes en el centro, y así ampliar la convocatoria de más mujeres al espacio del taller, realizar actividades manuales, y recuperar todas las actividades que se venían realizando hasta el momento desde nuestro espacio. Este día he aprendido acerca de la importancia de la flexibilidad y la improvisación desde el rol de coordinadores, y dejar un espacio abierto a lo que pueda surgir, ya que muchas veces uno planea determinadas actividades, pero al llegar al espacio se encuentra con emergentes grupales que deben ser atendidos en el momento, y esto lleva a una reorganización de las actividades.

Para el próximo encuentro, tuve la posibilidad de coordinar el taller, sin la presencia de mi referente institucional, al llegar conté con la asistencia de una participante antigua del espacio, que aún no había conocido, y esto supuso un

desafío para mí, ya que era una mujer no vidente, y íbamos a realizar actividades manuales, de escritura, recorte de imágenes y realización de dos afiches que luego íbamos a pegar por el centro. Con el transcurrir del taller, y dado que entre ellas ya se conocían, fuimos dividiendo las actividades de modo que todos podamos participar de alguna u otra manera. A partir de fotos del grupo realizando distintas actividades, fuimos completando los afiches y retomando cada uno de los momentos compartidos desde el espacio, registrando gráficamente la variedad de actividades realizadas desde el comienzo hasta el presente, y con el fin último de compartir esto hacia el equipo de salud, los demás usuarios del centro, y así expandir la convocatoria para que más mujeres se unan al dispositivo.

Salidas y paseos por el barrio.

Para el segundo encuentro, decidimos comunicarnos con el grupo y organizar la caminata por el barrio que había surgido como idea en el encuentro anterior con mucho entusiasmo, acordamos llevar zapatillas, ropa cómoda y la salida iba a ser desde el centro.

Llegado el día, nos encontramos con la presencia de dos participantes, así que intentamos contactar a la tercera, y emprendimos camino hacia la costanera. Este día conoce, el límite entre los barrios Villa Páez y Providencia (dos barrios que pertenecen a la zona programática del CS N30), la antigua usina de EPEC, que fue puesta en valor como espacio verde recreativo, esto permitió volver a las infancias de las participantes a modo regresivo, y abrir un diálogo con emociones encontradas, como la alegría y la nostalgia. Luego recorrimos el barrio, vimos distintas viviendas, una parte de antiguos galpones abandonados que fueron tomados como viviendas, cruzamos a una vecina, que sacó un turno con mi referente para verla en el CS, que quizás de otro modo no hubiera sucedido.

Para el tercer encuentro, continuamos la caminata pero esta vez para la zona norte de Villa Páez, las participantes propusieron terminar el recorrido que por cuestión de tiempo no llegamos al encuentro anterior. Visitamos la plaza de la toma, el cementerio San Jerónimo y la capilla del mismo. Recorrimos panteones de personas influyentes de la ciudad, conocimos la historia del Antiguo Pueblo de la Toma, hoy en día Alberdi, y reflexionamos sobre la espiritualidad, la

religión, como lo vivencia cada una, los prejuicios negativos en la tercera edad sobre la gente que es atea.

Para el quinto encuentro, realizamos una caminata recreativa hacia la plaza del barrio, este día contamos con tres participantes, una participante nueva, que se menciona en el ítem anterior, recorrimos una huerta comunitaria, que permitió indagar sobre cuestiones personales acerca de la importancia que cada participante le otorgaba al cuidado de sus jardines y sus plantas, la gastronomía, y volver también a sus infancias, como antes cada familia tenía su propia huerta. Además emergieron creencias personales acerca de las generaciones más jóvenes, la falta del cuidado y valorización de estos espacios en comunes, el vandalismo. Luego vimos un monumento homenaje a los taxistas fallecidos en pandemia, que debieron continuar con su trabajo, y desde aquí se dio una identificación que permitió volver a las vivencias personales de cada una en pandemia, el aislamiento social, la prohibición de espacios comunes, el miedo generado a las personas de la tercera edad. Aparecieron diferencias políticas e ideológicas por parte de las participantes, que debieron ser instrumentalizadas por mi referente y por mi.

Visitas específicas por la ciudad.

Para el sexto encuentro, nos reunimos con dos de las participantes y mi referente en el Hospital Nacional de Clínicas, para acudir a una ceremonia de conmemoración por el día de la pachamama, fue un encuentro recreativo y distendido, ya que volvíamos a reunirnos luego de 20 días de vacaciones, se manifestaron las ganas de volver a reunirnos y la importancia que se le otorga a nuestro espacio de encuentro. Las actividades que se realizaron fueron muy interesantes, se habló de la importancia del cuidado del medio ambiente, lo que la tierra nos provee y lo que nosotros hacemos para devolverlo, se habló de espiritualidad y religión. Este día he comprendido aspectos fundamentales acerca del rol de tallerista con personas de la tercera edad, la flexibilidad y el acompañamiento constante, recorrimos gran parte de la institución, hablamos con una médica psiquiatra del establecimiento, y el encuentro terminó durando dos horas, cuando siempre venían siendo de una hora.

Para el décimo encuentro, hemos realizado una salida recreativa al Parque de la Biodiversidad, a la cual asistieron 4 participantes del taller, una enfermera del Centro y mi referente, la entrada al lugar es gratuita, y los gastos en movilidad

fueron cubiertos desde el Centro de Salud. Estos encuentros recreativos, permiten la distensión, y la fluidez del diálogo ya que se desarrollan de manera natural, se caracterizan por la flexibilidad e informalidad del encuadre, que quitan la presión social, y el miedo o vergüenza a decir algo que no sea acorde, o que pueda ser interpretado de tal o cual manera por parte del psicólogo. Sin perder de vista los roles, de coordinadores y participantes, los mismos transcurren como una “charla entre amigos” y por ende se profundiza muchísimo más acerca de las vivencias personales de cada sujeto, de los aspectos emocionales, situaciones traumáticas y fantasías inconscientes.

9.1.3 CAPACITACIONES (DAPS, HOSPITAL DE URGENCIAS, UNC)

Acudí a mi primera capacitación que había sido invitado el día de mi presentación, la misma era en DAPS (Dirección de Atención Primaria en Salud) que estaba organizada por la Comisión de Salud Mental, de DAPS, la cual está formada por estos 25 psicólogos que forman parte de los 100 centros de salud totales.

La misma trató sobre un informe realizado en 2014, que evaluaba el funcionamiento, la eficacia y la importancia de los 100 centros, a partir de entrevistas realizadas a equipos de salud, usuarios barriales y algunos mandatarios políticos, y ya que en este año se cumplía una década de aquella publicación, se remontaban este informe para realizar una comparación con la actualidad.

Me encontré con datos impactantes; el 90% de los usuarios de los centros de salud eran mujeres; que asistían por diversos controles, problemas de salud y también muy arraigadas al rol de cuidadores de los niños o niñas de la familia, el 87% de los usuarios de los centros de salud solo poseen cobertura sanitaria pública, dicho de otro modo, solo el 13% de los usuarios cuentan con obra sociales o cobertura privada. Otros datos interesantes, fueron los ítems que evaluaban las diversas funciones de la APS, y el que tenía que ver con el grado de afiliación por parte de las personas hacia los centros, lo cual nos permite hacer la lectura de que + de un 80% de los usuarios reconocen al equipo de salud del centro como sus profesionales de cabeceras, ósea quienes mejores conocen a la familia, y a los niños. Más adelante fui notando la importancia de estos seguimientos familiares, como muchas otras instituciones sociales públicas

recurren a los centros para solicitar información sobre determinada familia, o determinados pacientes; por nombrar algunos de manera rápida; SENAF, LAZOS, o centros vecinales, etc. Por último, este día conocí otras practicantes de la UNC, que me sirvió mucho para mantener contacto para futuras capacitaciones, y además se dio un intercambio respecto a las modalidades de PPS y TIF de cada universidad, y también en relación al contexto ya que, si bien todos estábamos en centros de salud, ellas desde contexto Social y Comunitario y yo Sanitario.

