

Libros de **Cátedra**

Psicología preventiva

El rol del psicólogo en las políticas
públicas: de la formación a la intervención

Adriana Aurora Villalva y Elisa Urtubey
(coordinadoras)

FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

S
sociales


EDITORIAL DE LA UNLP



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

Psicología preventiva

El rol del psicólogo en las políticas
públicas: de la formación a la intervención

Adriana Aurora Villalva
Elisa Urtubey
(coordinadoras)

Facultad de Psicología



Índice

Prólogo	5
<i>Adriana Aurora Villalva</i>	
Capítulo 1	
Los Comités de crisis como dispositivos de política sanitaria ante la emergencia de COVID-19	7
<i>Adriana Aurora Villalva</i>	
Capítulo 2	
Pensar la complejidad desde la Atención Primaria de la Salud.....	24
<i>Carina Ferrer</i>	
Capítulo 3	
Derechos humanos y salud mental: sus aportes en el diseño y formulación de políticas públicas. Desafíos y cuentas pendientes	36
<i>Romina Ailín Urios</i>	
Capítulo 4	
Intervenciones de acciones de salud en ámbitos educativos desde el rol del psicólogo	46
<i>María Laura Castignani</i>	
Capítulo 5	
Del modelo geriátrico al modelo gerontológico: Aportes de la Psicología Preventiva y la Psicogerontología para el trabajo en salud con personas mayores.....	54
<i>Elisa Urtubey</i>	
Capítulo 6	
Perspectiva de género y salud mental: dispositivos territoriales de atención.....	68
<i>Marilina Maciel</i>	
Capítulo 7	
Pandemia y promoción de la salud: taller virtual con personas mayores	74
<i>Natalia Ciano</i>	

Capítulo 8

Proyecto de Extensión desde la perspectiva de la psicología comunitaria con familias y trabajadores de la Casa del Niño “Arcoíris” de Villa Elisa y estudiantes de la cátedra de Psicología Preventiva de la Facultad de Psicología, UNLP..... 89
Fanny Suasnábar

Capítulo 9

Salud Mental y catástrofes socio-naturales 100
Mabel Cristina Tejo

Capítulo 10

Las Prácticas Profesionales Supervisadas en el campo de lo preventivo: Fundamentos y experiencias..... 115
Carina del Carmen Ferrer

Las autoras 126

Prólogo

Adriana Aurora Villalva

El Presente Libro de Cátedra se propone reflexionar acerca de las políticas públicas y el rol que, en el marco de su implementación en diferentes sectores del Estado, desempeña el Psicólogo. La intervención desde una concepción de la salud como derecho, el Estado como garante y la prevención como estrategia colectiva serán los ejes presentes en cada uno de los capítulos.

Desde esta perspectiva, el libro se presenta como un texto dialéctico, un texto que tiene el deseo de estimular procesos de reflexión, de análisis y de comunicación entre sus destinatarios, invitándolos a hacer dialogar a los marcos teóricos con la realidad y a poner en consideración la pertinencia de los supuestos epistemológicos que subyacen a las prácticas profesionales en diversos ámbitos institucionales y comunitarios.

A lo largo de su desarrollo se propone orientar y promover procesos de conflicto cognitivo que permitan repreguntar sobre el quehacer del psicólogo en diferentes contextos, promoviendo la reflexión acerca de las situaciones y/o problemas que como trabajadores del campo de la salud se vivencian de manera individual, grupal y colectiva.

La particularidad de este libro es que propone a los lectores pensarse como promotores en salud, no dejando de lado la complejidad y problematicidad de los procesos de salud/enfermedad que se enfrentan día a día y haciendo hincapié en el impacto que los mismos generan en la salud mental, en los planos individual y colectivo. Por ello, no solo se partirá de conceptos y desarrollos teóricos, sino que se apelará a la recuperación de problemas que representan, de alguna manera, la realidad en la que se desarrolla el ejercicio de la Psicología desde un abordaje preventivo.

A través de este Libro de Cátedra asumimos la tarea de reconocer de manera conjunta que los procesos de trabajo que llevamos a cabo no son hechos aislados, ni realizados en abstracto. Muy por el contrario, se trata de procesos de trabajo de los que somos generadores, y que se encuadran en una realidad concreta y compleja que los delimita; una realidad social producto de una historia individual y colectiva, como así también, una realidad económica que condiciona en más de una oportunidad nuestros espacios laborales.

Por último, apuntamos a reconocer que estos condicionamientos también irrumpen y modelan las relaciones, los procesos y las prácticas que dirigimos a nuestros destinatarios, los estudiantes. El Libro de Cátedra se propone como una herramienta de transposición didáctica y de ampliación bibliográfica acerca de temas que se corresponden a las distintas unidades del programa de la asignatura Psicología Preventiva, de 5° año de la Licenciatura en Psicología. Podríamos decir que el propósito de estos escritos es acercar a los estudiantes un recurso que facilite una

mejor comprensión de los contenidos que se abordan en el transcurso de su formación y de la construcción del conocimiento profesional.

Para finalizar, quisiéramos subrayar algunas particularidades en relación al lenguaje inclusivo. Teniendo en cuenta el posicionamiento compartido de todas las autoras, el cual es respetuoso de la perspectiva de género, se mantiene la decisión de emplear en cada capítulo, la modalidad elegida en cada caso. Consideramos importante mencionar que, sin caer en un reduccionismo ni en fundamentalismos del universo binario, somos conscientes de la perspectiva de género que hay que ponderar y es por ello, que, sostenemos la idea de seguir aportando a la diversidad bajo todas sus formas.

CAPÍTULO 1

Los Comités de crisis como dispositivos de política sanitaria ante la emergencia de COVID-19

Adriana Aurora Villalva

Presentación

El presente capítulo pretende describir y analizar la organización y dinámica que presentó el Comité de crisis que funcionó durante la emergencia de COVID-19 en la localidad de La Plata, en la zona de Melchor Romero, durante el período 2020-2021.

El análisis en tanto dispositivo de política pública se centrará en dos aspectos: el primero hará énfasis en la capacidad organizativa y resolutive del Comité frente a los problemas de salud por COVID-19 y sus implicancias en la salud colectiva; el segundo, pondrá de manifiesto la relación cuidado-producción de subjetividad, con el foco puesto en el direccionamiento de las prácticas de atención realizadas en el territorio desde un enfoque de atención a un enfoque de cuidado centrado en la persona. Por último, se planteará el rol del psicólogo/a como actor protagónico en la dinámica y juego de tensiones e intereses propios de un grupo que actúa en función del bien colectivo que representa.

1. La emergencia de COVID-19 y el ASPO: aportes para una discusión

La aparición del llamado Coronavirus (COVID-19) y las medidas tomadas por el Gobierno Nacional nos interpelaron como profesionales de la salud, convocándonos a analizar las acciones, recomendaciones y estrategias puestas en marcha desde el campo de la salud pública. Con la intención de reflexionar y repensar algunos conceptos es que acercamos estas líneas que son solo algunos hilos conductores para seguir profundizando en la discusión sobre cada uno de los conceptos que habremos de desarrollar.

En primer lugar, habría que comenzar reconociendo que la salud y su cuidado han sido una preocupación constante en todas las sociedades y culturas. La forma de definirla e interpretarla conceptualmente ha ido variando a lo largo de la historia en función del valor social y cultural que

se le ha otorgado en cada período histórico, momentos atravesados por distintos modelos de Estado, con su consecuente impronta u orientación política y económica. Toda la literatura, incluso la que no es propia del campo de la salud pública, reconoce a la salud como uno de los grandes valores, ya sea a nivel individual como colectivo; un valor al que tanto los individuos como las instituciones dedican recursos y esfuerzos. Desde este posicionamiento, la salud se equipara a otros valores como la justicia, la libertad y la educación; derechos que deben ser conservados, siendo a su vez señalados como necesidad fundamental para el desarrollo.

La búsqueda de la salud, de su cuidado y su cumplimiento en tanto derecho forman parte del discurso de la salud pública; un campo que desde hace cincuenta años viene redirigiendo las prácticas sanitarias en procura del cumplimiento de lo declamado por las diferentes agencias – nacionales e internacionales–, sin tener aún resultados que nos permitan afirmar, con seguridad, que todos los ciudadanos tienen garantizado su derecho a permanecer sanos.

Como primer aporte para la discusión, vamos a permitirnos hacer un paralelismo entre lo dicho y escrito anteriormente y la experiencia del COVID-19, cuya irrupción vulneró el derecho a permanecer sanos e interpeló al Estado en tanto garante de ese mismo derecho. Frente a esta cuestión, vale recordar que aparecieron una serie de medidas que superaron las paredes de los hospitales y/o fueron más allá de la intervención propiamente sanitaria para incorporar otros actores: los ciudadanos, quienes fueron invitados a cumplir con el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) y a responder al llamado “quedate en casa”.

La mención a esta consigna nos impele a recuperar un concepto ligado al cuidado de la salud que es el concepto de promoción. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la promoción de la salud como “el proceso que permite a las personas que incrementen el control de, y mejoren su propia salud” (OMS, 1986). Al mismo tiempo, ésta representa “una estrategia de mediación entre las personas y su entorno, sintetizando la elección personal y la responsabilidad social en salud para crear un futuro más saludable”. Al hablar de entorno, se parte de un concepto integral de salud que busca convocar a la sociedad en su conjunto, en vistas al desarrollo e implementación de estrategias de acción dirigidas a intervenir sobre las determinaciones de la salud y a lograr un desarrollo humano y sostenido.

Un detalle no menor a tener en cuenta es que el entorno de las familias que habitaban la zona de intervención del Comité de crisis no se caracterizaba por ser saludable. La ausencia de servicios básicos como el agua segura y una calle transitable –sin detenernos en las características de las viviendas–, tornó casi imposible o al menos muy dificultoso que estas familias pudiesen cumplir con las medidas sanitarias que se enunciaron de modo permanente por los medios masivos de comunicación (como, por ejemplo, el lavado de manos o el uso de alcohol en gel). Es decir, los ambientes estaban ciertamente determinados. He aquí, sin lugar a dudas, un problema de inequidad.

Volviendo a lo que proclama la OMS en relación a la promoción de la salud, debe señalarse que la participación activa de la población es uno de los ejes considerados primordiales en todo proceso de atención y cuidado de la salud. Esta participación tomó, en la dinámica del Comité, dos caminos: el primero consistió en la retransmisión del discurso oficial sobre las medidas de cuidado. Es así como, en cada territorio, se identificó y recuperó el rol de las/los promotores de salud y de las/os

responsables de las ollas populares en procura de sumarlos a la tarea colectiva de hacer salud pública. Para ello, diversas instituciones de diferentes jurisdicciones, entre las que la universidad estuvo presente, diseñaron y ofrecieron espacios de capacitación continua destinados a estos actores comunitarios en un proceso que proporcionó información y educación sanitaria.

El otro camino fue el referido a la tarea intersectorial reclamada y puesta en tensión en cada encuentro asambleario del Comité. Debido a las carencias y/o necesidades presentes en los barrios, el accionar requirió no solo de un análisis multi actoral, sino de respuestas integrales; es decir, de la realización de acciones responsables y coordinadas entre todos los agentes implicados: gobierno, sistema legislativo, sistema sanitario, sistema educativo, organizaciones locales, industrias, medios de comunicación, entre otros. La idea de que había una “respuesta desde todos lados” estuvo siempre presente en los encuentros en los barrios, de allí que dicha interpe- lación no fuera dirigida solo a la figura del poder político de turno, sino a un Estado en su conjunto, del que todas/os formamos parte.

Un segundo aporte para la discusión refiere particularmente a la implementación del Aisla- miento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO). Como bien se recordará, la denominada cua- rentena vino de la mano de una serie de comunicaciones, disposiciones y normativas que in- tentaron abordar todas las dimensiones que impactan y hacen a la vida cotidiana de las per- sonas, tanto a nivel administrativo como jurídico. De ellas no estuvieron ajenos ni los medios de comunicación ni las nuevas tecnologías, pues todos ellos ocuparon un rol de importancia en la transmisión de información, en un intento de promover salud a través del término “cuidé- monos” y reconociendo, en estos mensajes, una impronta de carácter eminentemente preven- tiva. De allí que nadie pudiese cuestionar, desde el punto de vista de la salud pública, las medidas de prevención que se tomaron, asumiendo que las mismas aportaban al combate de este “enemigo silencioso”, el COVID-19.

En este sentido, haber contado con información de manera permanente fue un instrumento esencial al interior de los grupos que tenían a su cargo tareas de promoción de la salud, ya que ésta les permitió analizar cada una de las situaciones que avizoraban visitando a las familias y pudiendo observar, de primera mano, aquellos determinantes (factores de riesgo) con los que convivían a diario. Este proceso de observación crítica dirigida permitió que se problematizaran situaciones que hasta ese entonces se habían naturalizado y que, por lo general, apuntaban a marcar la falta en el otro, cayendo en una suerte de estigmatización de, por ejemplo, las personas en situación de pobreza y vulnerabilidad. Frases como “están así porque quieren”, “los pibes repiten lo que ven en la casa”, “se levantan al mediodía y vienen directo al comedor a pedir” y otros enunciados que respondían a un discurso claramente excluyente, fueron algunos de los lugares comunes que se pudieron problematizar, dando paso a un proceso de construcción de un discurso más cercano a la realidad de cada vecino. En este sentido, la problematización fa- voreció la puesta en agenda de temas/problemas que quedaban dentro de la órbita de lo privado, como era el caso de la violencia por razones de género; es decir que problemáticas que se vieron acrecentadas notablemente durante la pandemia, pasaron a ser pensadas como un tema social y de interés público (De Lellis, 2019).

A fin de analizar el enunciado “quédate en casa” —que buscaba dejar en evidencia la capacidad de los sujetos, familias y colectivos de poner en práctica estrategias de cuidado— quisiéramos señalar, como tercer aporte, que todas las acciones de salud pública aplicadas hicieron fuerte hincapié tanto en la participación de los individuos como de los grupos. Una intervención requiere, en términos generales y sin lugar a dudas, el conocimiento e identificación de aquellos aspectos culturales que determinan, en gran medida, las formas en que estos colectivos humanos (se) representan la salud, la enfermedad y sus cuidados. Es decir, implica conocer e identificar los hábitos y conductas que implementan y cómo estas dimensiones operan efectivamente en la aparición de nuevas conceptualizaciones.

Un cuarto aporte para la discusión radica en que la certidumbre de que no todas las medidas fueron aplicadas al interior de las familias de la misma manera. Ahora bien: ¿a qué se habrá debido esto? Frente a esta pregunta inicial, se despliegan múltiples interrogantes: ¿será porque existieron múltiples determinaciones familiares?, ¿o porque los esquemas valorativos difirieron en cada una de ellas?, ¿será porque siempre se sintieron alejados del cuidado de su salud?, ¿o porque el sistema siempre les respondió desde la enfermedad? Identificar y reconocer las representaciones y prácticas de salud propias de los individuos, los grupos y las comunidades constituye el marco desde el cual las políticas y estrategias implementadas deben ser evaluadas. Ahora bien: ¿se han tenido en cuenta estas diferencias o estas particularidades? Es probable que la emergencia no lo haya permitido ni dado el tiempo suficiente, lo que dio como resultado un escenario riesgoso, en el cual las medidas que se pensaron e implementaron para el cuidado terminaron siendo, acaso, la vara con la que se midió la responsabilidad individual, dejando nuevamente al Estado eximido de culpa.

Que el sistema actúe desde la promoción de la salud implica superar la transmisión de la mera aplicación de una técnica, reconociendo que no alcanza con que la comunidad sepa cómo operan las enfermedades o que aprendan los mecanismos que permiten controlarla. Nos referimos a fortalecer la salud, a profundizar en los sujetos la capacidad y posibilidad de elección, así como también el propio uso del conocimiento. El objetivo es poder discernir las semejanzas y diferencias en los acontecimientos que forman parte de su vida cotidiana y en la cual tramitan sus vivencias. De este modo, la promoción de la salud opera en el territorio de las experiencias vivenciales, que son, a la vez, singulares y subjetivas. Son estas experiencias las que les permiten a los sujetos transitar por diferentes formas de entender y comprender la realidad, así como también analizar su situación de salud. Ahora bien, debe resaltarse que estos procesos que les permiten a los colectivos analizar y entender su realidad, no siempre van acompañados de dispositivos que les permiten optar por rutas de acción y/o prácticas de cuidado y autocuidado y hasta, en algunos casos, no hay ni existe siquiera posibilidad de opción alguna.

En este punto, podríamos incorporar el concepto de *situación de salud* aportado por Castellanos (1997), quien plantea que ésta se define por “la consideración de las opciones de los agentes sociales involucrados en el proceso”, no pudiendo quedar al margen de la intencionalidad del sujeto que analiza e interpreta dicha situación. Esto significa que sumar los esquemas de acción que cada sujeto pone en práctica ante un acontecimiento de salud implica una elección

y que ésta, a su vez, habrá de estar referenciada por un esquema de valores y no referida únicamente al conocimiento que sobre esa problemática haya adquirido el sujeto. Es por eso que, ante esta situación, se abre la siguiente pregunta: ¿qué es lo que socialmente se valora más: la salud o la ausencia de enfermedad?

Frente a esta idea se instala nuevamente un punto de discusión referido a la relación entre lo objetivo y lo subjetivo de la salud. En este sentido, buscar y promover salud se vincula a procesos que no se expresan acabadamente por el uso de determinados conceptos, sino por la capacidad de seguir operando entre la objetividad que refiere la enfermedad y el plano subjetivo; un proceso que configura un esquema de elección singular y propio de cada sujeto, de cada grupo y comunidad ante lo experiencial: enfermar. Es deber del Estado, entonces, configurar sus intervenciones teniendo en cuenta estas dos dimensiones: por un lado, debe atacar la enfermedad; por el otro, acompañar en las múltiples formas de enfermar respetando e interpretando las particularidades de los sujetos y colectivos, pudiendo a su vez iniciar un proceso de reconocimiento de la salud como potencialidad.

Incorporar como sociedad a la salud dentro de nuestros esquemas valorativos desde las tempranas experiencias cognitivas permitiría superar, desde esta perspectiva, la percepción de la enfermedad únicamente teniendo en cuenta los signos observables, llevándonos a pensar la salud como eje para un proyecto de vida y la supervivencia propia y la de los otros. He aquí un desafío: cómo operar, desde el sistema formal, para incorporar prácticas que potencien la salud en aquellos sujetos, grupos y comunidades donde éstas no forman parte de su mundo valorativo; prácticas que no han estado ni están presentes como experiencias de aprendizajes en los sujetos. A eso se agrega, también, que debe tenerse en cuenta en qué medida estos nuevos aprendizajes no van a contrapelo de los valores que esos sujetos han adquirido desde la transmisión de su cultura –en su grupo social de pertenencia o por efecto de modelos de Estado donde la salud solo es producto del mercado–. El desafío sería, entonces, cómo incorporar a la salud como un valor que se instale y arraigue como tal en experiencias cognitivas subjetivas.

Como último aporte para la discusión, quisiéramos retomar algo de nuestra experiencia actual: ¿cómo actuar frente a aquellos ciudadanos que no están percibiendo la necesidad de cuidarse, aquellos en donde el cuidado no ha estado presente como una experiencia cognitiva de aprendizaje o no forma parte de su esquema valorativo?, ¿qué hacer frente a quienes no piensan la salud en términos de lo colectivo –como un bien común– y solo reaccionan ante el *enfermar*? El enunciado “quedate en casa” llevó a que las familias comenzaran a instalar en los/as niños/as la salud dentro de su esquema de valores; los juegos, las palabras, las imágenes, las conversaciones y hasta los cuentos nos permiten iniciar un proceso cognitivo en donde la salud y su cuidado comienza a formar parte de su vida cotidiana.

Es justamente aquí donde operar desde el campo de la promoción de la salud invita a continuar la necesaria reflexión filosófica acerca de la salud y la urgente resignificación de las prácticas de salud pública. De allí que, si bien la propuesta de la medicina basada en la evidencia se nutre y fundamenta en criterios y métodos epidemiológicos, y permite sistematizar resultados y

medir metas, vale la pena preguntarse: ¿cómo podemos realizar un paralelo entre estos resultados (evidencia) y una experiencia de salud pública?, ¿de qué manera o a través de qué estrategias se puede mediar entre criterios operacionales y decisiones prácticas? Retomando a Jennik (1997) podríamos preguntarnos: ¿cómo traducir buenas recomendaciones técnicas en acción? Y hasta podríamos agregar, con algo de arrojo, un segundo interrogante: ¿cómo incorporar acciones que impacten en un esquema de elección valorativo diferente?

Quizás hoy en día, habiendo finalizado la situación de emergencia, podamos revalorizar, en tanto sociedad, la promoción como herramienta que está en cada uno de nosotros/as. Es decir, que no es patrimonio exclusivo del sistema sanitario y que acudir a ella nos permitiría optimizar aquellas estrategias implementadas para cuidar el derecho a la salud.

2. Los Comités de crisis y la emergencia sanitaria de COVID-19

2.1. El desafío de las políticas públicas en pandemia

Los Comités de crisis del COVID-19 fueron aprobados por la Ordenanza Municipal N° 11925, en abril de 2020. En su concepción original, los mismos funcionarían en cada una de las 23 delegaciones del Municipio de La Plata. Esta ordenanza, emanada desde el gobierno local ante la emergencia del COVID-19 fue, efectivamente, un instrumento de política pública que desde el Estado se efectivizó en función de dar respuesta a las necesidades de la realidad local frente a la pandemia.

Antes de iniciar una breve descripción de la ordenanza, y en vinculación con el concepto de Política Pública (PP) desde el punto de vista psicosocial, recuperaremos algunos aspectos a tener en cuenta a la hora de analizar los movimientos tanto sociales como subjetivos que se dieron en la dinámica de trabajo al interior de los Comités. De este modo, en consonancia con lo planteado por Freitas (2012) en relación a la potencialidad del cambio que poseen las PP para generar dispositivos que habiliten a la participación e involucramiento de los individuos en aquellas acciones que determina esa misma PP, podemos enunciar que la variedad de formas de participación que se fueron creando y recreando desde los actores partícipes de los Comités de crisis durante la pandemia dio cuenta de un alto grado de capacidad organizativa: cada tarea/decisión tomada en espacio asambleario era respetada por todas y todos. Asimismo, la toma de decisión final –qué hacer y cómo–, debía dar respuesta a múltiples demandas y necesidades particulares de cada barrio; este era el punto donde la discusión se ponía álgida ya que no solo las necesidades, sino la cartografía social, económica y/o cultural de cada barrio era diferente. De allí que, desde el punto de vista del involucramiento, esto se manifestaba de modo permanente en las tensiones que se daban entre el proceso mismo de la intervención y quienes eran los destinatarios últimos de las mismas. Esa es, podríamos decir, la singularidad de la PP una vez que “baja” al territorio.

En el artículo 1 de la Ordenanza quedaba explícito que los Comités de crisis funcionarían mientras durara la pandemia. Este aspecto de la duración –que incluía la dimensión de la caducidad en su propia formulación– es un aspecto a destacar ya que da cuenta de un énfasis en un modelo de atención basado solamente en la eliminación de un virus o de cercar a partir de medidas preventivas su propagación. Esta perspectiva, basada en los lineamientos de una epidemiología clínica, deja de lado ciertamente la posibilidad de seguir operando en las comunidades desde la promoción y el cuidado que, incluso durante la pandemia, los propios Comités fueron generando desde un saber sobre la enfermedad y la salud, construido de manera colectiva. Dentro de las funciones que llevarían adelante los Comités, el artículo 1 menciona las siguientes:

- Evaluar la información sobre las posibilidades de asistencia a la población y efectuar un efectivo control del cumplimiento de las medidas dispuestas por el Gobierno Municipal, en concordancia con aquellas adoptadas por el Estado Nacional y Provincial, para evitar la propagación del virus, protegiendo así la salud de la población.
- Poder completar diagnósticos de la situación de la pandemia COVID-19 en la zona de alcance del Comité, analizando las medidas dispuestas por el Gobierno Nacional, Provincial y Local, para paliar la situación sanitaria, social y económica que devienen de la pandemia y de la aplicación del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (APSO).
- Podrá elevar propuestas, teniendo en cuenta la disposición y recursos existentes para tal fin por las tres jurisdicciones, a efectos de que oportunamente puedan ser analizados en cada una de ellas.
- Deberá generar instancias de coordinación con la Mesa Ejecutiva del Comité de Emergencia, con la recomendación de periodicidad mensual.

En el artículo 2, la Ordenanza establecía quiénes serían los actores que participarían de la dinámica de los Comités en cada una de las delegaciones, así como también la cantidad de representantes por cada institución, cada una de ellas siendo conformada por:

- 3 Concejales, uno por cada uno de los Bloques
- 1 Miembro del Ejecutivo Municipal
- 2 Representantes de las organizaciones sociales de la zona
- 1 Representante de la Iglesia Católica de la zona
- 1 Representante de los pastores de la zona
- 1 Representante de los comercios de la zona
- 1 Representante de los clubes de la zona
- 1 Representante de la universidad pública (incorporado con posterioridad por la Ordenanza Municipal N° 11931)

Un aspecto a observar de este artículo 1 es que, en efecto, la construcción de los Comités planteaba como base necesaria para iniciar sus actividades la intersectorialidad, que habría de garantizar la pluralidad de voces y opiniones frente a los temas que se tratarían y las actividades que se llevarían a cabo. Por supuesto, no todos los Comités tuvieron este grado de heterogeneidad representativa, ya que tanto las características socio demográficas como la presencia de instituciones comunitarias variaba entre los diferentes barrios de La Plata.

El armado de los Comités apelaba a la intersectorialidad con un claro interés de superar las intervenciones aisladas y fragmentadas que, ante una emergencia sanitaria de tal envergadura, solo retrasaría el abordaje de los problemas multidimensionales. Este ideario de Comité, su organización y dinámica de funcionamiento, no pudo darse en todos los barrios debido a la ausencia de recursos institucionales en algunos de ellos. Diferencias que, por otra parte, fueron haciéndose evidentes a lo largo de la pandemia ya que no todos los Comités pudieron generar propuestas de tarea colectiva de alto impacto.

Otro aspecto que habría que señalar es que, como se mencionó anteriormente, el representante por la universidad fue incorporado a los Comités con posterioridad gracias a una ordenanza de carácter rectificatorio. La presencia de la universidad permitió no solo cumplir con el mandato que la propia Universidad Nacional de La Plata (UNLP) se propone en términos de acompañar las PP de la zona en donde está inserta –garantizando la presencia de profesionales que aporten desde su experticia al desarrollo de prácticas que mejoren la calidad de vida–, sino que se sumó como actor político relevante, demostrando a lo largo del funcionamiento de los Comités un compromiso social y ético para con los sectores más vulnerables de la región. En lo operativo, la UNLP y el Municipio local acordaron coordinar esfuerzos a través la Secretaría de Desarrollo Social del Municipio y la Dirección del Consejo Social de la UNLP, la que a su vez acompañaba a quienes representábamos a la UNLP en cada Comité.

Por último, en el artículo 4, la Ordenanza enunciaba la frecuencia que debían tener las reuniones de los Comités de crisis para funcionar e ir tomando las decisiones acordes a las diferentes realidades territoriales:

Art. 4 Las Reuniones tendrán una periodicidad quincenal, las cuales se realizarán alternativamente en distintas sedes que dependan los integrantes del mismo, las cuales deberán respetar las medidas establecidas por la autoridad sanitaria de prevención en la lucha contra el COVID-19. (Ordenanza Municipal N° 11925)

Dicho artículo en particular planteaba el diseño de la agenda por parte de los integrantes del Comité; una agenda que priorizaba lo sanitario en términos de aumento o descenso de casos de COVID-19, pero que no podía escapar a la presencia y/o denuncia de determinantes sociales y económicos que se agudizaron a partir del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO). Esta agenda variaba también en función de los barrios y de las lecturas que cada representante institucional hacía de los problemas y de la urgencia y/o emergencia de su tratamiento. Es así como dentro de los reclamos presentados en las reuniones se hicieron presentes aquellos vinculados a la infraestructura de cada barrio: falta de agua segura, calles transitables, recorrido de los micros, entre otros. Estos reclamos requirieron que en cada reunión de los Comités se dividieran las tareas y/o reclamos en comisiones, a las que cada barrio propuso un referente para hacer el seguimiento de su reclamo.

Asimismo, variadas fueron las respuestas que desde el Poder Ejecutivo Provincial y Municipal se fueron dando en procura de mejorar las condiciones de vida de la comunidad, dado

que era evidente que aquellos sectores que no tenían acceso al agua difícilmente pudiesen cumplir con las medidas de seguridad e higiene solicitadas desde el mismo Ejecutivo. Los pedidos efectuados iban acompañados de fotos, mapas de las zonas, petitorios firmados por las/os vecinas/os, que eran presentados en cada reunión de Comité. En estos procesos, el referente de la UNLP cumplía un rol al mismo tiempo pedagógico y social, ya que era invitado a revisar que todo estuviera en orden para ser presentado. Este fue, en la emergencia, el rol asignado a la universidad por parte de los colectivos. Sobre este rol y lo que la población espera de él, la pandemia y el trabajo en territorio permitió revisar y modificar, al menos por quienes formábamos parte de ese colectivo.

Con respecto a la frecuencia, ésta era respetada por los representantes comunitarios y organizaciones políticas, aunque en la mayoría de los encuentros se ausentaban los representantes del Poder Ejecutivo. Esta ausencia no hacía más que generar tensiones entre los integrantes, puesto que se sentían no respetados ni tenidos en cuenta por las autoridades (Estado); es decir, aquellos agentes que debían estar para protegerlos y dar respuestas a sus demandas. En cuanto a las sedes para los encuentros, ello también fue materia de discusión ya que, en el caso de Melchor Romero, los barrios están distantes entre sí y la mayoría de los representantes no contaban con transporte propio ni tampoco con lugares en sus barrios en los que pudiesen respetarse las medidas preventivas de distanciamiento.

2.2. Pandemia y alimentación

Tomar el “Club Romerense” como sede de los encuentros del Comité generó rispideces entre quienes no lo consideraban una institución abierta a la comunidad. Esta elección se logró luego de discutir varias horas, hasta que las posiciones fueron cediendo en función de lograr un espacio que permitiera la entrega de los alimentos a las ollas y comedores. El tema ligado a la alimentación fue la segunda principal emergencia resultante de la falta de trabajo y de la imposibilidad de salir a “changuear” debido a las medidas de aislamiento. Esto llevó a que numerosas familias dependieran de comedores barriales y ollas populares que fueron creciendo durante el primer año de la pandemia.

En referencia a la entrega de alimentos, debemos destacar que la UNLP se comprometió a sumarse activamente a todas aquellas acciones, llevadas adelante por las autoridades municipales, que fueran necesarias para garantizar el bienestar de los sectores más vulnerables de la región. En este sentido, ambos actores institucionales acordaron coordinar esfuerzos a través de la Secretaría de Desarrollo Social del Municipio y la Dirección del Consejo Social de la UNLP. En esta tarea de colaboración y en relación al operativo de distribución de alimentos –adquiridos por el Municipio con recursos del Gobierno Nacional–, el Consejo Social de la UNLP aportó un listado de 285 sitios, que fueron previamente relevados por los Centros Comunitarios de Extensión, equipos extensionistas y organizaciones sociales que lo integran.

Estos sitios se sumaron a los relevados por el propio Municipio y a los centenares de familias que a diario recurren a Cáritas La Plata manifestando sus necesidades. En el barrio de Melchor Romero, por poner un ejemplo, se superaron los 50 comedores y ollas populares; estas últimas instaladas por vecinos que se encontraban a distancia de las instituciones donde funcionaban los comedores. Todo lo cual indica que el tema accesibilidad a la comida era una variable ciertamente importante a la hora de obtener la alimentación diaria. El “Club Romerense”, como se mencionara anteriormente, fue el centro de llegada de los camiones con la mercadería, tanto de verduras como carnes, específicamente pollos, secos y verduras. Así, cada olla y/o comedor debía enviar un referente para el retiro de la mercadería que era celosamente cuidada por quienes la recibían. Este control de lo que efectivamente recibían fue fundamental a la hora de rendir cuentas en una futura asamblea del colectivo, en la cual se evaluaba la modalidad del operativo y, de ser necesario, se pensaba en incluir modificaciones.

2.3. Pandemia y cuidados de la salud

El monitoreo de la salud de la población estuvo abordado por diferentes sectores que, a través de diversos dispositivos, recorrían diariamente cada barrio en procura de tener información fresca sobre la incidencia del COVID-19. La UNLP se sumó a las tareas de control de salud a través de la Facultad de Medicina –mediante la Secretaría de Redes en Salud– y la Brigada Ramona Medina de la Facultad de Ciencias Exactas. La tarea, a la que también se sumaron estudiantes, consistía en la búsqueda en cada barrio de casos sospechosos de COVID-19, sumando a los promotores de salud del primer nivel de atención.

Cabe destacar que a esta recorrida se sumaba la instalación del Hospital Móvil, puesto que durante la visita a las familias se detectaban con frecuencia otras problemáticas: calendario de vacunación, enfermedades crónicas, control de embarazo, entre otras. La principal dificultad que se presentó para el cuidado de estos grupos de riesgo era que las salitas no atendían a la población, manteniéndose con mínima y/o casi nula atención, por lo que esto fue algo que impactó de lleno en los calendarios tanto de vacunación y control de embarazo, como de entrega de medicamentos a pacientes crónicos. Es por eso que, durante las jornadas de salud organizadas, se recorrieron las viviendas en búsqueda de casos sospechosos de COVID-19, al tiempo que se realizaron actividades de promoción de la salud, y se hizo entrega de folletería con orientaciones referida al aislamiento y al manejo de prácticas de riesgo.

2.4. Psicología Comunitaria y Salud Mental

La Facultad de Psicología –a través de la Secretaría de Extensión– tuvo también su presencia en el territorio y actuó durante la pandemia a través de diferentes dispositivos. Uno de ellos fue

el Programa de Consultorios, que se venía implementando desde 2019. Este dispositivo de atención tuvo continuidad mediante la utilización de redes sociales; ejemplo de ello fue el trabajo con adolescentes en el Barrio Villa Elvira a través de WhatsApp, que permitió seguir teniendo contacto con este grupo etario en particular. En el barrio de Villa Elisa, por su parte, fue a través del dibujo de niñas y niños que las familias entregaban al momento del retiro de alimentos lo que permitió, a fines de 2020, la construcción de un mural colectivo. En Berisso, la recuperación de cartas escritas por niños/as, adolescentes y adultos también al momento de la entrega de alimentos, promovió el ida y vuelta de mensajes con el equipo de psicólogos y psicólogas que estaba allí para responder y acompañar a las familias en un período cargado de dudas, angustias y miedos de todo tipo.