Mi segunda capacitación fue en el Hospital de Urgencias, la misma iba a constar de cuatro exposiciones en las cuales se iban a narrar las experiencias en terreno de cuatro profesionales en psicología de Centros de Salud distintos, a modo de compartir información, debatir y reflexionar sobre la complejidad de realidades sobre las cuales debemos realizar nuestras intervenciones, que en la mayoría de los casos desbordan los aspectos técnicos, metodológicos y teóricos de nuestra profesión.

Comenzamos con la primera experiencia; acompañamiento de IVE en infancias: Este caso fue desde mi punto de vista el más complejo, no solo por los aspectos contratransferenciales que se pueden poner en juego, sino también debido a la intervención de instituciones judiciales, y un marco legislativo completamente nuevo, con todo lo que esto implica. Se habló de la importancia del rol de la escucha activa, el acompañamiento, el seguimiento familiar que se realiza desde los centros de salud y como las demás instituciones públicas acuden por información a los mismos, la falta de bibliografía teórica respecto a estas temáticas tan recientes y la importancia del trabajo en red, multisectorial y de la supervisión o el análisis personal.

La segunda fue sobre los EZI (Equipos Zonales Interdisciplinarios) ;esta experiencia giró en torno a la hegemonía médica presente en los equipos zonales encargados de supervisar, coordinar y gestionar por zona a los centros de salud, la minimización acerca de nuestra disciplina y nuestro trabajo, el tener que dar cuenta de porque nuestras intervenciones contribuyen positivamente hacia la salud colectiva o individual, la falta de formación en salud pública y salud comunitaria por parte de determinados equipos de salud, el paradigma de la medicalización y la jerarquización del biologismo en el proceso salud/enfermedad.

La tercera trato sobre la incidencia de los psicólogos en el equipo de salud: Esta narrativa fue muy interesante ya que tocó una temática que yo venía pensando pero que todavía no había podido poner en palabras, y era respecto a la diversidad y amplitud del rol, las incumbencias del psicólogo en los centros de salud. Se habló más que nada de una intervención hacia el equipo de salud, respecto a tensiones burocráticas, diferencias ideológicas y mal clima laboral, y se pudo ver como nuestras intervenciones abarcar todos los contextos de práctica profesional; sanitario, comunitario, clínico, laboral y lo jurídico cuando se trata de familias o niños que sus derechos están siendo vulnerados.

Y por último un trabajo comunitario realizado en la plaza del barrio; se habló de un dispositivo que logró permanencia y durabilidad por más de 4 años, atravesando la pandemia y hasta la actualidad, fue mutando por diversas temáticas, ya que la comunidad tenía un fuerte involucramiento en el mismo por lo cual las necesidades iban cambiando, apoyo escolar, taller de literatura, actividades recreativas, acercamiento de información. Se resaltó la falta de apoyo por parte de la municipalidad y la provincia, y como el espacio logró sostenerse a partir de una red de voluntariado con la UNC, horas extras no remuneradas por parte de algunos integrantes del centro de salud, y por el trabajo voluntario de la gente del barrio.

La tercera capacitación, fue muy interesante ya que además de los psicólogos de DAPS, ese día fueron invitados también los pertenecientes a los CAPS, y la subsecretaría de adicciones. Se realizó una breve presentación de cada institución, como funciona, a que se dedican, y cómo los atraviesa el contexto del último tiempo. Se habló de la importancia que la nueva gestión provincial le otorga al enfoque en Salud Mental, y de las complejidades propias del primer nivel de atención.

Luego realizamos un trabajo en equipo, compuestos por un psicólogo de cada institución y en lo posible uno o dos practicantes por grupo. Debatimos sobre un caso práctico propio del primer nivel, teníamos que describir agentes sociales que aparecen allí mencionados y luego describir las posibles articulaciones. Me permitió aprender mucho sobre la práctica de nuestra profesión ya que allí eran todos psicólogos con diez, quince o veinte años de experiencia, apareció la importancia de que los centros de salud cuenten con un psicólogo en su equipo,

la multisectorialidad y el trabajo en redes, el seguimiento familiar que tienen los CS con las personas del barrio, la escuela como sostén.

Para finalizar cada grupo expuso lo trabajado, y se habló de la posibilidad de próximos encuentros ya que las realidades con las que trabajamos son cambiantes y complejas por lo cual es muy necesaria la formación constante. Por otro lado siempre es bueno trabajar en conjunto con otras instituciones ya que esto amplía muchísimo más las experiencias, y por ende enriquece la producción de conocimientos.

Acudí a una diplomatura en la UNC, la misma era organizada por la municipalidad de Córdoba, y trato sobre herramientas y estrategias para el abordaje integral de la salud mental y los consumos problemáticos. Se habló sobre el trabajo en redes, la sociedad postmoderna y los sentidos que se le otorgan al consumo, el consumo como ausencia de límite interno, la pérdida de horizonte y futuro para vivir en la inmediatez. Nuestra ley de salud mental sirve de eje para muchos otros países de la región, que tan cerca y que tan lejos estamos de lo que la misma propone.

Tal problemática del consumo está muy presente en el primer nivel de atención, en los CS, por ende es importante la formación ante la ausencia y la falta de articulación entre instituciones, el armado de redes a partir de un “trabajo artesanal” de cada profesional de la salud, y nuevamente el compromiso comunitario, la participación de las familias y el seguimiento. Es importante crear dispositivos que logren la permanencia a lo largo del tiempo, y trascienden a un profesional, a un equipo y a una institución.

9.2 ARTICULACION TEORICO-PRACTICA

9.2.1 EL ROL DEL PSICÓLOGO SANITARISTA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL COLECTIVA DE PERSONAS MAYORES QUE ASISTEN A UN CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA.

El psicólogo sanitario enmarca sus quehaceres dentro de una perspectiva de promoción de la salud colectiva, que se fundamenta a partir de la noción del concepto ampliado de salud, que es multidimensional, y pretende trascender la lógica de considerarse como un mero tratamiento individualizado de la

enfermedad, para intervenir sobre todos aquellos factores que determinan de un modo u otro a la salud integral de los seres humanos, y que no pueden pensarse de manera aislada e individual, sino que se deben entender a partir de su interacción, y dentro de un contexto determinado. (Calatayud, 2019). Las actividades propuestas por el centro de salud en relación a esta conceptualización, pueden diferenciarse en sus programas de inmunización, control de enfermedades crónicas (Registro N°1,16/05/2024) y su proyecto el dispositivo taller con el Grupo: Mujeres+60.(Registro N°1, 06/05/2024).

La salud colectiva, estaría determinada por un movimiento dialéctico y simultáneo entre las dimensiones de lo general, lo particular e individual. (Breilh, 2021). De este modo, se nos permite considerar en primer lugar los aspectos macrosociales, que impactan de manera diferente, en los distintos grupos humanos, determinadas comunidades barriales, o pequeñas localidades, para determinar de este modo las condiciones individuales, donde se visualizan las similitudes, pero también en esta categoría emergen las condiciones subjetivas que son propias de cada ser humano, que son producto de la socialización primaria y secundaria. Fue fundamental, en primera medida tomar contacto con el barrio, con la comunidad de Villa Paez, y las características del contexto, por lo cual mi referente me solicitó buscar diversas noticias de la actualidad que hayan pasado aquí, para luego debatirlas con ella, a modo de poder realizar una contextualización en mayor profundidad, y contrastarlas con mi propia ideología y prejuicios. (Registro N°1, 16/05/2024)

Respecto al rol del psicólogo sanitarista con personas mayores que asisten a un centro de salud, en primera medida es importante destacar que se realizan diferentes funciones en atención primaria de la salud desde una perspectiva de promoción de salud mental y salud colectiva.

El centro de salud corresponde al primer nivel de atención, y por ende las funciones que realiza el profesional en psicología se desprenden de las estrategias generales de APS, Promoción y prevención; trascendiendo la clínica individualizada, como por ejemplo las actividades realizadas desde el dispositivo grupal participación taller denominado Grupo: Mujeres+60. La participación del psicólogo sanitario contribuye a un rol de catalizador de los procesos sociales en pos de favorecer la participación social de los usuarios en las acciones destinadas al mejoramiento de su salud, desde un diagnóstico comunitario, que

tuvo como resultado la creación del espacio Grupo: Mujeres+60. (Registro N°1, 22/05/2024). Asimismo, se destaca la intersectorialidad con el fin de articular con las distintas instituciones y agentes comunitarios para, de esta manera, poder trabajar “en y con redes locales”, por ejemplo, la participación en la conmemoración del “Día de la Pachamama” en el hospital Nacional de Clínicas, con el grupo: Mujeres +60. Otra cuestión fundamental es el trabajo interdisciplinar que apunta a una visión de salud integral en su proceder y accionar, destacándose en este Centro de Salud un trabajo en conjunto entre la medicina general y la participación del personal de enfermería que en este grupo de mujeres mayores se observaba mediante actividades de estimulación sensorial puertas adentro del centro de salud (Registro N°5, 05/09/2024) y la visita al parque de la biodiversidad, en la Ciudad de Córdoba. (Registro N°4, 29/08/2024). (Rydel. D., et al. 2022). Por ende, las funciones que se realizan son de las más diversas, y particulares, atendiendo de manera específica, a este grupo de mujeres que participan comprometidamente en actividades diversas, como actividades recreativas y lúdicas (Registro N°5, 26/09/2024) , paseos por el barrio de Villa Paez (Registro N°2, 06/06/2024), o bien visitas a diversos lugares de la ciudad (Registro N°4, 29/08/2024).

Por tanto, podemos considerar que el rol del psicólogo en APS, es muy diverso y se integra a través de diversas funciones como: planificación de programas (inmunización, control de enfermedades crónicas), grupos de educación para la salud, interconsultas, entrevistas primarias, acciones intersectoriales (Instituciones como el hospital nacional de clínica), charlas psicoeducativas (con la temática de Octubre Rosa) y apoyo y realización de talleres:Grupo: Mujeres+60. (Suarez, Ramirez & Henao 2020).

De esto modo se encuentran recurrencias respecto a mi experiencia como practicante, en la realización de diversas actividades correspondientes al primer nivel de atención, pero por una cuestión didáctica y académica voy a centrarme mayoritariamente en el espacio de socialización denominado grupo: Mujeres +60, el cual es valorado muy positivamente por sus participantes como espacio de encuentro, de recreación y aprendizaje, y que les otorga un fuerte sentido de pertenencia a su comunidad barrial, al mismo tiempo que mantiene despierta su participación activa en la sociedad. Esto mismo quedó demostrado en el

encuentro que se realizó por el “Día de la Pachamama” en el Hospital Nacional de Clínicas; este encuentro ha sido posterior a las vacaciones de invierno, por lo cual hacía un mes que el grupo no se reunía. Profundizamos de este modo, sobre la importancia que le otorgaban ellas a los encuentros semanales con el grupo, como espacio de encuentro, diálogo, apoyo mutuo e intercambios, a su vez agradecieron a mi referente por invitarlas a participar de esta actividad, ya que sin su motivación quizás no hubieran asistido, no sólo valoraron el momento agradable que había transcurrido, sino también la posibilidad que el mismo les abrió para participar de otros talleres que eran brindados por diversos profesionales y practicantes pertenecientes a esta institución ya que fueron invitadas, como talleres de lectura, de tejido y de idiomas. (Registro N°4, 01/08/2024.). Este encuentro resulta pertinente, ya que a partir de la intersectorialidad, al poder articular las actividades realizadas en el centro de salud con otra institución que brinda espacios de promoción de salud para personas mayores, se puede dar cuentas de nuevas posibilidades de participación en distintos espacios que suplen diversas necesidades y demandas, que se encuentran accesibles para ellas, ya que queda cerca de su barrio. Además, fueron invitadas por los mismos coordinadores y participantes, lo cual motiva aún más la inclusión, y por último no suponen un coste económico, ya que tales eventos son gratuitos y abiertos para todo el público. (Ramos Ocampos, 2001) Aquí se ve la importancia del Centro de Salud, como primer contacto de las personas mayores, por una cuestión de localización geográfica y como espacio de confianza y primer contacto, que a su vez funciona como nexo y puente con una institución más compleja, que por ende brinda una mayor cantidad y diversidad de servicios profesionales (Rydel., et al. 2022).

9.2.1.1 EL DIAGNÓSTICO COMUNITARIO COMO PARTE DEL ROL DEL PSICÓLOGO SANITARISTA EN APS.

Dicho espacio surgió a partir de un análisis por parte de mi referente, que notó que muchas mujeres mayores pertenecientes a la comunidad de Villa Paez, Marechal o Alto Alberdi (Registro N°1, 06/05/2024), visitaban con frecuencia el centro de salud por necesidades menores como solicitar alguna crema, sacar turno para alguna consulta por alguna dolencia menor, o simplemente pasar a

saludar al realizar sus caminatas diarias, fue dialogando con ellas, de manera particular, desde ciertas entrevistas informales y de las cuales se encontraron algunas recurrencias en sus historias, relacionadas al momento vital que transitan como por ejemplo una disminución de la participación social en relación a los amigos, la familia y la sociedad. (Registro N°1, 22/05/2024). Por lo cual, se decide en conjunto con una de ellas abrir la convocatoria para este espacio de socialización, para mujeres mayores de 60 años, que luego se constituyó como un dispositivo grupal taller, en el cual las actividades varían con el transcurrir de los encuentros y se van planificando semanalmente en conjunto entre coordinadores y participantes de acuerdo a diversas necesidades y objetivos.

De tales observaciones se puede pensar el rol que lleva a cabo el psicólogo sanitario en la conformación de un diagnóstico comunitario en un primer nivel de atención, destacándose que mediante un proceso de recolección de datos, se dan a conocer los problemas, necesidad y potencialidades de determinada comunidad, y son contruidos en conjunto con el equipo de salud, permitiendo de esto modo que surjan tomas de decisiones y acciones concretas para satisfacer sus demandas. (Gerez, Evelyn, et al.,2024):

Por tanto el diagnóstico comunitario en un centro de atención primaria de la salud requiere de un trabajo colaborativo e interdisciplinario que permite dar cuenta de la complejidad. En tal caso, han contribuido su aporte los siguientes profesionales, la médica generalista, la odontóloga, el personal de enfermería y en mayor medida la profesional en psicología, en conjunto con las adultas mayores pertenecientes a la comunidad de Villa Paez, y como resultado la creación del espacio, Grupo: Mujeres+60. (Registro N°1, 16/05/2024)

9.2.1.2 PLANIFICACION, COORDINACION Y EVALUACION DEL DISPOSITIVO TALLER CON PERSONAS MAYORES: COMO PARTE DEL ROL DEL PSICÓLOGO SANITARISTA EN APS.

Si bien a los primeros encuentros, acudí como practicante, desde el rol de observador participante, rápidamente mi referente me dio lugar para participar también en la planificación previa de cada encuentro y en las evaluaciones posteriores acerca de los encuentros, hasta que me tocó ser coordinador del espacio, en primera instancia con ella o algún integrante del equipo de salud

presentes, y llegando también a coordinar el espacio de forma proactiva. (Registro N°4,15/08/2024).

La planificación nos permite optimizar los recursos, el tiempo y el espacio atendiendo a los problemas o las demandas de sus participantes. El espacio cuenta con una frecuencia de encuentros semanales, con duración de una hora. Las planificaciones siempre se realizan en concordancia con las actividades mencionadas en el cierre del encuentro anterior, y considerando tanto lo propuesto por participantes como por coordinadores. (Registro N°2, 06/05/2024). Las actividades van variando con el transcurrir de los encuentros pero siempre desde un marco de promoción de la salud, y si bien el objetivo principal es fomentar la socialización y la participación comunitaria, se realizan diversas actividades que promueven conductas saludables en relación a la salud física y mental, al mismo tiempo que se posibilita la recreación y se favorece el intercambio cultural y generacional.

Al momento de la coordinación de dichos espacios, es fundamental tener en cuenta el momento evolutivo como punto de partida, considerando el envejecimiento desde su perspectiva multidimensional y como un proceso que abarca toda la trayectoria vital de los sujetos (Baltes, 1983). Esto modifica los roles y las dinámicas desde un lugar de mayor complementariedad jerárquica, lo cual le demanda a los coordinadores cierta flexibilidad y apertura para poder instrumentalizar los intercambios de saberes y sin dejar de lado la calidez emocional que es en muchos casos un sostén principal de este espacio.