Los equipos de Melchor Romero, La Granja y Ensenada también estuvieron presentes con actividades implementadas a través de las redes y en la entrega de alimentos. Por otro lado, desde la Secretaría de Extensión se diseñaron materiales dirigidos a diferentes grupos que eran socializados a través de la página de la UNLP, de la Facultad y de las redes sociales. Los temas y problemáticas abordadas fueron:

- Accidentes domésticos: dado que la presencia y convivencia de una familia numerosa en una vivienda pequeña aumentaba la probabilidad de que surjan accidentes, sobre todo en las infancias y niñeces.
- Adolescencia: en tanto recomendaciones para adolescentes frente a la virtualidad ante la situación de emergencia sanitaria.
- Aislamiento en personas mayores: se enviaban a diario actividades de estimulación cognitiva.
- Discapacidad: se recomendaban algunas posibles respuestas ante la inquietud de personas con discapacidad.
- Aislamiento en las infancias: se informaba sobre las posibles conductas que podrían adquirir las niñeces ante los días de aislamiento y se brindaban recomendaciones para poder abordarlas.

Estos materiales cumplían con un doble propósito: por un lado, procuraban brindar orientaciones a las familias sobre temas o problemas que se presentaban en lo cotidiano, disminuyendo la ansiedad que estas situaciones generaban. Ejemplo de ello fueron las demandas de las/os niñas/os que debían permanecer aislados perdiendo así contacto con sus amigos y sus actividades diarias; un distanciamiento que, ciertamente, provocaba en todas/os ellas/os enojos y crisis de llanto, entre otras.

El otro propósito, fue el poder estar presente a pesar del ASPO. Las actividades, orientaciones, información y grupos de WhatsApp con actividades para niñas/os y adolescentes promovían un encuentro diario que se daba entre pares a través de las diferentes plataformas (como Zoom) provistas por la Facultad. Fueron estos encuentros —en donde hablar y compartir las propias estrategias que desde las familias se llevaban adelante en lo cotidiano— los que se transformaron en un dispositivo que colaboró en tramitar el aislamiento con otras/os, en comunidad, de modo tal que la angustia pudiese disminuir al escucharse (escucharnos) entre todas/os, sabiendo cada una/o que allí podía decir lo que sentía o pensaba.

Estos encuentros semanales eran esperados y sostenidos por sus integrantes y rápidamente el contenido a ser conversado –es decir, la agenda de los encuentros– era diseñada por ellos mismos, quienes, al compartir el mismo territorio, traían como temas lo que allí estaba sucediendo: aspectos referidos sobre todo a cómo iban los números de contagios en sus barrios y cómo era que se venía trabajando a escala local en el cuidado de la salud. Esta suerte de monitoreo, realizado por los propios vecinos, permitía que se identificaran aquellos determinantes que eran reconocidos como destructivos para la salud y también los mecanismos protectores con que contaban en el barrio o que se habían generado a partir de lo discutido y reflexionado en los grupos de encuentro. Es así como el mirar y modificar estilos de vida comenzó a ser analizado en función del cuidado de la salud más allá de la presencia y amenaza del COVID-19.

Fue a través de este proceso de problematización que comenzaron a generarse planes y acciones, resultado de haber compartido saberes y experiencias en un espacio colectivo. Podemos decir, entonces, que si bien este movimiento del colectivo no llegó a ser por completo considerado como monitoreo participativo, sí fue el inicio de un pensar y actuar desde lo grupal, en el que convergieron tres elementos indispensables: la generación de un espacio de participación, la construcción de la agenda de temas a partir de las necesidades planteadas por los integrantes de cada grupo y la voluntad de acordar con otros en beneficio de todos.

Estos encuentros tuvieron, asimismo, un funcionamiento democrático. Se enfocaban en los temas/problemas y se planificaban acciones que posteriormente eran evaluadas. Cada grupo fue generando así micro proyectos que respetaron los pasos de la planificación estratégica, solo que no fue leyendo teoría específica sobre el tema, sino que fue ella misma la que fue surgiendo como producto del analizar los problemas e identificar los recursos y saberes; elementos todos ellos que permitieron concretar un pensamiento crítico y estratégico. Una serie de experiencias que, en sintonía con lo que plantea Breilh (2003) respecto de la planeación estratégica, podemos caracterizar como fruto de un proceso de construcción de un proyecto colectivo con autarquía y claridad de objetivos estratégicos en un escenario de inequidad social y bajo una estructura de poder (de clase, género y etno-cultural).

2.5. Atención y cuidados de la salud

Las prácticas de salud desde la asistencia consisten, siguiendo a Saforcada (2002), en dar lugar y atender a temáticas y problemáticas de salud en cualquiera de los niveles de atención. El concepto de asistencia implica, entonces, promover y acompañar cambios en las personas y los grupos en pos de su bienestar, desarrollo, resolución de conflictos y fortalecimiento de su autonomía (Benia y Reyes, 2008). Estas afirmaciones –que plantean un abordaje integral de los procesos de salud-enfermedad– estuvieron presentes durante toda la emergencia sanitaria y guiaron las tareas de prevención, atención y promoción de salud que, desde el sistema local de salud junto con las instituciones y organizaciones comunitarias, se llevaron adelante en cada barrio de la ciudad de La Plata.

Como se mencionó anteriormente, las jornadas de salud consistían en actividades de atención específicas, como lo fueron la vacunación, la entrega de medicamentos, sumado al control de la incidencia de la pandemia. Durante el desarrollo de estas prácticas asistenciales de salud cada disciplina dispuso de métodos y técnicas precisas que posibilitaron realizar diagnósticos, establecer tratamientos y acompañar los procesos de salud-enfermedad que afectaban a los vecinos de cada barrio. Desde este enfoque interdisciplinar es que se procuraba superar, en cada intervención, una visión reduccionista de las problemáticas de salud, sobre todo en un contexto que planteaba como “enemigo” al COVID-19, cuyo tratamiento quedaba bajo órbita de la ciencia médica.

Pensar el abordaje de los problemas de salud desde una perspectiva integral, capaz de recuperar la dimensión social de la salud, nos remitía a tener en mente el concepto de prácticas de salud humanizadas. De hecho, pensamos que no es sino desde esta perspectiva que debe abordarse la salud mental, definida ésta en el artículo 3 del Capítulo II de la Ley de Salud Mental N° 26.657 como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (2006).

Respetar al otro, generar dispositivos que promovieran la construcción de subjetividad, trabajar por y para el ejercicio de los derechos, fueron las directrices que guiaron la tarea de las/os psicóloga/os que, durante el tiempo de pandemia, llevaron adelante tareas de cuidado de la salud mental tanto en procesos de carácter individual como colectivo. Ahora bien: ¿qué características tuvieron estas acciones de cuidado? En este sentido:

- Se llevó adelante una escucha activa.
- Se utilizó un lenguaje que fuera comprensible para las/os destinatarias/os.
- Se dispuso en cada momento de información oportuna y clara.
- Se dio lugar al diálogo, a los interrogantes, a los miedos e incertidumbres.
- Se promovió la participación activa de las personas, grupos y comunidades con quienes se interactuaba.
- Se puso en valor lo histórico-situacional, los intersaberes, la interculturalidad y la experiencia de todas/os y cada una/o de la/os participantes.
- Se partió de las potencialidades de las personas, grupos y comunidades para la elaboración de acciones en pos del cuidado de la salud como un derecho.
- Se trabajó a partir de las redes comunitarias y sociales para la referencia y contrarreferencia con el sistema formal de salud ante la detección de problemáticas que ponían en riesgo la salud y la vida.

Este accionar desde el cuidado permitió comprender a la salud mental como la resultante de una realidad social entendida siempre como compleja y multideterminada. En esta misma línea, Merhy et al. (2006) señalan que la salud se produce “en acto”. Es decir que de lo que se trata es, justamente, de la existencia de un “acto en salud” que va constituyéndose y existiendo a medida que se desarrolla *para y con* las personas involucradas en ese proceso; por ello que

es que se piensa como un proceso “vivo”, en donde se conjuga y entra a jugar siempre la dimensión intersubjetiva.

Si trasladamos esta idea a las distintas acciones desarrolladas en salud, podemos pensar que quienes participaban de los colectivos consumían salud “en acto”, en el mismo momento que se pensaba, discutía, reflexionaba y planificaba sobre ella para el cuidado y protección de los otros, sean éstos, familia, vecinos y/o comunidad en general. Ahora bien, todas estas acciones de cuidado se llevaron adelante no solo *en*, sino también *con* la comunidad, recuperando fuertemente el tránsito que va entre ambos sintagmas preposicionales: de una noción en la que primaba el ejercicio que los profesionales llevaban adelante desde una posición de saber académico que desplegaba saberes (“en la comunidad”), a una concepción en la que lo que se privilegiaba era la participación del otro por sobre la del técnico y/o experto; y en las que las dolencias y necesidades eran expresadas de manera colectiva, reclamando derechos vulnerados, y en las que no primaba el diagnóstico profesional, sino la escucha activa, respetuosa y humanizada (“con la comunidad”). Una concepción, en suma, en donde se ponía en juego la empatía y en la que “ponerse en el lugar del otro” se transformaba en una estrategia privilegiada para iniciar un proceso de acompañamiento y, por sobre todo, un proceso de cuidado. De allí que podamos afirmar, siguiendo a Heller (2001), que el cuidado es una condición humana fundamental:

Quando nacemos somos cuidados por otros/as y nos convertimos en “sujetos humanos” por ello. Este hecho hace que las personas puedan convertirse en potenciales cuidadoras, siendo en el ámbito de la salud uno de los campos donde en mayor medida puede expresarse. (Heller, 2001)

En este sentido, las/os psicólogos fuimos un sujeto humano que tuvo la certeza de que todos fuimos, ante la emergencia de COVID-19, sujetos políticos capaces de pensar y de planificar “actos vivos de salud” y “procesos de cuidado”. La construcción de un agregado en una casilla – precaria, de madera, donada por los vecinos-, para poder aislar a aquel de la familia que debía estar separado del resto fue verdaderamente un trabajo de salud “en acto”. A medida que se construía, se pensaba en la salud de quien habitaría ese espacio; se pensaba en el posible confort, qué se le podía brindar en un contexto de alta vulnerabilidad habitacional, cómo pasar los platos de comida, cómo cumplir con la corriente de aire tan pregonada por los medios de comunicación masivos, etc. Es decir que, pensar en el otro fue un ejercicio que se repetía ante todas y cada una de las tareas realizadas.

Organizar la búsqueda y distribución de los medicamentos para los adultos mayores con padecimientos crónicos; velar por aquellas familias que tenían algún familiar internado y dejaban a su cuidado a las/os niñas/os; rociar con alcohol en gel manos, ropa y ollas cuando se retiraba la comida: estas y muchas más son las acciones de cuidado que se llevaron adelante y que sin duda pusieron de manifiesto la capacidad organizativa y la solidaridad que tuvo la población en un período donde todos nos igualamos ante la posibilidad de la pérdida de la salud y la vida. Asimismo, las intervenciones realizadas durante la pandemia pueden ser enmarcadas en la dimensión de las políticas públicas en la medida en que se las pensaba desde la inclusión de aquel

que pertenecía al conjunto, al barrio; eran intervenciones construidas subjetivamente por actores que compartían el mismo escenario y la misma capacidad de respuesta.

Esta construcción compartida entre actores protagonistas nos remite, sin lugar a dudas, al campo de la Psicología Comunitaria y su inclusión en la definición de las PP. Destaquemos en este punto y para ir finalizando, lo planteado por Montero (2005), quien refiere a las dimensiones que caracterizan a la Psicología Comunitaria y deben estar presentes en el diseño e implementación de PP, cuando señala que debe reconocerse que se trabaja con actores sociales en un escenario complejo y que los saberes populares deben ser tenidos en cuenta. Esto significa, ni más ni menos, no solo que la realidad debe construirse desde una posición dialógica entre psicólogos comunitarios y comunidad, sino que desde una dimensión ética deben respetarse las diferencias culturales, organizativas y de capacidades, al tiempo que se debe reconocer el carácter político de las acciones como espacio de construcción de ciudadanía.

Conclusiones

Resulta difícil plasmar en un escrito las sensaciones que se ponen en juego cuando la tarea nos convoca desde un lugar común: la incertidumbre. Durante los meses de pandemia, no saber qué podía pasarnos fue una constante. Los barrios e instituciones comunitarias fueron transformados en un lugar común para habitar en tanto referentes, vecinos, técnicos, profesionales de la salud; ellos no fueron más que escenarios donde la participación social y comunitaria se nos presentó como la herramienta privilegiada para “salir adelante”.

Problematizar a partir de la información, diseñar acciones con los recursos disponibles y arribar al diálogo tras una riña donde los intereses particulares querían sobrepasar el interés colectivo, fueron momentos de un complejo proceso de construcción colectiva. La salud, la enfermedad y la posibilidad real de estar frente a la muerte interpelaban cada acción pensada para y por el otro. Y fue ciertamente la tramitación de los momentos de angustia a través de la circulación de la palabra la que causaba esta acción.

Qué hacer desde la Psicología Comunitaria sino respetar estos momentos, promover espacios con una presencia orientadora y respetuosa de los padecimientos que no necesariamente eran los actuales, sino que portaban una historia de vulnerabilidad y que se veían acrecentados por las medidas del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO): frente a un panorama de incertidumbre y temores compartidos, esa fue la pregunta que orientó de modo cotidiano nuestro accionar. Los movimientos subjetivos que se fueron dando en el trabajo comunitario nos permitieron comprobar la potencialidad del cambio (Quintal de Freitas, 2012), así como comprobar lo que puede toda política pública cuando esta se genera e implementa con la participación de la comunidad. En el caso de los “Comités de crisis” del Municipio de La Plata, la organización y la dinámica de trabajo facilitó y promovió la aguda participación de los referentes comunitarios, quienes procuraban pensar y actuar para mejorar las condiciones de vida en el día a día de cada barrio.

En otra dimensión, asimismo, las actividades desarrolladas en el marco de los Comités de crisis –y desde lugar que ocupábamos como profesionales de la salud mental–, fue necesario analizar los procesos vinculares que se daban entre los referentes del nivel central y los actores comunitarios, así como reflexionar de manera continua no solo sobre las formas y modalidades en que esa política pública se implementaba, sino también sobre los cambios que se debían dar para que realmente tuviera efecto contextualizado y pudiera así responder a las necesidades de cada barrio. En este sentido, resulta válido afirmar que cada Comité respondió a una dinámica propia: cada contexto definía de manera participativa qué y de qué manera lo diseñado por el nivel central se llevaba adelante. En síntesis, la experiencia de los Comités de crisis permitió ser partícipe de una política pública que se rediseñaba en el marco de un texto vincular singular: un texto que se escribía y reescribía en cada encuentro o reunión plenaria.

Por último, quisiéramos terminar este escrito planteándoles a los/as futuros/as psicólogos/as interesado/as en desplegar su profesión en el campo de lo comunitario que para ello no solo no alcanza con los saberes académicos, sino que necesariamente deben –para lograr empatía, palabra tan mentada hoy en día–, ser capaces de rebelarse, indisciplinarse frente a las injusticias, inequidades, procesos sociales y colectivos excluyentes que dañan de manera significativa la subjetividad de ese otro que no debe ser excluido ni relegado, sino por el contrario, debe ser incluido, cobijado, cuidado y tenido en cuenta. Esto implica un cambio de posición no solo subjetivo sino ético e ideológico.

Referencias

- Alfaro, J. y Zambrano, A. (2012). *Psicología comunitaria y políticas públicas*. Paidós.
- Benia, W. y Reyes, I. (Coords.) (2008). *Temas de Salud Pública*. Tomo I. Fefmur.
- Breilh, J. (2003). De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(4), 937-951.
- Cardona Arias, J. (2016). Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la Salud Pública, la Epidemiología y la Clínica. *Revista Archivos de Medicina*, 16 (1), 183-191.
- Castellanos, P. L. (1997). Epidemiología, Salud Pública, Situación de salud y condiciones de vida: consideraciones conceptuales. En R. B. Barata (Org.). *Condições de vida e situação de saúde* (31-75). Abrasco.
- Concejo Deliberante de La Plata (2020). Ordenanza Municipal N° 11925. En: <https://www.concejodeliberante.laplata.gob.ar/digesto/or12000/or11925.pdf>
- Czeresnia D. y De Freitas Machado, C. (2006). Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias. Lugar Editorial.
- De la Aldea, E. (2019). *Los cuidados en tiempos de descuido*. LOM editorial.
- De Lellis, M. et al. (2019). *Psicología, sociedad y políticas públicas de salud*. Paidós.
- Franco, R. (2003). *Descentralización, participación y competencia en la gestión social*. VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública.

- Jenick, M. (1997). Epidemiology, evidenced-based medicine, and evidence-based public health. *Journal of Epidemiology*, 7(4), 187-197. <https://doi.org/10.2188/jea.7.187>
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (25 de noviembre de 2006). En línea: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>
- Ley N° 14.580 Adhesión de la Provincia de Buenos Aires a la Ley 26.657 (27 de noviembre de 2006). En línea: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/provincial/ley-14580-123456789-0abc-defg-085-4100bvorpyel/actualizacion>
- Merhy, E. E.; Camargo Macruz Feuerwerker, L. y Burg Ceccim, R. (2006). Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Revista Salud Colectiva*, 2(2), 147-160.
- Michalewics, A. et al. (2014). Del Proceso de Salud/Enfermedad/Atención al proceso Salud/ Enfermedad/Cuidado: Elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones*, 21, Secretaría de Investigación, Facultad de Psicología, UBA.
- Montero, M. (2003). *Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Carta-Ottawa.pdf>
- OPS/OMS (1998). *Acercándonos a la Atención Primaria Ambiental (APA)*. Gráfica Editora.
- Saforcada, E. (2002). *Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Paidós.
- Ussher, M. (2016). *Intervención comunitaria y subjetividad*. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. En línea: <https://www.aacademica.org/000-044/591>

CAPÍTULO 2

Pensar la complejidad desde la Atención Primaria de la Salud

Carina Ferrer

Este artículo se propone interrogar la categoría de complejidad en salud pensándola desde la Atención Primaria de la Salud (APS). La APS como un enfoque de salud propone garantizar el mayor nivel de salud y equidad, atendiendo al logro de los derechos fundamentales, corriéndose de la mirada centrada solo en la atención de la enfermedad. Sus acciones se extienden en el ámbito de lo cotidiano, familiar y comunitario hacia acciones y políticas multisectoriales con participación social y servicios de salud coordinados.

Al hablar de complejidad en el sistema sanitario, generalmente, ésta queda circunscrita a ciertas problemáticas de salud centralmente biológicas que requieren de altas tecnologías (duras) para su atención; invisibilizando de esta manera la complejidad que se pone en juego en el primer nivel y en la continuidad de cuidados en y con la comunidad. Generar cuidados integrados y continuos supone trabajo con otros, corresponsabilidad, interprofesionalidad, primacía de los intersaberes, poniendo el acento no en el síntoma que padece una persona, sino en un abordaje integral en la construcción de vínculos, en el armado de la red comunitaria con inclusión de los sujetos padecientes en las estrategias terapéuticas personalizadas y singulares.

La complejidad de los cuidados tiene lugar porque la salud lo es, multidimensionada y multi-determinada y su abordaje implica considerar procesos, niveles y relaciones.

Pensar la integralidad del sistema de salud por un lado, los mandatos de la ley de salud mental en relación a los cuidados, la revisión del modelo de atención en salud para abordar las problemáticas desde la continuidad de cuidados y desde los cuidados progresivos, a la luz de un pensamiento complejo, impone un cambio en la organización del sistema en cuanto a niveles pero, sobre todo, en cuanto a cómo se han pensado esos niveles de atención y su complejidad y desde allí recrear las prácticas de atención promocionales, preventivas y asistenciales.

Complejidad, pensamiento complejo, ciencias de la complejidad y psicología

El Diccionario de la Lengua Española (Real Academia Española, 1979) se refiere a la cualidad de complejo cuando aplica a un objeto o asunto formado por distintas partes en el que las relaciones entre ellas son numerosas y variadas, o en química a la combinación de compuestos

unidos por enlace covalente. Es decir que, desde la generalidad del lenguaje, lo complejo supone partes y ligazón entre ellas, en las que se pueden compartir elementos.

Desde el campo de la ciencia, en 1948, Warren Weaver acuñó el término complejidad al distinguir tres tipos de problemas científicos: de la simplicidad, de complejidad desorganizada y de la complejidad organizada; siendo estos últimos fenómenos o problemas en los que intervienen múltiples factores o variables interrelacionados que conforman un todo orgánico que debe ser explicado desde la génesis.

Rodríguez Soya y Aguirre (2011) definen la complejidad como un campo con límites borrosos que abarca a las teorías de los sistemas complejos en sentido amplio (sistemas dinámicos, sistemas no lineales, sistemas adaptativos), la teoría del caos y los fractales (Morín 2004; Reynoso, 2009), no existiendo en la actualidad una teoría unificada. Distinguen, por un lado, a las ciencias de la complejidad o de los sistemas complejos que se han desarrollado principalmente en países anglosajones como un abordaje metodológico basado en la utilización de lenguajes matemáticos y modelos informáticos. Y, por otro lado, el pensamiento complejo propuesto por Edgar Morín en 1990, desarrollado en Francia y América Latina como una perspectiva ético-política y un marco epistémico transdisciplinario.

Una definición cuantitativa y matemática de la complejidad para pensar la salud no es suficiente para explicarla. Si la salud, sus problemas e intervenciones se piensan como complejos habría que dar cuenta de los elementos en juego y sus relaciones.

Los problemas complejos requieren un abordaje sistémico (Reynoso, 2006) desde el que se articulan tres conceptos fundamentales: complejidad, organización y sistema. Pero la idea de organización no implica orden, por el contrario, remite a una totalidad relativa, no cerrada, sino abierta, histórica y contextualizada.

La organización para Morín es algo común al mundo físico, biológico y antropológico y propone pensarla a partir del concepto de bucle tetralógico, dando cuenta de la relación complementaria-concurrente y antagonista entre los conceptos de orden-desorden-interacciones-encuentros-organización: “para que haya organización es preciso que haya interacciones: para que haya interacciones es preciso que haya encuentros, para que haya encuentros, es preciso que haya desorden (agitación, turbulencia)” (Morin, 1977).

Con respecto a los tipos de relaciones, García introduce el término de interdefinibilidad, el cual supera el concepto de interacción o interrelación. La interdefinibilidad exige que los componentes de un sistema sean definidos y estudiados en función del resto y, por lo tanto, no resulta posible el estudio separado de sus partes (García, 2000).

Así los sistemas/problemas complejos no se podrían descomponer para su análisis porque sus elementos tienen la característica de ser heterogéneos y dependientes en sus funciones, entre ellos y con el sistema total.

Si pensamos en lo social y en ello a la salud como un sistema complejo, se rompe con la idea de un orden sistémico de la totalidad, para incluir la mirada de la multiescalaridad.

Al respecto, Bar-Yam (2006, citado por Maldonado, 2009) afirma que un fenómeno complejo requiere de escalas distintas en sus procesos de explicación, y estas se encuentran en estrecha relación entre ellas y ninguna tiene, a priori, ninguna prelación sobre las demás.

Primero, podemos conceptualizar la complejidad como pluralidad y jerarquización de niveles de ocurrencia de procesos, tanto en el sentido ontológico como en el sentido cognitivo. En segundo lugar, el término complejidad se puede referir a la diversidad de las relaciones entre los elementos componentes de un dado objeto modelo. En este aspecto, es posible introducir una distinción fundamental entre complicado y complejo. Complicado es un sistema que apenas multiplica nexos de la misma naturaleza (por ejemplo, causales) entre elementos del sistema de un mismo nivel jerárquico. En tercer lugar, la complejidad de un modelo puede ser entendida como su naturaleza no finalística o iterativa, correspondiendo en el lenguaje de la teoría de los sistemas a la propiedad de retroalimentación de modelos explicativos sistémicos. Esta última definición corresponde a una de las acepciones restrictas del concepto de no linealidad. ¿Qué es un objeto complejo? Para responder a esta pregunta debemos considerar que la atribución de complejidad puede asumir distintas manifestaciones. En primer lugar, el objeto complejo es mínimamente un objeto modelo sistémico, o sea, forma parte de un sistema de totalidades parciales y puede ser comprendido él mismo como un sistema, también incorporando totalidades parciales de nivel jerárquico inferior. En segundo lugar, podemos llamar objeto complejo a aquel que, en su forma de objeto heurístico, no puede ser explicado por modelos lineales de determinación. En otras palabras, se trata de un objeto modelo sometido a funciones de determinación no lineal. Por eso, el objeto complejo no posibilita la predicción, ni a partir de él se puede generar tecnología. En tercer lugar, metodológicamente, el objeto complejo es aquel que puede ser aprehendido en múltiples estados de existencia, dado que opera en distintos niveles de la realidad. Por último, el objeto complejo es multifacetado, blanco de diversas miradas, fuente de múltiples discursos, extravasando los recortes disciplinares de la ciencia. De allí que para construirlo como referente es preciso operaciones transdisciplinarias de síntesis, produciendo modelos sintéticos, y para designarlo apropiadamente, es necesario recurrir a la poliseimia resultante del cruzamiento de distintos discursos disciplinares. (Almeida Filho, 2006, p. 125)

La perspectiva de la complejidad se presenta como una oportunidad de posicionamiento e intervención en el campo de la salud en tanto se rompe con la racionalidad unicausal a partir de la cual las disciplinas se circunscriben al dominio de algunas de sus dimensiones para pasar a una concepción que involucra la multicausalidad, génesis, diversidad de disciplinas y saberes, así como el reconocimiento de la determinación social.

Complejidad y sistema de salud argentino

Nuestro sistema sanitario está organizado en tres subsistemas: el privado, el público y el de la seguridad social. Actualmente el subsector público¹ se organiza en tres niveles de atención: primer nivel, segundo nivel y tercer nivel, en función del grado de complejidad de cada uno.

Vignolo (2011) afirma que la complejidad en salud se refiere al número de procedimientos o tareas diferenciadas de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado: “El grado de complejidad establece el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, sus servicios y organización”.

Los niveles de atención que se corresponden con el nivel de complejidad, serían una forma ordenada de organizar la prestación de servicios y recursos ante las demandas de problemas de salud de la población.

El primer nivel es el más cercano a las familias y se denomina puerta de entrada al sistema. Las necesidades de atención se resuelven por medio de actividades de promoción, prevención y prevención primaria. Aunque en muchas organizaciones se repite el modelo asistencial por servicios y en escasas situaciones se despliegan acciones de promoción y prevención.

Los establecimientos que lo componen se denominan de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Este nivel debería brindar una adecuada accesibilidad, realizando una atención oportuna y eficaz.

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la prevención secundaria e internación.

En el tercer nivel de atención se atienden problemas poco prevalentes como patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología.

De Lellis, Berra y Morand (2015, p. 76) explican que los niveles de atención responden al logro de una adecuación entre demanda de asistencia y grado de complejidad necesario para su resolución. De ello, resulta que para problemas frecuentes se requieran tecnologías simples en un nivel con menor capacidad resolutive y si un problema es mayor se requerirá de una unidad de mayor complejidad de resolución.

En la relación eficiencia–eficacia, las tecnologías más simples tienen que ser accesibles y cercanas a la comunidad y las familias; y los recursos complejos y costosos en instituciones de mayor escala.

Sin embargo, una atención integral e integrada requiere, además de la organización de la atención en niveles, coordinación en redes de servicios y acciones de promoción en espacios territoriales (Bello et al., 2007).

Por su parte, Rovere plantea que nuestro sistema de salud cuenta con distintos niveles de atención para estratificar la capacidad de respuesta del Estado. Propone incorporar un nivel 0

¹ Las de las instituciones del subsector privado y de la seguridad social según sus características pueden asimilarse a esta clasificación.

de atención, referido a la que se lleva a cabo en los espacios donde la gente vive, estudia, trabaja y se recrea y que se extiende más allá del sistema sanitario.

Los servicios de salud deben estar centrados en los usuarios/as, lo que implica coordinar los servicios en torno a las necesidades y preferencias de las personas en todos los niveles de cuidado creando redes efectivas (más allá de la referencia y contrarreferencia) entre salud y otros sectores.

Afirma que necesitamos un sistema nacional integrado de salud con universalidad en la atención y cobertura total que articule sectores y subsistemas en pos de una ciudadanía igualitaria, que se organice en niveles resolutivos de complejidad creciente desde redes que no estratifiquen, y se pregunta si la atención primaria de salud constituye una base de acuerdo para modificar el modelo de atención (Rovere, 2021: 312).

La actual organización del sistema responde a las conceptualizaciones de Vignolo, De Lellis y otros (2011; 2015), en donde la categoría de complejidad se asocia a mayores recursos tecnológicos sofisticados, que se ubican en el tercer nivel de atención y que parecieran que compete únicamente a la atención médica. Y el primer nivel es caracterizado por el uso de tecnologías simples y acciones de prevención primaria y promoción. También se hace referencia a redes y al valor del territorio en lo que hace a la promoción.

Por su parte, Rovere introduce la idea de redes en un sistema integrado, de no estratificación, con valoración y cuidado de la salud en la vida cotidiana, aunque organizado en niveles de complejidad creciente.

El Plan Federal de reconstrucción del sistema de salud 2022 propuso que, para lograr calidad, expansión del acceso y la cobertura en salud con un enfoque de equidad para la reversión de las consecuencias de la pandemia era necesario consolidar un abordaje territorial, con una fuerte impronta de trabajo en el primer nivel de atención y un sistema de salud integrado.

Asimismo, el Plan Provincial de Salud Mental 2022-2027 reconoce la complejidad del sistema sanitario en la fragmentación entre los subsistemas, en la escasa coordinación del subsector estatal entre efectores de gestión nacional, provincial y municipal.

Fragmentación que genera desigualdad en el acceso y en la distribución de los recursos. Por ello se propone un sistema de salud centrado en los cuidados y la continuidad de los mismos, integrando los niveles de atención en una red de cuidados progresivos con base en las comunidades.

Estas últimas proposiciones ponen el acento en nuevas categorías para pensar la atención en salud como lo son el cuidado, su continuidad, la integración de niveles, la lógica de redes, la comunidad y el propósito del primer nivel de atención (PNA). Esto podría implicar un giro en la organización del sistema actual que sostiene la complejidad de niveles desde un modelo asistencial disciplinar y enfoque fuertemente biomédico.

Cuidados y resignificación de la APS

Un sistema integrado de salud sostenido en redes de atención con base en estrategia de atención primaria (Barragán, 2007, p. 412) se presenta como un campo de posibilidades de transformación y acceso a derecho. Esto pone en escena la revisión y el giro que debiera tener la atención primaria de la salud, la cual sigue siendo visualizada como el ejercicio de atención de los centros de salud en tanto servicios secundarios al hospital.

El modelo de atención a nivel internacional ha sido orientado por la APS; en nuestro país, si bien existen experiencias valiosas, aún no ha podido constituirse como organizador. Estudios comparativos de los sistemas de salud han demostrado que la APS es la estrategia más equitativa, eficiente y eficaz para mejorar la salud de las poblaciones, pues se sostiene en la justicia social, la equidad y la participación y centralmente en reconocer que el acceso al más alto nivel de salud posible es un derecho humano fundamental.

El año 2018, a 40 años de la Declaración de Alma, la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de la Salud se llevó a cabo en Astana² y allí se renovó el compromiso de reforzar la atención primaria de salud, alcanzar la cobertura sanitaria universal y perseguir los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

En el documento de fundamentación de la Declaración de Astana, la APS es definida como:

Un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de las personas tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas (OMS y UNICEF, 2008).

La APS estaría compuesta por tres componentes que se articulan en torno al logro de la salud y el bienestar, ellos son la implementación de políticas y acciones multisectoriales que consideren los múltiples determinantes, la implementación de acciones de promoción, prevención y rehabilitación, desde la atención primaria y la salud pública a través de servicios de salud integrados, y el empoderamiento de personas, familias y comunidades para demandar y sostener políticas sanitarias que puedan ejercer el cuidado y el autocuidado.

Se afirma que reorientar el sistema de salud hacia la APS supone en primer lugar implementar políticas y organizar los servicios teniendo en cuenta las necesidades de las personas desde la perspectiva de género, equidad y derechos humanos. Las actividades prioritarias incluyen la pre-

² La Conferencia se organizó conjuntamente entre el gobierno de Kazajistán, la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF.

vención y el control de enfermedades endémicas, brotes epidémicos, prevención de enfermedades no transmisibles e información y educación sobre los problemas de salud prevalentes, el cuidado de salud de la persona gestante y del recién nacido, la promoción del envejecimiento saludable, de la nutrición adecuada y de la salud sexual y reproductiva; suministro de medicamentos y alimentos; abastecimiento de agua potable y saneamiento; respuesta y recuperación ante las emergencias; la lucha contra las enfermedades transmisibles, inmunización entre otras.

La APS considera a la salud multideterminada y, por ello, sus acciones deberían llevar adelante una articulación intersectorial involucrando a sectores cuyas acciones también tienen efectos sanitarios como la seguridad social, vivienda, educación, trabajo, agricultura, medio ambiente, industria, etc. fortaleciéndola con inversión, asignación y capacitación del personal; actualización de sistemas de información; atención de calidad y cuidando la seguridad del paciente.

Con esta propuesta política y estratégica se tienen los fundamentos y herramientas para diseñar cuidados integrales e integrados en salud.

Los cuidados en el marco de la APS implican relaciones. Entre servicios de atención que conformen una red de servicios descentralizados y comunitarios, de salud y de otras esferas que posibiliten la continuidad de cuidados formales e informales.

En este sentido, Feo (2019) propone reconceptualizar la APS a partir del cuidado integral; pensándolo como un factor de transformación del sistema sanitario, pasando de una mirada centrada de la enfermedad al cuidado de la salud.

El cuidado integral en un sistema público y universal estaría atravesado por prácticas sostenidas en el derecho, la determinación social, interculturalidad y género; con estrategias de promoción, prevención, curación y rehabilitación; a lo largo de la vida y en los diversos espacios individuales, familiares, comunitarios, con activa participación social.