La construcción de espacios de participación social en personas mayores implica poner en cuestión la concepción homogénea de la vejez y la asociación con prejuicios y estereotipos vinculados a la pasividad, improductividad y enfermedad. La creación e implementación de este dispositivo da cuenta de procesos que se configuran en la interrelación entre los sentidos y prácticas profesionales e institucionales desde la perspectiva de derecho y los sentidos y prácticas de las propias personas mayores en relación con sus demandas de participación en la sociedad. (Wood, 2023)

El dispositivo taller, Grupo: Mujeres+60 suple estas necesidades, desde un marco de promoción de salud, en el cual se integran concepto como la

multidimensional del desarrollo, el envejecimiento activo saludable desde la realización de actividades que promueven el bienestar físico y la estimulación cognitiva (Registro N°2 06/06/2024). También se abordan los prejuicios acerca de las vejez, a partir de la lectura de determinadas poesías y futuras reflexiones grupales por el día del adulto mayor (Registro N°6 03/10/2024) y se incorporan las perspectivas de derechos en pos de fomentar una mayor inclusión social por parte de sus participantes. Esto ha sido descrito por las mismas participantes en más de una ocasión con frases como: “Hoy en día, gracias al taller somos todas amigas, nos acompañamos a hacer mandados, a la farmacia o al médico” (Registro N°1, 23/05/2024). “Estoy buscando recuperar mi lugar en el mundo, ya que no soy de acá y siento que gracias a este espacio lo he logrado, soy una integrante más de Villa Paez” (Registro N°7, 03/10/2024). A partir de la inclusión en el dispositivo grupal se logra también un sentido de pertenencia hacia la comunidad barrial de Villa Paez, y se posibilita un mayor desarrollo de la participación ciudadana en general. Desde un marco de promoción de la salud integral, con un enfoque multidimensional del desarrollo, y cumpliendo con características de un envejecimiento activo saludable, el dispositivo pretende contribuir positivamente al bienestar psicológico de sus participantes mejorando de esta forma su calidad de vida. (Ramos Ocampo, 2001).

9.2.2 LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL COLECTIVA DE LAS PERSONA MAYORES Y SUS FACTORES DE RIESGO

La vejez es concebida como un proceso de conformación subjetiva que data desde las etapas vitales anteriores, siendo estas claves en el proceso de envejecimiento. La comprensión de la complejidad en los modos diversos de envejecer requiere de un paradigma que abarque la complejidad humana lo cual implica que no alcanza con los determinantes sociales y biológicos para entender la calidad de vida en el envejecer. Debemos incorporar los factores de personalidad y la historia de vida particular, que son los que van a marcar la diferencia entre las distintas vejez alcanzadas (Zarebski, G.& Marconi, A. 2017).

En primera medida, las creencias culturales que existen en determinados lugares acerca del proceso de envejecimiento afectan significativamente en cómo el mismo será asimilado en el plano de lo singular, por ende, si nuestro entorno

crece con una mirada negativa hacia el mismo, es muy poco probable que este momento vital sea transitado de manera positiva.

Podemos definir los factores de riesgo como la manifestación de características de personalidad generadoras de condiciones de vulnerabilidad emocional y de creencias distorsionadas frente a este proceso, así como de problemas en los vínculos durante el envejecimiento, que de manera aislada no generan las condiciones para un envejecimiento patológico, sino que los mismos se encuentran en contraposición dialéctica con los factores protectores que son los que permitirán resiliencia frente a los avatares del envejecimiento. (Zarebski, G.& Marconi, A. 2017). Uno de los factores de riesgo más presentes en la promoción de la salud mental colectiva de personas adultas mayores son los estereotipos y prejuicios que existen respecto de este momento evolutivo.

El dispositivo taller Grupo: Mujeres +60 surge a partir de la necesidad por parte de las participantes de un espacio de socialización en pos de promover la salud mental colectiva de estas personas mayores, que brinde las condiciones necesarias para desplegar la participación social y comunitaria. A partir de la identificación de determinados factores de riesgos, se pueden planificar actividades que permitan identificar y promover factores protectores que los contrarresten.

A continuación se realizará una descripción de los factores de riesgo que se han podido identificar, para luego dar cuenta de las actividades que se han implementado en relación a los mismos.

Por un lado, lo que se denomina como “bastón único” o sentido único (Zarebski, G.& Marconi, A. 2017), que lo utiliza para describir aquellos sujetos que gran parte de su valor, y su identidad giran en torno a su trabajo, su pareja, sus hijos, su imagen, etc. Por lo cual se infiere que vivieron apoyados en un único ‘bastón’, como ser el trabajo (caso típico en muchos de los actuales hombres mayores), o la condición de madre, esposa, ama de casa (en muchas de las actuales mujeres mayores). Atravesados por diversos mandatos culturales que fundaron la creencia de que la realización personal era únicamente posible de este modo, dejando a los sujetos despojados de toda representación simbólica al momento de tener que duelar estos roles, que inevitablemente son partes del

proceso de envejecimiento.

A ello se le suma el duelo la jubilación, la independencia de los hijos, la separación del cónyuge, por decisión personal o por fallecimiento y la aceptación de los cambios corporales, en su sentido funcional y estético. En concordancia con esto, es que se promueven diversas actividades que inciten a mantener la participación activa desde el espacio propuesto por el Centro de Salud, pero también en conjunto con otras instituciones del sector público de salud, que brindan diversos espacios para el envejecimiento activo saludable de las personas mayores como ser el Hospital Nacional de Clínicas, en conjunto con el Grupo: Mujeres+60, participamos del encuentro realizado por el “Dia de la Pachamama”(Registro N°4, 01/08/2024) , realizado en la institución antes mencionada, donde se dio un intercambio enriquecedor con profesionales o participantes de otros talleres, con objetivos diversos como ser idioma, tejido, lectura que hicieron dar cuenta de diversas posibilidades de recreación en espacios gratuitos que fomentan la creatividad, la inclusión y un mantenimiento de la funcionalidad, infiriendo de este modo sobre el bienestar psicológico de los adultos mayores, y por ende en la mejora de su calidad de vida. (Ramos Castro, 2001).

Otro factor a considerar, siguiendo a dicho autor (2001) es la posición subjetiva frente a las pérdidas, el problema no está en las pérdidas (inevitables) sino en el modo de aferrarse a lo perdido. A su vez, a esto se suma otro factor que es la carencia de redes de apoyo familiar o social. Consecuentemente, vemos sujetos que no han podido diversificar sus apoyos, aprendiendo a apoyarse un poco en cada vínculo, en cada función, en cada actividad. Ante la pérdida, del apoyo único, de la función única, de la actividad única. Sucede en algunos casos que los sujetos no es que están realmente solos, sino que así lo perciben, y al no poder ser conscientes de esto, sumado a una sociedad y cultura que tampoco propicia espacios de encuentro que fomenten la participación activa en adultos mayores, se generan sentimientos regresivos que no permiten duelar los vínculos del pasado, y por ende tampoco dan lugar a la generación de nuevos lazos afectivos, que llevan a un retraimiento por parte de estas adultas mayores respecto a sus posibilidades y en los casos más extremos un aislamiento total. Situación que motivó en primera medida a la implementación del Dispositivo

taller, como espacio de socialización y encuentro, y que rápidamente permitió una diversificación de sus redes de apoyo, llegando a convertirse en grandes amigas y compañeras. (Registro N°1, 06/05/2024).