Michalewicz et al. (2014) afirma que, desde lo polisémico de la categoría de cuidado, ésta remite a una condición humana necesaria para la supervivencia. El cuidado se caracterizaría como actividades destinadas a promover, sostener la vida y la calidad de vida de las personas, desde la construcción de un lazo social que tenga en cuenta la posibilidad de alojar al otro.

En tanto práctica privilegiada del ámbito de la salud, lo vincular no sería solo una dimensión de las prácticas de los trabajadores de salud, sino el eje desde el cual se deben organizar a los sistemas y servicios y extenderse en relaciones intersectoriales y comunitarias horizontales y participativas.

La complejidad del primer nivel de atención

Sostener que el primer nivel de atención es un nivel de mayor complejidad, mayor o similar al tercer nivel, interpela a desandar estructuras y prácticas rígidas y/o arcaicas. Como también a renovar y recrear modalidades de atención promocional, preventiva y asistencial en la lógica de los cuidados –integrales y continuos– y en el marco de los derechos.

Asimismo, la participación de la comunidad en la resolución de sus problemas y el establecimiento o activación de redes se transforman en estrategias centrales en el PNA.

El Plan Quinquenal 2023-2027 del Ministerio de Salud de la provincial reconoce como el primer problema de la fragmentación del sistema la accesibilidad con atención oportuna y la dificultad en la continuidad de cuidados que, si bien se despliegan en los diferentes niveles de atención, en este apartado nos referiremos a la continuidad que se extiende desde el primer nivel hacia la comunidad y sus instituciones.

El Plan pone de manifiesto el valor del primer nivel en la integración del sistema, señalando que el cambio cultural pone el acento en el cuidado en la cercanía, y propone que los equipos del primer nivel funcionen como referencia de las personas, familias y comunidad.

El PNA aparece como actor clave, pero no único, en el sentido del conocimiento que sus equipos de salud tienen o deberían tener de la comunidad y sus características, como su cultura, historia, identidad, determinantes y determinaciones de la salud y sus cuidados.

En esta línea, el Plan Provincial Integral de Salud Mental 2022- 2024 reconoce la complejidad y la multideterminación de la salud, y en particular de la salud mental, y propone cuidados desde la multiplicidad de miradas, con base en el territorio desde el soporte de las redes familiares e institucionales. Se afirma que una estrategia de gestión desde el primer nivel con características de intersectorialidad tiene la ventaja de favorecer la inclusión social de las personas con padecimiento mental en instituciones de su comunidad.

Consolidar un sistema de salud mental con base en las comunidades implica una reformulación del sistema de salud y la consolidación de una red de dispositivos entramados bajo la lógica de un sistema que se organice para los cuidados y la continuidad de cuidados y con ello revierta la fragmentación como uno de los mayores problemas de nuestro sistema de salud... requiere la creación y consolidación de un sistema alternativo a las lógicas hospitalocéntricas como única alternativa para la atención de la salud” (Plan Provincial Integral de Salud Mental 2022-2027, p. 3).

Si pensamos en intervenciones desde la continuidad de cuidados en salud mental con base en la comunidad podemos afirmar que un abordaje integral es complejo, por la propia complejidad del tejido comunitario y porque la planificación de los cuidados, abordajes e intervenciones se sustentan en otras lógicas terapéuticas: dialógicas, participativas, de integración familiar, social y comunitaria. En un segundo o tercer nivel de atención si bien prima la singularidad de los cuidados, se referencian en protocolos.

En el primer nivel y refiriéndonos a situaciones de padecimientos mentales y consumos, como por ejemplo situaciones de externación o un consumo agudo, las estrategias de cuidado son diversas, personalizadas y singularísimas.

Organizar las acciones y circuitos necesarios para favorecer, promover y viabilizar cuidados integrales requiere conocer quién es y cómo es ese otro, sus gustos, vínculos -convivientes-familiares-amigos-contactos-vecinos-otros grupos, porque el diseño del Plan es en base al sujeto

y su entorno y no se dirige al síntoma sino a su vivir cotidiano. También es responsabilidad del equipo trabajar con la persona usuaria incluyéndola en la estrategia terapéutica, así como con otros apoyos y cuidadores comunitarios.

Cuando hablamos de cuidados sanitarios o asistenciales no quedan dudas sobre quiénes lo realizan y dónde; sin embargo, no pasa lo mismo con los cuidados fuera del ámbito socio-sanitario-asistencial que no están suficientemente visibilizados y reconocidos.

La acción en salud desde este lugar y en este primer nivel apunta a la dimensión subjetiva sin perder de vista la trama objetiva en la que se inserta.

Cuando evaluamos una situación de salud para interpretarla e intervenir se requiere visibilizar sus múltiples determinaciones, no nos podemos quedar con lo que se nos presenta. Una persona es parte de una situación, de un entramado y de una historia. En ese entramado se despliegan esferas de lo social (familias, grupos, instituciones, Estado, mercado), valores, relaciones de poder, etc. que interactúan con esa singularidad. Entonces al planificar cuidados en salud mental tenemos que partir de la complejidad de la problemática en tanto resultado de múltiples interacciones dialécticas.

Considerando estos aspectos las intervenciones del primer nivel de atención no son de “menor complejidad” o de “resolución mínima”³, quizá sí de menor costo en cuanto a aparatología biomédica pero no en cuanto a trabajo humano.

El trabajo de establecer e intervenir en redes, de tejerlas, se extiende en el tiempo, requiere caminatas, contactos y recontactos. Conversación, diálogo, encuentro, desencuentro, mensajes, tiempo, mucho tiempo que no solo se dedica en el inicio del tejido, sino que es continuo tejer. El trabajo en red e intervenir en redes implica re-conocer -se, conocer-se, co-laborar, co-operar, y asociarse comunicar-se. (Rovere, 1999: 24)

Las redes son personas que se conectan, que se vinculan, se enlazan y en ese devenir, se desconectan y se vuelve a reconectar.

Pichón Riviere se refería al vínculo como una estructura compleja y tripartita con una mutua interrelación dialéctica de sus partes.

El vínculo es condición de supervivencia, pone en juego lo intrasubjetivo, lo intersubjetivo y lo transubjetivo. Se trata de una relación que surgida en el mundo externo da origen al mundo interno, para luego dialécticamente producirse el pasaje en ambas direcciones. El vínculo es el que intermedia y permite la inserción del sujeto al campo simbólico de la sociedad.

Los aportes de la Psicología en todos los niveles, pero principalmente en el primer nivel en lo que hace a propiciar cuidados integrales, será hacer equipo, reconstruir vínculos, establecer lazos, tejer redes; tarea dialógica y transferencial. Dialógica no solo como un intercambio comunicativo sino en referencia a dos lógicas que se oponen y se complementan manteniendo la dualidad en la unidad (Salazar, 2017). Y transferencial, en cuanto a la afectividad que enlaza. Con ello vemos que la tarea de construir singularidad y comunidad en el territorio es altamente compleja.

³ Resumen Ejecutivo del Plan Quinquenal de Salud 2013-2017.

Las intervenciones en salud mental “... desde un modelo que contemple las tramas comunitarias los distintos saberes construidos y que tenga como centro las necesidades de las personas con padecimiento para que sean atendidas en sus propias comunidades” (Plan de Salud Mental 2022-2027); requieren la inversión de tiempo cronológico y subjetivo, de recursos económicos, de trabajo abstracto, de saberes más allá de un diagnóstico; de participación, equipo y tecnologías que no fragmenten la realidad social ni las problemáticas de salud y estén en permanente movimiento.

Desafíos y propuestas

Revisión de la organización del sistema de salud desde lo que hoy se entiende como niveles de complejidad.

Cuestionar el modelo biomédico y tecnocrático para pensar la complejidad en las intervenciones.

Reconocer la complejidad del primer nivel y en función de ello destinar recursos.

Valorizar el PNA, determinando metas, líneas ejes, en respuesta a la transformación del sistema de salud o sistema de atención.

Encauzar con recursos financieros humanos, materiales.

Priorizar la capacitación, educación permanente y actualización en consonancia con las líneas rectoras del sistema de salud basado en la APS.

Privilegiar la organización del sistema a partir de los cuidados: continuos, integrales y progresivos, tanto al interior de las instituciones de salud como en la articulación en red de estas.

Referencias

- Almeida Filho, N. (2006) Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Revista Salud Colectiva*. UNLA ISSN 1669-2381, Vol. 2.
- Carballeda, A. (2018) La intervención social. *Fundación Soberanía sanitaria*, Año, Número 4, 71.
- De Lellis; Berra, A. y Morand, M. (2015). El legado de la atención primaria de la salud. En De Lellis (comp), *Perspectivas en salud pública y salud mental*. (pp. 59-84). Nuevos tiempos
- Feo Istúriz, O. (2019). ¿Debemos insistir con la APS? ¿O nos atrevemos a cambiar? De la APS al Cuidado Integral de la Salud. Reflexiones para pensar en la gestión, la participación y en la sistematización de experiencias desde la perspectiva de la salud colectiva. Compilación
- Publicada en línea: <https://www.iae.edu.ve>
- Franco, T., Batista, M., Emerson, E. (2011) El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Revista Salud Colectiva* 7(1):9-20, Enero – Abril.

- García, R. (2011) Interdisciplinariedad y sistemas complejos. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 1, 1. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.4828/pr.4828.pdf
- González Rodríguez, A. (2011) Programas de continuidad de cuidados: éxitos, fracasos y retos futuros. Centro de Salud Mental de Chamartín, Madrid *Estudios de Psicología*, 16(3), 305-312 Disponible en <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2011000300014>
- Maldonado, C. (2009). Complejidad de los sistemas sociales: un reto para las ciencias sociales. *Cinta de Moebio* (on line) N°36 pp.146-157. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/cmoebio/n36/art01.pdf>
- Michalewicz, A., Pierri, C., y Ardila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de investigaciones*, 21, 217-224.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Plan provincial de salud mental integral. Hacia un sistema solidario e integrado de salud. 2022- 2027 https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/07/PLAN_PCIAL_SALUD_MENTAL_-2022_07_13.pdf
- Ministerio de salud Plan quinquenal de salud 2023- 2027 <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/plan-quinquenal/files/2023/04/Resumen-Ejecutivo-Plan-Quinquenal-de-Salud.pdf>
- OPS/OMS (2007) Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/ OMS Renovación de la Atención Primaria de Salud de las Américas. Disponible en https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf
- Rovere, M. (22 de octubre de 2014) PAHO TV, Universidad de la Matanza, Argentina. [archivo de video] <https://youtu.be/2lVzp1loEPc>
- Real Academia Española (1979). *Diccionario de la lengua española*. Kapeluz.
- Rodríguez Zoya, L. y Leónidas Aguirre, J. (2011). Teorías de la complejidad y ciencias sociales. Nuevas Estrategias Epistemológicas y Metodológicas. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 30(2011.2). http://dx.doi.org/10.5209/rev_NOMA.2011.v30.n2.3
- Rovere, M. (2016) *Redes en salud*. El Ahora.
- Rovere, M. (2021) Derecho a la salud y sistemas integrados. Lecciones de la pandemia. En Prado, G. y Torres, P. (comp) *Integrado. Aportes para la discusión de un nuevo sistema Nacional de salud en Argentina*. MT editores.
- Salazar, M. (2017) El paradigma de la complejidad como alternativa al abordaje del proceso salud-enfermedad desde una concepción social. *Acta odontológica venezolana* 55 n° 1, año 2017 Fundación Acta Odontológica Venezolana ISSN: 0001-6365 Universidad Central de Venezuela, en <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2017/1/art-5/>
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es.

- Villalva, A. (2007) Módulo: Planificación Estratégica Situacional. (Material no publicado). Dirección Provincial de Capacitación para la Salud. Equipo docente colaborador: Ferrer, C., Paulina, I., Suasnabar, F.
- Villalva, A. (2015) La estrategia de atención primaria de la salud. En Gavilán, M. *De la Salud mental a la Salud integral: Aportes de la Psicología Preventiva*. Lugar.
- World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF) (2018). A vision for primary health care in the 21st century. Towards universal health coverage and the sustainable development goals. En: <https://iris.who.int/handle/10665/328065>

CAPÍTULO 3

Derechos humanos y salud mental: sus aportes en el diseño y formulación de políticas públicas. Desafíos y cuentas pendientes

Romina Ailín Urios

Introducción

En este artículo se abordará el Enfoque de Derechos en su intersección con la salud, situando a esta última como un derecho humano fundamental (DUDDHH, 1948). El objetivo será aportar a una discusión que permita problematizar y poner en tensión cómo los marcos normativos (nacionales y provinciales) en materia de regulación de la salud mental en nuestro país presentan deudas pendientes en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas que garanticen el efectivo acceso a derecho. Se abordará el concepto de “lo mental” en la salud (Gavilán, 2015), desde el punto de vista de la integralidad del sujeto para la intervención profesional situada desde la Prevención y la Promoción de la salud en el área de los Derechos y desde el marco de la Ley Nacional de Salud Mental (Nº 26.657), teniendo en cuenta sus alcances, desafíos, dificultades y debates actuales para su plena implementación.

Salud mental, derechos humanos y políticas públicas

Al abordar la intersección entre Salud Mental, Derechos Humanos y Políticas Públicas, se hace necesario comenzar por situar cómo se encuentra configurado en la actualidad el marco normativo nacional y provincial que regula en materia de salud en general y salud mental en particular en nuestro país.

La reforma de la Constitución Nacional Argentina de 1994 incorporó dos innovaciones con particular relevancia en el campo de la salud. Por un lado, en el capítulo segundo, con la denominación de Nuevos derechos y garantías, se incluyen los artículos 41 y 42. En este último, se establece que las personas que sean consumidoras o usuarias de bienes y servicios, tienen derecho a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos.

La incorporación de la salud como uno más de los derechos de los/as consumidores/as tiende a legitimar su voz y la de usuarios/as en las decisiones que los/as involucran, lo cual renueva la

tensión entre procesos potencialmente democratizadores y los dispositivos de abordaje y/o atención, aunque al mismo tiempo los artículos refieran a la salud en términos de mercancía. Esto nos permite pensar en el contexto de redacción de esa reforma, en el año 1994 en pleno momento de implantación y desarrollo de un modelo de Estado neoliberal, pudiéndose pensar al sujeto y a la salud de acuerdo al pensamiento médico hegemónico, desde su valor de cambio.

En el artículo 41 se incluye expresamente el derecho a un medio ambiente sano, “equilibrado y apto para el desarrollo humano y para que las actividades productivas satisfagan las necesidades presentes sin comprometer las de las generaciones futuras”, que enmarcamos dentro de los determinantes de la salud de las personas.

En esta reforma, se establece que gozan de jerarquía constitucional los instrumentos internacionales de Derechos Humanos consignados en el artículo 75, inciso 22, mencionando todos aquellos documentos a los cuales nuestro país ha adherido hasta ese momento. Asimismo, se establece un mecanismo para que otros instrumentos legales internacionales sobre derechos humanos a los que se adhiera con posterioridad, gocen de jerarquía constitucional.

En estos instrumentos internacionales de Derechos Humanos, se reconocen derechos que son universales, interdependientes, indivisibles, intransferibles, irrenunciables, entre los cuales se encuentra el derecho a la salud.

El Código Civil y Comercial de la Nación, cuya última reforma es del año 2014, establece en el artículo 59 qué se entiende por consentimiento informado en salud, sus implicancias, alcances y limitaciones.

El Código, a través de los artículos 58, 59 y 60, procura regular e incorporar el núcleo duro del derecho a la salud y este núcleo duro significa que no se puede proteger menos de lo que protege el Código. Consecuentemente, en caso de existir diferencias o incompatibilidades entre ambos textos, el Código y la ley, hay que buscar, pues, la norma más protectora de los derechos en juego; si es la ley especial, será la ley especial; si es el Código, será el Código (artículos. 963, 1709 y 1094). (Lamm, 2017, p. 2).

En la Constitución de la Provincia de Buenos Aires tenemos un artículo que explicita el derecho a la salud, es el artículo 36, en donde se da cuenta de la promoción por parte del Estado provincial de la eliminación de todos los obstáculos que pudieran afectar o impedir el ejercicio de derechos y garantías que se encuentran constitucionalmente consagrados. Entre los derechos sociales reconoce el derecho a la salud, estableciendo la garantía del acceso a la salud en los aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos para todos/as los/as habitantes.

Refiere al hospital público como la institución que brindará asistencia sanitaria, con dispositivos de promoción de la educación para la salud, rehabilitación y “reinserción de las personas tóxicodependientes”, asimismo, tendrá tareas de investigación y formación.

Dentro del derecho a la salud, también se plantea la accesibilidad a la medicación, definiendo al medicamento como un bien social. Se establece la promoción por parte del Estado de la posibilidad de convocatoria a profesionales competentes e idóneos/as para la producción, distribución y comercialización.

En este breve recorrido, se puede dar cuenta de que el marco normativo general, comprendido en las constituciones nacional y provincial, sitúan al Estado como garante y promotor de los derechos de la población, entre los cuales se encuentra el derecho a la salud. No obstante, en las prácticas concretas, la existencia de estos artículos por sí misma no garantiza su efectivo cumplimiento.

El paradigma de los humanistas, inicia a partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948. Implica un cambio de perspectiva en la concepción del sujeto como sujeto de derechos, el respeto y garantía de los derechos allí consagrados para toda la población, y la adecuación de los marcos normativos y legales locales. Un proceso que conlleva un largo recorrido no solamente en el diseño y formulación de políticas públicas, sino también a posteriori en la implementación de las mismas, en donde lo que suele encontrarse es un desfase entre el discurso presente en el marco legal vigente y las prácticas concretas.

Si bien pueden citarse experiencias enmarcadas en el paradigma humanista que se pusieron en funcionamiento incluso antes de que existiera un marco legal que les diera respaldo, para poder efectivizar el cumplimiento de los derechos se hace necesaria la redacción, sanción, promulgación y reglamentación de leyes específicas, lo que posibilita la elaboración y puesta en marcha de políticas públicas: Planes, Programas y Proyectos, que son los diferentes niveles de implementación de las leyes.

La política pública opera como mecanismo de reconocimiento y efectivización de derechos en la medida que acompaña los avances de la normativa, siempre que estos recogen la demanda de transformación que a nivel social se plantea y para la cual trabaja y propone el movimiento social. A su vez, la política pública dice del compromiso del Estado y la clase gobernante para con las conquistas en términos de superación de las condiciones de vida de todo el conjunto social (De Pena; Silva, 2017, p. 82).

Es importante situar –y se retomará en el apartado siguiente– que, si bien el marco regulatorio propicia la puesta en marcha de políticas públicas, la sola ley o la redacción de políticas no garantizan el efectivo cumplimiento o garantía de derechos por el simple hecho de existir. Esto tiene que ver con que es necesario que haya perspectivas en la sociedad que se consoliden y a la vez instituciones (con sus agentes particulares) que le den vida a estos postulados. Aun con este marco normativo y políticas, existen instituciones y agentes que no concretizan esta perspectiva. Es decir, hay instituyentes que exceden lo normativo. También es preciso que los marcos normativos incluyan aspectos como por ejemplo la trama presupuestaria para que haya cierta seguridad en que sea factible la reglamentación e implementación de las leyes.

La Ley Nacional de Salud Mental N°2.6657, sancionada en diciembre del año 2010, reglamentada en mayo del 2013, es un ejemplo de lo antes mencionado: la sola sanción de la ley no alcanza para poder llevar a cabo su implementación, sino que debió pasar por el proceso de reglamentación a posteriori del cual se elaboró el Plan Nacional de Salud Mental en donde se indica cómo debe darse cumplimiento a la ley. En dicho plan se establecen Propósitos, Objetivos y Metas en materia de política pública nacional de Salud Mental en donde se establecen plazos a cumplir.

Entre sus objetivos se destacan el compromiso de cierre de los hospitales e instituciones monovalentes de atención e internación psiquiátrica o por razones de salud mental; la apertura de camas de internación y de servicios de urgencia para salud mental en hospitales generales y de dispositivos de atención comunitaria desde la estrategia de APS en la comunidad, así como el fortalecimiento de la Red de Salud Mental, entre otros.

A este respecto en el año 2019, la entonces Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación emitió la Resolución 3250/19, en donde se aprobaban las Recomendaciones para la Adecuación hasta la sustitución definitiva de las Instituciones con internación monovalente hacia Redes Integradas de Salud Mental con base en la Comunidad. La norma estableció el día 31 de agosto del 2020 como fecha límite para que las instituciones monovalentes presentaran sus planes de adecuación a la ley, e invitó a la adhesión a estas recomendaciones a las provincias, a Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y las entidades de salud como obras sociales y empresas de medicina prepaga. En los últimos años, en provincia de Buenos Aires se ha avanzado en pos de este objetivo, aunque se ha superado el plazo de aquel primer compromiso.

La Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 (a partir de ahora LNSM), introdujo concepciones no hegemónicas hasta el momento, desde el posicionamiento de un paradigma juhumanista que repercute en los dispositivos de abordaje, en aspectos sanitarios y no sanitarios (como marca el Plan de Adecuación de Hospitales de Salud Mental, que se está implementando en la provincia de Buenos Aires) y en la población usuaria de los servicios, en tanto aparece el reconocimiento de las personas con padecimiento mental como sujetos de derechos y no como objetos de atención.

Del mismo modo, se define a la salud mental como un proceso y no ya como un estado –tal como se sostiene en la clásica definición de la OMS, donde la salud era entendida como el estado de perfecto bienestar físico, mental y social–. Esto tiene efectos en los abordajes porque la noción de “estado” podía implicar en ocasiones la reducción del sujeto de intervención a su diagnóstico de estructura, poniendo el foco en la sintomatología como aspecto dentro del orden del “ser” y concibiéndolo como inmodificable, lo cual también justifica la medicalización crónica y las intervenciones prolongadas.

Hacer énfasis en la salud mental como un “proceso”, implica dar cuenta de la transitoriedad del padecimiento, caracterizándolo como dinámico, no siendo lo fenomenológico lo que define al sujeto.

En esta misma línea, se utiliza la nominación de “persona con padecimiento mental”, para hacer hincapié sobre la persona y no sobre el padecimiento (enfermo/a mental, esquizofrénico/a, psicótico/a, etc.) para favorecer la no discriminación y la desestigmatización.

La LNSM, introduce otra modificación que en términos legales y de derechos es sustancial, que es la incorporación de los consumos problemáticos como tema de protección y atención en salud mental, posicionando a los/as usuarios/as en situación de consumo problemático como sujetos de derecho, se produce a nivel de la subjetividad una despenalización de la antigua figura del “adicto/a”.

A partir de estas apreciaciones, se da cuenta de que en esta normativa cobran relevancia la promoción y protección de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental

dentro de la perspectiva general de los Derechos, encontrándose ya presente desde el primer artículo de la LNSM que el espíritu de la misma es el aseguramiento del derecho a la protección de la salud mental de todas las personas del territorio nacional y el pleno goce de los derechos de aquellas con padecimiento mental. La protección y garantía de derechos no se reduce solamente a quienes se encuentren atravesando una situación de desestabilización en su salud mental, sino que es para todo/a habitante del territorio nacional, con especial atención de aquellas personas que se encuentren en mayor situación de vulnerabilidad psicosocial (Domínguez Lostaló, 1998). Por esto es que en el artículo 7 se introducen todos los derechos específicos que asisten a la persona con padecimiento mental, que se adicionan a los derechos que se poseen por el simple hecho de ser humanos.

Esto permite desandar el concepto de salud mental para comprenderlo dentro de la complejidad del proceso salud-enfermedad-cuidados, en un intento de desanudamiento del discurso médico-psiquiátrico (De Pena; Silva, 2022, p. 90). Para que ello se efectivice por completo será necesario que se habilite una dimensión ético-política de abordaje integral no reduccionista.

Respecto del compromiso asumido del cierre de instituciones monovalentes para la atención de situaciones vinculadas con la salud mental, la LNSM establece que los dispositivos de abordaje deben encontrarse principalmente en la comunidad, tendiendo al mantenimiento y fortalecimiento de vínculos comunitarios, familiares o referentes afectivos, laborales y no a su restricción. Se propone la creación y promoción de casas de convivencia, hospitales o centros de día, consultas ambulatorias y atención domiciliaria, servicios de promoción y prevención, cooperativas de trabajo, emprendimientos sociales, centros de capacitación socio-laboral, hogares, entre otros dispositivos creados o a crearse. Todo ello, desde acciones de articulación intergubernamental, intersectorial e interestatal (artículo 11).

Algunos desafíos y cuentas pendientes en materia de salud mental

Si bien la LNSM resulta de vanguardia en el paradigma de los derechos humanos, la persona con padecimiento mental y consumos problemáticos representa un avance no solo para nuestro país sino también en la región –donde se destacan los avances en materia de promoción y protección de la salud mental en países como Brasil, por ejemplo, y más actualmente Perú–, existen algunos aspectos a considerar que van más allá de las dificultades en su implementación. Esto se debe, principalmente, a que el campo de la salud mental ha sido históricamente un campo en disputa en donde conjugan líneas y fuerzas de poder (Asociación civil por la igualdad y la justicia, 2020, p. 57), esto nos lleva a la necesidad de entender que la producción de salud mental y su atención, así como las políticas públicas que se implementan se encuentran en función del contexto socio-histórico, lo cual condiciona la toma de decisiones de quienes están en lugares de gestión (Cabrera, 2022, p. 20).

Por un lado, más allá de los esfuerzos tanto en el texto de la ley como en la puesta en funcionamiento de políticas públicas que trabajan para desestigmatizar el padecimiento mental, aún se encuentra en la sociedad un imaginario que en muchos casos se sigue asociándolo con la peligrosidad (Urios, 2019).

Un claro ejemplo de ello lo encontramos en las situaciones de declaración de inimputabilidad por razones de salud mental. La LNSM no brinda lineamientos explícitos respecto del abordaje de esas situaciones, quedando las personas con padecimiento mental que realizan una acción antijurídica inimputable, a merced de lo que indica el artículo N°34 del Código Penal Argentino, en donde se indica que una de las intervenciones posibles es la medida de seguridad en una institución de atención de salud mental, la cual terminará cuando “cese la peligrosidad” de el/la sujeto.

Si a la acción antijurídica nominada por el Código Penal como “peligrosa”, añadimos los efectos en la sociedad de la criminología mediática (Zaffaroni, 2012), tenemos como respuesta que en la mayoría de los casos, las personas con padecimiento mental que realizan una acción antijurídica acaban con una medida de seguridad por tiempo indeterminado (hasta que cese su peligrosidad), en Unidades Penitenciarias de atención de salud mental (no en el servicio de salud mental de hospitales generales, porque son locos/as peligrosos/as).

En la actualidad, a partir de la Resolución 2914/19, que aprueba el Protocolo de Actuación para supuestos de personas incapaces de culpabilidad en conflicto con la ley penal; fijación de tope máximo de duración a las medidas de seguridad y ámbito de competencia de los fueros de familia y penal, se propone la revisión periódica por parte del Juez que entienda en la causa, que cada seis meses, en conjunto con un equipo interdisciplinario, deberá evaluar si esa medida de seguridad debe continuar o no. La medida sigue siendo la “peligrosidad” del sujeto.

La novedad reside en que, en el apartado III de esa resolución, se establece que el juez que indica la medida de seguridad debe imponer una fecha de vencimiento para el cese de esa medida. Seis meses antes de que se cumpla el tiempo impuesto como tope, si la medida no hubiese terminado ya –cuando en evaluaciones previas se haya ya determinado el cese de la peligrosidad del sujeto–, el juez deberá pedir informes que den cuenta del estado actual de ese sujeto: diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Una vez que vence el plazo máximo de la medida de seguridad, la intervención del juez penal debe cesar en forma definitiva e irrevocable, pasando la situación del sujeto a la órbita del Ministerio de Salud para el abordaje de su salud mental en forma integral (Bajar y Porcel, 2022).

Algo similar ocurre en la órbita de los consumos problemáticos. Pareciera que ciertos consumos son posibles de abordarse desde dispositivos comunitarios y sin internación (como las ludopatías o consumos que no impliquen el uso o abuso de sustancias tóxicas no legales). Aún persiste el imaginario social del “adicto/a” y su asociación con lo peligroso y lo penalizable, por lo que en la mayoría de los casos se sigue solicitando la internación en comunidades terapéuticas o instituciones que aborden específica y exclusivamente el consumo problemático de sustancias, la mayoría de ellas, desde terapias abstencionistas, un modelo de abordaje moralizante que posiciona al sujeto como el/la culpable de su situación y condición (Burriel, 2020, p. 146), perdiendo

de vista que los consumos “se inscriben dentro de un contexto capitalista que alienta el consumo como forma de vida y vinculación con otros” (Arce, Boccardi, Decca, 2021, p. 320).

Lejos se está de desestigmatizar el consumo y la figura del “adicto/a”. Incluso en algunos servicios de salud mental en instituciones del estado se encuentran barreras, aduciendo que se trabaja en salud mental pero que no tienen expertise en consumos problemáticos. O incluso también, en los casos en donde sí se cuenta con esa formación, las barreras en la implementación de la ley, dado que la misma no habilita la posibilidad de internaciones involuntarias para situaciones en donde no prime un riesgo cierto e inminente para sí mismo/a o para terceros/as, y en algunos equipos de salud sostienen que en ocasiones sería necesario que ese/a sujeto pueda salir de su medio habitual para poder llevar adelante algunos dispositivos de abordaje, pero no existen instituciones a mitad de camino entre lo ambulatorio y la internación, produciéndose una exclusión de esos/as sujetos del sistema que se adiciona a la expulsión social que ya sufren en razón de su padecimiento (Burriel, 2020, p. 143).

Un capítulo aparte, merecen las cuestiones vinculadas con la perspectiva de géneros. Si bien se ha sostenido en este trabajo que la LNSM no es privativa de un grupo en particular, sino que es para todos/as los/as habitantes del territorio nacional, lo cierto es que no se encuentra redactada con perspectiva de género. Un aporte interesante sería poder incorporar tanto en el texto de la ley como en los dispositivos de abordaje que se proponen, intervenciones que tengan en cuenta la diversidad y recuperen el impacto de los imaginarios sociales referidos a los casos de padecimientos mentales en mujeres y disidencias. No es lo mismo ser “loco” en la sociedad que ser “loca”. Los roles asignados a los géneros se cuelan también en las etiquetas que se les impone a las personas dependiendo de su autopercepción de género, y es algo que en las intervenciones debe ser tenido en cuenta. Durante muchos años, por ejemplo, la elección de pareja homosexual fue considerada incluso por los manuales de clasificación en salud mental, como perversiones.

Debe poder superarse el hecho de que el tratamiento “diferencial” en materia de géneros se reduzca solamente al alojamiento en salas “para hombres” o “salas para mujeres”.

Todas estas observaciones, van de la mano con la necesidad de repensar el abordaje bioético desde el propio margen, desde el pensamiento latinoamericano desde el sur global, como sostiene Garrafa (2009):

Es imprescindible que esa discusión [ética] se incorpore al propio funcionamiento de los Sistemas Públicos de salud respecto de la responsabilidad social del Estado, la definición de prioridades con relación al destino y distribución de recursos, el gerenciamiento del sistema, el involucramiento organizado y responsable de la población de todo el proceso, la preparación más adecuada de los recursos humanos, la revisión y actualización de vetustos códigos de ética de las diferentes categorías profesionales involucradas, las indispensables y profundas transformaciones curriculares en las universidades (p. 5).

Primeras conclusiones

Lo que se precisa en todos los ámbitos sociales, comunitarios e institucionales, es una intervención basada en el pleno respeto de los Derechos Humanos, que permita instalar la dimensión subjetiva teniendo siempre presente que la salud es integral, ya que el sujeto de abordaje de la psicología es integral, por lo que solo puede entenderse y abordarse desde un trabajo interdisciplinario, y lo mental en la salud. Se debe poder incidir desde la infancia para generar la implantación y fortalecimiento de hábitos saludables de vida que luego acompañen al sujeto a lo largo de todo su trayecto y sea algo que pueda transferir a su familia y comunidad, y también trabajar para construir imaginarios sociales referidos al padecimiento mental más acordes con evitar la estigmatización, el etiquetamiento y la exclusión.

Se deben poder plantear programas que sean acordes con la comunidad en la que se van a aplicar, con una evaluación de los recursos comunitarios, donde se haga hincapié en el trabajo en red y con una puesta en valor de la importancia de la inclusión de las temáticas de salud en todos los espacios de la vida de los/as sujetos y en todos los momentos vitales. Tener presente la importancia de la reconstrucción de las redes sociales en la comunidad para aportar a la reinserción y contención que posibiliten la no expulsión de los/as sujetos del ámbito comunitario y el pleno respeto de los Derechos, entre ellos el derecho a la salud.

Trabajar desde la promoción de la salud implica tener en cuenta que todos/as los/as sujetos poseen capacidades, es pararnos desde la salud positiva y potenciar al sujeto.

Para que los abordajes propuestos por la LNSM sean posibles, se hace necesario contar con espacios de formación en servicio para el personal de salud y que se otorgue el presupuesto que por ley corresponde que facilite la puesta en marcha y sostenimiento de los sistemas de apoyos. Asimismo, es preciso realizar tareas de sensibilización con la comunidad para que se avance en la desestigmatización y la desdiscriminación de las personas con padecimiento mental y su efectiva inclusión social.

En el diseño e implementación de políticas públicas que aboguen por estos objetivos será imprescindible, así como tener en cuenta los aportes desde el transfeminismo, que se incorpore la perspectiva de géneros en prácticas respetuosas de las diversidades y disidencias atendiendo a la interseccionalidad (Linardelli, 2015, p. 213).

Referencias

- Arce, Boccardi, D. (2021) Perspectiva de géneros en abordajes por consumo problemático de sustancias. En *ConCiencia Social*, Revista digital de trabajo social.
- Asociación civil por la igualdad y la justicia. (2020). 10 años, 10 deudas. Desafíos actuales para cumplir la ley nacional de salud mental. Recuperado de <https://acij.org.ar/presentamos-el-documento-10-anos-10-deudas-desafiosactualespara-cumplir-la-ley-nacional-de-salud-mental/>

- Bajar, M. y Porcel, J. (2022). *Procesos de externación sustentable en personas declaradas inimputables: relato de una experiencia intersectorial*. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-084/4>
- Burriel, J. (2020). Reflexiones ético-políticas para el abordaje de uso perjudicial de drogas: hacia la producción de vida y la ampliación de los derechos humanos. Sobrecargas, violências e saúde mental das brasileiras em tempos de pandemia: perspectiva feminista interseccional, en Gomes, T. M. da S.; Passos, R. G.; Duarte, M. J. de O. (Orgs.). *Saúde mental e drogas em tempos de pandemia: contribuições do Serviço Social*. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.
- Cabrera, C. (2022). Condiciones de vida, políticas públicas y derechos humanos: transversalidades desde la perspectiva de salud mental colectiva. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/34893/1/RF_Silva_2022n18.pdf
- Cardona-Arias, J. (2016). Determinantes y Determinación Social de la Salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica. *Arch Med* (Manizales), 2.
- Coloma Cleto, S. (2007). Salud mental y Sociedad desde una mirada Psicoanalítica, en Moise, C. (Comp) *Psicoanálisis y sociedad. Teoría y Práctica*. Ediciones Continente.
- Chávez Hernández, A. y Macías García, L. (2012) Salud mental o sufrimiento social: sobre problemas emergentes para el estudio de fenómenos de muertes violentas en México en (Chávez Hernández, Macías García y Klein, Comps) *Salud Mental y Malestar Subjetivo: Debates en Latinoamérica*. Manantial.
- Constitución de la Nación Argentina. (Reforma 1994).
- Constitución de la Provincia de Buenos Aires.
- de Pena, L. y Silva, C. (2017). *Perspectiva bioética y sus aportes para el campo de la salud mental*. En VVAA. *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos. Espacio Interdisciplinario*. Universidad de La República. Uruguay. Editorial Psicolibros Universitarios.
- Domínguez Lostaló, J. (1998). Ficha de vulnerabilidad. Ficha de Cátedra. Facultad de Psicología. UNLP.
- Galende, E. (1980). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Cap. 4 y 5. Paidós.
- Garrafa, V. y Osorio de Zambuja, E. (2009) Epistemología de la Bioética-enfoque latinoamericano. *Revista Colombiana de Bioética*.
- Gavilán, M. (2015) *De la Salud Mental a la Salud Integral*. Cap. 9. Lugar Editorial.
- Lamm, E. (2017). Consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud. Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/printpdf/39>
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su reglamentación.
- Linardelli, M. (2015). Salud mental y género. Diálogos y contrapuntos entre biomedicina, feminismos e interseccionalidad. *Millcayac. Revista Digital De Ciencias Sociales*, 2(3), 191–224. Recuperado a partir de <https://revistas.uncu.edu.ar/ojs/index.php/millca-digital/article/view/519>

Suprema corte de justicia de la provincia de Buenos Aires (2019). Resolución 2914/19, Protocolo de Actuación para supuestos de personas incapaces de culpabilidad en conflicto con la ley penal. Fijación de tope máximo de duración a las medidas de seguridad. Ámbito de competencia de los fueros de familia y penal.

Urios, R. (2019). *La construcción de la figura del “loco peligroso” en los medios de comunicación impresos diario El Día y diario Hoy*. [Tesis de maestría no publicada]. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/74915>

Zaffaroni, R. (2012). *La Palabra de los muertos*. Ediar.

CAPÍTULO 4

Intervenciones de acciones de salud en ámbitos educativos desde el rol del psicólogo

María Laura Castignani

Introducción

En el siguiente capítulo se intentará reflexionar sobre la importancia de la intervención y programación de acciones de salud en ámbitos educativos.

La escuela como eje de prevención primaria es una institución privilegiada en el desarrollo de valores y construcción de una identidad. En este contexto, las instituciones educativas siguen siendo protagonistas fundamentales de las etapas evolutivas más significativas en el desarrollo del ser social, por ello, es necesaria una mirada integral, donde todos seamos partícipes activos como miembros de la sociedad, de manera que podamos construir, entre todos, un proyecto de vida saludable para y con nuestros niños y adolescentes.

Las intervenciones del psicólogo en el ámbito educativo deben orientarse a la promoción de la salud entendida como el “proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud, y, en consecuencia, mejorarla” (OMS, 1986).

Actuar desde la promoción de la salud plantea cambiar la perspectiva de abordaje de los procesos salud enfermedad abandonando las categorías individuales de análisis y acción (persona, enfermo, etc.) para utilizar categorías colectivas (familia, vecindario, redes sociales, etc.) (Saforcada, 2001). Desde esta perspectiva, las poblaciones podrán determinar sus prioridades de salud y abordarlas desde estas categorías colectivas. Trabajando desde la perspectiva de la salud positiva, se corre el eje de análisis del riesgo y se dirige hacia el potencial de salud que posee un individuo, una comunidad o grupo social.

En este sentido, una escuela que promueve salud es un lugar donde se fomentan los derechos humanos, el derecho al desarrollo humano sano, las relaciones constructivas entre los integrantes de la comunidad y es libre de violencia física, verbal o psicológica. Aquí los estudiantes se motivan y aprenden cuando perciben la relevancia de las actividades educativas en la dimensión de la vida más amplia, inclusive en referencia a la comunidad más allá de la escuela. La misma se vuelve un centro importante para la comunidad donde se realizan diversas actividades de beneficio para la salud de todos los que allí viven. Esto nos permite profundizar en la convicción de que no solo se forma desde las asignaturas, sino desde el acontecer del conjunto institucional, desde la forma en que transcurre la vida de los actores educativos y todo lo que acontece en la institución. Sin duda, la realidad de nuestras instituciones educativas hace que estos

objetivos parezcan muy lejanos; sin embargo, la escuela y el conjunto de los actores que la integran, deben trabajar sumando esfuerzos, a efectos de poder fortalecer los componentes esenciales que harán de la escuela un lugar para la promoción de la salud. De la acción conjunta entre padres, educadores y personal de salud depende que los jóvenes y adolescentes en su etapa escolar tengan acceso y oportunidad para transformar la información sobre salud que se imparte en conocimientos, actitudes y prácticas saludables que les permitan cuidar y proteger su salud y la de su entorno.

Para esto se hace imprescindible ofrecer a los niños y adolescentes variadas oportunidades, entornos y ambientes en la escuela y la comunidad que les permitan involucrarse en un proceso de aprender haciendo, donde puedan usar su creatividad y entusiasmo y participar plenamente en el desarrollo de actitudes crítico-reflexivas frente a las prácticas y factores de riesgo que forman parte de su vida cotidiana.

Salud y educación: una articulación imprescindible en clave de derechos

Articular el campo educativo con el de la salud nos convoca a reflexionar sobre las características de una escuela que promueve la salud. La institución, entendida de este modo, se enmarca en una perspectiva de Derechos Humanos fomentando vínculos constructivos en la comunidad educativa, libres de todo tipo de violencia. En este lugar, los estudiantes son activos, se motivan y aprenden cuando perciben la relevancia de las actividades educativas en la dimensión de la vida más amplia, inclusive en referencia a la comunidad más allá de la escuela. Esta última, es un centro importante para la comunidad dónde se realizan diversas actividades que promueven la salud para todos sus integrantes, sintiéndose protagonistas. En este sentido la institución toda debe asumir el desafío y compromiso de construir alternativas pedagógicas aplicables y realistas, superar la visión reduccionista de la salud como mera ausencia de enfermedad, enfatizando que saludable es toda experiencia que posibilita el desarrollo de la persona, su autoafirmación y su crecimiento, tanto a nivel individual como grupal y comunitario.

Es importante trabajar en la escuela con la familia y comunidad el concepto positivo de salud, ya que esto favorecerá el surgimiento de una conciencia activa, capaz de operar en la realidad integrando al sujeto como protagonista de su propia historia personal y de los procesos de cambio y transformación que se dan en su entorno social. En este sentido, toda la comunidad educativa debe apuntar a fortalecer la escuela, teniendo como punto de partida los principales valores democráticos: el pluralismo y la participación. En las temáticas de salud la escuela no puede dejar de lado trabajar sobre la diversidad, sobre todo frente a algunas problemáticas que portan una carga social estigmatizante muy fuerte (consumo, trastornos de la conducta alimentaria, etc.). Frente a estas situaciones, el docente desde su rol de orientador debe invitar a la reflexión

y discusión sobre estos aspectos que hacen al respeto por el otro, a la necesidad de la convivencia, del escuchar y ser escuchado. En la medida en que se facilite el espacio para que circule la palabra y la misma sea devuelta desde los otros (docentes, compañeros, padres, etc.) se estará brindando un espacio “continente” para todos los estudiantes, especialmente para aquellos que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad psicosocial.

Por otro lado, los espacios de capacitación y encuentros docentes deberán ser lo suficientemente democráticos y participativos en el sentido de poder trabajar de manera intersectorial y con otras instituciones que acompañen en dar respuestas a determinadas problemáticas que no pueden ser resueltas solamente por la escuela. Esto facilitará, superar los muros de la institución educativa, contextualizando desde una mirada integral las problemáticas propias de cada comunidad.

Sin duda, en la realidad de nuestras escuelas, pareciera que estos propósitos se tornan bastante inalcanzables. Sin embargo, el conjunto de los actores que la integran debe trabajar sumando esfuerzos a efectos de poder fortalecer los componentes esenciales que harán de la escuela un lugar para la promoción de la salud. De la acción conjunta entre padres, educadores, comunidad y personal de salud depende que los niños y adolescentes en su etapa escolar tengan acceso y oportunidad para transformar la información que reciben sobre su salud, en conocimientos, actitudes y prácticas saludables que les permitan cuidar y proteger la misma y la de su entorno. Para esto se hace imprescindible ofrecer a los niños y adolescentes variadas oportunidades, entornos y ambientes en la escuela y la comunidad que les permitan involucrarse en un proceso de aprender haciendo donde puedan usar su creatividad y entusiasmo y participar plenamente en el desarrollo de actitudes crítico-reflexivas frente a las prácticas y factores de riesgo que forman parte de su vida cotidiana.

Olga Nirenberg (2006) plantea como hipótesis que el involucramiento de los adolescentes en programas y proyectos participativos operará de modo promocional, tendrá efectos positivos en su formación como personas –ciudadanos– y en la adquisición de valores, concepciones, actitudes, comportamientos saludables, que los protegerán a su vez de riesgos diversos en sus trayectorias de vida ulteriores.

Planificación de acciones en salud en el ámbito educativo desde el rol del psicólogo

Las representaciones sobre el psicólogo en el campo educativo están fuertemente identificadas con el término “gabinete”, el cual ha sido –y aún es, en ocasiones– designado como el lugar privilegiado del trabajo del psicólogo en educación (Erausquin et al., 2017).

El lugar del psicólogo, situado históricamente en los bordes de la institución escolar, ha posibilitado observar intersticios que se abren en los dispositivos para la emergencia de la subjetividad en la experiencia educativa, propiciando análisis del contexto escolar, en su relación con otros contextos.

El contexto socioeconómico, político y cultural de nuestro país ha presentado grandes transformaciones en las últimas décadas, con fuerte impacto en los sistemas educativos. La segmentación social, el debilitamiento institucional, la oferta curricular a veces de escasa pertinencia conjugan problemas que, entre otros, dan cuenta de la complejidad en la que se desarrolla el sistema educativo. El psicólogo, como profesional en educación, no es ajeno a ello; por el contrario, reflexiona a diario sobre su rol y sus modos de intervención en la escuela.

La práctica profesional del psicólogo educacional en estas últimas décadas muestra una acumulación de funciones, una heterogeneidad de tareas que se proyecta sobre su actividad profesional, tornándola vasta, difusa y por momentos bordeando y solapándose con roles de otros actores institucionales. De la Vega (2009, citado por Erausquin et al., 2017) plantea que las prácticas del psicólogo en el ámbito educativo están en relación con saberes e instituciones que componen un ámbito confuso, problemático, contradictorio, y que quizás uno de los obstáculos en la teoría sea que la formación clínica hegemoniza la formación y práctica de los profesionales.

Las intervenciones del psicólogo en educación se diversificaron promoviendo un giro desde lo individual a lo grupal y socio-comunitario. En este sentido, las mismas deben estar dirigidas hacia la promoción de la salud.

Se entiende a la promoción de la salud como el “proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla” (OMS, 1986).

La promoción de la salud es un concepto más amplio que el de prevención, en tanto su punto de partida es lo sano propiamente dicho, proponiendo abordajes que apuntan a mantener y mejorar los niveles de salud existentes.

Actuar desde la promoción de la salud plantea cambiar la perspectiva de abordaje de los procesos salud enfermedad abandonando las categorías individuales de análisis y acción (persona, enfermo, etc.) para utilizar categorías colectivas (familia, vecindario, redes sociales, etc.) (Saforcada, 2001). Desde esta perspectiva, las poblaciones podrán determinar sus prioridades de salud y abordarlas desde estas categorías colectivas. De esta manera, se estarían encaminando las prácticas sanitarias apuntando a dar cumplimiento a uno de los postulados de la atención primaria de la salud (APS), la participación de la comunidad.

Trabajando desde la perspectiva de la salud positiva, se corre el eje de análisis del riesgo y se dirige hacia el potencial de salud que posee un sujeto, una comunidad o grupo social.

De esta manera, la propia institución educativa es un lugar clave en la promoción de la salud, ya que en ella se fomentan los derechos humanos y las relaciones constructivas entre los integrantes de la comunidad, donde especialmente los jóvenes se motivan y aprenden cuando perciben la relevancia de las actividades educativas en la dimensión de la vida más amplia, inclusive en referencia a la comunidad más allá de la escuela. Por ello, la escuela se vuelve un centro

importante para la comunidad donde se realizan diversas actividades de beneficio para la salud de todos los que allí viven.

No obstante, esta mirada integral de la escuela es compleja dadas las características de su estructura disciplinar, las condiciones del trabajo docente y la falta de espacios-tiempos para los acuerdos y consensos, por lo que habrá que ser creativo e inventar formas de comunicación y reflexión no convencionales para ir avanzando en la construcción de un modo de hacer escuela que favorezca el entusiasmo, el compromiso y la participación en docentes y alumnos.

La atención integral no solo debe brindarse en los servicios tradicionales de salud, sino también en los ámbitos donde se encuentran tradicionalmente los adolescentes: las escuelas, los sitios de recreación o deportivos, los lugares de trabajo, espacios fundamentales para acceder a la información, reflexionar y actuar en pro de la salud. (Nirenberg, 2006, p. 93).

En este sentido y desde el rol del psicólogo, una de las principales estrategias de intervención apuntaría a trabajar desde la Educación Sexual Integral (ESI) (Ley ESI, 2006). La Ley Nacional N° 26.150 en su definición incluye aspectos éticos, psicológicos, culturales, emocionales, biomédicos y jurídicos, e implica su enseñanza obligatoria para los niveles de educación comprendidos entre inicial y superior no universitario y las diferentes modalidades del sistema educativo de nuestro país. Propone incorporar la ESI en las propuestas educativas para alcanzar la formación armónica, equilibrada y permanente de las personas; asegurar la precisión y confiabilidad de los conocimientos transmitidos; promover actitudes responsables respecto de la sexualidad; prevenir problemáticas de la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular; igualar trato y oportunidades.

De esta forma, se convierte en un espacio de enseñanza y aprendizaje para la adquisición de saberes y habilidades que posibiliten la toma de decisiones conscientes y críticas en el cuidado del cuerpo propio, la construcción de vínculos y el ejercicio de derechos (Almada, 2022).

La promoción de la Educación Sexual Integral contribuye a la formación de actitudes de autovaloración y respeto mutuo y educación en valores en los y las alumnos mediante la estimulación de la reflexión y el abordaje conjunto de temas de interés, utilizando diversos recursos pedagógicos y formatos de trabajo.

Contribuir al aprendizaje en cuanto a derechos y responsabilidades y al establecimiento de vínculos saludables, y promover el acceso al conocimiento sobre la sexualidad adolescente y a la generación actitudes de responsabilidad se conforma con un objetivo primordial de la tarea de cada docente de la Institución.

En este sentido, el psicólogo a través de distintos tópicos transversales: convivencia, diversidad cultural, exclusión, consumos problemáticos, violencias, trastornos de la alimentación, salud y derechos sexuales y reproductivos, formación ciudadana, etc, y con diversas actividades, propicia un abordaje preventivo, favoreciendo que los alumnos puedan expresarse, escuchar y a participar grupalmente, respetando críticamente las opiniones de sus compañeros. De este modo y por la índole del planteo integral, desde una modalidad múltiple inespecífica en prevención, se debe considerar que la Institución Educativa y/o los programas sociales comunitarios

pueden ejercer un rol contenedor y no expulsor, y que todas las acciones que estimulen: Comunicación, Reflexión, Participación, Cooperación, Creatividad, Diversidad, Solidaridad, Orientación, constituyen acciones de prevención tendientes a lograr mejores estilos de vida, evitan que los sujetos caigan en problemáticas psicosociales.

La prevención inespecífica, dentro de la institución educativa, apunta a promover el conocimiento y la reflexión sobre diversas problemáticas, a través de los contenidos curriculares y de la profundización que cada grupo humano considere necesaria. Todas estas estrategias preventivas desde la institución y/o campo educativo, deben integrarse a los diferentes campos (salud – educación – trabajo – políticas sociales) ya que la prevención es un proceso multidimensional e interdisciplinar y transdisciplinar (Gavilán, 2015).

Partimos de una mirada integral donde todos seamos partícipes activos como miembros de la comunidad educativa y, como plantea Greco (2007), se brinden espacios para re pensar la sexualidad en la escuela. Esto implica alojarlos, ofrecer un espacio de escucha e intercambio con pares, generando nuevas identificaciones, así como también la posibilidad de relacionarse con otros actores institucionales desde otro lugar. Según la autora, se debe pensar el trabajo educativo sobre ESI desde una perspectiva colectiva que incluya los diferentes actores de la comunidad educativa.

En las instituciones educativas se pueden conformar equipos de trabajo que, junto a los docentes, permitan implementar la ESI desde un abordaje transversal, haciendo hincapié en los saberes interdisciplinarios.

Estas propuestas conllevan un trabajo reflexivo y crítico que apunte a:

- La creación de redes.
- El relevamiento de saberes de los diferentes actores (docentes, no docentes, padres, madres y alumnos/as) acerca de los temas que se abordan dentro de la ESI.
- La programación de actividades dirigidas a diferentes destinatarios con temáticas específicas (talleres, capacitaciones, videos, conferencias).
- Articulación con instituciones sanitarias (Ciano y Castignani, 2020).

Consideraciones finales

Las Instituciones Educativas deben ir incorporando las distintas lógicas de los sectores con los que se comprometen, dando muestras de una cierta posicionalidad y construyendo lazos de sentido en sus procesos de formación. Una escuela que promueve salud involucra a toda la comunidad y la comunidad educativa en particular, debe comprometerse involucrándose con una actividad que exceda la sola transmisión de contenidos, sino que pueda contribuir a “... desarrollar la calidad educativa en sus diversos aspectos, atendiendo al bienestar personal, grupal e institucional de cada integrante de la comunidad académica” (Müller, 2008).

La ESI en la escuela nos convoca como psicólogos a visibilizar el hecho de que no solo se forma desde las asignaturas sino desde el acontecer del conjunto institucional, desde la forma

en que transcurre la vida de los actores educativos y todo lo que sucede en la institución (Ciano y Castignani, 2020). La irrupción de problemáticas psicosociales con características nuevas que demandan muchas veces esfuerzos adicionales a los actores institucionales responsables de la formación de los jóvenes, influye en lo cotidiano y en el proyecto de la escuela (Gavilán, Chá y Quiles, 2012). En este sentido desde el rol del psicólogo, favoreciendo la promoción de la salud en la escuela, es importante habilitar espacios donde se favorezca el aprendizaje a través de áreas de recreación de los estudiantes, promoviendo de esta manera, la responsabilidad individual, familiar y comunitaria. Esto podría repercutir en el fortalecimiento de relaciones positivas y constructivas entre alumnos y docentes, entre padres y docentes y entre la escuela y la comunidad. En esto es clave, poder explorar la disponibilidad de recursos comunitarios para apoyar acciones que contribuyan a la promoción de la salud, habilitando circuitos ampliados de comunicación que no necesariamente coinciden con las instancias burocráticas instituidas. El diálogo construido ayuda a discutir, cuestionar, pensar o repensar lo transitado, siendo de este modo el camino más sólido al momento de diseñar, reorientar o cambiar intervenciones en salud en el ámbito educativo.

Referencias

- Almada, M. (2022). La ESI en las infancias con discapacidad y una invitación a romper tabúes. *Feminacida* (26 de julio de 2023). <https://feminacida.com.ar/la-esi-en-las-infancias-con-discapacidad-y-una-invitation-a-romper-tabues/>
- Ciano, N. y Castignani, M. L. (2020). Una propuesta de implementación de la ESI desde el Modelo Integral de Prevención. *Revista Internacional e Interdisciplinaria de Orientación Vocacional Ocupacional*, 20(2), 1-13. <https://revistas.unlp.edu.ar/OrientacionYSociedad/article/view/10891/9739>
- Erausquin, C., Denegri A. y Michele J. (2017). Estrategias y modalidades de intervención psicoeducativa: historia y perspectivas en el análisis y construcción de prácticas y discursos. En Erausquin, C. (coord.), *Interpelando entramados de experiencias. Cruce de fronteras e implicación psico-educativa entre universidad y escuelas* (pp. 58-87). Editorial de la Universidad Nacional de La Plata. <https://www.aacademica.org/cristina.erausquin/620>
- Gavilán, M. (2015). *De la salud mental a la salud integral. Aportes de la Psicología Preventiva*. Editorial Lugar.
- Gavilán, M., Chá, T. y Quiles, C. (2012). "Inequidades Psicosociales. Inequidades Educativas: acerca de un planteo desde la Orientación Educativa Ocupacional". En M. Gavilán (Ed) (2012) *Equidad y Orientación. El desafío de una propuesta*. Editorial Lugar.
- Greco, B. (2007). "Sexualidades, adolescencias y escuelas. Una perspectiva institucional". En *Educación Sexual en la Escuela. Perspectivas y reflexiones*. Buenos Aires: Ministerio de Educación. Dirección General de Planeamiento, GCBA.
- http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/1212_22/norma.htm

Ley Nacional de Educación Sexual Integral N 26.150 (2006). Anexo Resolución del CFE N° 340/18.

Müller, M. (2008). *Docentes tutores. Orientación educativa y tutoría*. Bonum.

Nirenberg, O. (2006). *Los enfoques promocionales y los contextos de los adolescentes. Participación de adolescentes en proyectos sociales*. Paidós.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Recuperado de <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>

Saforcada, E. (2001) Algunos lineamientos y consideraciones básicos sobre Atención Primaria de la Salud. Unidades Sanitarias y Salud Mental. En Saforcada, E. (Comp.) *El Factor Humano en la Salud Pública*. Proa XXI.

CAPÍTULO 5

Del modelo geriátrico al modelo gerontológico: Aportes de la Psicología Preventiva y la Psicogerontología para el trabajo en salud con personas mayores

Elisa Urtubey

Introducción

El presente capítulo se propone como un aporte para el acercamiento de los/as estudiantes a conceptos que permiten resituar el abordaje de temáticas relativas a la vejez y el envejecimiento dentro del campo de la Psicología Preventiva. Esta producción se ofrece como una herramienta para el abordaje de ejes teóricos centrales de importancia para la práctica profesional de los futuros/as psicólogos/as con personas mayores.

En el desarrollo de este material teórico incluiremos aportes de otros campos disciplinares relativos a las nociones de envejecimiento poblacional, sociedad envejecida, noción de edad, entre otras, las que permitirán dar cuenta de la situación actual del envejecimiento como un fenómeno inédito y global, y en el marco del campo de la salud.

Abordaremos la vejez y el envejecimiento en tanto categorías socio-históricas, es decir, como *resultado* de un momento y un lugar determinados que producen diferentes formas de hacerse viejo/a, por lo que hablaremos de vejezes. Del mismo modo, revisaremos las representaciones sociales sobre este momento vital que tienen un sesgo negativo o discriminatorio y que los autores han denominado *ageísmo* o *viejismo*, para luego dar cuenta de nuevas formas de pensar la vejez y el envejecimiento desde una perspectiva gerontológica.

Realizaremos una revisión del pasaje del modelo geriátrico al gerontológico y, finalmente, aludiremos también a la relación entre género, diversidades sexuales y vejez.

En este capítulo haremos foco en las contribuciones de la psicogerontología y enfatizaremos algunos aportes del psicoanálisis desde los cuales entenderemos al sujeto atravesando momentos claves del devenir, con múltiples cambios y transformaciones que requieren de un proceso singular de elaboración psíquica en el marco de una temporalidad distinta a la cronológica, pero que también se encuentra atravesado por los significados sociales de la edad (Neugarten, 1999).

En consonancia con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, articularemos un entramado conceptual relativo a las nociones de autonomía e independencia, que delinean en gran parte

los dispositivos de trabajo con personas mayores. Al mismo tiempo, el capítulo procurará recuperar contenidos específicos que se articulan con otras asignaturas de la carrera con el fin de contribuir de manera integral a la formación profesional en Psicología.

El escenario actual

Nuestro siglo está asistiendo a un fenómeno inédito: el mayor envejecimiento poblacional del que tenga conocimiento la humanidad. Los avances científicos, sanitarios y tecnológicos junto a los procesos de industrialización y urbanización han impactado en la organización social y económica disminuyendo las tasas de natalidad y mortalidad, e incrementando así en consecuencia la esperanza de vida, especialmente en los denominados países desarrollados. A nivel mundial, entre 2015 y 2030, la población de 60 años y más se elevará de 900 millones a más de 1.400 millones de personas (Huenchuan, 2017).

En nuestra región, el proceso de envejecimiento se está desarrollando a una velocidad que no tiene antecedentes, hecho que demanda una creciente respuesta de los servicios de salud, de la seguridad social y de las políticas públicas, entre otras áreas. Resulta interesante observar cómo, para la sociedad en general, se plantea una paradoja cultural en este aspecto: por un lado, se reconoce como un hecho positivo y deseable el alargamiento de la esperanza de vida, pero al mismo tiempo, se lo supone como una preocupación o una amenaza para las economías y los sistemas de salud.

Nuestro país es uno de los más envejecidos de la región. De hecho, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) estimó que la población de Argentina para el año 2030 será de 49.407.265 habitantes de los cuales 8.653.890 tendrán más de 60 años, lo que representa un 17,52 % del total. Para el año 2040, se proyecta que, sobre un total de 52.778.477 personas, los mayores de 60 años llegarán a 10.616.325, lo que configura un 20,11%.

Si bien existen documentos y referencias que prueban que a lo largo de la historia ha habido siempre casos excepcionales de personas muy arias, hoy asistimos a un escenario en el que ello no resulta algo extraordinario. Lo que se ha modificado es que son muchas, cada vez más, las personas que viven más años. En este punto es necesario diferenciar:

- Envejecimiento demográfico o poblacional: es el aumento de la cantidad de personas mayores resultado de un proceso de cambio de la estructura por edad de la población y que se da, básicamente, como resultado de una disminución de la fecundidad y de la mortalidad (con un aumento en la expectativa de vida). El grado de avance y el estado actual de este proceso en cada uno de los países es diferente.
- Envejecimiento individual: es el proceso de transformación que se da a nivel individual a través del transcurso de la vida y a partir de múltiples determinantes (biológicos, sociales, históricos y psíquicos, entre otros), y que se encuentra atravesado por la dimensión temporal. Se trata de un proceso esperable, gradual y diferencial.

Cuando nos aproximamos al campo de la gerontología, uno de los primeros aspectos que es preciso revisar y sopesar es el que tiene que ver con la noción de edad. La edad cronológica es una categoría social y cultural que permite una organización social, una diferenciación entre personas, su inclusión o exclusión en determinados grupos (por ejemplo, el ingreso a la escolaridad o la edad jubilatoria) como así también, para analizar la estructura de las poblaciones. Sin embargo, la validez de la edad cronológica como dato al estudiar el envejecimiento resulta irrelevante ya que no es una variable que por sí contribuya a comprender realmente este proceso (Neugarten, 1999).

La psicología evolutiva tradicional establecía correspondencias entre etapas del desarrollo y conjuntos de conductas acordes a rangos etarios. Como consecuencia, esta psicología de las edades puso el énfasis en los cambios dados por el paso del tiempo, particularmente en los biológicos. En ese devenir, la vejez representaba el momento final, de declinación y deterioro.

A decir de Yuni y Urbano (2011), la vejez ha estado tradicionalmente asociada al concepto de edad cronológica como una referencia externa que pretende dar objetividad al paso del tiempo. Esa objetivación implicaría aceptar la edad como una unidad de medida “natural”, reduciendo al envejecimiento a su dimensión puramente biológica. Paralelamente, esa cronobiologización omite, según estos autores, el carácter social (histórico, contextual, relacional y posicional) de la definición de vejez.

Otro aspecto a contemplar en el estudio del envejecimiento tiene que ver con reconocer que longevidad no es sinónimo de vida sana ya que el aumento de la esperanza de vida supone un incremento en la probabilidad de experimentar enfermedades asociadas a la vejez, discapacidad y/o dependencia. Por eso, desde el campo gerontológico se hace foco en la expectativa de vida saludable, es decir, en la cantidad de años que se espera que viva una persona sin padecer enfermedades o discapacidades. Actualmente, es más probable que las personas padezcan una limitación en sus funciones a causa de una o varias enfermedades crónicas. Es decir, las enfermedades han dejado de ser un episodio agudo que desemboca en la muerte. Por el contrario, se convierten en padecimientos crónicos y las personas pueden vivir muchos años conviviendo con ellas. Teniendo en cuenta esta situación es necesario pensar intervenciones de largo alcance relacionadas con el cuidado y acompañamiento de las personas mayores. De esta manera, también se introduce el desafío de diseñar políticas para un envejecimiento de calidad.

En otras palabras, este fenómeno de extensión de la vida que representa una conquista para la humanidad también ha dado lugar a una problematización de la vejez al plantear una nueva cuestión social (Navarro, 2019). Los gobiernos, la sociedad civil, los organismos públicos y privados deben propiciar programas para un envejecimiento activo y saludable con el fin de mejorar la salud, la participación y la seguridad que promuevan la autonomía personal y el acompañamiento familiar y comunitario de los mayores.

Desde el marco de nuestra asignatura, vamos a considerar al proceso de envejecimiento desde una temporalidad distinta, no lineal, una temporalidad psíquica sostenida por el concepto de retroacción. Un tiempo que funciona en la retroactividad de un ida y vuelta de sentidos y marcas que son resignificados a la luz de lo actual, por la conmoción que provocan los cambios

que plantea el ciclo vital. El yo, narrador de la propia historia, funciona de acuerdo a su propio tiempo personal. Esto supone entender al psiquismo como un sistema abierto a nuevas significaciones, a nuevos sentidos en el proceso singular de historización (Aulagnier, 1994). Esta autora propone que la subjetividad es el resultado de un proceso de integración de las vivencias psicosomáticas en un contexto social, relacional e intergeneracional. El sujeto recrea aquello que recibe del mundo externo y el discurso social se erige como referencia del soporte identificador que delinea la proyección hacia el futuro con las características de la época.

Nos enfocaremos en el modo en el que el sujeto envejecente va significando las transformaciones que le toca vivenciar a partir de los múltiples cambios biológicos, psicológicos, sociales y existenciales, propios del envejecer y que ponen en juego la continuidad de la representación de sí (Iacub, 2011).

También es preciso, al abordar el campo de la gerontología, hacer alusión a los múltiples intentos por denominar a la vejez como etapa de la vida y a las personas que transitan ese momento. Las palabras nombran, crean realidad y otorgan sentidos a los objetos del mundo. Nos permiten reconocer que no existe una sola manera de aludir a la vejez, ni un único término para denominar a esos sujetos que envejecen. No encontramos aún un término que tenga un sentido unívoco y aceptado por todos (Yuni y Urbano, 2011). Hablar por ejemplo de viejo/a, anciano/a, tercera edad, gerontes, abuelo/a, adulto/a mayor, persona mayor, implica emplear etiquetas que se asocian a una serie de imágenes y representaciones, algunas prejuiciosas, desvalorizantes y estigmatizantes. Lo cierto es que la inquietud de cómo llamar a estas personas conlleva una dificultad.

Viejismo y los nuevos viejos

Cuando hablamos de términos como vejez y envejecimiento estamos aludiendo a categorías socio-históricas, es decir, a nociones que se construyen y que varían según el contexto. En este sentido, por ejemplo, desde fines del siglo XIX la vejez fue concebida como un problema biomédico, una etapa de deterioro y enfermedad. En la actualidad, en cambio, afortunadamente han comenzado a emerger nuevas miradas y lecturas acerca de la vejez y el envejecimiento, más abiertas y complejas que entienden al envejecer como un proceso multideterminado, singular, atravesado no sólo por determinantes biológicos sino también sociales, culturales, psicológicos, económicos, entre otros, y sobre el cual podemos encontrar múltiples maneras de representarlo. Sin embargo, lamentablemente, aún nos encontramos en lo cotidiano con concepciones erróneas, reduccionistas y prejuiciosas acerca de la vejez (Urtubey y Moreira, 2023).

Diversas culturas y épocas han desarrollado a lo largo de la historia y hasta nuestros días, una serie de conductas y valoraciones negativas hacia las personas de edad. Algunas de esas creencias y actitudes suelen ser implícitas y no conscientes, y otras, manifiestamente explícitas y conscientes. El término *ageism* fue propuesto por Robert Butler en 1969 y luego fue adoptado y traducido al español como edadismo y viejismo (Salvarezza, 1996). Este autor lo define como

“el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a viejos/as simplemente en función de su edad” (p. 23) y sostiene que son comparables con los prejuicios que existen contra las personas por su color, su religión o contra las mujeres en función de su género. Se trata de prejuicios adquiridos que aluden a la vejez de manera estigmatizante, etiquetando y devaluando a las personas viejas.

Este conjunto de estereotipos y representaciones negativas acerca de las personas viejas suele llevar a la discriminación, a la marginación social e incluso a su automarginación. Así, por ejemplo, la equiparación entre vejez y enfermedad, o vejez y discapacidad, es sumamente habitual produciendo efectos negativos sobre las expectativas respecto de los mayores. Salvarezza (1996) sostiene que la equivalencia vejez=enfermedad conlleva un gran riesgo, el de comportarse como una profecía autocumplida que termina por internalizarse en los propios destinatarios del prejuicio, los viejos.