Además, otro factor de riesgo que se ha podido identificar está relacionado con los avances tecnológicos, que si bien han estado presentes a lo largo de toda la historia de la humanidad, en el último tiempo y más aún posterior a la pandemia por Covid-19, se han acrecentados de manera drástica, abarcando distintas esferas del ser ciudadano. Por dar algunos ejemplos se destacan: la virtualización en lo que respecta a contratación y pagos de diferentes servicios esenciales para el hogar, la digitalización del dinero, a partir de la implementación de las diversas billeteras virtuales como medios de pago o para el cobro de jubilaciones, y las diversas redes sociales como un espacio para el intercambio de información, y de socialización virtual. Frente al desconocimiento y la falta de información teórico-práctica de los diversos dispositivos tecnológicos, como computadoras o celulares, surgen sentimientos de estrés, preocupación e incluso miedo. En concordancia con esto, es que hemos tratado a través del dispositivo taller de incorporar una perspectiva que considere los avances de las TIC, de manera indirecta y no como un objetivo en sí, pero siempre se dio lugar a informar y enseñar sobre algunas herramientas fundamentales presentes en los celulares y las computadoras, como cuando se planificó la salida hacia el Parque de la Biodiversidad, se realizó en conjunto con ellas una búsqueda de información a partir de la navegación por el sitio web, en el cual se dio tiempo para ir explicando y mostrando paso por paso todo lo que se realizaba. (Registro N°4, 21/08/2024). A su vez, el Grupo: Mujeres+60, cuenta con un grupo virtual en la red social Whatsapp, que además de servir como punto de encuentro y para coordinación de horarios, y días, se utiliza para fomentar el contacto e intercambio social a partir de fotografías, y videos. Aparece lo virtual como otro espacio para la socialización, y el intercambio de material audiovisual. Esto se abordó en el encuentro anterior a la realización de un afiche para promocionar el espacio y abrir la convocatoria a que más mujeres participen. Se realizó en conjunto con ellas una búsqueda de fotografías del grupo realizando diversas actividades que luego iban a ser impresas, para colocar en el afiche, se reforzó el uso de herramientas como cámara fotográfica, enviar o recibir material

audiovisual, y los diversos espacios en los cuales quedan registrados estos intercambios para que puedan volver una y otra vez. (Registro N°4, 08/08/2024.).

9.2.3 EL DISPOSITIVO TALLER: COMO ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN CON PERSONAS MAYORES DE EDAD DESDE UNA MARCO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL COLECTIVA.

La planificación, coordinación, evaluación y mantenimiento de los dispositivos de intervención con personas mayores integran las funciones del quehacer del profesional de psicología sanitaria en el primer nivel de atención de la salud mental y colectiva. Como describen Suarez, Ramirez & Henao (2020), a quienes cito cuando se ha caracterizado en el primer objetivo, el rol del psicólogo sanitario en APS.

A partir de la participación como observador participante y coordinador en el espacio de socialización, Grupo mujeres +60 desde el centro de salud de Villa Paez que fue introducido en apartados anteriores se va a describir en profundidad del mismo que considere aspectos pertinentes respecto al rol, al encuadre, el enfoque teórico desde el cual se planifican y llevan a cabo las actividades en el dispositivo taller: Grupo de mujeres+60. La intervención grupal en APS proporciona beneficios propios como son, entre otros, la reducción del estigma; el disponer de múltiples modelos, puntos de vista y fuentes de información; el desarrollo de habilidades sociales o el incremento de la motivación y adherencia al tratamiento asociado al apoyo social mutuo (Suarez, et cb, 2020). En concordancia con esta idea, resulta pertinente mencionar un encuentro, en el cual se había planificado una actividad reflexiva, pero al momento de comenzar, una de las participantes nos había manifestado su preocupación y miedo, ya que el médico le había solicitado que se realice una colonoscopia, así que decidimos postergar las actividades, para centrarnos en esto. Se abrió un espacio donde la participante pudo exponer sus miedos, sus temores y sus dudas, ante la escucha activa de coordinadores y demás participantes, luego cada una de las participantes empezaron a contar sus experiencias relacionadas con la realización de estos estudios, ya que muchas de ellas habían pasado por lo mismo, con la intención de brindarle apoyo y confianza, mi referente institucional en cambio decidió explicar en mayor

profundidad en qué consiste este estudio, brindando tranquilidad y remarcando la importancia de realizarlos. El encuentro concluyó con otras dos participantes que se ofrecieron a acompañarla ese día, para que no tenga que ir sola, mientras que la participante se dio cuenta de sentirse acompañada y muchísimo más aliviada luego de esta “charla”. (Registro N°4, 08/08/2024). De este modo, vemos por un lado la importancia de la flexibilidad necesaria en estos espacios, ya que el mismo demandaba un cambio en relación a las actividades planificadas para atender una demanda emergente, y por otro lado, la riqueza de las intervenciones grupales, ya que aparecieron diversos puntos de vista, experiencias personales similares, y una unidad y apoyo mutuo que concluyó con el acompañamiento a la realización de los estudios.

Los dispositivos grupales permiten desplegar el pensamiento crítico y reflexivo por parte de la comunidad. Los factores que conforman un dispositivo son: el tiempo, espacio, número de personas y objetivo. Esto es, una virtualidad, pero específica y propia de ese grupo y no de otro. (Del Cueto & Fernández, 1985). El Grupo: Mujeres+60, es sin dudas un grupo constituido, ya que cumplen con estas características, participantes y coordinadores, una hora por semana, se encuentran con un mismo objetivo; compartir, socializar y acompañarse mutuamente, aumentando de este modo su participación activa en la comunidad, fortaleciendo sus redes de apoyo interpersonales, y alimentando un sentido de pertenencia hacia el espacio, el centro de salud y la comunidad misma de Villa Paez. (Registro N°1, 23/05/2024).

Los talleres, son unos de los dispositivos más utilizados ya que permiten desplegar diversas herramientas como técnicas gráficas, lúdicas, psicodramáticas, audiovisuales con el objetivo de provocar y desplegar un proceso reflexivo. La reflexión en un taller no está considerada solamente como una cualidad del pensamiento, sino que alude a lo que se refleja a través de los cuerpos, de las vivencias, de los recuerdos, del contexto. (Abalos, 2013). El dispositivo taller Grupo: Mujeres +60, en primera medida funciona como un espacio de socialización y red de apoyo emocional que fomenta la participación activa en la comunidad para mujeres mayores de 60 años, pertenecientes a la comunidad de Villa Paez, Marechal, Alto Alberdi que otorga a su vez un fuerte sentido de pertenencia y unión. Siempre tiene que haber un lugar para que lo

nuevo, lo desconocido pueda emerger, que brinden un lugar para alojar a un otro, fomentando de este modo la participación activa, cualidad fundamental para acercarnos a los objetivos de los mismos. (M, Castagno, 2011).

En el mismo se realizan diversas actividades que van variando con el transcurrir de los encuentros, pero siempre responden a diversos objetivos enmarcados dentro del concepto de salud, en su totalidad compleja, abarcando las esferas de lo social, lo político, lo económico, e integrando el bienestar social, mental y físico. A su vez, las mismas responden con diversos criterios indispensables para un envejecimiento activo saludable. Como por ejemplo, la actividad reflexiva de estimulación sensorial (Registro N°5, 05/09/2024), que fue planificada con el objetivo de integrar a una participante con ceguera, y permitir por parte del grupo cierta identificación hacia lo que ella podía llegar a vivenciar. De este modo, se realizó una caminata por el consultorio con los ojos vendados, y con otra participante que sea “guía”, y luego a partir de los relatos hemos podido debatir sobre las sensaciones experimentadas, como el miedo a chocar algo, más allá de que sea un espacio conocido para ellas, la importancia de la otra persona guiándote, y el valor que le otorgamos al sentido de la vista. (Registro N°5, 05/09/2024.). Luego, sentados en ronda, se fueron pasando frascos que contenían diversos aromas, como especias, tizas, tes, tierra mojada, y las participantes tenían que adivinar qué era cada uno, a lo cual se vieron sorprendidas ya que no pudieron identificar olores con los cuales ellas estaban muy familiarizadas y que identificaron inmediatamente cuando se quitaron la venda, lo cual permitió reflexionar acerca de cómo todos los sentidos funcionan integrados, pero como a su vez cuando no contamos con uno, los demás funcionan potenciados para reemplazarlo o ayudarlo, ya que la mujer con ceguera había adivinado la gran mayoría. (Registro N°5, 05/09/2024). Esta actividad resultó muy pertinente ya que sin necesidad de hacerlo explícito, logró cumplir su objetivo de integración, permitió acercar más a las mujeres del grupo entre ellas, desarrollar una mayor empatía a partir de haber vivenciado ciertas experiencias, y abrió espacio para dialogar sobre aspectos que son difíciles de abordar en las dinámicas grupales, pero muy necesarios.

9.2.3.1 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN QUE PROMUEVEN LA SALUD MENTAL COLECTIVA DE PERSONAS MAYORES, CONSIDERANDO CARACTERÍSTICAS DE UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO SALUDABLE.

Si bien las actividades realizadas en el taller eran diversas y variables, el marco desde el cual se planifican es la promoción de la salud de los participantes, considerando las características del envejecimiento activo saludable como una estrategia de promoción básica de la salud, que se guía por los principios de la ONU para las personas mayores, según los cuales la salud con independencia, la participación, la asistencia y la seguridad son la base de las intervenciones sociales, dirigidas a disminuir los factores de riesgo (personales, conductuales y ambientales), donde se fortalecen los factores protectores para que las personas disfruten de más años y con mayor calidad (Monteagudo, et cb.,2016). De este modo las dinámicas de los talleres se planifican acorde a las demandas presentes en determinados momentos, como puede ser realizar actividades en TIC que promuevan el uso de herramientas digitales esenciales, a partir de la identificación de un malestar recurrente en torno al desconocimiento respecto del uso de las mismas. (Registro N°4, 28/08/2024). O bien la realización de diversas caminatas que integren la realización de actividades físicas, con actividades recreativas o culturales, con el fin de promover hábitos saludables que mejoren tanto la salud física como la mental. (Registro N°2, 13/06/2024).

La OMS, propone tres pilares estratégicos sobre los cuales pensar el envejecimiento activo, la participación, en relación las actividades sociales ya que las mismas infieren positivamente sobre el bienestar psicológico de las personas mayores debido a la integración y la pertenencia social. La salud, en tanto, se refiere a la prevención de enfermedades y la promoción de hábitos saludables, con el objetivo de mantener la independencia. Del mismo modo, la seguridad para garantizar una protección adecuada frente a situaciones de riesgo o necesidad, seguridad en las prestaciones económicas y sanitarias, acceso a los servicios, seguridad como persona consumidora y participación en la vida pública. Hubo actividades que han logrado integrar estos tres pilares, por ejemplo: La visita al parque de biodiversidad, fomenta la participación social en espacios públicos, al mismo tiempo facilitó la socialización, la recreación, y la

realización de actividad física ya que hemos compartido meriendas, charlas educativas, y caminatas. Por último, no supuso un coste económico ni para participantes ni coordinadores, ya que todo se llevó a cabo desde el Centro de Salud, con el apoyo y el aval de la Dirección de Atención Primaria de la Salud, con dependencia municipal. (Registro N°4, 29/08/2024).

9.2.3.2 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN: DISPOSITIVO TALLER COMO ESPACIO LÚDICO-EXPRESIVO.

En concordancia con estas dinámicas, y considerando la influencia positiva que tienen el juego y la recreación expresiva sobre la mejora de calidad de vida de los adultos mayores, hemos realizados diversas actividades, en diversos espacios físicos: Actividades puertas adentro del centro de salud, Actividades por el Barrio de Villa Paez, Actividades por la Ciudad de Córdoba. Una forma de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, es a través de las actividades recreativas incluidas en un proceso grupal. Para lo cual, ese grupo debería funcionar como un espacio de sostén y pertenencia, permitiéndole al adulto mayor acceder a las herramientas necesarias para afrontar la realidad que lo atraviesa (Segesser, V, 2015).

En el centro de salud hemos realizado actividades lúdicas como la construcción de rompecabezas, con la intención de promover dinámicas vinculares entre los participantes que sostengan el dispositivo como espacio de socialización en pos de lograr cumplir un objetivo en común, y favoreciendo de esta manera la creatividad personal y los recursos cognitivos presentes que se ponen en juego, como ser la memoria, la atención y la imaginación. Los coordinadores tratamos de ayudar y colaborar en la producción, pero respetando a su vez los tiempos de cada participante, observando las dinámicas y fomentando la importancia del trabajo en equipo, la división de tareas y el respeto por las diferencias interpersonales (Registro N°7, 10/10/2024). De este modo, vemos como dentro de una misma actividad se integran diversas características del envejecimiento activo saludable, desde un marco de promoción de la salud, y respetando a su vez el objetivo principal de los talleres como espacio de socialización, intercambio y sentido de pertenencia. A partir de esta actividad se sigue

trabajando sobre la importancia de las redes de apoyo social, pero también se da un espacio para el disfrute y la recreación, al mismo tiempo que se integra la estimulación cognitiva con la intención de fortalecer los factores protectores de los adultos mayores, para hacerles frente a los diversos factores de riesgo presentes en este momento evolutivo, que fueron descritos con anterioridad.

Otra actividad que hemos realizado, fue la producción de un afiche con diversas fotos en las cuales se expresan las diversas actividades que se habían realizado desde los comienzos del espacio: Grupo: Mujeres +60 hasta la actualidad, que una vez terminados iban a ser colocados en diversos espacios físicos del centro de salud con la intención de demostrar las diversas actividades que se realizaban en este, y al mismo tiempo abrir la convocatoria para que más mujeres tengan la iniciativa de sumarse al espacio (Registro N°4, 15/08/2024). Esta actividad fortaleció los lazos afectivos por parte de las participantes, ya que muchas de ellas están desde los comienzos, permitiendo sistematizar los recuerdos de las experiencias que han ido atravesando en conjunto, y la amplia gama de actividades que se fueron realizando, ya que muchas veces se pierde el foco de todo lo logrado. Se permitió indagar acerca de los diversos significados otorgados por las participantes hacia el espacio, donde nuevamente aparecen recurrencias respecto al dispositivo como sostén emocional, a partir del sentido de pertenencia, y el lugar de encuentro con los otros. Se fomentó la capacidad creativa artística, y se realizaron actividades manuales como utilización de tijeras, fibrones, y de escritura que favorecen la motricidad fina. Las participantes destacaron que hacía muchísimo tiempo que no realizaban el ejercicio de la escritura, lo cual las llevó a reconectarse nuevamente con esta función del lenguaje. Por último, la importancia de que todos juntos decidamos en qué espacio del centro de salud íbamos a colgarlos, permitió de cierto modo sentir que su producción tenía un propósito, y que no iba a quedar en la nada, cada vez que concurren al centro podrán ver los afiches, con sus fotos, sus letras, y sus detalles personales, promoviendo la realización personal y sentimientos de sentirse valoradas y productivas. En relación a esto, Segesser, V. (2015), nos ayuda a reflexionar acerca de cómo la participación en contextos sociales significativos permitiría la satisfacción, gratificación para el sujeto, adoptando un rol activo y protagónico al hacer uso de sus capacidades personales.

Respecto a las actividades por el barrio, hemos realizado caminatas recorriendo los diversos puntos más importantes a considerar de Villa Paez. Esto surgió, cuando yo me estaba insertando en el centro de salud como practicante y como observador participante en el Dispositivo Taller, con la intención de que pueda conocer en profundidad el barrio ya que muchas de ellas son oriundas de Villa Paez, mientras que otras residen allí desde muy pequeñas. Esta dinámica favorece en primer medida la inclusión al dispositivo de un nuevo observador participante, en segundo lugar me brindó herramientas necesarias para poder contextualizar la comunidad que es usuaria del Centro de Salud, y su vez se integró una actividad física como es la caminata, con su influencia positiva sobre el proceso salud-enfermedad, desde un marco de envejecimiento activo saludable, y al mismo tiempo que se dio lugar a la recreación, el compartir y los intercambios de saberes generacionales y culturales.(Registro N°1, 23/05/2024). Por una cuestión evidente, de que este es su lugar de origen y residencia, ellas (participantes) poseían un amplio conocimiento de su historia, la cultura y los diferentes espacios que hemos recorrido, por lo cual los roles se vieron modificados, siendo yo quien realizaba más preguntas e iba anotando información que resultaba pertinente, mientras que ellas me explicaban y contaban desde su propia experiencia enriquecida por su trayectoria vital. El intercambio generacional, tiene una fuerte influencia sobre la participación activa de los adultos mayores en la sociedad, ya que permite de cierto modo integrar toda su experiencia para poder instruir desde sus saberes a las siguientes generaciones, es una forma de valorización positiva sobre la trayectoria vital, e incide de manera positiva sobre la mejora de calidad de vida de los mismos. Estas actividades han sido divididas en dos encuentros, una caminata hacia la zona sur del barrio, y luego hacia la zona norte. Obtuve datos como, el límite entre los barrios Villa Páez y Providencia (dos barrios que pertenecen a la zona programática del CS N30), la antigua usina de EPEC, una parte de antiguos galpones abandonados que fueron tomados como viviendas, la plaza de la toma, el cementerio San Jerónimo y la capilla del mismo. Recorrimos panteones de personas influyentes de la ciudad, conocimos la historia del Antiguo Pueblo de la Toma, hoy en día Alberdi. (Registro N°2, 06/06/2024).