Este tema resulta particularmente delicado cuando involucra a aquellos que trabajan con personas mayores. Por desgracia, resulta algo habitual observar entre profesionales de la salud (incluyendo médicos, psicólogos, acompañantes terapéuticos, cuidadores) manifestaciones y actitudes viejistas hacia las personas mayores con las cuales trabajan. Algunas veces, se trata de generalizaciones hechas a partir de casos con los que tienen contacto hacia el conjunto de los mayores, etiquetándolos y descalificándolos intelectualmente solo por ser viejos/as. Actitudes como estas se observan habitualmente cuando la persona mayor es acompañada por un familiar o un cuidador a una consulta médica y el profesional dirige su palabra e interroga a quien acompaña al paciente, siendo éste hablado por otros, no siendo escuchado. Otras veces ocurre que profesionales que asisten o acompañan durante un prolongado tiempo a personas mayores con alto grado de dependencia o de deterioro físico y/o mental, desarrollan hacia éstas actitudes viejistas y/o de maltrato a consecuencia del estrés, la alienación o del desconocimiento. En resumen, tanto las actitudes de sobreprotección como las de indiferencia atentan contra la dignidad de las personas mayores.

Del modelo geriátrico al modelo gerontológico

Las personas mayores han sido objeto de estudio e intervención de la geriatría dando como resultado el “paciente de la medicina”, “el usuario del geriátrico”, el “consumidor de psicofármacos”. Desde el modelo médico hegemónico y la industria farmacológica se ha instituido una biomedicalización de la vida, ubicando a la vejez bajo el dominio exclusivo de la medicina e imponiendo además intereses desde el mercado de consumo (Salvarezza, 2006). Esta medicalización del envejecimiento se sostiene fuertemente en la interpretación social del envejecimiento entendido como un problema médico. Afortunadamente, desde hace algunos años se viene propiciando el enfoque de derechos humanos en el campo de la gerontología, como veremos en otro apartado.

Por otro lado, algunas teorías psicológicas de la vejez postulan una visión complementaria del discurso médico y psiquiátrico cargadas de prejuicios y estereotipos negativos sobre la vejez y sobre los viejos. Zarebski (2009) señala:

¿Dónde estaba el sujeto envejeciente? Lo psi quedaba, por un lado, como correlato de lo orgánico -y lo esperable era la demencia- y, por otro lado, en lo psico-social -y lo esperable eran las depresiones- como efecto del maltrato social. (...) Esto es, la persistencia de un modelo simplista que pretende escindir normalidad y patología, lo preventivo y lo asistencial, escindiendo al mismo tiempo los enfoques teóricos y el abordaje profesional (p. 7).

Envejecer es un fenómeno universal, pero la forma, el lugar, el contexto, la persona y el particular anclaje histórico, propician la singularidad del proceso. Zarebski (2011) indica que fue necesario encontrar herramientas teóricas desde la psicología que permitieran dar cuenta de las *vejez*, ya que los modelos explicativos de origen biológico o sociocultural no fueron suficientes.

El desarrollo teórico de la Psicogerontología, desde el abordaje del envejecimiento como un fenómeno complejo, integra las dimensiones subjetiva, socio-cultural y biológica que permiten vislumbrar a un sujeto envejecente en su singularidad.

El Enfoque del Curso de Vida es una perspectiva multidisciplinaria que explica los cambios en las trayectorias vitales de las personas desde los aportes teóricos de la psicología, la biología, la antropología, la sociología, la historia, entre otras disciplinas. Este enfoque se refiere a una secuencia de eventos y roles sociales graduados por la edad, que se dan en la estructura social (Blanco, 2011). El curso de vida individual se constituye con eventos de vida que son compartidos únicamente dentro de grupos generacionales o cohortes específicas. El término “curso de vida” resulta más apropiado porque es menos regularizado, mucho menos estandarizado y se define por las experiencias de cada vida en forma singular y con un anclaje histórico más personal.

El consenso llevó a establecer el límite de la edad adulta y el inicio de la vejez a los 60/65 años. Sin embargo, el curso de vida de las personas mayores presenta una enorme heterogeneidad con múltiples trayectorias relacionadas a los contextos en los que se desarrollan, niveles socioeconómicos, culturales, condiciones genéticas, entre otras.

Salud y calidad de vida en el envejecimiento

Frente a las limitaciones de pensar la salud solo en términos de categorías individuales y negativas, basadas únicamente en la consideración de las patologías o déficits de los individuos, resulta cada vez más preciso hacerlo, por el contrario, en términos de salud positiva (Saforcada, 2001). Ello supone contemplar la salud en términos de categorías colectivas y sobre las potencialidades que poseen los sujetos, cuestión que implica un cambio en el abordaje de los procesos

de salud-enfermedad de las poblaciones. Esta cuestión se torna más significativa aún para nosotros cuando hablamos de adultos mayores y de la promoción del envejecimiento saludable.

Cabe aclarar que el modelo de salud al que adherimos no supone de ningún modo descuidar el problema de la enfermedad, en tanto amenaza o daño ya instalado, sino que –como sostiene Saforcada– es preciso no sobrepesar la enfermedad. Cuando nos referimos a la salud, lo hacemos como un estado de relativo bienestar desde una concepción integral, que abarca tanto la dimensión biológica, como la psíquica y la social de los sujetos y los grupos humanos. En este sentido, esta concepción se inscribe dentro de lo que ha sido la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, de Ottawa, en 1986. Allí se postuló la idea de la salud como calidad de vida resultante de un complejo proceso condicionado por diversos factores entre los cuales se encuentra la educación.

Si el abordaje se orienta hacia el polo de la salud, entonces cobra importancia definir cuáles son las condiciones que posibilitan una mejor calidad de vida para los mayores, en lugar de focalizar sobre los riesgos o los daños. La promoción de la salud no se dirige a atender determinada patología o déficit de la persona mayor, sino a enfatizar la transformación de sus condiciones de vida, las que, en tal caso, conllevan a que pueda padecer problemas de salud. Se trata del fortalecimiento de la capacidad individual y colectiva para lidiar con la multiplicidad de los condicionantes de la salud. El abordaje desde la salud positiva tiene como prioridad ocuparse de la calidad de vida de los individuos y los grupos, en tanto calidad de vida y salud tienen una doble relación en la medida en que la salud es una dimensión importante de la calidad de vida y, al mismo tiempo, es un resultado de ella (García-Viniegras, 2008).

Hoy se sabe bien que bajos niveles en la calidad de vida de los sujetos, producidos por el deterioro de cualquiera de sus áreas (social, familiar, u otras), pueden favorecer la aparición de enfermedades, ya sea por reacciones de estrés o porque pueden inducir a la persona mayor a adoptar hábitos nocivos, desatendiendo su autocuidado. Estamos hablando aquí de indicadores psicológicos y sociales de bienestar humano –no de los indicadores materiales de bienestar– que pueden propiciar el buen envejecer. Se trata, en última instancia, de fortalecer la capacidad de los individuos para compensar y retardar las pérdidas normales que ocurren con el proceso de envejecimiento, y a la vez, evitar y limitar la aparición prematura de deterioro funcional.

Trabajar en salud positiva implica entonces la protección de la salud, la promoción de estilos de vida salutógenos, conjuntamente con la participación de los grupos en la promoción de su salud. Supone básicamente rescatar y resaltar las potencialidades de los sujetos mayores, en tanto emergentes de sus comunidades. Implica también una consideración y un respeto por los aspectos culturales e idiosincrásicos involucrados en la promoción de la salud.

Género y vejez

Respecto del envejecimiento poblacional se presenta un fenómeno demográfico denominado feminización del envejecimiento, el cual implica que las mujeres representan cuantitativamente la mayoría del grupo de personas mayores, ya que ellas llegan a vivir más años que los hombres.

En Argentina, según el Censo de población del año 2010 (INDEC, 2010), las mujeres viven en promedio 80,3 años, mientras que los varones llegan a los 73,5. Si bien las mujeres viven más años que los varones, ellas lo hacen con peor calidad de vida y de salud y están más expuestas a padecer alguna discapacidad. Esto es así como resultado de la interacción de múltiples determinantes de la salud, incluyendo la desigualdad en la accesibilidad a servicios de salud, a los roles familiares y sociales atribuidos a ambos géneros, a una tasa más elevada de empleo no remunerado y/o informal, entre otros. La conjunción de estos y otros factores incrementa la vulnerabilidad de las mujeres mayores y disminuye su acceso a servicios de salud acordes a sus necesidades, por lo que muchas de ellas suelen transitar sus problemas de salud alejadas de redes de apoyo y de una atención adecuada.

El creciente desarrollo actual de estudios e investigaciones que conjugan género y vejez va permitiendo develar los alcances de la desigual distribución de poder, consecuencia del orden social patriarcal. La perspectiva de la interseccionalidad permite observar la manera en que las estructuraciones sociales (como clase social, género y edad) se encuentran interrelacionadas, produciendo las relaciones sociales y la vida de las personas (Danel, 2019). Si bien la brecha de desigualdad entre varones y mujeres se ha ido achicando de forma paulatina a medida que los derechos sociales, económicos y culturales se fueron conquistando para las mujeres, aún queda mucho camino por recorrer.

Por otra parte, cuando abordamos históricamente el atravesamiento entre envejecimiento y género, encontramos un silenciamiento, una desatención y una invisibilización respecto de las personas mayores del colectivo LGTBIQ+. Así, por ejemplo, en la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de las Naciones Unidas (conocida como Asamblea de Madrid 2002), si bien se resaltó la necesidad de contemplar en el análisis la perspectiva de género, ésta era entendida más bien desde el punto de vista feminista, sin hacer referencia explícita a homosexualidad en la vejez (Iacub, 2006).

Hemos señalado que envejecer hoy no es algo excepcional. Pero envejecer siendo gay o transexual sí lo es (Stegman, 2018). Para este colectivo la esperanza de vida es de 40 años. Si la sexualidad es negada para las vejez heterosexuales, es mucho más contundente su invisibilización hacia los adultos mayores del colectivo LGTBIQ+. La imagen de la homosexualidad, el lesbianismo y la transexualidad está fundamentalmente asociada a los más jóvenes. De esta forma, las personas mayores con otras orientaciones sexuales son objeto de una doble discriminación: el transodio y el edadismo, lo que incrementa su vulneración y exclusión social.

Las personas trans han sido excluidas, discriminadas y postergadas, por lo que se han visto impedidas de acceder a servicios de educación, salud, vivienda, y trabajo. Estas condiciones de vulnerabilidad han impactado en el proceso de envejecimiento y en las posibilidades de proyectar su vejez, por lo que constituyen la población más afectada en términos de desventajas y de falta de accesibilidad a los derechos.

Ser ciudadano/a de un Estado implica mucho más que ser un/a sujeto/a de derecho. Es, ante todo, la posibilidad de que la autoridad Estado -en representación del pueblo- reconozca a las personas como sujetos/as pertenecientes al orden humano, parafraseando a Butler. Ese es el efecto simbólico y es quizá uno de los más importantes de la idea de ciudadanía moderna: el efecto de reconocimiento (Brown, 2019, p. 23).

Ser iguales frente a la ley se materializa cuando el Estado les reconoce a todos/as la posibilidad de gozar de derechos y libertades. Nuestro país, desde hace algunos años, viene generando un plexo normativo que garantiza los derechos relacionados al matrimonio igualitario, a la identidad de género, a los derechos sexuales y reproductivos, al derecho a la educación sexual, a la seguridad social, al cupo laboral trans, entre otros. En materia de ordenamiento normativo nuestro país se encuentra entre los más avanzados de la región, generando propuestas que tienden al reconocimiento, inclusión, respeto, libertad e igualdad social de las diversidades sexuales. Si bien, en el plano normativo hay cada vez mayor reconocimiento de los derechos de estas minorías, no logran plasmarse sustantivamente garantizando la dignidad de estas personas mayores.

Desde los aportes de la Psicogerontología entendemos que el cuerpo en el envejecimiento se constituye como uno de los escenarios en los que se inscribe el paso del tiempo. Estas marcas en el cuerpo impactan en la imagen que se ofrece a la mirada (arrugas, canas, calvicie, postura corporal, por ejemplo) y también en la funcionalidad (fuerza, rapidez, resistencia). La conciencia de finitud deja de ser una representación abstracta para constituirse en un hecho cercano que se presentifica en la percepción de este cuerpo. Esta experiencia de cambios en la imagen, en el esquema corporal y en el desempeño exige a las personas mayores un trabajo de elaboración psíquica del cuerpo que ha sido y del que es en la actualidad. Las transformaciones interpelan lo que permanece y lo que cambia, vaivenes estos que constituyen y sostienen la identidad y el proyecto identificadorio en el devenir del sujeto envejecente (Aulagnier, 1996). La elaboración de estas vicisitudes vitales permite la integración cuerpo-psiquis con una identidad sexuada y erótica, necesaria para el encuentro deseante con otro cuerpo. La sexualidad, como una expresión interpersonal, adquiere características relacionadas con el encuentro, la intimidad, la comunicación entre otras. Lacub refiere que Star “establece una diferencia en el interior de la sexualidad a través de la idea de lo “placentero” ya que entiende que, si algunas prácticas sexuales no son posibles con la edad, hay “otras avenidas que si están abiertas” (Lacub, 2006: 169).

Personas mayores, Sujetos de derecho

En el año 1991, la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) aprobó los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad, documento que representó un hito en la elaboración de instrumentos declarativos destinados a los mayores. A partir de allí, se continuó

con un proceso continuo de trabajo de distintos países para avanzar en la elaboración de nuevos documentos más abarcativos, aunque todavía no vinculantes, referidos al envejecimiento y a los derechos de las personas mayores. Así, el siguiente acontecimiento fue la aprobación de la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe, en el año 2012.

Luego de años de trabajo y negociaciones entre representantes de distintos países en el seno de la Organización de Estados Americanos (OEA) se logró arribar, en el año 2015, a la aprobación del único instrumento interamericano y el primero a nivel internacional. Éste abarca la gama de derechos a ser protegidos para las personas mayores, desde los civiles y políticos, hasta los económicos, sociales y culturales: la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

La Convención tiene como objetivo promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. Protege derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y subraya que “la persona mayor tiene los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas, y que estos derechos, incluido el de no verse sometida a discriminación fundada en la edad ni a ningún tipo de violencia, dimanar de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano” (OEA, 2015). Es importante destacar que esta es una de las convenciones más holísticas en el mundo pues contempla casi todos los aspectos de la vida de las personas mayores. De este modo, sirve como mecanismo integrador de los principios y derechos señalados en la serie de instrumentos sobre la materia que se han promulgado a nivel interamericano e internacional.

Establece que una persona es mayor a los 60 años o más (salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años). Además, enumera una serie de principios, entre los cuales se destaca, en relación a la capacidad jurídica, el de la dignidad, independencia, protagonismo y autonomía de la persona mayor y enuncia una serie de derechos y deberes que se desprenden de los principios establecidos.

El concepto de autonomía (etimol. *auto-nomos*, el que se gobierna según su propia ley) es la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir el día a día de acuerdo con las normas y preferencias propias. Este concepto está ligado al principio de dignidad que se reconoce a todo ser humano y puede diferenciarse en:

- Autonomía decisional (o moral): tiene que ver con la capacidad de tomar decisiones mediante una argumentación moral personal, con la consiguiente asunción de responsabilidad, involucrando la gestión de las dependencias.
- Autonomía funcional (o fáctica): es la posibilidad de hacer por uno mismo las actividades de la vida cotidiana: levantarse, vestirse, alimentarse.

Considerando la posibilidad de que la persona mayor pueda sufrir alteraciones en su capacidad cognitiva, es necesario diseñar un sistema de apoyos para la toma de decisiones que asegure la protección contra los abusos y aprovechamiento de sus vulnerabilidades.

Es posible proyectar una autonomía acompañada en la que, aunque algunas capacidades disminuyan, puedan potenciarse las que se conservan garantizando el respeto a la historia singular, personal, relacional. Hacia ello deben estar dirigidos los sistemas de apoyo (materiales, inmateriales, cuidados, etc.)

En el caso de nuestro país y respecto del desarrollo de un marco normativo que propicia el enfoque de derechos humanos en el campo de la gerontología, afortunadamente podemos contar con la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 del año 2010, la cual establece ciertas premisas claves para propiciar un envejecimiento con dignidad y subjetivante.

Esta Ley presupone la capacidad para todas las personas. Define a la salud mental como un proceso determinado por componentes biológicos, socio-económicos, históricos y culturales. Prevé que la atención de las personas con padecimiento mental deberá realizarse en hospitales generales con un abordaje interdisciplinario e intersectorial. Señala que la internación será el último recurso terapéutico, para lo que se deberá contar con el consentimiento de la persona o de algún representante de su voluntad. En el marco de un nuevo paradigma de derechos humanos, la ley de salud mental establece el derecho a recibir tratamientos bajo las modalidades menos restrictivas de las libertades y derechos de las personas promoviendo la integración e inclusión en los ámbitos familiar y comunitario. Esta normativa, si bien no es específica para el tratamiento de las personas mayores, logró regular a las instituciones de internación psiquiátrica que los albergaban, interviniendo también sobre las formas de abordaje tratamental de la salud mental de las personas mayores. Las intervenciones terapéuticas tendrán como objetivo la promoción, reforzamiento y/o restitución de los lazos sociales

Las representaciones y creencias acerca del proceso de envejecimiento en un contexto determinado están en directa relación con las formas de atención, organización y tratamiento de los servicios que se brindan a los mayores en instituciones tales como hogares, residencias, programas, entre otras. Las prácticas cotidianas de los actores de las distintas organizaciones (profesionales de la salud, usuarios, por ejemplo) están sostenidas por esas ideas y creencias y desde allí articulan sentidos, como señalamos anteriormente.

Es posible observar, en un breve recorrido histórico, cómo las modalidades de atención para las personas mayores brindaron respuesta en estrecha relación a un momento o contexto determinado. En este sentido, señalaremos sucintamente algunas características del pasaje del paradigma asilar al paradigma que promueve la salud desde una perspectiva de derechos. Zolotow realiza una historización respecto a las instituciones residenciales para personas mayores y menciona que “están teñidas de tradición y de historia, nacen y se desarrollan bajo concepciones asilares. Recién a mediados del siglo XX algunas incorporan el concepto de rehabilitación y a partir de la década del ochenta se comienza a pensar en términos de promoción de la salud” (Zolotow, 2010, p. 89). Actualmente coexisten estas tres concepciones:

- En el primero de los paradigmas, los sistemas rígidos hacen corresponder a la vejez con la enfermedad. Tiene como objetivo satisfacer las necesidades fisiológicas y atender a la seguridad física.

- La propuesta rehabilitadora supera la propuesta anteriormente descrita al atender la capacidad funcional de los residentes, garantizando las necesidades básicas.
- El enfoque de promoción de salud se inscribe en la concepción del desarrollo integral de la persona, independientemente de su edad, procura el aprovechamiento de sus potencialidades y la realización personal. La institución se transforma de acuerdo a los intercambios con su contexto, la atención es personalizada y centrada en el residente.

Reflexiones finales

Si, tal como hemos mencionado anteriormente, el envejecimiento es un proceso diferencial y singular, entonces, en consecuencia, su abordaje también debe serlo. La uniformidad en la oferta de las diferentes políticas, servicios o tratamientos destinados a las personas mayores constituye un reduccionismo si no contemplan la diversidad y heterogeneidad de las personas.

Atendiendo a las singularidades que presentan las personas mayores, es preciso señalar que entre envejecimiento y fragilidad hay una delgada línea: la fragilidad supone la pérdida progresiva de las reservas fisiológicas del organismo, es decir, la declinación en la capacidad de los órganos de hacer frente a las demandas internas y externas. Así, se denomina anciano frágil a una persona mayor de 65 años (Touceda, 2007) que presenta un equilibrio inestable de aspectos biomédicos y psicosociales que aumentan el riesgo de padecer eventos adversos. Estos pueden provocar dependencia, discapacidad u hospitalización, incrementando las probabilidades de ser alojado en una institución de cuidados o de perecer. La detección temprana de estas condiciones permite tomar decisiones para la mejor atención de las personas mayores con fragilidad.

Por otro lado, la dependencia es un estado en el que, por razones ligadas a la falta o pérdida de capacidad psíquica, física o intelectual, una persona no logra la gestión de la vida cotidiana en su medio ambiente. La dependencia puede ser categorizada en grados que van desde la necesidad de ayuda para la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria denominada dependencia moderada (comer, asearse, etc.) hasta la gran dependencia en la que la persona, para llevar adelante las actividades, necesita asistencia y cuidados permanentes. Es un término general que abarca las deficiencias (pérdida o anormalidad de una estructura o función corporal, anatómica, fisiológica o psicológica), las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación en la esfera comunitaria.

Cuando pensamos el quehacer del psicólogo/a en el campo de las vejeces, es necesario recordar que las representaciones sobre este momento vital predisponen frecuentemente hacia una valoración deficitaria, negativa y, como consecuencia, a un abordaje paternalista. Es deseable que dichas ideas sean revisadas, interpeladas, deconstruidas, para que el psicólogo/a pueda ofrecer su presencia, hospedando la diversidad que involucran las *vejeces*. También es necesario señalar que este encuentro reviste características transferenciales particulares. La persona mayor, en muchos casos, es ubicada y se ubica en el lugar de objeto de cuidados. En esta dinámica se reedita algo del entramado vincular que posiciona al profesional como hijo o nieto (Petriz, 1997).

En el caso de la atención en las vejeces es necesario contar con el atravesamiento de una formación gerontológica que permita promover una mirada superadora del déficit, rescatar las potencialidades, propiciar la contención y socialización, garantizando la escucha de la singularidad y la emergencia de una subjetividad deseante.

Referencias

- Aulagnier, P. (1996). Los dos principios del funcionamiento identificador: permanencia y cambio. En su *Cuerpo, historia, interpretación. De lo originario al proyecto identificador*. Paidós.
- Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 5-31.
- Brown, J. (2019). Presentación. En Paula Mara, Danel y Mónica, Navarro (Comps.), *La Gerontología será feminista*, 23. La Hendija.
- Dabove, I. (2018). Autonomía y vulnerabilidad en la vejez: respuestas judiciales emblemáticas. *Revista de Derecho*, 34.
- Danel, P. y Navarro, M. (2019). *La Gerontología será feminista*. La Hendija.
- García-Viniegras, C. (2008). *Calidad de vida Aspectos teóricos y metodológicos*. Paidós.
- Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf
- Iacub, R. (2006). *Erótica y vejez. Perspectivas de Occidente*. Paidós.
- Iacub, R. (2011). *Identidad y envejecimiento*. Paidós.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2012). *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012*. INDEC. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>
- Organización de Estados Americanos (OEA) (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores*. Disponible en: http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Envejecimiento y ciclo de vida*. Disponible en: [https://www.who.int/ageing/about/facts/es/Organización Mundial de la Salud \(OMS\) \(2021\).](https://www.who.int/ageing/about/facts/es/Organización%20Mundial%20de%20la%20Salud)
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Envejecimiento y salud*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organización Panamericana de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Recuperado de <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- Petriz, G. (1997). Figuras de la clínica: el viejo [Seminario virtual]. Clase 2 del Seminario "Temas de Psicogerontología". PsicoMundo y Tiempo. Disponible en: <https://www.edupsi.com/pgl/>
- Neugarten, B. (1999). *Los significados de la edad*. Herder.

- Rodríguez, P. R. (2012). La atención integral centrada en la persona: Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. En *Envejecimiento y relaciones intergeneracionales*, 187-214. Fundación Universitaria San Pablo CEU.
- Saforcada, E. y otros. (2001) *El factor humano en la salud pública. Una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva*. Buenos Aires Proa: XXI.
- Salvarezza, L. (1996). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Paidós.
- Stegman, M.C. (2018). Una edad difícil. Vejez trans y gay. Disponible en: <https://www.algec.org/una-edad-dificil-vejez-trans-gay/>
- Suárez Rehaag, D; y Bolaños Torres, B. (2019). *Personas mayores lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (LGBT): derechos humanos y bienestar socioeconómico olvidados*. CEPAL. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/notas/personas-mayores-lesbianas-gais-bisexuales-transgenero-lgbt-derechos-humanos-bienestar>
- Touceda, M.A.; Rubin, R. y García, C.J. (2007). *Salud, Epidemiología y Envejecimiento*. Facultad de Psicología. U.N.M.D.P.
- Urbano, C. y Yuni, J. (2011). *Esos cuerpos que envejecen. Representaciones y discursos culturales de la vejez*. Brujas.
- Urtubey, E. y Moreira, A. (2021). *Sobre el concepto de autonomía en la vejez: aportes para el acompañamiento terapéutico de personas mayores*. III Congreso Internacional de Victimología. Facultad de Psicología. UNLP.
- Urtubey, E. y Moreira, A. (2023). Aportes de la Psicogerontología al campo del Acompañamiento Terapéutico. En Urtubey, E. Roberts, H. y Sosa, M. (Coords.) *Aportes para la formación universitaria en acompañamiento terapéutico: perspectivas y debates actuales*. Libros de Cátedra. UNLP.
- Zarebski, G. (2007). La Psicogerontología hoy. *Actas del II Congreso Iberoamericano y I Congreso Uruguayo de Psicogerontología*. Montevideo, Uruguay.
- Zarebski, G. (2009). Diversidades en la Psicogerontología. *Revista Kairós*;12(5), 4-22. Disponible en: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2664/1709>
- Zarebski, G. (2011). La Teoría del Curso de la Vida y la Psicogerontología actual: frutos simultáneos de un mismo árbol. En José, Yuni (Comp.), *La Vejez en el Curso de la Vida*. Encuentro Grupo Editor
- Zolotow, D. (2010). Hogares de ancianos, transformaciones posibles para un buen envejecer. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 1, 88- 92. Disponible en: http://trabajo-social.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/11_zolotow.pdf.

CAPÍTULO 6

Perspectiva de género y salud mental: dispositivos territoriales de atención

Marilina Maciel

Los grandes cambios suceden si hacemos bien lo mucho o poco que nos toca, según nuestras responsabilidades e influimos en el pequeño grupo de personas con las que nos relacionamos. Si muchos hacemos esto, tendremos una sociedad mejor y más inclusiva.

Micaela García (1995-2017)

Este artículo se propone analizar la importancia de la inclusión de la categoría de género en la planificación y desarrollo de dispositivos territoriales de atención y abordaje en salud, desde una perspectiva integral y de derechos humanos.

Podríamos plantear un interrogante inicial respecto de si en nuestra sociedad, varones, mujeres e identidades diversas se encuentran ante iguales condiciones de accesibilidad a los dispositivos de atención en salud. Asimismo, a este interrogante podemos vincularlo además con la pregunta sobre los modos particulares en los cuales las diferentes identidades de género viven-cian los procesos de salud enfermedad.

Plantear estos interrogantes supone inicialmente la necesidad de problematizar y desnaturalizar la forma en la cual llevamos adelante las prácticas y dispositivos en salud: sus modos de funcionamiento, la forma en la cual se encuentran organizados, los supuestos que subyacen y determinan sus prácticas, las relaciones de poder que los atraviesan, entre otros. Asimismo, esta temática nos interpela como profesionales del campo de la salud y del campo *psi* en particular, ya que conlleva el desafío de revisar y cuestionar nuestras intervenciones y nuestros propios modos de producción de subjetividad. Podríamos plantearnos ¿a quiénes dirigimos nuestras acciones como agentes del campo de la salud? Nuestro campo disciplinar cuenta con herramientas teóricas y metodológicas valiosas para plantear críticamente un análisis que nos permita contribuir en la construcción de dispositivos y prácticas que, desde una perspectiva de derechos humanos y desde el paradigma de salud integral, busquen reducir las brechas de desigualdad en las comunidades, como así también a garantizar la accesibilidad igualitaria a los servicios.

Recuperaremos algunas nociones y desarrollos teóricos que nos permitirán analizar críticamente los aspectos enunciados anteriormente, como así también reflexionar sobre nuestra formación y rol profesional.

Podemos partir del concepto de género, una noción que encuentra su surgimiento en los ámbitos de militancia feminista y que es tardíamente incorporada en el ámbito académico. El concepto de género no refiere exclusivamente a las mujeres, sino que es una categoría relacional que permite analizar las desigualdades existentes entre varones, mujeres e identidades diversas en función del poder en juego. Podríamos decir que, el concepto de género es una construcción cultural que nos permite cuestionar los modos cristalizados de vivir en nuestra sociedad, incluyendo aquí también los modos naturalizados de acceder y habitar los servicios y dispositivos de salud, tanto por parte de sus usuarixs como de los equipos interdisciplinarios que los llevan adelante.

Al revisar la historia de las prácticas de salud en nuestro país y en Latinoamérica, podemos dar cuenta de una fuerte pregnancia del modelo médico hegemónico cuyos postulados responden a una lógica patriarcal y cisheteronormativa. El modelo médico hegemónico parte de la consideración biológica respecto de las diferencias anatómicas entre varones y mujeres. Es así que, durante largo tiempo, la categoría de género no fue siquiera enunciada en los discursos y prácticas de la medicina hegemónica que, a través de la legitimación del discurso científico de la época, ha producido y reproducido prácticas de exclusión, discriminación y profundización de las desigualdades entre varones y mujeres que perduran hasta la actualidad, como así también ha negado y patologizado las identidades diversas. Asimismo, el modelo médico hegemónico, en su articulación con la lógica capitalista y patriarcal, dirige sus prácticas a un sujeto en particular que se establece como la norma: varones, blancos, adultos y heterosexuales.

Podríamos situar desde una perspectiva histórico-social al movimiento de salud colectiva y el auge de las epistemologías feministas decoloniales como la coyuntura en la cual se sitúa en el centro de la escena de la producción académica y científica la imperiosa necesidad de incorporar al género como categoría de análisis de los procesos de salud enfermedad. Considerar a la salud como un derecho humano supone el desafío de revisar las injustas desigualdades en el acceso a este derecho, y esto no puede hacerse dejando por fuera los datos que demuestran que varones, mujeres y diversidades no acceden de manera igualitaria a los servicios de salud: como ejemplo podemos situar el hecho de que en nuestro país la expectativa de vida de la comunidad travesti trans es de 35 años⁴, es decir, 43 años menos que la población cisgénero.

Incluir la categoría de género en la revisión crítica de las políticas públicas y los dispositivos territoriales permite echar luz sobre muchas prácticas que durante largo tiempo se han desarrollado produciendo y reproduciendo estereotipos de género, discriminación, exclusión y reforzando las brechas de desigualdad por motivos de género, de manera naturalizada en el ámbito de la salud, como en tantos otros. Estas marcas perduran hoy en muchos dispositivos y servicios de salud, por lo cual resulta fundamental analizar nuestras intervenciones y los efectos que éstas producen. El campo de las políticas públicas resulta un escenario clave y estratégico para la transversalización de la perspectiva de género, situando al Estado en su rol central como garante de derechos. Es en este espacio de toma de decisiones donde

⁴ ONUSIDA, 2020.

se podrá poner en agenda y también materializar en prácticas concretas un concepto de salud que incluya la perspectiva de género y diversidad como nociones centrales no solo en lo que respecta a los servicios asistenciales sino también a los dispositivos de prevención y promoción de salud. Para ello resultará clave también la consideración del trabajo intersectorial, en tanto que si hablamos de transversalización sería imposible que la misma quedase reducida pura y exclusivamente a un solo ámbito.

En la actualidad contamos con leyes que suponen cambios profundos y que conforman un vasto marco normativo nacional e internacional en relación a la perspectiva de género y derechos humanos, es decir que son aquellas leyes y normas que determinan cuáles son nuestros derechos y cuáles son las responsabilidades del Estado y sus agentes en cuanto a su garantía. Es el piso legislativo sobre el cual se debe asentar la planificación y ejecución de políticas públicas.

Resulta necesario visibilizar que el discurso jurídico y sus leyes también se configuraron a partir de una sociedad heteronormativa y androcentrista, y es la lucha de los feminismos y de las diferentes organizaciones sociales que pone en agenda la necesidad de producir un cambio a nivel legislativo a escala mundial, para visibilizar la violencia y la discriminación, y por lo tanto para que los derechos fueran reconocidos. Es así que comenzó un proceso de creación de diferentes convenciones internacionales, entre las cuales podríamos situar como las más relevantes la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, más conocida como CEDAW (1979), la Convención Interamericana para Prevenir Sancionar y Erradicar la violencia contra la mujer, más conocida como Convención Belem Do Para (1994). También existen convenciones específicas que buscan proteger a las personas LGTB+, como Los Principios de Yogyakarta.

Además de los instrumentos vinculantes mencionados hasta aquí, existen acuerdos a nivel internacional que explícitamente reconocen y promueven la igualdad de género y la erradicación de la violencia. Entre los más importantes se destacan la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (conocida por ser una suerte de constitución de los derechos humanos de las mujeres) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), adoptados en 2015, que entre sus lineamientos generales postulan la importancia de la transversalización de la igualdad de género en toda la agenda de desarrollo.

Cabe destacar que, al estar ratificadas estas convenciones por nuestro país son de aplicación obligatoria, es decir que haber reconocido e incorporado estas convenciones en nuestra Constitución Nacional implicó aceptar que existía una ausencia por parte del Estado.

Contamos además con instrumentos legales de carácter nacional y provincial, entre los que podríamos situar: Ley 26.150 de Educación Sexual Integral (2006), Ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (2009), Ley 26.618 de matrimonio igualitario (2010), Ley 26.743 de Identidad de Género (2012), Ley 27.499 de Capacitación obligatoria en género para todas las personas que integran los tres poderes del Estado, conocida como Ley

Micaela (2019), Ley 27636, Ley de Promoción del acceso al Empleo Formal para Personas Transvestis, Transexuales y Transgénero “Diana Sacayán - Lohana Berkins” (2021).

A partir de este marco normativo es responsabilidad del Estado crear políticas públicas acordes. Particularmente, como profesionales del campo de la salud mental y a la luz también de la Ley Nacional de Salud Mental, es fundamental comprometernos para aportar desde nuestra disciplina en la constitución de dispositivos territoriales en salud que promuevan la inclusión y la garantía de los derechos conquistados.