Siguiendo con esta lógica de las actividades recreativas integradas a diversos sentidos que promuevan la salud colectiva, y el envejecimiento activo saludable, decidimos retomar una actividad pendiente en el grupo, que era una visita grupal al parque de la biodiversidad, (antiguo zoológico de Córdoba). Esto se ha ido planificando a partir de diversos encuentros, ya que en primera medida se decidió buscar información acerca de los días y horarios de visitas, y de las diversas actividades que se podían realizar en el mismo, para lo cual utilizamos la computadora, aprovechando de esto modo para enseñar a manejar algunas herramientas básicas como ser el buscador de google, o la producción de documentos online a partir de aplicaciones como Word. En un encuentro posterior, escribimos una carta firmada, por participantes y coordinadores, para elevar a DAPS, solicitando autorización de los permisos correspondientes para realizar esta visita, solicitando el dinero para los insumos básicos que íbamos a necesitar, como ser la movilidad, y algunos alimentos para compartir una merienda. Una vez que habíamos conseguido horario, coordinado el día, y recibido la aprobación por parte de DAPS, emprendimos la salida. Este encuentro duró aproximadamente dos horas, dado que todos eran de 1 hora, realizamos un recorrido a pie por todo el parque, viendo la fauna y flora que allí se conserva, rememorando hazañas pasadas, reflexionando acerca de la posiciones ideológicas y personales acerca de los zoológicos, para luego sentarnos en ronda, y compartir una merienda que habíamos organizado con mi referente. A este encuentro nos acompañó una de las enfermeras que consideraba la participación comunitaria como un pilar fundamental de la APS, que debe estar presente en los equipos de salud. Para contemplar la salud integral de las participantes es necesaria una mirada y acción interdisciplinaria. Nuestra disciplina encuentra en este nuevo espacio de inserción diversas modalidades de articulación con otras disciplinas, y también con otros campos de problemáticas dentro de la propia psicología, de los que se adquieren herramientas específicas para el trabajo en equipo y con la comunidad. (Rydel, et cb., 2022).

9.2.3.3 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN: DISPOSITIVO TALLER COMO ESPACIO NARRATIVO-LITERARIO.

A su vez, hemos realizados lecturas de poesías que han sido utilizadas como disparadores para brindar vías identificatorias para las participantes con la

intención de promover relatos narrativos de su propia historia vital, y hasta incluso con producciones escritas individuales posteriores a las reflexiones de dicha poesía, fomentando la lectura, la escucha activa, las reflexiones y la escritura. La narración tiene una influencia directa sobre la identidad de las personas, en pocas palabras somos lo que contamos de nosotros mismos, por lo cual es fundamental brindar un espacio que convoque a los mayores a contar y compartir relatos de sus historias de vida. Cada sujeto narra experiencias sobre las cuales se realizan reflexiones posteriores. Es poner en palabras los acontecimientos significativos de la vida. Sabemos que todas las personas, y en especial los adultos mayores, tienen la necesidad de contar relatos, experiencias y sucesos de su vida personal. (Faedda,2015)

Ahora bien, se hará mención de un encuentro, en el cual profundizamos acerca de que lo representa para ellas ser una adulta mayor, y como lo evidencian, El mismo se ha realizado por el “Día internacional de las personas de edad”, en el cual luego de utilizar como disparador el poema de Mario Benedetti, “Aquí no hay viejos, solo nos llegó la tarde”, recitado por unas de las participantes, que aborda temáticas como el inevitable ciclo de la vida, el respeto por las experiencias y trayectoria de las personas mayores, e incita a los jóvenes a respetar, cuidar y aprender de los mismos.(Registro N°7, 03/10/2024) Posteriormente se abrió un espacio de reflexión acerca de la vejez, con la intención de realizar en conjunto un afiche que luego iba a ser colgado en algún espacio físico del Centro de Salud, donde cada integrante expone un escrito reflexivo acerca de qué es ser un adulto mayor para ellas, y también un video para compartir entre familiares, amigos y demás profesionales pertenecientes al primer nivel de atención. A continuación voy a compartir algunas de aquellas expresiones de manera resumida.

Participante S: “Al llegar a ser un adulto mayor, quiero rescatar los momentos vividos en la niñez, también las adversidades que he atravesado que me sirven para compartir a quien necesita una palabra de aliento”. (Registro N°7, 03/10/2024)

En relación con la teoría psicosocial de Erickson (1968), se puede inferir

integración yoica, pasado, presente y futuro, ya que se “rescatan” los momentos vividos en la niñez, de manera positiva. La adversidad de la vida, es entendida y aceptada desde una posición de sabiduría, ya que las mismas se aceptan desde la reminiscencia, y no con sentimientos de nostalgia o culpabilización, logrando de este modo que se integren en la trayectoria vital, y sirvan para dar sentido a la vida. Dando paso así al estadio de la generatividad, el cual se menciona en términos de usar la experiencia personal para aconsejar y acompañar a los demás

Participante M: “Llegar adulto mayor, es siempre compartir con los demás las alegrías y las tristezas, con gente que ya no está, pero también con gente nueva que uno va conociendo en el camino”. (Registro N°7, 03/10/2024)

En esta expresión, se denota una adquisición del pensamiento dicotómico, que logra desarrollarse en este momento evolutivo, y sienta las bases para la incorporación de la sabiduría, descrita por Erickson, ya que se entiende la vida desde emociones complejas y variables, como la alegría, y la tristeza, sin jerarquizar una sobre otra, se da cuenta que las personas a veces se van de nuestras vidas, pero también llegan nuevas. Aparece con gran predominancia la importancia de los otros en la conformación de nuestra propia existencia.

Participante N: “Quizás no sea lo que había planeado, pero al menos he logrado formar un grupo que antes no lo tenía ” (Registro N°7, 03/10/2024). En esta afirmación, me resulta pertinente profundizar ya que aparecen diversos aspectos, la mujer cuando se refiere a “Quizás no sea lo que había planeado” (Registro N°7, 03/10/2024) se relaciona con una pérdida que ha sufrido en uno de sus sentidos, y que si bien esta situación es particular e individual, se puede relacionar a su vez con las diversas pérdidas que surgen como efecto del proceso de envejecimiento a lo largo de toda la vida, muchas veces están relacionadas con el plano de lo biológico, esto no es determinante, ya que las mismas se encuentran en interacción con diversos factores protectores que buscan compensar las mismas. (Baltes, 2019). Para lo cual aparece la segunda parte de la expresión: “por lo menos he logrado formar un grupo, que antes no tenía”, haciendo alusión al Grupo: Mujeres+60. Este es un claro ejemplo, de cómo el proceso de desarrollo, es multidimensional, y tanto pérdidas como ganancias nos

acompañan a lo largo de toda la experiencia, mientras que en su caso particular significó una pérdida en relación a su cuerpo, significó ganancias en el plano de lo social, a partir de su sentido de pertenencia y su participación activa en el dispositivo Taller.

Participante F: “El recorrer esta vida, me dejó mucho conocimiento y experiencia que antes no tenía. Siempre he sido amiguera, pero estoy buscando recuperar mi lugar en el mundo, ya que no soy de acá y siento que gracias a este espacio lo he logrado, soy una integrante más de Villa Paez” (Registro N°7, 03/10/2024).

En esta expresión, aparece nuevamente la reminiscencia (Faedda, 2015) como proceso de integración del pasado en el presente, como una forma de dar sentido a la vida. La trayectoria vital nos nutre de aprendizajes y conocimientos que solo la experiencia del vivir nos puede aportar. Por otro lado, se hace mención de una pérdida, respecto a la disminución de las redes de apoyo y socialización a causa de haberse mudado pero también aparecen mecanismos compensatorios en la formación de nuevas redes de apoyo, gracias al dispositivo taller, Grupo: Mujeres+60, como espacio de socialización, que ha permitido “devolverle su lugar en el mundo” y otorgarle un sentido de pertenencia hacia la comunidad barrial de Villa Paez.

10. CONCLUSIONES

A partir de la sistematización de la experiencia como practicante en el Centro de Salud N.º 30 de Villa Páez, este trabajo concluye con una serie de reflexiones finales que articulan la teoría y la práctica en el campo de la salud pública y colectiva. En el siguiente trabajo he pretendido analizar el rol del psicólogo sanitarista no como un terapeuta clínico individual, sino como un agente promotor de la salud colectiva, inserto en un equipo interdisciplinario que interviene sobre los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad. Se busca trascender el foco puesto en un individuo enfermo para trasladarlo a la comunidad y sus necesidades.

La importancia de la salud pública y la APS se puede evidenciar en cómo las mismas funcionan como la puerta de entrada al sistema de salud para gran parte de la sociedad, que no cuenta con obras sociales, ni medicinas prepagas, como así tampoco con los recursos suficientes para acceder al sistema privado. Ambas exigen un abordaje integral, intersectorial y basado en la participación comunitaria. Aunque al mismo tiempo se da una confirmación a una problemática sobre la cual ya han escrito diversos autores, que es la falta de formación académica adecuada en las currículas de psicología en relación a Salud Pública. La formación a menudo es reduccionista y está centrada en el modelo clínico privado, lo cual genera grandes dificultades en los futuros profesionales para integrarse a los equipos de salud, comprender la lógica de la salud pública, y aplicar estrategias de intervención colectiva. Por otro lado, la articulación teórico-práctica que fue posible mediante la metodología de sistematización de experiencia nos permite de cierto modo intentar superar esta brecha, permitiendo construir nuevos saberes desde la acción concreta en los territorios, al mismo tiempo que nos permite darle sentido académico al quehacer profesional, y retroalimentar la teoría con la complejidad de la realidad. El rol de practicante en el contexto de las Prácticas Pre-Profesionales Supervisadas es, por lo tanto, una primera y vital aproximación hacia el verdadero quehacer de la profesión, exponiendo al estudiante a la complejidad social, las tensiones burocráticas y la necesidad del trabajo interdisciplinario.

El trabajo se centró en mayor medida, en el rol del psicólogo sanitarista con personas mayores, donde muchas de las demandas en APS por parte de los adultos mayores que llegaban al área de psicología estaban relacionadas con problemáticas de socialización y búsqueda de un sentido de pertenencia. Como respuesta a estas necesidades, y luego de la realización de un diagnóstico comunitario por parte de mi referente, la respuesta a esta necesidad se concretó con la implementación de un dispositivo grupal (Taller "Chicas +60"). Se considera la intervención grupal como una estrategia efectiva para abordar la promoción de la salud mental colectiva con personas adultas mayores. Dicho espacio, tiene como objetivo fomentar el envejecimiento activo y saludable, cumpliendo con los pilares de la OMS de participación, salud y seguridad. El dispositivo taller a partir de la realización de diversas actividades, lúdicas,

expresivas, recreativas, narrativas, y literarias facilitó la creación y el fortalecimiento de redes de apoyo social, promoviendo la estimulación cognitiva, la actividad física y, fundamentalmente, la participación ciudadana en la tercera edad, valorando su experiencia vital y promoviendo el rol activo de las participantes como agentes de cambio y conocimiento en su comunidad.

Por último, considero pertinente hacer mención a que el ejercicio profesional del psicólogo sanitarista debe asumir un compromiso sociopolítico y una perspectiva de salud colectiva, ya que va más allá de la atención individual; se posiciona como un facilitador de cambio en la comunidad, promoviendo un enfoque holístico que considera el bienestar integral de las personas mayores dentro de su contexto. A través de este trabajo, se espera contribuir a la visibilización de la importancia de la salud mental colectiva y la creación de espacios que promuevan la participación activa en la vejez, que fortalezcan las redes de apoyo social y emocional que requieren nuestros adultos mayores, garantizando un envejecimiento activo y saludable.

11. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Ábalos, C. (2013). El taller: Un dispositivo para el encuentro y la reflexión. *La Crujía*. 1-22.
- Aguirre Villar, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 28(4), 123–130.
- Barovero, C. B. E. (2023). Aportes sobre los vínculos significativos en la persona mayor institucionalizada: Una propuesta de intervención interdisciplinaria en la Residencia Santa Rosa de Lima .*Trabajo final de maestría, Universidad Austral*.
- Beltran, M. & Gutierrez, V. (2011). Dispositivos de intervención de las Prácticas Pre Profesionales en el contexto educativo. *Recopilaciones*. Encuentro Grupo Editor.
- Capella, M. (2023). Salud mental colectiva y determinación social: Posibilidades paradigmáticas. *Quaderns de Psicologia*, 1-23.
- Czeresnia, D. & Machado, C. de Freitas (Eds.) (2008). Promoción de la salud: *Conceptos, reflexiones, tendencias* (pp. 20–46). Lugar Editorial.
- Fernández, A., & Del Cueto, A. (1985). El dispositivo grupal. En lo grupal 2. *Búsqueda; Buenos Aires*. (pp.3-15)
- Garcia Pintos, C. (2017) La familia del anciano. San Pablo. (pp. 48-49).
- Giraldo Suárez, G., Rendón Ramírez, L., & Franco Henao, J. D. (202). Rol del psicólogo en atención primaria en salud: Estado del arte de la APS en el Oriente Antioqueño. Universidad Católica de Oriente.
- Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva? *Revista Cubana de Salud Pública*, Sociedad Cubana de Administración Pública, 1-20.
- Gerez, E. A., Juarez, A., & Nogonay, M. (2024). Una experiencia de diagnóstico comunitario en salud mental. *Investigando en Psicología*, 25(I), 99-120.

- Haggerty, J. L., Yavich, N., & Báscolo, E. P. (2009). Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(5), 377–384.
- Jara, O. (2011). Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias. *Biblioteca Electrónica sobre Sistematización de Experiencia*.
- Laurell, A. C. (1987). La salud-enfermedad como proceso social. Editorial Siglo XXI.
- Marín González, F., Paredes-Chacín, A. J., & Inciarte González, A. (2017). Prácticas profesionales como experiencia de formación para socializar el conocimiento en entornos organizacionales. En J. Pirela Morillo, Y. Almarza Franco, & E. Caldera (Eds.), *Reflexiones y experiencias didácticas universitarias* (pp. 41-63). Universidad del Zulia.
- Martínez-Hernández, A., & Correa-Urquiza, M. (2017). Un saber menos dado: Nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva. *Salud Colectiva*, 13(2), 267-278. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1168>
- Ramos Monteagudo, Ana María, Yordi García, Mirtha, & Miranda Ramos, María de los Ángeles. (2016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(3), 330-337.
- Morales Calatayud, F. (2009). Introducción a la psicología de la salud. Editorial Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). 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. En *Una Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de salud*

pública.

<https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-a-promocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Ramos Campos, F. (2001). *Salud y calidad de vida en personas mayores* [Tesis de maestría]. Universidad de Salamanca.

Rydel, D., Dogmanas, D., Casal, P., & Hidalgo, L. (2022). El psicólogo en el primer nivel de atención de salud: *Desafíos para Uruguay. Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 12(1), 132-158. <https://doi.org/10.26864/PCS.v12.n1.6>

Saforcada, E. (2012). Psicología sanitaria: Historia, fundamentos y perspectivas. *Psiencia: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 120–130.

Segesser, V. (2015). De la experiencia a la existencia: Taller constructor de juguetes: Sistematización de una experiencia en promoción en salud de tercera edad, desde terapia ocupacional. *Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Mar del Plata*. Repositorio Kimelü.

Triadó, C., Celdrán, M., & Villa, F. (2019). Desarrollo adulto y envejecimiento (2.^a ed.). *Revista Actualizada*. Editorial Alianza.

Wood, S. (2023, marzo). El taller como dispositivo de intervención social gerontológica en contextos de desigualdad. *Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires*.

Zarebski, G., & Marconi, A. (2017). Inventario de factores psíquicos protectores para el envejecimiento (FaPPrEn): Manual de aplicación, evaluación e interpretación. *Universidad Maimónides*