Para analizar el campo de las políticas públicas en salud es necesario introducir la perspectiva territorial, entendiendo al territorio como un concepto complejo que no puede definirse solamente como el escenario geográfico en el cual se desarrollan y materializan las problemáticas y también las políticas públicas. Entendemos al territorio como un lugar cargado de significaciones, una construcción social y colectiva con un relato respecto de su historia y su presente. En el territorio se produce una dialéctica ya que es a la vez material y simbólico y se encuentra en un permanente estado de transformación. Analizar el territorio en perspectiva de género implica desnaturalizar la lógica patriarcal en la cual se encuentran organizadas nuestras comunidades. A modo de ejemplo, según datos del Registro Nacional de Barrios Populares (Renabap)⁵ más del 54% de los barrios populares en nuestro país no tienen un jardín de infantes a menos de 1 km a la redonda y el 89% no tiene un hospital cerca; podríamos decir que este déficit impacta en mayor medida sobre mujeres y diversidades que son quienes estadísticamente se ocupan de las tareas de cuidado y de la asistencia en salud en un grado mucho mayor que los varones.

El territorio se constituye a partir de los vínculos entre seres humanos, y las relaciones vinculantes no son homogéneas si no que están signadas por luchas de poder. Todos los espacios que habitamos están determinados por diferencias de poder, aunque estas diferencias muchas veces se encuentran invisibilizadas ya que forman parte del modo en el cual se organiza nuestra sociedad. Los dispositivos y servicios de salud emplazados en el territorio no escapan a esta lógica, forman parte y constituyen la lógica territorial de las comunidades.

Desde nuestro rol profesional es fundamental elucidar estas lógicas, las luchas de poder en juego, las representaciones sociales y estereotipos que atraviesan y determinan tanto a equipos como a usuarixs. Se vuelve necesario abrir la pregunta respecto de los modos en los cuales llevamos adelante nuestras intervenciones, y sobre los modos de producción de subjetividad que las mismas conllevan. Para construir dispositivos realmente inclusivos y respetuosos de la diversidad tenemos que indagar aquellos supuestos que durante largo tiempo han permanecido estancos, incuestionables, y que han cristalizado así acciones que reproducen discriminaciones y violencias con un impacto directo en la accesibilidad a la salud.

En los últimos años han cobrado relevancia los dispositivos de masculinidades, especialmente en el abordaje de las violencias por motivos de género, desde una mirada que apunta a la deconstrucción de las lógicas patriarcales que legitiman el ejercicio de las violencias. Tales

⁵ Secretaría de Integración Socio-Urbana, 2023.

espacios son coordinados por equipos interdisciplinarios que tienen como objetivo que los varones que ejercen o han ejercido violencia de género, puedan reflexionar críticamente y en profundidad sobre su propia praxis masculina para poder así transformar su modo de vinculación. Podríamos citar una situación que aconteció en el marco de uno de estos grupos cuando uno de sus participantes asiste al encuentro junto a su pequeño hijo refiriendo que ese día el niño se encontraba bajo su cuidado. El equipo lo nota incómodo con la situación, y hasta enojado por tener que estar allí con el niño. Frente a la propuesta de otro de los participantes en relación a que debería retirarse y no participar de ese encuentro por esta situación, el equipo interviene visibilizando que muchas veces y en muchos ámbitos las mujeres madres desarrollan sus actividades laborales, recreativas, de estudios, etc. junto a sus hijos, y que lejos de ser una situación de excepción, se produce de manera frecuente. Este analizante permite abrir un interrogante respecto de las tareas de cuidado, el ejercicio de la responsabilidad parental, etc. Asimismo, le permite al equipo elucidar sus propios prejuicios respecto de los varones padres, ya que anteriormente no se habían planteado la importancia de contar con un espacio de cuidado para las infancias que podrían asistir acompañando a sus padres, mientras que estos espacios sí son considerados por los equipos que trabajan con mujeres madres.

Como se mencionó anteriormente, es nuestra responsabilidad como agentes del Estado construir prácticas integrales en salud fundamentadas en el marco normativo vigente, desde un posicionamiento ético y político respetuoso de los derechos humanos. Es importante que nuestra formación aporte a la construcción de herramientas en clave de género y derechos humanos que nos permitan transversalizar estas lógicas en todos los espacios profesionales en los cuales nos insertemos.

Referencias

- Antequera, M. (2013). *Análisis desde el punto de vista feminista del rol de la medicina en el modelo de salud médico – hegemónico*. VII Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual. (2023). Género y territorio. Herramientas feministas para la gestión local. Cuadernillo N° 4. En https://ministeriodelasmujeres.gba.gob.ar/gestor/uploads/Municipios_Genero_y_territorio_02_dig.pdf#:~:text=Este%20cuadernillo%20nos%20permite%20visualizar%2C%20por%20un,ofrece%20una%20serie%20de%20din%C3%A1micas%20para%20trabajar
- Sánchez, A. (2020). Varones y violencia de género. Capacitación sobre varones y violencia de género, Clase 1, Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual de la Provincia de Buenos Aires.
- Secretaría de Integración Socio Urbana (2023). Relevamiento sobre condiciones socioeconómicas y uso del tiempo de las mujeres y personas travestis – trans en barrios populares.

Schraiber, L.; d'Oliveira, A. (2014). La perspectiva de género y los profesionales de la salud: apuntes desde la salud colectiva brasileña. *Revista Salud colectiva*, versión On-line ISSN 1851-8265. vol.10, n.3, pp.301-312. ISSN 1851-8265.

CAPÍTULO 7

Pandemia y promoción de la salud: taller virtual con personas mayores

Natalia Ciano

Introducción

Este capítulo aborda algunas experiencias de promoción de la salud virtuales con personas mayores realizadas los años 2020 y 2021 durante el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) establecido frente a la pandemia COVID- 19. Las mismas se implementaron en el marco del Programa de Extensión Universitaria “Promoción de la Salud de Adultos Mayores (PROSAM)” de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. Con anterioridad a la pandemia dicho programa funcionaba de manera presencial en el Centro de Vinculación con la Comunidad de la mencionada institución. Allí se ofrecían talleres para personas mayores relacionados con: la calidad de vida, los vínculos saludables, prácticas de autocuidado y estimulación cognitiva, entre otros. Los participantes provenían de diferentes sectores de la ciudad de La Plata.

Con la intención de enmarcar la transmisión de esta experiencia en la extensión universitaria resulta fundamental volver a lo establecido en el Estatuto de la Universidad de La Plata respecto a estas actividades:

La Universidad reconoce como una de sus funciones primordiales la extensión universitaria, entendida como un proceso educativo no formal de doble vía, planificada de acuerdo con intereses y necesidades de la sociedad, cuyos propósitos deben contribuir a la solución de las más diversas problemáticas sociales, la toma de decisiones y la formación de opinión, con el objeto de generar conocimiento a través de un proceso de integración con el medio y contribuir al desarrollo social (p. 5).

A continuación, se mencionarán algunas generalidades sobre el envejecimiento y la promoción de la salud. Luego, en el apartado metodológico se describirán los objetivos y la modalidad en que fueron implementadas las actividades virtuales. Posteriormente se presentarán algunos resultados obtenidos en las evaluaciones de cierre de cada actividad. Para finalizar, se esbozarán algunas conclusiones a modo de reflexión sobre la relevancia, en materia de promoción de la salud, de haber sostenido esas prácticas durante el aislamiento.

Consideraciones individuales y sociales del envejecimiento

Concebimos al envejecimiento y a la vejez como cuestiones distintas. El envejecimiento, en tanto proceso, no se inicia a partir de la vejez, sino que surge desde el mismo momento del nacimiento. En la vejez sólo se hace evidente: en algún momento el sujeto se reconoce en una posición distinta, se percibe como diferente de lo que fue. Se verá enfrentado a la cuestión del tiempo, a la pregunta por la edad y a la significación del tiempo cronológico en la construcción de la subjetividad (Petriz, 2003).

Respecto a la esfera individual resulta ilustrativo el balance de ciertas pérdidas y ganancias que se producen y que deben ser elaboradas por los sujetos para que conozcan y reflexionen sobre lo que implica el proceso de envejecimiento.

El conjunto de los cambios/transformaciones comportan una cuota mayor de vulnerabilidad ya que pueden determinar modificaciones sobre la confianza en sí mismo, en las potencialidades y en la autoestima. En ese proceso de envejecer, y de reconocerse envejeciendo, el sujeto se confronta con una nueva dimensión del tiempo; con una nueva imagen de sí; con funciones cambiadas: de productor a pasivo, de reproductor a garante (Petriz, 2003). Además, el sujeto envejeciente se encuentra con discursos y representaciones sociales sobre lo que es ser viejo, es decir, qué espera la sociedad de él. El trabajo psíquico para realizar, allí donde el yo es interpelado por todos estos cambios, consiste en elaborar el duelo ante ciertas pérdidas para poder investir nuevos objetos: una nueva imagen de sí, nuevos roles, nuevos proyectos (Bravetti et al., 2009).

En el plano de las adquisiciones posibles, por ejemplo, el descubrimiento o redescubrimiento de intereses, de habilidades, del uso del tiempo libre para actividades resignadas con anterioridad y, especialmente, la posibilidad del establecimiento de nuevos vínculos. Estos nuevos vínculos pueden suceder en el exterior de la familia y también dentro de ella. En cuanto a las pérdidas, algunas refieren a la modificación del rendimiento cognitivo. Motivo por el cual las personas mayores se muestran interesadas en las actividades de estimulación cognitiva. La mención de estas quejas cognitivas lleva a considerar como necesaria la distinción entre el envejecimiento saludable y el patológico.

Fernández Ballesteros (1998) plantea al respecto:

Mientras que la vejez normal es aquella que evoluciona sin patologías inhabilitantes, la vejez patológica se desarrollaría en un organismo quebrantado por la enfermedad y la inhabilidad. Sin embargo, esta clasificación -en apariencia dicotómica- es demasiado amplia y requiere de una mayor matización, esencialmente, en aquella categoría de “normal”. Así, en ella podrían situarse aquellas personas que, a pesar de no padecer enfermedad inhabilitante alguna, presentan un alto riesgo de padecerla, amén de que su funcionamiento tanto físico y cognitivo pudiera presentar alteraciones (aunque no patológicas), mientras que también existiría una vejez “normal” (es decir, sin patología) pero no solo

sin riesgo, sino con un máximo funcionamiento tanto físico, como cognitivo y social (p. 433).

Tal como plantea Cornachione Larrínaga (2006), los modelos de crecimiento, en especial el biológico, no son de utilidad para explicar las modificaciones que aparecen en este momento del ciclo vital. En general no tienen en cuenta que las personas mayores “son aquello que ya ha crecido, son a la vez un proceso con diferencias marcadas y las variaciones inter-individuales aumentan significativamente” (p. 45). Según este modelo, el máximo crecimiento se alcanza en la madurez y luego empieza a declinar. Los cambios sucedáneos del envejecimiento aparecen como parte del proceso de crecimiento gradual, natural e inevitable, que comporta cambios biológicos, psicológicos y sociales que marcan la transición hacia una nueva etapa de la vida.

Triadó y Villar (1997) han sistematizado estos cambios a partir de su estudio empírico, que les permitió elaborar la siguiente categorización:

- Cambio biológico: Engloba aquellas respuestas referidas a cambios en aspectos físicos de la persona, ya sean éstos de carácter interno o externo, o relacionados con aspectos referidos a la salud o a la consulta médica. Incluye a los siguientes sistemas:
 Sistema vegetativo: incluye problemas en los sistemas respiratorio, circulatorio o digestivo.
 Sistema relacional: incluye aspectos relacionados con problemas óseo-musculares (artritis, artrosis, reuma, etc.).
 Sistema sensorial: cambios relativos a la mengua de visión o audición.
 Apariencia física: cuando se destaca el cambio en la apariencia externa.
- Cambio psicológico: pérdidas de tipo intelectual, afectivo emocional, de interés o motivacional.
 Cognición: cuando la persona refiere a cambios relativos a la memoria, inteligencia, aprendizaje, atención, etc.
 Afectividad: mención a sentimientos de tipo depresivo.
 Dependencia: mención a un aumento de sentimientos de dependencia y falta de autonomía.
 Personalidad: mención a modificaciones en la forma de ser, en rasgos de carácter.
- Cambio social: incluye aquellos cambios respecto a la relación de la persona con otras personas.
 Modificaciones familiares: incluye cambios que se dan en la estructura de relaciones familiares.
 Pérdida de relaciones sociales: engloba cambios relativos a la disminución de amistades por aislamiento social, por muerte de amigos, etc.
 Zarebski (2008, p. 42) realiza una clasificación diferente respecto de los cambios. Señala transformaciones en las diferentes dimensiones, aunque en su contenido recoge cuestiones similares:
- Transformaciones relativas al cuerpo: en la propia imagen; en los sentidos; en el rendimiento intelectual, físico, genital.

- Transformaciones relativas a los vínculos (roles familiares): alejamiento o independencia de los hijos; vínculos intergeneracionales; abuelidad.
- Transformaciones relativas a los duelos: pérdida de padres, otros familiares, amigos; viudez; posición frente a la propia muerte.
- Transformaciones relativas a factores socioeconómicos (roles sociales): jubilación; discriminación; aislamiento.

Considerar al proceso de envejecimiento como un momento de elaboración psíquica, atravesado por un tiempo y contexto determinado implica revisar algunas conceptualizaciones que se fueron construyendo sobre éste. En este sentido, se plantea que la manera de envejecer está relacionada con el contexto sociohistórico en el que ocurre y que no es algo estático y homogéneo. A lo largo de la historia se han elaborado discursos o representaciones contradictorias sobre el envejecimiento y sobre la vejez, que han dado lugar a diferentes teorizaciones. Algunas de ellas son: teoría de la desvinculación, teoría de la actividad, teoría del medio social, teoría de la ancianidad como subcultura, teoría psicoecológica, etc.

Respecto a la vejez, Iacub (2001) plantea que:

Debemos tener en cuenta que se encuentra modelada por discursos de diversas épocas. Estos discursos se representan socialmente por imágenes públicas, esperanzas científicas, religiosas o políticas, concepciones del ser humano, de la vida y de la muerte, prejuicios, etcétera, que componen una realidad diversa y compleja (p. 27).

Una característica presente en las personas mayores es que en su mayoría no se encuentran activas laboralmente, lo cual implica que tienen tiempo disponible, en ocasiones esto surge luego de la jubilación.

Cordero del Castillo (2006) realiza algunas consideraciones que permiten caracterizar el tiempo libre:

... no se trata de “matar el tiempo”, de “que pasen los días”, tapando vacíos sino de continuar construyendo un proyecto de vida y no “de muerte”. Las actividades realizadas en el tiempo libre, si son libremente elegidas y se consigue disfrutar en su realización, se convierten en ocio (p. 182).

Respecto a las implicancias del envejecimiento a nivel social, los datos censales referidos a la República Argentina (y a otros países) testimonian las relaciones asimétricas entre el porcentaje de la población económicamente activa y pasiva. Se evidencia una distribución demográfica particular, debido al aumento de las expectativas de vida y sus proyecciones, con el incremento progresivo del envejecimiento poblacional en el mundo y en nuestro país. Se configura de este modo una situación crítica de problemáticas individuales, sociales y sanitarias, que necesitan ser solucionadas. En respuesta a los desafíos globales de la población que envejece, la Organiza-

ción Mundial de la Salud (2002), propuso un programa sobre el envejecimiento y la salud diseñado para avanzar en el estado del conocimiento sobre la atención sanitaria en la vejez y la gerontología mediante la formación especial y los trabajos de investigación, la difusión de la información y el desarrollo de políticas. Las perspectivas del programa se centran en lo siguiente:

- enfocar el envejecimiento como parte del ciclo vital en vez de aislar en categorías la promoción de la salud y la atención sanitaria para las personas mayores.
- centrarse en el proceso del envejecimiento saludable y la promoción de la salud a largo plazo.
- respetar los contextos y las influencias culturales.
- adoptar estrategias basadas en la comunidad, resaltando a ésta como el entorno fundamental para las intervenciones, teniendo en cuenta que muchos problemas de salud tienen que tratarse desde fuera del sector sanitario.
- reconocer las diferencias de género.
- fortalecer los vínculos entre las generaciones.
- respetar y entender las cuestiones éticas relacionadas con la salud y el bienestar en la vejez.

Desde estos lineamientos puede vislumbrarse un cambio de paradigma tanto en lo que hace a la concepción del envejecimiento como a la manera de abordarlo que apunta a la plena realización de todas las dimensiones del ser humano, no solo a un buen estado de salud, sino a la participación social, a la realización personal, etc. Por lo que el término elegido para designar este nuevo modelo es “Envejecimiento Activo”, entendiendo por tal al “proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez” (Peggy, 2001, p. 15). El envejecimiento activo no solo implica estar sano físicamente, sino participar activamente en cuestiones sociales, culturales, promueve el desarrollo de intereses y el logro de la satisfacción personal, entre otras cuestiones. Dicho paradigma se sustenta en tres pilares fundamentales: participación, salud y seguridad.

Consecuentemente a este paradigma, se han desarrollado planes y programas destinados a la población de referencia, desde distintos campos disciplinares y áreas de gestión. De especial interés, en este capítulo, serán las referidas a las políticas de cuidado y de promoción de la salud.

Promoción de la salud y envejecimiento

La educación para un buen envejecimiento es considerada como una estrategia de prevención múltiple inespecífica ya que apunta a lograr una buena calidad de vida a pesar de los cambios que se producen por el propio proceso de envejecer.

La Organización Panamericana de la Salud (1986) define las intervenciones educativas para la promoción de la salud como acciones que tienden a:

Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe 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. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986).

La educación para el envejecimiento se enmarcaría en las estrategias para promover la salud. Dos de los principios básicos de ésta son el autocuidado y la preservación de la autonomía.

Autocuidado. Desde el Ministerio de Salud de la Nación (Argentina) se lo define de la siguiente manera:

Una práctica que las personas realizamos con nosotros mismos y por voluntad propia. Implica una responsabilidad individual en las decisiones que tomamos y acciones que emprendemos. Nos permite identificar comportamientos que nos preparen mejor para el día a día y nos ayuden a mantener y /o mejorar la salud. Está relacionado con el estilo de vida. (Manual de autocuidado del Ministerio de Salud de la Nación, 2013).

Dentro de la educación para el autocuidado se incluyen: salud visual, salud auditiva, salud bucal, vacunación, control del peso, entre otros.

Al referirse a la promoción de prácticas de autocuidado surge como hecho fundamental el desaprenderse de prejuicios que asocian envejecimiento a enfermedad. Es necesario comprender que muchas de las enfermedades que se presentan en ese período no son producto de la edad, sino que se relacionan con otras cuestiones, entre ellas, con los estilos de vida asumidos, de modo tal que son prevenibles a partir de modificar aquellos poco saludables.

Los estilos de vida se relacionan con las decisiones que toman los sujetos y sobre las cuales tienen cierto grado de control (Lalonde, 1996). Dentro de los estilos de vida saludable se incluyen: alimentación saludable; actividad física, movimiento corporal. También se contemplan buenos hábitos en relación con el sueño, con la sexualidad y con utilización adecuada del tiempo libre, así como la estimulación de las funciones cognitivas.

Las actividades de autocuidado apuntan a la conservación del nivel máximo de autonomía.

Preservación de la autonomía. Puede definirse a la autonomía como la capacidad de las personas de gobernarse a sí mismas, de tomar sus propias decisiones. Otra definición posible de autonomía es la elaborada por Viguera (2009), quien entiende que se trata de la “facultad de poder convivir con uno mismo y adquirir la capacidad de elección: esto es, autonomía como proyecto de vida” (p. 1).

Uno de los problemas que coartan la autonomía corresponde al envejecimiento patológico en el que aparecen deterioro cognitivo y/o demencias. Ahora bien, tal como se mencionó anteriormente, el asociar necesariamente envejecimiento con enfermedad es un prejuicio que conlleva a una interpretación errónea de algunas manifestaciones que se presentan en el envejecimiento y a una distorsión del proceso de envejecer. Esto señala la necesidad de modificar aquellas representaciones negativas y hacer visible el hecho de que se construyen sobre la base de prejuicios sostenidos en el imaginario social con el propósito de promover un envejecimiento saludable y activo. Por ello es de suma importancia que los envejecentes conozcan y reflexionen sobre lo que implica el proceso por el que atraviesan, puedan visibilizar los prejuicios incorporados, los miedos y la perspectiva general que tienen sobre el mismo, así como también las pérdidas y ganancias obtenidas a lo largo de su transcurso.

Con tal fin pueden generarse espacios de reflexión con una intencionalidad educativa para abordar estos temas. Un ejemplo de ellos es la educación para el envejecimiento (Viguera, 2009), donde, entre otros, se proponen los siguientes contenidos:

- Proceso de envejecimiento. Adquisiciones y pérdidas.
- Cambios que se producen en las dimensiones biológica, psicológica y social. Duelos.
- Identidad y autoestima.
- Fantasmas del envejecer. Prejuicios y miedos.
- Autocuidado. Adopción de estilos de vida saludable. Preservación de la autonomía

En cuanto a la recientemente mencionada educación para la vejez se refiere según Tamer a la educación “destinada a otros grupos etarios y orientada a mostrar el envejecimiento como un proceso inherente al desarrollo humano y a la vejez como una etapa más de la vida con sus propias posibilidades” (Tamer, 1991, citado por Yuni y Urbano, 2005, p. 76). En cambio, la educación en la vejez está dirigida a adultos mayores.

Estos espacios que apuntan a promover salud, calidad de vida y un buen envejecer se plantean como intervenciones educativas dada su finalidad y su encuadre. Al respecto Yuni y Urbano (2005) afirman:

...trabajar sobre y por la calidad de vida en la vejez a partir de la intervención psico-educativa representa una de las alternativas tendientes a la optimización del desarrollo personal y, por ende, de la calidad de vida de la población envejeciente. La educación se constituye en una de las herramientas alternativas para mejorar las capacidades individuales e incrementar la calidad de vida de los adultos mayores, contribuyendo a la promoción de su “saludabilidad” y a la mejora de su sentido de bien-estar (p. 223).

Una modalidad utilizada frecuentemente para el desarrollo de estas actividades consiste en talleres de reflexión donde se trabajan los distintos aspectos que comporta el envejecimiento. Por otro lado, se observa una gran demanda hacia talleres de estimulación cognitiva, conocidos

generalmente como talleres de ejercitación de la memoria. El interés en éstos surge de los olvidos que sufren los adultos mayores, que a causa del desconocimiento confunden con olvidos patológicos; en cambio la mayoría de los adultos mayores, sin saberlo, experimenta otro tipo de olvidos, aquellos considerados benignos, propios del proceso de envejecimiento. Estos son, por ejemplo, olvidos de nombres de personas, de lugares donde se dejan objetos, etc. Olvidos que están presentes en otras edades, pero perturban en demasía al adulto mayor por estar asociados en el imaginario social con algunas demencias, por ejemplo, el Alzheimer.

De actividades educativas presenciales realizadas en la Ciudad de La Plata se han relevado estas frases. Los participantes de un taller de estimulación cognitiva señalan como expectativas al comenzar la actividad: “tratar de volver a trabajar bastante con lo que uno puede haber aprendido hace muchísimo tiempo, concentrar más la atención y no distraerme, hacer funcionar las neuronas, aprender”, “que no se atrofie el cerebro”, “encontrar herramientas para ejercitar la memoria, interactuar con otras personas”, “ejercitar la memoria, porque a veces me olvido de las cosas y me preocupa que con el correr del tiempo esto se haga más frecuente”, “estar con otras personas, conocer gente nueva, tener una mejor calidad de vida”, “comprender consignas y/o mensajes escritos y orales, poder transmitir con claridad lo que deseo, lo que necesito o lo que quiero contar... el desgaste de la mente humana y el poder que tiene la mente sobre el cuerpo son temas que me preocupan mucho”, “intentar ser menos apresurada y hacer las cosas con calma”, “mantener mis capacidades cognitivas activas para mantener mi autodeterminación e independencia”, “estar contenta”, “disfrutar del taller”.

Al finalizar el taller señalaron: “los ejercicios me hicieron pensar, hacía mucho que no leía ni hacía este tipo de actividades”, “me gustó compartir con este grupo”, “aprendí técnicas de ejercitación, fue entretenido y los trabajos en grupo fueron un buen ambiente de camaradería”, “siempre salí contenta, satisfecha y reconfortada del taller”, “es bueno el avance en las dificultades”, “observo que hubo progresos”, “tuve la posibilidad de volver a escribir, pensar y abrir el diccionario”, “compartí los ejercicios con mis nietos, que les encantaban, me los querían resolver ellos”, “me sirvió para organizar algunos aspectos de mi vida, para pensar en forma más positiva y para divertirme, además de agilizar mi memoria”, “me sirvió para darme cuenta que hay que prestar más atención cuando realizamos algo, que por eso después nos olvidamos de algunas cosas”, “sirvió para conectarnos con el pasado a través de actividades, para ser escuchados y compartir vivencias”, “me gustó trabajar en grupo, ya que nunca lo había hecho”, “además del objetivo del curso nos permitió relacionarnos con otras personas y conocer otras experiencias de vida”, “me ha servido para clarificar algunas cuestiones, recién acabo de jubilarme y estoy en proceso de duelo, pero me servirá para un futuro, como uno más de los caminos para lograr una vejez en plenitud”.

En un taller reflexivo presencial acerca de las repercusiones en la identidad y en la autoestima de los cambios producidos por el envejecimiento los participantes señalan como expectativas: “relacionarme con grupo de pares, compartir objetivos comunes”, “profundizar los contenidos de este, estar en contacto con pares”, “mantener la actividad cerebral a través de la interrelación, la lectura y el conocimiento” “comprender qué es la vejez”, “conocer cómo cuidarme”.

Al finalizar señalan: “aprendí muchas cosas nuevas para mi vida, conocí buenas compañeras”, “me sentí muy bien en el grupo”, “me permitió ahondar y realizar una mirada hacia adentro, más reflexiva y crítica que a futuro me permitirá rever situaciones y mantener o modificar actitudes”, “me sentí muy integrada en el grupo, compartimos un fin común: autoevaluación, autonomía, autoestima, en fin todos estos grandes valores que aún adultos mayores no debemos perder”, “me enseñó a comprender muchas cosas de la vida y a reflexionar que la vida tiene muchas etapas con cosas distintas cada una de ellas”, “me sirvió para valorar que aún puedo continuar, me permitió reconocer en otros pares situaciones y reacciones o soluciones parecidas y a veces iguales a las mías”, “fue un lugar de enriquecimiento por el desarrollo de los temas tratados”, “los ejemplos dados pudimos ponerlos en práctica en nuestro quehacer diario”, “logramos afianzar nuestra autoestima”, “crecieron los valores de la amistad, la aceptación de las diferencias, la humildad y el compañerismo”, “rescatamos las sensaciones de expresarnos libremente sin presiones y en forma sencilla”.

A través de estos discursos puede observarse la necesidad e importancia de brindar estos espacios de reflexión, aprendizaje y promoción de la salud destinados a esta población, dado que no solo ofrecen el abordaje de contenidos particulares sino el encuentro con pares y un espacio de socialización y pertenencia.

Otra característica para destacar es que ofrecen la posibilidad de autogestión para el desarrollo de las actividades. Por ejemplo, los centros de jubilados han surgido por iniciativa propia de las personas mayores. Organizan las comisiones directivas según elección de sus representantes, han tramitado la personería jurídica y son ellos, los miembros, los que deciden mediante asambleas. En otras instituciones las personas mayores han conformado una comisión de alumnos, como si fuera una especie de “centro de estudiantes”, expresado por ellos mismos de esta manera. Dicha comisión se organiza en diferentes subcomisiones que desarrollan actividades solidarias, recreativas, etc.

Metodología

Como se mencionó anteriormente, desde la Secretaría de Extensión de la Facultad de Psicología de la UNLP se puso en marcha el “Programa de Promoción de la Salud para Adultos Mayores (PROSAM)”. Dentro del mismo se desarrollaban distintas actividades presenciales destinadas a personas mayores con el objetivo de promover prácticas y estilos de vida saludables y así contribuir a un envejecimiento activo. Las actividades eran exclusivamente presenciales y grupales apostando a la potencia del grupo y el intercambio con pares. Quizá también haya influido en la elección de la modalidad presencial cierto desconocimiento, hasta ese momento, de las herramientas virtuales para generar otro tipo de encuentro y algún prejuicio respecto a la capacidad de adaptación de tales personas a la virtualidad.

Declarada la pandemia en marzo de 2020 las personas mayores fueron identificadas como un grupo de riesgo y se vieron confinadas en sus hogares sin poder continuar con sus actividades

previas de manera presencial. Motivo por el cuál al mes siguiente se creó una página de Facebook donde se comenzó a subir contenido referido a las temáticas de los talleres y se generó un intercambio que permitió acercarnos a la población.

A medida que la pandemia se instalaba y se proyectaba continuar con el ASPO se pensó en la posibilidad de realizar alguno de esos talleres a través de la plataforma Zoom, que tanto talleristas como participantes recién descubríamos. Se planteaba no solo el desafío de que las personas mayores puedan utilizar la plataforma sino también, por parte de las talleristas, de adaptar las actividades y los materiales con los que se trabajaba anteriormente de manera presencial.

Experiencias virtuales de promoción de la salud

Actividades virtuales por redes sociales:

Se utilizaron redes sociales como Facebook e Instagram para compartir actividades de estimulación cognitiva, información actualizada y de fuentes oficiales sobre la pandemia, crear intercambios a partir de comentarios de películas con temáticas seleccionadas.

Se buscó una forma de subir las actividades en modo imagen, la plantilla, que es de fácil descarga y se puede reenviar. Las actividades se publicaban en las redes de lunes a viernes, los sábados se proponía alguna actividad que abarque el fin de semana. Dichas actividades eran planificadas intercalando en la semana las funciones cognitivas que se estimulan. Para la selección de las actividades se consideró la disponibilidad de materiales que podían tener las personas mayores a su alcance en su hogar ya que no podían salir en busca de lo requerido.

Las actividades eran creativas, ingeniosas y en la medida de lo posible innovadoras, para despertar en las personas mayores una participación en la red social. Los textos se acompañaban de imágenes alusivas a la temática y a los objetivos que se procuraban trabajar. En cada una se invitaba a publicar la respuesta para generar un *feedback*.

Talleres virtuales por Zoom:

Tanto estos talleres como las actividades mencionadas anteriormente fueron implementados por psicólogas especializadas en Psicogerontología, quienes contaban con experiencia presencial en este tipo de actividades. Al no contar con experiencia en el dictado virtual, ni con la plataforma Zoom, se dispuso que hubiera una persona que cumpliera la función de soporte tecnológico. Entre otras actividades su rol contemplaba: la admisión de los participantes; la lectura y respuesta a los mensajes de chat de zoom y del grupo de Whats app por si había algún participante que no podía ingresar y se comunicaba por ese medio; compartir en pantalla el material a utilizar; realizar el registro de la asistencia; silenciar a los participantes en los momentos que fuera necesario. De esta manera la coordinadora del taller no tenía que distribuir su atención en estas cuestiones también.

Como se mencionó, la plataforma utilizada fue Zoom. Por las redes sociales WhatsApp, Facebook, Instagram y correos electrónicos se realizó la difusión de los talleres.

La frecuencia de los encuentros era semanal, cada uno duraba alrededor de 90 minutos. Se mantuvo el horario de cuando se dictaban de manera presencial, que es la franja de 15 a 17 hs. (hora AR).

Las actividades implementadas fueron adaptadas a la modalidad debiendo probar diferentes alternativas para que resulten accesibles a todos los participantes.

Participaron en total 35 personas mayores. Rango etario: entre 59 y 84 años.

En su mayoría mujeres, pero cabe destacar que han participado 4 hombres y esto fue valorado como positivo por las mujeres al finalizar el taller.

Lugar de procedencia: Salto, Mar del Plata, Chascomús, Ramos Mejía, Punta Alta, Bahía Blanca, Tres Arroyos, Capital Federal y de diferentes barrios de la ciudad de La Plata (Gonnet, Tolosa, Ringuelet, etc.).

Grupo convivencial: Cónyuges, hijos y nietos. Y también personas que viven solas. Se observan modificaciones en el grupo convivencial a partir del ASPO.

Cuadernillos digitales de estimulación cognitiva:

En simultáneo, otra de las estrategias implementadas frente a la interrupción de las actividades presenciales y ante la imposibilidad de acceso tecnológico de un grupo de personas fue la confección de cuadernillos digitales de estimulación cognitiva. En los casos que no tenían acceso a dispositivos para resolver los cuadernillos se entregaron en formato impreso en algunas instituciones y barrios de la ciudad.

El cuadernillo consta de una serie de actividades, con sus respectivas consignas, objetivos a trabajar, un glosario con términos asociados a las funciones cognitivas y un recursero que sirva como fuente de datos, al cual poder consultar toda vez que una situación con un adulto mayor lo amerite.

Es decir que se realizaron actividades virtuales asincrónicas (como los ejercicios publicados en la página de Facebook y en Instagram y los cuadernillos de estimulación cognitiva) y actividades virtuales sincrónicas (los talleres por Zoom).

Resultados

Respecto de las actividades implementadas a través de las redes sociales (Facebook e Instagram):

Con respecto a la Página de Facebook, la interacción entre las actividades propuestas y las personas mayores fue creciendo, hecho que se plasmó en los comentarios por mensaje privado y los realizados públicamente.

En relación con Instagram: hay un crecimiento en el número de seguidores, los cuales se caracterizan por ser de diferentes edades y procedencia. No se produjo intercambio activo entre las tareas y los seguidores.

En una oportunidad una seguidora manifestó que las actividades su abuela las realizaba, pero por el tema tecnológico no participaba en el taller virtual.

Respecto de los talleres virtuales:

Del análisis de la evaluación realizada, enviada por mail y por mensaje privado de Facebook (según la preferencia de cada persona), y lo conversado en diferentes oportunidades durante los encuentros virtuales, se desprenden los siguientes datos:

- Obtuvieron información de los talleres por familiares, recomendación de otros participantes, Facebook.
- La fuente de motivación para participar fue: interactuar con pares, realizar actividades intelectuales, relacionarse con los instrumentos tecnológicos.
- Diferencias con los encuentros presenciales: en lo positivo, poder estar en contacto con otros, jugar desde la casa sin importar los imponderables climáticos, “lo virtual anula distancias e iguala capacidades físicas”. Varias personas no habían participado de talleres de estimulación y manifestaron estar muy satisfechas con la experiencia. Lo negativo: se extraña el poder conversar con otros, antes y después de las clases; el contacto físico.
- Uso de la plataforma Zoom: pocos se encontraban familiarizados con la misma. En la mayoría debieron recurrir a la ayuda de algún familiar (familiares como hijos, nietos, yernos, etc.).
- Realización de otras actividades virtuales: un tercio realiza otras actividades virtuales (idiomas, cursos de alimentación, etc.).
- Valoración de la experiencia: muy positiva, esperaban el día para participar del taller, satisfactoria la experiencia, hincapié en las tareas y el trato de las docentes, muy motivadores los encuentros.
- Características personales implementadas: comunicación, responsabilidad para asistir a los encuentros y realizar las actividades, esmero, actitud, personalidad, paciencia, tolerancia, comunicación, entre otras.
- Contribución a la identidad: realizar actividades manuales, de pensamiento lateral, la muestra de talentos, análisis de noticias, juegos, adivinanzas, etc.
- Consideraciones respecto a la relación de estas actividades con la salud: señalan cómo el ASPO ha afectado a la salud mental de todas las personas por la interrupción de actividades y de contactos sociales. Además, enfatizan la preocupación por la postergación de controles o intervenciones de salud, sobre todo en el grupo etario al que pertenecen, considerado uno de los grupos de riesgo. Y, por último, señalan “cuán importante es tener una actividad placentera, un grupo, un proyecto para mantenerse sano”.
- Con quién compartió el comentario sobre este taller: familiares, amigos.
- Invitación a otra persona mayor a participar: todos manifestaron que siempre comentan el taller e invitan a amigos, familiares o vecinos a que participen. Cuando lo hacen resaltan que se trata de un espacio lúdico, de reflexión, ambiente cálido, y que se realizan actividades que sirven para poner estimular las funciones cognitivas y una motivación en general, a cambiarse, arreglarse, tener un “proyectito”.

Todos los participantes que finalizaron el taller y respondieron la evaluación plantearon el deseo de continuar con el taller.

Emergieron significantes asociados a sentimientos de amistad y empatía con el otro.

Todos los encuentros se llevaron a cabo dentro de un clima de respeto, comunicación ordenada, gestos de compañerismo, reflexión, escucha atenta y sobrevolaba en todo momento el humor, la picardía y la alegría tal como ocurre en los encuentros presenciales.

Respecto de los cuadernillos de estimulación cognitiva:

Las actividades les resultaron beneficiosas e interesantes. Permitieron continuar estimulando las funciones cognitivas cuando no disponían de otro medio para hacerlo.

Discusión y conclusiones:

Ambas modalidades virtuales (sincrónicas y asincrónicas) resultaron exitosas y tuvieron continuidad durante el segundo año de pandemia. Ya con más experiencia, respecto a lo tecnológico, en el 2021 se agregaron talleres de temáticas como: prevención de accidentes en el hogar, preparación para la jubilación, entre otros.

En cuanto a la elaboración de los materiales, las coordinadoras estaban respetando también la medida preventiva adoptada en Argentina; de modo que se planificaban las actividades y los materiales necesarios con reuniones de Zoom previas a cada encuentro y probaban que funcionaran, una especie de prueba piloto de los mismos. Esto incluía, entre otras cuestiones, que el tamaño fuera el correcto para mostrar a través de la pantalla y que fuera accesible para la población en cuestión. La misma prueba se realizaba con las actividades que involucraban sonido. Los materiales eran todos digitales porque como se mencionó ni participantes, ni coordinadoras podían salir de sus domicilios. Este aspecto fue uno de los mayores obstáculos a sortear. En una ocasión se jugó al bingo, previamente se enviaron cartones para que los imprimieran o en su defecto (si no contaban con los medios) los copiaran. Esto requería una mayor anticipación de las actividades. No obstante, no fue un impedimento para continuar con la actividad. Cada logro en cuanto a lo tecnológico era celebrado por ambas partes (coordinadoras y participantes), a su vez era una forma de estimular las funciones cognitivas, el estar conectados utilizando una plataforma, el aprender a enviar un archivo, etc.

Esta modalidad virtual permitió no solo que las personas tuvieran continuidad en la actividad sino además la oportunidad de que se incluyeran de otras localidades, incluso de otras provincias.

Los participantes, a lo largo de dos años de trabajo con esta modalidad, indicaron que les generó motivación y confianza en sí mismos el poder haberlo sostenido de manera virtual. A su vez indicaron que más allá de los contenidos que enriquecieron su conocimiento fue un espacio para el intercambio con pares.

Además, hay que considerar que el tiempo desocupado del que disponen las personas mayores por estar jubiladas es mayor que el que disponen las activas laboralmente. Pozón Lobato (2006) plantea que el tiempo libre es el que queda después de haber cumplido las obligaciones laborales en el periodo de vida productiva. Pero cuando no existe tiempo obligatoriamente ocupado, como es el caso de las personas mayores jubiladas, tampoco existe tiempo libre, por lo que las personas mayores disfrutan de “tiempo desocupado”. En la pandemia este tiempo desocupado no pudo ser utilizado con libertad de acción debido al ASPO y las personas mayores jubiladas debieron poner en marcha una serie de recursos para afrontar la situación conservando su salud.

La noción de salud se presenta con un enfoque integral haciéndose más presente la necesidad de incluir lo mental en la salud. De acuerdo con esta concepción de salud se propone superar el dualismo cartesiano mente-cuerpo adoptando una visión integral: "...no hay ninguna manifestación del proceso de salud que pueda ser no-mental en su etiología, en su evolución y en su desenlace..." (Saforcada y De Lellis, 2006, p. 108).

El apoyo social es señalado como un factor favorecedor para la realización de estas actividades virtuales habida cuenta la ayuda recibida por familiares para la utilización de dispositivos tecnológicos y las redes y/o plataforma Zoom. Este apoyo social es de suma importancia durante todo el ciclo vital, pero en la vejez cobra relevancia ya que por diversos motivos (pérdidas, jubilación, conflictos, etc.), los vínculos pueden verse interrumpidos, situación que se asocia a una disminución del bienestar tanto físico como mental. El poder sostener y/o establecer vínculos aún en pandemia es un factor protector de la salud.

En relación con los resultados obtenidos acordamos con el planteo de Zarebski (2008) sobre la importancia de participar en actividades tales como cursos, talleres, grupos de reflexión y actividades recreativas que se ofrecen en las instituciones. Esto contribuye al intercambio entre pares, que puede prevenir situaciones de aislamiento, falta de estímulos afectivos y cognitivos, entre otras. Es decir, la familia más allá de su importancia, no debiera ser el único grupo de participación social de la persona mayor.

Referencias

- Bravetti, G., Canal, M. y Petriz, G. (2009). *Sujetos envejecentes: nuevos efectos de sentido, nuevas versiones de su historia*. Memorias del Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, 411-412. Facultad de Psicología, UBA.
- Cordero Del Castillo, P. (2006). Situación social de las personas mayores en España. *Humanismo y Trabajo Social*, 5, 161-195.
- Cornachione Larrínaga, M. (2006). *Vejez. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Brujas.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). *Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos*. Trabajo presentado en las IV Jornadas de la AMG: Envejecimiento y Prevención. AMG, Barcelona.
- Iacub, R. (2001). *Proyectar la vida. El desafío de los mayores*. Manantial.
- Lalonde, M. (1996). El concepto de campo de la salud: una perspectiva canadiense. En Organización Panamericana de la Salud, *Promoción de la Salud una antología*. 557, 3-5. Washington: OPS. Recuperado de www.scielosp.org/pdf/resp/v71n3/recension.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación. (2013). Manual de autocuidados. Recuperado de http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/salud_familiar_comunitaria/ManualAutocuidado.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Recuperado de <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>

- Peggy, E. (2001). *Salud y envejecimiento. Un documento para el debate*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría General de Asuntos Sociales Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Petriz, G. (2003). Proceso de envejecimiento: transformaciones en la subjetividad. En *Nuevas dimensiones del envejecer: Teorizaciones desde la práctica*. (pp. 15-31). Programa de Educación Permanente de Adultos Mayores. Secretaría de Extensión Universitaria. Universidad Nacional de La Plata. La Plata.
- Pozón Lobato, E. (2006). Envejecimiento como proyecto de vida. *Sesenta y más*, 249, 66.
- Saforcada, E. y De Lellis, M. (2006). ¿Políticas de salud mental o lo mental en las políticas de salud? En M. De Lellis, M. Alvarez González, J. Rosetto y E. Saforcada. *Psicología y políticas públicas de salud* (pp. 96-123). Paidós.
- Triadó, C., y Villar, F. (1997). Modelos de envejecimiento y percepción de cambios en una muestra de personas mayores. *Anuario de Psicología Facultat de Psicologia Universitat de Barcelona*, 73, 43-55.
- Viguera, V. (2009). *Las alternativas de la autonomía en los adultos mayores*. Trabajo presentado en el 10º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/11/33/99/113399501687886649595390937244812712699>.
- Yuni, J., y Urbano, C. (2005). *Educación de adultos mayores. Teoría, Investigación e Intervenciones*. Brujas.
- Zarebski, G. (2008). *Padre de mis hijos, ¿padre de mis padres?* Paidós.

CAPÍTULO 8

Proyecto de Extensión desde la perspectiva de la psicología comunitaria con familias y trabajadores de la Casa del Niño “Arcoíris” de Villa Elisa y estudiantes de la cátedra de Psicología Preventiva de la Facultad de Psicología, UNLP

Fanny Suasnábar

Introducción

El presente capítulo tiene como objetivo socializar una experiencia de extensión realizada con estudiantes de 4° y 5° año de la Facultad de Psicología con la ONG “Casa del Niño Arcoíris” de Villa Elisa, donde concurren infancias y adolescencias pertenecientes al barrio “La Fortaleza” y “El Progreso” de la mencionada localidad.

Nuestro proyecto tiene como propósito fortalecer y mejorar la salud y la calidad de vida de las infancias y adolescencias que asisten a la institución. Desde nuestra perspectiva nos posicionamos partiendo de una concepción de Salud Integral Comunitaria, que toma como estrategia la promoción de la salud, entendiendo a la misma como los procesos que favorecen el control de los individuos y los grupos sobre las variables que condicionan su propia salud (OMS, 1986). A su vez, pensamos que las propuestas de intervención en territorio deben pensarse desde la perspectiva de la Investigación Acción Participativa (Balcázar, 2003), entendida como “un proceso por el cual miembros de una comunidad oprimida, recogen y analizan información y actúan sobre los problemas con el propósito de encontrar soluciones y promover una transformación política y social” (Selener, 1997: 17).

En vinculación con el concepto de Salud Comunitaria, recuperamos también el de Psicología Comunitaria, definiéndola como una intervención social comunitaria que hace referencia a procesos intencionales de cambio –mediante mecanismos participativos tendientes al desarrollo de recursos de la población, al desarrollo de organizaciones comunitarias autónomas y a la modificación de las representaciones de su rol en la sociedad– y al valor de sus propias acciones para ser activos en la modificación de aquellas condiciones que las marginan y excluyen (Chinkes et al., 1995).

Nuestro proyecto de extensión surge a partir de pensar estrategias de promoción de la salud tomando como destinatarios a las infancias y adolescencias que concurren a la Casa del Niño. En relación a las principales problemáticas detectadas, cabe mencionar que en los últimos dos años y partir del trabajo diario que se realiza desde la institución, se ha identificado un alto porcentaje de familias que vienen transitando situaciones de violencia, así como también una reproducción de estos episodios entre los grupos de las infancias y adolescentes, quienes repiten estereotipos y mandatos de género que no les permite integrarse saludablemente a la sociedad. Las infancias se relacionan desde lugares asignados, sin elección de los mismos y no encuentran en sus hogares formas diferentes de habitar vínculos sanos. Las situaciones de violencia que se dan al interior del grupo familiar no solo afectan a las infancias que allí habitan, sino que, en varias situaciones, también son silenciados los maltratos que padecen las personas adultas mayores, miembros de esas familias.

Es importante señalar que dichas situaciones se han ido agravando en el contexto de la pandemia de Covid-19, que tiene un alto impacto en toda la comunidad y particularmente en los grupos más vulnerables. Es por ello que se considera relevante, la recuperación y fortalecimiento de vínculos saludables para poder hablar y generar salud. Espacios donde la capacidad de escucha y empatía con el padecimiento del otro sean herramientas claves para iniciar un proceso de cuidado.

Es por ello que pensamos a la Facultad de Psicología como un actor más en la comunidad, que tiene como principal objetivo, desde el espacio de la extensión formar futuros profesionales desde el paradigma de la psicología comunitaria comprometidos con la realidad de los sectores más vulnerables.

Promoviendo acciones para una Salud integral Comunitaria

Estamos convencidos que para llevar a cabo una propuesta que promueva la Salud Integral Comunitaria es prioritario pensarla desde un enfoque que apunta a la intervención comunitaria, con una fuerte articulación intersectorial. Ya que entendemos que esta forma parte importante de una respuesta organizada (Castell Florit-Serrate, 2004), que va más allá del sector salud, tales como: educación, justicia, trabajo, etc. que pueden ser decisivos a fin de dar respuesta a los problemas que tienen que ver con la salud integral, como con sus determinantes sociales.

Otro elemento que tomaremos como concepto clave para la intervención comunitaria es el de redes sociales, las cuales la entendemos siguiendo a Rovere “...como una forma de interacción social, son espacios de convivencia y conectividad, se definen principalmente por generar un intercambio dinámico entre quienes conforman la red, que tienen por característica, ser sistemas abiertos y horizontales” (Rovere, 1999, p. 25). Entendemos a la red como una forma de organización social que permite potenciar los recursos y contribuir a resolver un problema real. Según

el autor, tiene por principal objetivo la construcción de vínculos para la resolución de problemas y la satisfacción de necesidades.

Cuando hablamos de Psicología Comunitaria, uno de los conceptos destacados es el de participación. Seguimos a Stringer (1977) en el concepto de participación, quien la define en tres versiones: “tener parte: algo que pertenece al grupo; tomar parte en algo con otros y ser parte de algo” (Sánchez, E., 2000, p. 3), es en esta última que nosotros apuntamos a promover que la comunidad se involucre en las problemáticas que la afectan. Entendemos a la salud desde una perspectiva integral, donde se refuerza la importancia de la calidad de vida de los sujetos ligada a la salud, la justicia y la ética. Retomando los aportes de Saforcada (2001), nos parece importante mencionar el concepto de salud positiva, que apunta a generar procesos de protección y promoción de la salud. Es por ello que, cuando hablamos de salud, pensamos en la participación comunitaria como eje para “determinar las prioridades en salud y que la atención de lo priorizado se canalice en categorías colectivas de análisis y de acción: familia, redes sociales, vecindarios, etc.” (2001, p. 49).

Por otro lado y en sintonía con los que venimos desarrollando, consideramos relevante mencionar la Ley Nacional de Salud Mental N°26657, que proclama los derechos humanos. Aun así, muchas personas no logran acceder a los servicios de salud por diversos factores (económicos, sociales, culturales, políticos, entre otros) que inciden en el proceso de salud/enfermedad/ cuidado. Sabemos por los datos epidemiológicos, que los sectores más afectados se corresponden con las comunidades más empobrecidas. Desde el presente enfoque consideramos prioritario trabajar desde la formación de grado en los distintos ámbitos académicos, contenidos teóricos y metodológicos que apunten a introducir a los estudiantes en dispositivos de abordajes que promuevan “el derecho a no enfermar” (Saforcada, 2010, p. 101) a fin de promover y fortalecer el trabajo barrial que apunte a la participación real de la comunidad, a fin de identificar los problemas de salud y generar estrategias que mejoren las condiciones de vida, utilizando menos recursos para atender enfermedades que son evitables.

Desde nuestro proyecto, apuntamos a generar espacios de participación de todos los sectores y actores barriales a fin de dar viabilidad a las intervenciones, convocando a un trabajo conjunto a los diferentes actores y referentes territoriales, tales como: equipos de salud, docentes y directivos de Escuelas y Jardines donde concurren los niños de asistencia a la casita, referentes de los servicios locales, organizaciones barriales, etc.

La participación comunitaria como eje central del proyecto de extensión

Nuestro proyecto plantea el trabajo colaborativo con la Casa del Niño para promover y fortalecer la capacidad organizativa, participativa y de trabajo en red que ya se viene llevando adelante, sumando acciones destinadas a los distintos grupos de edades que asisten a la casita.

Desde nuestra perspectiva, entendemos que la atención y el cuidado de la salud implica una corresponsabilidad entre el Estado y la comunidad donde cada uno de estos actores de acuerdo a su nivel de toma de decisiones puede y debe aportar al bienestar general. Este proyecto promueve un trabajo de empoderamiento comunitario que tiende a fortalecer la capacidad organizativa y de trabajo en red, al tiempo que acompaña a los participantes en la toma de decisión oportuna en términos de cuidados y atención de las enfermedades prevenibles.

La Casa del Niño cuenta con un equipo de trabajo conformado por mujeres y madres pertenecientes a la comunidad barrial, ellas se encuentran brindando diferentes tareas de cuidado, es por ello que desde el equipo de extensionistas hemos trabajado fuertemente en incluir a las mujeres trabajadoras de la institución en los diferentes momentos de la planificación de las actividades que se implementaron en los distintos grupos destinatarios del proyecto. Consideramos esencial incluir los diferentes saberes que posee la comunidad a fin de enriquecer y potenciar las capacidades de cada integrante del equipo de trabajo.

Asimismo, desde nuestra perspectiva, consideramos importante sumar la especificidad de nuestra profesión, que es la de acompañar a quienes están atravesando una situación de angustia, de violencia y/o de carencia. Este proceso, que inicia con el acompañamiento, tiende a transformarse en un proceso de construcción que permite pensar y actuar con otros, generando estrategias de empoderamiento y de participación para el cuidado de la comunidad. Los espacios lúdicos y recreativos son algunas de las líneas de trabajo de la Casa del Niño; de esta forma, el juego y la recreación constituyen estrategias privilegiadas para comprender la importancia de la prevención y promoción de la salud en particular en los grupos de infancia y adolescencia.

En aquellos contextos en los cuales los sujetos tienen derechos vulnerados, como es el caso de las infancias, adolescencias y familias que viven en el barrio La Fortaleza y El Progreso, se observa un gran déficit en la implementación de las políticas públicas, entendiendo a las mismas como: “un conjunto de objetivos, decisiones y acciones que se llevan a cabo para solucionar problemas” (Sandomirsky, 2010) y que tiene como principal actor al Estado que, en ocasiones, “efectiviza e implementa en el sentido de omisión o inacción sobre una problemática particular” (2010, p. 77). Es por ello que un determinado grupo social se considera excluido cuando no se le permite participar de algunas relaciones del proceso social que considera valioso. En el caso particular de la comunidad barrial donde está inserto nuestro proyecto se observan graves dificultades en algunos grupos de infancias, adolescentes y adultos para acceder a los servicios de salud, al sistema escolar, al trabajo formal, etc.

Es por ello que teniendo en cuenta la complejidad de las problemáticas que atraviesa la comunidad, consideramos importante implementar un proyecto de salud integral que fortalezca la participación de la comunidad y de diferentes actores sociales que comparten el territorio y perciben, desde diferentes perspectivas, las problemáticas que afectan a la comunidad.

Desde nuestra perspectiva, entendemos a la Universidad como parte del Estado, es un organismo que tiene como principal objetivo formar profesionales comprometidos con la realidad socio-sanitaria, y en el caso particular de la Facultad de Psicología, siguiendo a Saforcada, nos

posicionamos desde un “paradigma social expansivo” (Saforcada, 2010, p. 31) donde creemos importante fortalecer a los futuros psicólogos para que trabajen desde dispositivos comunitarios que apunten a la salud integral comunitaria; pensando a la comunidad como la real protagonista en la detección de las problemáticas de salud, como así también de implementar acciones para dar respuesta a los problemas identificados, con el acompañamiento de los profesionales de la salud y de otros profesionales; como así también con actores institucionales y /o de organizaciones no gubernamentales.

Desde el lugar de la formación profesional consideramos pertinente generar espacios de reflexión crítica sobre el lugar del psicólogo, revisando la posición de poder y la centralidad de los saberes académicos, donde generalmente se tiende a desvalorizar los saberes populares que tienen las comunidades. Como trabajadores del campo de la salud, debemos comprender y aprender de otras culturas y construir un conocimiento superador intercultural. Entendemos que se trata de “...construir un intercambio donde el otro pueda expresarse con todos sus saberes, y a partir de sus demandas trabajar en conjunto, donde el saber técnico esté al servicio de las necesidades comunitarias” (Petit, 2015, p. 296). Esto implica un conocimiento mutuo y el establecimiento de un vínculo de equivalentes, sin desigualdad, lo que conlleva a pensar la ‘cuestión intercultural’ junto con cuestiones de poder.

Breve descripción del proyecto de extensión

Desde la cátedra de Psicología Preventiva se vienen implementando proyectos de extensión que tienden a fortalecer el trabajo territorial con grupos vulnerables, en particular con las infancias y las adolescencias. En relación a ello, es importante mencionar en términos de antecedentes el proyecto de extensión “Salud en Territorio” (Facultad de Psicología, UNLP, 2018), que se ha llevado a cabo en el barrio de Altos de San Lorenzo. El mismo se enmarca en la concepción de salud comunitaria como aquella en la que las propias comunidades establecen sus necesidades en materia de cuidados, prevención y asistencia no solo para sí sino para el territorio que habitan y donde transitan su vida cotidiana.

En lo que respecta a la Casa del Niño, es una institución referente en la comunidad barrial, dicha institución cuenta con un espacio de integración comunitaria donde se realizan diversas actividades. La Casa del Niño nace en 1987 en medio de un barrio urbano marginal. Su objetivo fundamental está ligado a ejercer tareas de cuidado, acompañando al sostenimiento y desarrollo de las familias de esa comunidad, recibiendo a los grupos de infancias y adolescentes de la zona. Su principal objetivo es contener, estimular y brindar alimentos a los miembros más pequeños de la comunidad y a sus familias, los cuales en su mayoría se encuentran atravesando situaciones de vulnerabilidad social.

Es por ello que se consideran relevante la recuperación y el fortalecimiento de vínculos saludables para poder hablar y generar salud. Espacios donde la capacidad de escucha y empatía con el padecimiento del otro son herramientas claves para iniciar un proceso de cuidado. Las respuestas

a esta situación no son unilaterales, sino que el compromiso es de todos aquellos que trabajamos en la Casa del Niño. En este sentido, desde la Cátedra de Psicología Preventiva nos posicionamos como un actor más de la comunidad que tiende a fortalecer la salud colectiva aportando herramientas y técnicas que permitan la constitución de espacios salutógenos que puedan constituirse en un dispositivo de acompañamiento y cuidado para la comunidad de estos barrios.

El cuidar se aprende cuando se comparten tareas, responsabilidades y momentos de alegría individual y colectiva. Todos merecemos ser cuidados cuando estamos atravesando situaciones de padecimiento. En este sentido, desde el presente proyecto se realizaron actividades lúdicas y recreativas donde se promovieron los lazos intergeneracionales que incluyeron la participación de niños, niñas, adolescentes, madres, padres, abuelos y abuelas de los chicos que asisten a la casita. Por otra parte, es sabido que la promoción de los vínculos padres-hijos, abuelos-nietos suele representar un aspecto positivo para ambos extremos de la cadena generacional.

Por otro lado, nos parece importante explicitar una de las líneas de trabajo de nuestro proyecto que promueve un espacio de articulación entre arte y salud comunitaria, partimos de una dimensión intersubjetiva y de la dimensión social del arte. Siguiendo a Isla (2022), tomamos el arte desde una mirada colectiva capaz de transformar las condiciones de vida de las personas y comunidades. En este sentido, la autora expresa la importancia de “comprender el arte en todas sus manifestaciones como una expresión propia del ser humano, una capacidad y una posibilidad de expresar-nos, comunicar-nos, encontrar-nos y transformar-nos” (Isla; 2022, p. 26).

Creemos que, ante el avasallamiento constante del individualismo y el aislamiento, es importante rescatar al arte colectivo como posible transformador de los lazos y de las realidades. Por ende, es fundamental la participación comunitaria y la constitución de lazos solidarios que se constituyen en indicadores de Salud Mental Comunitaria. Es por ello que entendemos al arte como una herramienta poderosa que promueve la salud, permitiendo que los individuos y sus comunidades puedan reelaborar situaciones conflictivas con el fin de promover escenarios más saludables. Lo esencial en este sentido, es poder construir relaciones simétricas que favorezcan la creación de condiciones de equidad.

A fin de caracterizar los principales objetivos de nuestro proyecto los detallamos a continuación:

Objetivo general

Promover el cuidado de la salud desde una perspectiva de salud integral, favoreciendo el desarrollo de competencias para la detección temprana de problemáticas psicosociales en infancias, adolescentes, jóvenes, y personas adultas a partir de situaciones educativas no formales de carácter colectivo en la Casa del Niño Arcoíris de Villa Elisa durante el período 2022-2024.

Objetivos específicos

- Construir una aproximación diagnóstica de las causas de los principales problemas de salud prevenibles y específicas presentes en los grupos destinatarios
- Desarrollar acciones de capacitación sobre salud integral y derecho a la salud en los grupos destinatarios
- Diseñar estrategias de intervención artísticas, lúdicas y deportivas que promuevan la construcción de vínculos saludables entre los diferentes grupos que asisten a la institución
- Propiciar la construcción de jornadas de recreación barrial que promuevan la participación de la comunidad barrial
- Formar estudiantes y profesionales en extensión desde la perspectiva de la psicología comunitaria.

Destinatarios directos:

Familias, adolescentes e infancias que concurren a la Casa del Niño, como así también a las mujeres que trabajan en la institución. Estudiantes y graduados de la Facultad de Psicología, UNLP.

Destinatarios indirectos:

Vecinos y vecinas de la comunidad de los barrios La Fortaleza y El Progreso de Villa Elisa.

Estrategias de intervención:

Para operativizar los objetivos específicos planteados en nuestro proyecto se implementaron diferentes dispositivos de intervención que tendían a generar una amplia gama de espacios de participación por y para la comunidad.

A continuación se detallan algunas de las actividades realizadas:

- Reuniones con los referentes institucionales a fin de elaborar un diagnóstico de las necesidades de la población, acordar estrategias de trabajo y definir los diferentes espacios de participación para los destinatarios de las actividades.
- Jornadas de promoción y prevención de salud en pediatría y ginecología en forma conjunta con profesionales de APS.

- Talleres lúdicos y recreativos con las infancias y adolescentes abordando diferentes temáticas: vínculos saludables, respeto por la diversidad y singularidad, reconocimiento y expresión de las emociones, normas de convivencia, etc.
- Espacio de consejería con adolescentes sobre noviazgos no violentos y otras problemáticas propuestas por los destinatarios.
- Kermesse abierta a la comunidad barrial, organizada por los estudiantes de psicología miembros del proyecto de extensión conjuntamente con las mujeres trabajadoras de la casita donde se realizaron diferentes actividades lúdicas y recreativas para toda la familia y las mujeres trabajadoras de la institución, algunas de ellas fueron: bingo, jardinería, carrera de embolsados, armado de pulseras con mostacillas y feria de ropa.
- Espacio de capacitación a los estudiantes y graduados de Psicología en planificación de talleres y actividades desde la perspectiva comunitaria, destacando la importancia del conocimiento teórico y metodológico de la planificación estratégica situacional.

Resultados

En el lapso de un año y medio de trabajo hemos logrado los siguientes resultados:

- Se lograron realizar el 80% de los talleres planificados en los espacios del turno tarde y turno mañana con los niños y adolescentes que asisten a la institución. Con una participación del 100% de los destinatarios.
- Se logró un 80% de trabajo articulado entre los estudiantes extensionistas y las mujeres trabajadoras de la casita, participando en la planificación, implementación y evaluación de los talleres
- Se logró participar del 100 % de las actividades planificadas (Festejos del día de Niño, Cierre de Fin de Año y una jornada de Cine Debate) conjuntamente con otras instituciones tales como: Escuela de Adultos y el FINES que funciona en la casita, el Proyecto de extensión Buena Mandarina de la Facultad de Artes, Proyecto de extensión de huerta y jardinería de la Facultad de Trabajo Social, etc.
- Se logró formar y capacitar al 60% de los estudiantes convocados al proyecto de extensión. Cabe mencionar que una de las dificultades identificadas ha sido que algunos estudiantes tienen una representación equivocada del rol del psicólogo en la comunidad y muchas veces la realidad que se vive en el barrio se torna muy difícil de procesar y comprender para los estudiantes.

Cabe mencionar que la instancia de evaluación la hemos desarrollado a lo largo del proceso de la implementación del proyecto, entendiendo a la misma como: “una instancia participativa multiactoral y multidisciplinar, que hace posible tomar en cuenta las diferentes perspectivas sobre los problemas, los acontecimientos y sus consecuencias” (Nirenberg, 2006, p. 160).

Reflexiones finales

A modo de conclusión consideramos relevante hacer una breve mención sobre la importancia de fortalecer los procesos de la participación comunitaria, ya que les permite a los sujetos de una comunidad ejercer diferentes grados de control sobre el medio ambiente (Montero, 2003). Es importante pensar en las problemáticas psicosociales que atraviesan las comunidades y el lugar de la Psicología Comunitaria, donde se privilegie la participación de los distintos actores sociales que integran una comunidad para definir sus problemas, implementar estrategias de intervención y evaluar las acciones y la viabilidad del proyecto a fin de dar respuesta a sus problemáticas.

Entendemos, entonces, a la universidad como un actor central en la formación de profesionales cuyas competencias les permitan participar de equipos interdisciplinarios e intersectoriales; una formación en función de la cual el futuro psicólogo logre intervenir –conjuntamente con y para la comunidad–, en la formulación y ejecución de programas y proyectos que apunten a la promoción de la salud, entendiendo a la misma como una estrategia social, política y cultural. En otras palabras, consideramos prioritario formar psicólogos posicionados desde un paradigma social expansivo (Saforcada, 2010), para el cual su objeto de intervención sea la salud entendida en un plano colectivo y su accionar se ubique en el campo psicosocial; es decir, en el marco de interacciones sociales.

En relación a nuestro proyecto de extensión, se vienen implementando acciones desde una perspectiva colaborativa entre la Facultad y el territorio, trabajando articuladamente con instituciones que están comprometidas con la comunidad, es uno de los objetivos de la extensión universitaria en procura de deconstruir mandatos en términos de qué es la salud y quiénes deben atenderla para construir saberes colectivos que respeten la cultura y prácticas que en materia de cuidado y atención tienen los colectivos. Construir saberes en el marco de los derechos y desde la perspectiva de género nos acerca al concepto de salud integral y a la categoría de determinación social de la salud como elementos clave a la hora de pensar estrategias y dispositivos de prevención y promoción de la salud viables teniendo en cuenta la particularidad del territorio. Siguiendo los lineamientos de Montero (1994), entendemos que los psicólogos no establecen jerarquías en base a los conocimientos propios y desconocimiento de los otros, sino que, si bien es real la existencia de saberes específicos, actúan desde una posición de “profesionales descalzos”, con esto refiere a que se considera que las comunidades poseen un saber igual de valioso que los profesionales, y que entre ambos conocimientos se va a poder conseguir una mirada muy enriquecedora.

Es por ello que entendemos a la atención y cuidado de la salud como acciones que implican una corresponsabilidad entre el Estado y la comunidad donde cada uno de estos actores de acuerdo a su nivel de toma de decisiones puede y debe aportar al bienestar general. Todos los que conformamos este equipo de trabajo (mujeres trabajadoras de la casita, familias del barrio y extensionistas), hemos iniciado un proceso de empoderamiento comunitario que promueve y

fortalece la capacidad organizativa y de trabajo en red, al tiempo que empodera a los participantes en la toma de decisión oportuna en términos de cuidados y atención de la salud desde una perspectiva integral.

Referencias

- Balcázar, F. (2003). Investigación Acción Participativa en Psicología Comunitaria. Principios y retos, en: *Apuntes de Psicología*, Vol 21 Número 3 pp 419 a 435.
- Castell Florit -Serrate, P (2004) Intersectorialidad. Conceptualización. Panorama internacional y de Cuba, en: *Horizonte Sanitario*. Vol 2 Número 3.
- Chinkes, S., Lapalma, A. y Nicemboim, E. (1995). "Psicología Comunitaria en la Argentina. Reconstrucción de una práctica psicosocial en Argentina ". En *Psicología Social Comunitaria. Contribuciones Latinoamericanas*. (Wiesenfeld E. Sánchez, E, compiladores). Facultad de Humanidades. Editorial Tripykos.
- Isla, C. (2022). Arte y salud comunitaria. En Isla, C. y Muñoz Rodríguez, M. (Comps.). *Intervención en salud comunitaria. Relatoría de experiencias*. Ediciones Nuevos Tiempos.
- Montero, M. (1994). Entre el asistencialismo y la autogestión: la Psicología Comunitaria en la encrucijada. En Conferencia dictada en el "Encuentro Universitario de Psicología", Rosario (Argentina) 16 al 18 de septiembre de 1993. (pp. 7-20).
- Montero, M. (2003). El fortalecimiento de la comunidad. Capítulo 2. En *Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria. La tensión entre la comunidad y la sociedad*. Paidós.
- Nirenberg, O. (2006). La evaluación: aportes para la racionalidad, la transparencia y el empoderamiento. Capítulo 5. En *Participación de adolescentes en proyectos sociales. Aportes conceptuales y pautas para su evaluación*. Paidós.
- OMS (1986). Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
- Petit, L., Ceriani, V., Barbosa, J. y Simoes, B. (2015). Psicología Rural y Pueblos Originarios. En Landini, F. (Editor). *Hacia una Psicología Rural Latinoamericana*. CLACSO y Universidad de la Cuenca del Plata. Capítulo 15, página 293 a 306.
- Rovere, M. (1999). Redes en Salud. Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Instituto de la Salud "Dr Juan A Lazarte". Secretaria de Salud Pública, Asociación Médica de Rosario, Universidad Nacional de Rosario.
- Saforcada, E. (2010). Salud Pública; perspectiva holística, psicología y paradigmas. En *Psicología y Salud Pública, Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Saforcada,E; De Lellis, M y Mozobancyk, S. Paidós.
- Saforcada, E. (2001). *El Factor Humano en la Salud Pública*. Proa XXI.
- Sánchez, E. (2000). "Todos con la "Esperanza". Continuidad de la participación comunitaria. CEPFHE, Universidad Central de Venezuela. Caracas, 31-40.

- Sandomirsky, M. (2010). De las políticas públicas a la construcción del sujeto de las políticas Cap 4. En *Psicología y Salud Pública, Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Saforcada, E; De Lellis, M. y Mozobancyk, S. Paidós.
- Selener, D. (1997). *Participatory action research and social change*. Cornell University, Participatory Action Research Network.
- Stringer, P. (1977). Participating in personal Construct Theory. En D. Bannister (coord), *New perspective in Personal Construct Theory*. Academic Press.

CAPÍTULO 9

Salud Mental y catástrofes socio-naturales

Mabel Cristina Tejo

El acontecer de una catástrofe en el seno de una comunidad atraviesa de modo disruptivo distintos aspectos fundamentales del sujeto y de sus grupos de pertenencia y referencia, afectando múltiples dimensiones: económicas, sociales, vinculares, colapsando generalmente la capacidad de respuesta de las instituciones y la comunidad. La forma en que se piensan estos planos determina las prácticas posibles de ser puestas en juego. En este sentido es necesario señalar algunas referencias conceptuales para el abordaje de las catástrofes socio-naturales.

En primer lugar, es importante definir tal como lo enuncia el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia Buenos Aires (1989), cómo entendemos al sujeto de nuestra práctica:

...una persona concreta que estructura singularmente su experiencia, como un sujeto a la vez producido y productor de su medio social, multideterminado por una trama de vínculos significativos internos y externos, expresados y representados a través de dinamismos grupales emergente en un contexto histórico que lo enmarca y delimita; portador de una ideología; inscripto en una cultura, inmerso en sus circunstancias socioeconómicas y políticas, y tendiendo a organizarse como una totalidad y unidad en el nivel de integración. (Introducción).

En relación a la responsabilidad en la práctica profesional en situaciones de emergencia, el Código de Ética expresa:

Frente a accidentes o situaciones de emergencia social, el psicólogo está obligado a prestar su asistencia y cooperar con los organismos sanitarios. Colaborará personalmente o por intermedio del Colegio de Psicólogos con los poderes públicos en la prevención, protección y mejoramiento de la salud psíquica de la población con los medios teórico-técnicos a su alcance. Tal colaboración es obligatoria sólo bajo la plena vigencia del estado de derecho. (Cap II, artículo 5).

Es importante especificar qué entendemos por catástrofes socio-naturales. La noción de desastres naturales es engañosa ya que no permite diferenciar el evento natural (terremoto, inundación, tornados) del desastre humano y social que puede llegar a producirse a partir del mismo. Las catástrofes se consideran como fenómenos socio-naturales porque se tiene en cuenta el carácter humano y social de dichos acontecimientos. Aunque hay fenómenos naturales, como por ejemplo las lluvias o un sismo, seguramente hubo decisiones y acciones humanas que

influyeron en sus consecuencias, por ej. la falta de obras hidráulicas adecuadas para prevenir inundaciones o la falta de viviendas antisísmicas.

Desde hace años, ya no son consideradas la causa principal de las catástrofes las fuerzas de la naturaleza, sino más bien:

Tres parecen ser las causas fundamentales que dominan los procesos de desastre en el mundo en desarrollo, que es, precisamente, donde su incidencia es mayor: la vulnerabilidad humana, resultante de la pobreza y la desigualdad; la degradación ambiental resultante del abuso de las tierras y el rápido crecimiento demográfico, especialmente entre los pobres. (Wijkman y Timberlake, 1984: 31)

El riesgo al que está expuesta una comunidad es el producto de una ecuación en la que intervienen el grado y tipo de amenazas y la vulnerabilidad de las poblaciones amenazadas, hay posibilidades de prevención de daños, si existe la voluntad política y social de hacerlo. Podríamos recurrir a los mapas de riesgo e implementar estrategias de prevención, aún antes de que exista amenaza.

Las catástrofes son eventos disruptivos que afectan múltiples aspectos de la vida humana. Uno de ellos es la salud mental de las personas. En el Capítulo II, artículo 3, de la Ley Nacional N° 26.657 (2010) se establece que la salud mental es reconocida en su determinación social como un “proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de las personas”

Un evento se consolida como disruptivo cuando tiene la capacidad de irrumpir en el psiquismo y provocar reacciones que alteran la capacidad de integración y de elaboración de las personas. Hay condiciones que incrementan la magnitud de un evento disruptivo; cuando es inesperado, cuando interrumpe y/o destruye nuestra cotidianidad, cuando amenaza la integridad física propia y/o de otros. Se caracterizan por tener un impacto que sobrepasa la capacidad de respuesta personal, institucional y comunitaria, produciendo desestructuración y ruptura del tejido social e impidiendo a la población afectada continuar funcionando como hasta el momento. Es esta ruptura del tejido social la que nos convoca específicamente como psicólogos/as a intervenir, junto a equipos interdisciplinarios y con otros actores institucionales y sociales, en la reconstrucción de los lazos sociales fragmentados, trabajando fundamentalmente con los grupos afectados en los intersticios de la subjetividad. De acuerdo al momento histórico-social en el que se encuentra una sociedad construirá distintas formas de respuesta frente a una determinada catástrofe. En este sentido, el/la profesional de la salud, en tanto actor social privilegiado, tiene una responsabilidad significativa a la hora de aportar herramientas y brindar una respuesta a las comunidades que lo requieran, y por otro lado contribuir al fortalecimiento de la autonomía comunitaria como una estrategia de transformación de la realidad. Es importante entender a los sujetos como parte del entramado socio-comunitario. En este sentido, la salud mental se construye en torno a la

persona a partir de sus vínculos y en sus contextos, fortaleciendo los lazos sociales, las prácticas de cuidados y la intervención de las instituciones que actúan en los diferentes territorios.

Que los eventos acaecidos sean o no traumáticos dependerá de las capacidades de los sujetos afectados, de sus historias de vida, de la intensidad de los eventos y de la posibilidad de elaboración colectiva. Es importante resaltar que estos hechos provocan diferentes reacciones psicológicas (miedo, desazón, alteraciones psicosomáticas, etc.) que representan respuestas normales ante una situación de anormalidad. Desde una perspectiva prioritariamente asistencialista en las intervenciones, generalmente se considera a los afectados como víctimas, como sujetos pasivos que solamente reciben ayuda, Benyakar (2003) plantea que se los considere damnificados, entendiéndolos como sujetos activos con dignidad.

Aunque a veces es difícil categorizar estos fenómenos, muchos autores consideran que es importante tener en cuenta los siguientes factores: las características propias del evento, el impacto sobre las poblaciones y/o el medio, las interacciones entre el evento y el impacto, el grado de urgencia de las actividades asistenciales, la organización comunitaria. Es importante remarcar que cuando existe organización social y comunitaria las consecuencias de una catástrofe son menores.

El Plan Nacional de Salud Mental de la Nación (2023-2027), plantea “promover la inclusión de estrategias de Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS) en la gestión integral de la reducción del riesgo y del impacto de situaciones de emergencias y desastres, fortaleciendo los procesos de construcción comunitaria”. Hace referencia a la importancia de tener una respuesta organizada de todos los actores y sectores. El diseño y difusión de recomendaciones y protocolos que aseguren una respuesta adecuada de salud mental dirigida a las poblaciones afectadas. Hace referencia a la actualización de conocimientos e intercambios de prácticas consistentes con el marco normativo sobre salud mental y apoyo psicosocial frente a emergencias y desastres. Plantea desarrollar estrategias para que salud mental y apoyo psicosocial estén disponibles en todas las etapas y lugares de la catástrofe. Implementar acciones –directas e indirectas– para la protección de la salud mental de grupos en situación de mayor vulnerabilidad antes, durante y luego del evento. Fortalecer las redes locales intersectoriales de respuesta antes, durante y después de la emergencia. Impulsar acciones de abordaje territorial en conjunto con actores locales y comunitarios antes, durante y después del evento. Promover la organización y gestión local de redes de respuesta que incluyan el componente de salud mental en situaciones de emergencias y desastres. Promover el cuidado y autocuidado de la salud mental de trabajadores y trabajadoras de la salud y primeras líneas de intervención antes, durante y después de la catástrofe.

En la política pública de gestión integral de riesgo de desastres, del Ministerio de Seguridad de la Nación (2022) se plantea la construcción de un modelo de respuesta a situaciones de emergencia psicosocial que contemple, gestión integral/local del riesgo, la participación comunitaria y la salud mental comunitaria.

Al pensar en cómo intervenir en una catástrofe tenemos que tener en cuenta: responder de manera inmediata y lo más cercano al lugar del evento, siempre que estemos trabajando en

lugares seguros. Contener a los damnificados en el contexto comunitario. Generar acompañamiento grupal. Priorizar la atención de niñas, niños y jóvenes, con la escuela como continente, así como también el trabajo con adultos mayores por ser ambos grupos los de mayor vulnerabilidad. Generar actividades relacionadas con la situación para grupos comunitarios. Volver a la “normalidad” en cuanto se pueda. Descentralizar los servicios. Identificar los problemas psicosociales locales para diseñar las estrategias a implementar. Trabajar en equipos interdisciplinarios.

El rol del Psicólogo/a en la inundación de la ciudad de La Plata del año 2013

Este apartado tiene como objetivo relatar la experiencia de intervención por parte del colectivo profesional y estudiantes de Psicología en el marco de la inundación que afectó a la ciudad de La Plata, donde llovieron 392 milímetros en menos de cuatro horas, con un saldo oficial de 89 muertos. La intervención surge al día siguiente de la gran lluvia, en articulación conjunta del Colegio de Psicólogos, Distrito XI y el Programa de Intervención en Catástrofes Socio-naturales, inscripto en la Secretaría de Extensión de la Facultad de Psicología de la UNLP, apelando a la responsabilidad que compete a los/as psicólogos/as como profesionales de la salud ante situaciones de catástrofe, prevista en el artículo 5 del Código de Ética. Se convocaron a colegas de la ciudad a fin de conformar equipos de asistencia y orientación a la comunidad afectada. Asistieron solidariamente alrededor de 150 colegas y también se incorporaron numerosos estudiantes de Psicología, se organizaron 40 equipos de trabajo que se hicieron presentes en centros de evacuados, parroquias, centros de fomento, comedores comunitarios, escuelas y territorio en general. Se planificaron las acciones a desarrollar por los equipos y se realizaron supervisiones diarias de los mismos. Al mismo tiempo, se realizaron articulaciones con diferentes instituciones con el objetivo de coordinar acciones y de evitar superposiciones. Se articuló el trabajo con los hospitales móviles, carpas sanitarias y otros programas del Ministerio de Salud Provincial (Subsecretaría de Salud Mental y Asistencia a las Adicciones y la Secretaría de Asistencia a las Adicciones-SADA) y Nacional (Dirección Nacional de Emergencia Sanitaria- DINESA).

En virtud de lo solicitado por el Ministerio de Salud provincial los días sábado y domingo organizamos la cobertura de salud mental de los hospitales móviles y las carpas sanitarias en las zonas afectadas convocando para ello 20 colegas residentes de Psicología que en dos turnos diarios brindaron esa respuesta. La experiencia incluyó el recorrido del territorio inundado por parte de los equipos, para brindar apoyo y contención a las personas afectadas. También se realizaron acciones específicas en escuelas, clubes y otras instancias de la comunidad que solicitaron asistencia directa. Se han realizado en algunas zonas, visitas casa por casa, sobre todo en el casco urbano. Además, se inició desde la Facultad de Psicología y el Colegio de Psicólogos de La Plata una campaña comunitaria solicitando donaciones de juguetes, artículos de librería y

material didáctico para trabajar con la población infantil, para lo cual se enviaron cadenas de mails y un comunicado al diario “El DIA” de la ciudad de La Plata.

Se pensaron estrategias dirigidas a niños y niñas, como así también a adultos mayores, entendiendo que estas poblacionales resultan las más vulnerables. Se relevó la necesidad de trabajar con vecinos y vecinas que no han acudido a los centros de evacuados, y que han expresado la importancia de recibir contención psicológica y acompañamiento a sus familiares. La modalidad de intervención en los distintos centros e instituciones consistió en un abordaje grupal favoreciendo la expresión de los afectados, realizando en principio indagaciones y observaciones para posteriormente intervenir desde un abordaje psicosocial. Se dieron respuestas a distintas demandas recibidas en la sede del Colegio de Psicólogos, por ejemplo, se asistió a una persona que se encontraba deambulando en estado alcoholizado, manifestando haber perdido la vida de sus hijos. Otra función de los grupos de trabajo fue difundir y articular información sobre las diferentes asistencias disponibles, así como también los lugares a donde dirigirse. Se realizó un relevamiento de colegas afectados gravemente por la inundación, recabándose más de 70 colegas en dicha condición, para los cuales se definieron estrategias de apoyo específico.

Es importante destacar la falta de información inicial y el colapso de las comunicaciones al día siguiente de la lluvia, lo que impidió en un primer momento tener un diagnóstico de la situación y conocer la magnitud del evento. El diagnóstico se construyó a partir de información fragmentada que acercaban los equipos con presencia en las diferentes instituciones y territorios, también a partir de solicitudes que se recibían en el Colegio por parte de autoridades de escuelas, y de las articulaciones que se comenzaron a realizar con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y el municipio. El Colegio de Psicólogos, Distrito XI, se constituyó en la base operativa donde se situó la organización de la experiencia. En primer lugar, se realizó una capacitación rápida de los equipos, generando el espacio necesario para la discusión, acerca de cómo ir más allá del deseo de ayudar y poder realizar intervenciones apropiadas a la situación desde la especificidad de nuestra disciplina. Se determinó un encuadre de trabajo para dar pronto marco a esta voluntad colectiva. Se establecieron los acuerdos necesarios para la organización de acciones en la comunidad en ese contexto.

La premisa era que frente a lo caótico de la situación debía responderse con organización y planificación. Si bien el encuadre general de la tarea era fundamental, se tenían en cuenta las diferentes particularidades que iban apareciendo continuamente. Las tareas eran variadas, enmarcadas en acciones de la cotidianidad realizadas en los centros de evacuados (organización de donaciones, separación y ordenamiento de prendas de abrigo, etc.). Participar en estas actividades sirvió para sostener la escucha y lectura de emergentes a ser abordados desde nuestro campo específico. Esto nos permitió diseñar intervenciones de apoyo psicológico a partir de la inserción en el espacio cotidiano. Con los primeros relevamientos se consideró priorizar a los grupos etarios más vulnerables: niños/as, adolescentes y adultos mayores. La respuesta solidaria de la comunidad al pedido de insumos para trabajar con niños y niñas fue conmovedora acercando a la sede del Colegio materiales didácticos y juegos para hacer llegar estos aportes a los lugares de intervención. Donde se dieron las condiciones se organizaron talleres de juegos y

actividades grupales dirigidos a poner en palabras de manera colectiva las afectaciones sufridas y crear/reforzar lazos con pares. Según el grupo etario se utilizaron propuestas de expresión gráfica, verbales, con distintos recursos materiales y artísticos. Todo se hizo atendiendo a las condiciones de cada grupo/institución y sus modalidades de organización. Se estableció que los abordajes comunitarios se iban a sostener por dos meses, ya que era necesario no solo atender el momento presente sino ocuparse también de las afectaciones psicológicas que podían surgir más adelante, en el “día después”.

En simultáneo se elaboró una estrategia para responder a personas damnificadas que solicitaran un abordaje individual: se creó un anexo al Servicio de Atención a la Comunidad (SAC), dispositivo de atención del Colegio de Psicólogos. Para ello se contó con otra fuerte respuesta desde el colectivo profesional que se comprometió a atender por un tiempo determinado, de manera gratuita, a quienes lo requieran. No solo se atendieron demandas institucionales de diferentes organismos del Estado y de la comunidad sino también inquietudes que provenían de los medios de comunicación. Los medios de comunicación son actores claves en la prevención, atención y recuperación frente a situaciones de emergencia o catástrofes, ya que se convierten en la principal fuente de información de la población damnificada. En esta coyuntura se percibía en general una línea comunicacional orientada a psicopatologizar la afectación ocasionada por la inundación, dando por hecho un efecto postraumático generalizado en la comunidad. En diversos talleres realizados con niños/as y adolescentes se hizo evidente el efecto iatrogénico del mal uso de los mensajes comunicacionales y la sobreinformación.

El diseño de la intervención incluyó el cuidado de la salud mental de los equipos que se desplegaban en el territorio. Se abordaron desde el inicio las implicaciones subjetivas de la tarea diaria a través de distintos recursos o propuestas. Al final de cada jornada de trabajo se realizaba un plenario con la participación de todos los equipos. Allí era el momento del reencuentro, de compartir lo actuado, de intercambiar impresiones. Cada grupo ponía en común lo realizado, así como las vivencias, sentimientos, emociones que les generó la tarea. Los objetivos del plenario eran recabar información y elaborar un primer diagnóstico de situación (se carecía de diagnósticos oficiales), supervisar la tarea de los equipos, realizar los ajustes necesarios según las novedades diarias, elaborar un balance global de lo que se iba realizando y proveer un espacio de contención para el cuidado de la salud mental de los voluntarios. Se dispusieron dos instancias diarias de asamblea para favorecer la participación de todos según las posibilidades horarias de cada grupo: al mediodía para los equipos que se desplegaban a la mañana y sobre el final del día, para quienes lo hacían por la tarde. Este espacio permitió colocar en una instancia externa las emociones que producía en cada voluntario/a el encuentro con lo disruptivo y contribuyó a brindar una sensación de control y dominio en un entorno caótico.

Es importante resaltar la articulación, intersectorial e interinstitucional, que potenció los alcances de la intervención. El día 1° de junio de 2013, al cabo de dos meses de iniciada la experiencia y tal lo planificado, se realizó un plenario de cierre de la actividad. Allí se realizó una evaluación general del proceso, que incluyó las vivencias e implicaciones de los propios equipos de inter-

vención, el rol de las instituciones convocantes y se invitó a sistematizar la experiencia y difundirla. Algunos grupos con previa inserción territorial continuaron sus actividades de manera independiente.

Hay aspectos que son importantes de resaltar como la sistematización de la experiencia, que implica pensar la teoría y práctica durante y a posteriori de la catástrofe. Esta experiencia se realizó parcialmente durante los dos meses que duró la intervención; debemos entender que estas experiencias deben formar parte de la memoria activa de las comunidades. Es imprescindible preguntarse ¿qué aprendimos como trabajadores de la salud mental de esta experiencia?

Uno de los aspectos a destacar es la dificultad de que la población afectada no contara con un plan de contingencia que la orientara a proceder de manera segura ante situaciones como la vivida. Un plan de contingencia indica pasos a seguir, por ejemplo, puntos hacia donde evacuar, manera de hacerlo, aspectos a priorizar en la emergencia, etc. Ese elemento puede contribuir a reducir o en su defecto, a incrementar el daño de la catástrofe. Su ausencia amplificó el impacto y la consecuente afectación. En este sentido se observó que las comunidades más vulnerables que frecuentemente están atravesadas por inundaciones, tenían un mayor nivel de organización y respuesta. En cambio, en el casco céntrico las personas quedaron muy paralizadas, con muy poca capacidad de implementar estrategias que le permitieran disminuir el impacto del evento.

Una de las mayores dificultades para comenzar la tarea fue no contar con un diagnóstico de situación al inicio de la experiencia. Eso impuso que uno de los primeros objetivos sea recorrer el territorio afectado para hacer un relevamiento de la situación de la población. Para ello se diseñó un recorrido del casco urbano delimitando zonas a cargo de distintos equipos compuestos por tríos o cuartetos de 10 voluntarios/as. Además, se fue solicitando información a las distintas instancias estatales intervinientes con las que se comenzó a coordinar acciones. Esa información también fue significativa para delimitar un primer cuadro de zonas afectadas. Una adecuada intervención requiere para su diseño e implementación un diagnóstico actualizado y ello sólo es posible cuando se realiza en territorio, junto con la población destinataria de la intervención, de manera participativa.

Si bien los efectos en la subjetividad de un hecho de la magnitud de la inundación de La Plata dependen de distintos factores y no se pueden generalizar, del análisis de la tarea realizada se concluye que los grupos prioritarios de acompañamiento son los niños/as y los adultos mayores, presentándose ambos como los de mayor vulnerabilidad psicosocial. En algunos casos presentaban miedo, ansiedad, angustia y dolor por la pérdida de sus pertenencias, juguetes, mascotas y, en muchos casos, seres queridos o compañeros de escuela. También en el caso de adultos mayores la pérdida de fotos y recuerdos de su historia se relevó como un elemento de gran afectación. Algunos grupos en terreno consignaron que había personas que no podían dormir porque sufrían episodios donde revivían lo que vieron. Querían descansar y no podían. Para el caso de niños/as y adolescentes se propuso a los equipos que desarrollen intervenciones basadas en metodologías grupales con propuestas lúdicas, gráficas, artísticas, etc. a efectos de favorecer la puesta en palabras de las vivencias y metabolizar parte de las afectaciones que oca-

sionó el evento catastrófico. Un apoyo relevante a la comunidad afectada consiste en el acompañamiento y asistencia de sus niños/as en la primera respuesta a la emergencia. Esto aporta respaldo y soporte a sus familiares que pueden concentrar esfuerzos en las acciones urgentes de restauración de la cotidianeidad.

La intervención en clave de salud mental comunitaria coloca a los habitantes y las instituciones del territorio en un lugar protagónico para una primera respuesta en la emergencia. En ese entendimiento se priorizó articular respuestas a los pedidos de atención provenientes de clubes barriales, centros comunitarios y escuelas enviando a cada institución equipos de profesionales y estudiantes avanzados para realizar intervenciones específicas acordes a la particularidad de cada institución y grupo afectado. Muchas de esas instituciones fueron espacio de reunión de vecinos autoconvocados que comenzaban a hacer un relevamiento del daño ocasionado y a cogestionar recursos de ayuda.

La experiencia demostró la necesidad de trabajar de manera intersectorial e interinstitucionalmente entre los distintos sectores de la comunidad y entre las instituciones intervinientes en el territorio afectado. La propuesta de articular entre dos instituciones centrales para la Psicología, la Facultad de Psicología y el Colegio de Psicólogos como base para la primera respuesta, garantizó a la misma de legitimidad, confiabilidad y respaldo, cuya potencia y alcance se expresó en la amplia asistencia de colegas a la convocatoria, el nivel de compromiso, el cumplimiento del tiempo de duración de la intervención (dos meses) y el apoyo de la comunidad.

Es fundamental el cuidado de la salud mental de los equipos intervinientes. La experiencia de intervenir en una catástrofe implica desenvolverse en un contexto subvertido, caótico, desestructurado y desestructurante, incluye el encuentro con la pérdida, con la angustia. Esto puede originar distintas afectaciones en los profesionales intervinientes (cansancio, síndrome de burnout, enfermedades, entre otras). El cuidado de la salud mental de quienes intervienen en territorio y en contacto directo con las personas damnificadas debe ser parte del diseño y planificación de la intervención. Lejos de ser una pérdida de tiempo y recursos, los espacios dispuestos para la contención del personal de salud fortalecen su capacidad de sostén y apoyo en territorio, preservando y extendiendo en el tiempo la capacidad operativa de sus intervenciones, y lo que es más importante, reduciendo la afectación de la salud de quienes ayudan a los otros.

Es importante resaltar como aprendizaje la necesidad de sistematizar la experiencia. Toda sistematización como modalidad colectiva de producción de sentidos, lo que pone en juego no son un conjunto de procedimientos y técnicas estandarizadas, sino las vivencias y visiones de individuos y grupos. La sistematización de experiencias hay que reconocerla como una necesidad por diversas razones: para hacer un balance de lo construido, recuperar y reflexionar sobre la experiencia en su conjunto. También es importante para la recuperación reflexiva y la construcción colectiva de la memoria.

Cabe destacar la importancia de la formación de los profesionales en la temática de intervención en catástrofes, ya que estos eventos se presentan cada vez más frecuentemente en nuestro país. En el abordaje de la salud mental en situaciones de catástrofes es importante tener en cuenta las recomendaciones a las universidades públicas y privadas de la Ley Nacional de Salud

Mental N°26.657 (artículo 33) donde se plantea el enfoque de derechos, la inclusión social, la interdisciplina y la intersectorialidad como transversales al quehacer de los profesionales. El actual Plan Nacional de Salud Mental (2021-2025) menciona la importancia de promover la inclusión de estrategias de Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS) en la gestión integral de la reducción del riesgo y del impacto de situaciones de emergencias y desastres, fortaleciendo los procesos de construcción de resiliencia comunitaria.

La promoción del fortalecimiento de vínculos de apoyo y de solidaridad permite disminuir la vulnerabilidad de las personas y sus grupos de pertenencia, y brinda elementos para la resignificación social de lo padecido. La presencia concreta de otros/as, que se acercan a “hacer junto con”, como acompañamiento y escucha del dolor, que registran y alojan al sujeto en su padecer ofrece la posibilidad simbólica para una nueva inscripción subjetiva. Esto contribuye a que el sujeto pueda hacer algo diferente con ese real traumático que aparece de modo disruptivo en su contexto.

Si pensamos en un modelo integral para dar respuestas a las catástrofes tendríamos que tener en cuenta tres aspectos: Gestión integral/local del riesgo, Participación comunitaria y Salud mental comunitaria. Enfrentar situaciones de desastre desde la óptica psicosocial implica activar los programas nacionales de salud mental, incluir el componente psicosocial en el área de Atención Primaria de la Salud (APS), la organización sanitaria específica para situaciones de catástrofes, la capacitación del personal institucional y comunitario y fundamentalmente la incorporación de la comunidad al modelo de abordaje.

El cuidado de la Salud Mental de los equipos de primera respuesta: experiencias con bomberos voluntarios

La exposición a situaciones de riesgo y de estrés son características del campo laboral de muchas profesiones. Entendemos como equipos de primera respuesta al conjunto de personas que integran una determinada organización y prestan sus servicios en los momentos iniciales en situaciones de emergencias o catástrofes en diferentes funciones, como ayuda humanitaria y servicios de salud, y otras labores operativas de campo, como el combate de incendios, el rescate de personas, la atención de heridos, etc. Todas las personas que realizan este tipo de trabajo, ya sea por largo tiempo o durante una sola experiencia, son vulnerables al estrés.

En este apartado vamos a describir la implementación de actividades de extensión universitaria con los bomberos voluntarios ya que sus tareas los someten a formas particulares de estrés y/o burnout, característico de las profesiones de servicio y asistencia a personas en peligro. Actualmente el Sistema Nacional de Bomberas y Bomberos Voluntarios (Ley 25.054), está constituido por 1037 cuarteles, 26 Federaciones Provinciales, el Consejo Nacional y más de 43.000 integrantes (36.000 varones y 7.000 mujeres) distribuidos por las principales localidades de todo el país.

Quienes han decidido trabajar como bomberos saben que tarde o temprano se verán confrontados a situaciones emocionalmente muy movilizadoras y aunque se trata de una elección profesional consciente, se espera de estas personas, así como de la organización en la cual trabajan, una buena preparación técnica, física y psicológica para afrontar tales eventos. Los bomberos están expuestos a largas horas de esfuerzo continuado, a luchar contra el tiempo por salvar vidas, al trabajo en ambientes adversos (estructuras colapsadas, derrames químicos), en condiciones climáticas adversas, a una cantidad de trabajo pesado cuando por ejemplo, remueven escombros, la presión de trabajar con la presencia de periodistas, muchas veces tienen recursos materiales inadecuados o insuficientes, alteración en el ritmo diario del cuerpo (dormir y comer), labor de triage (clasificación o priorización para la atención urgente de los damnificados. También, presión por parte del público por encontrar a sus familiares afectados por el evento. Información confusa o antagónica. Rumor y desinformación. No siempre están en acción, muchas veces se encuentran en sus cuarteles, revisando su material y equipos, realizando acciones de capacitación o simulacros o asistiendo a eventos con gran concentración de personas, pero todo cambia cuando reciben la orden de actuar, rápidamente se tiene que recoger la máxima información posible de lo ocurrido, preparar equipos, dejar asuntos pendientes de la familia, el trabajo, las relaciones sociales, y prepararse para salir, sabiendo que no existen dos emergencias o desastres iguales.

Se realizaron intervenciones en dos Cuerpos de Bomberos, en Ensenada y en Magdalena. La actividad surge en el municipio de Magdalena de la demanda realizada por el Comandante Mayor de la institución, quien expresa la necesidad de trabajar en la adquisición por parte del equipo a su cargo, de herramientas para el manejo de conductas que se presentan tales como: hiperexcitación, evitación de situaciones y lugares, ansiedad, dificultad para manifestar emociones, cuadros psicósomáticos, insomnios, con lo cual se propone trabajar junto con ellos, en una modalidad taller, en la elaboración de estrategias para la tramitación de situaciones traumáticas, que surgen producto de sus tareas en rescates e intervenciones comunitarias. La actividad se realizó en la sede del cuartel de bomberos de Magdalena, distante a 60 km de la ciudad de La Plata, con una frecuencia de encuentros quincenal. Se abordaron los siguientes temas:

- Significaciones imaginarias y sociales acerca del “ser bombero”. Identidad.
- Indagar acerca de las motivaciones, expectativas y roles.
- Estrés psicosocial, estrés post traumático. Atención en emergencia.
- Situaciones traumáticas. Impactos en la subjetividad. Abordajes grupales.
- Bomberos y comunidad. Trabajo en redes institucionales. Articulación con instituciones gubernamentales y no gubernamentales.
- Acciones preventivas y promocionales desde un concepto de salud integral. Diseño de estrategias de intervención grupal.
- Los resultados fueron los siguientes:
- 28 Bomberos Voluntarios capacitados en temáticas psicosociales.
- La articulación de la Facultad de Psicología con la institución de Bomberos, dando respuestas a las demandas solicitadas.

- La formación y capacitación de alumnos y graduados recientes en intervenciones en emergencias y catástrofes.
- La adquisición de herramientas para el cuidado de la salud mental, la disminución del estrés y la prevención del estrés post-traumático.
- Creación de un espacio de reflexión, en relación e intercambio de experiencias traumáticas.

En Ensenada surge de la demanda realizada por el Jefe del Cuerpo de Bomberos quien con motivo de haber tomado conocimiento de la experiencia que el equipo extensionista realizó el año anterior en la ciudad de Magdalena, nos convocó a trabajar con los oficiales y suboficiales a su cargo. Durante la primera etapa del proyecto se realizaron entrevistas diagnósticas con el Jefe de Bomberos e integrantes de la Comisión Directiva de dicha institución, en las cuales se formalizó el encuadre de trabajo y se definió la demanda. Posteriormente, el equipo planificó los talleres conforme los emergentes suscitados en los encuentros. Se trabajó con el grupo bajo la modalidad taller, con una frecuencia quincenal en función de la disponibilidad de la institución. Los talleres se realizaron durante 6 encuentros.

El primer taller tuvo como objetivo realizar un diagnóstico del conocimiento que poseen los bomberos en torno a la temática de salud mental. Se trabajó con las siguientes consignas: ¿Qué es la salud mental? y ¿Cuáles son las principales problemáticas en salud mental que consideran que se generan en la tarea que desempeñan? ¿Podrían mencionar cuáles son sus causas y consecuencias?

En el segundo encuentro se trabajaron las diferentes problemáticas en Salud Mental, planteadas en el encuentro anterior, con el fin de analizar cómo se manifiestan y cuál es su impacto. En el tercero se analizaron los conceptos de situación de riesgo, factores de riesgo y factores de protección. La importancia de las estrategias preventivas y de promoción de la salud. En el cuarto se realizó un taller de experiencia corporal y plenario reflexivo. El quinto consistió en un análisis sobre todo lo trabajado en los encuentros anteriores y en desarrollar estrategias de cuidado y autocuidado. En el último taller se trabajó promover la organización formal de un grupo de reflexión que permita trabajar todos los aspectos emergentes de las intervenciones que realizan.

Es importante como trabajadores de la salud formarnos y capacitarnos en una temática que es cada vez más compleja y donde la Psicología tiene mucho para aportar. También es imprescindible brindar herramientas teórico-metodológicas a los equipos de primera respuesta para el cuidado y autocuidado de la Salud Mental. En este sentido es importante crear un espacio donde los bomberos puedan expresar sus emociones y ayudarlos a entender y comprender sus sentimientos y los efectos psicológicos que puedan aparecer en el momento de la intervención o en algunas semanas después. Es necesario también involucrar a las familias de los bomberos, muchas parejas, esposas o hijos guardan por años profundos resentimientos porque no les dedican el tiempo suficiente y viven a los sobresaltos, pendientes de que algo malo les pueda pasar. Se debe involucrar a la familia en el conocimiento de la actividad del servicio que realizan, deben saber cuáles son las exigencias y las consecuencias sobre la salud de los bomberos, promover que se conozcan entre ellas y sean capaces de darse apoyo en el momento que se requiera.

Espacio de reflexión sobre COVID-19 y su impacto en la Salud Mental

Esta experiencia se desarrolló a partir de una demanda planteada por el Decano de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de La Plata, a la Facultad de Psicología, durante la pandemia de COVID 19, a partir de hechos sucedidos en el alumnado que provocaron mucha conmoción en la comunidad académica.

Se diseñaron dos jornadas de reflexión, una dirigida a los profesores y otra a los alumnos. Las jornadas tuvieron como objetivo, propiciar un espacio de intercambio donde cada participante pudiera expresar sus vivencias en relación a la pandemia.

En primera instancia se conceptualizó a las catástrofes como fenómenos sociales que se caracterizan por afectar disruptivamente a las comunidades en donde se ocasionan, provocando en los afectados diversos daños psíquicos, vinculares, sociales, económicos, institucionales, entre otros. Que estos acontecimientos sean o no traumáticos dependerá de las capacidades de los sujetos afectados, de sus historias de vida, de la intensidad de los eventos y de la posibilidad de elaboración colectiva. La literatura disponible y la experiencia enseñan que el abordaje psico-social temprano de los problemas de salud mental es la mejor prevención de trastornos más graves que aparecen a mediano y/o largo plazo. Se entiende por impacto psico-social a los efectos psicológicos que generan las catástrofes en los aspectos, individuales, familiares y sociales de las personas afectadas.

Se explicitó que las pandemias son emergencias sanitarias en las que se ve amenazada la vida de las personas y causan cantidades significativas de enfermos y muertos. Por lo general, se sobrecargan los recursos locales y quedan amenazados la seguridad y funcionamiento normal de la comunidad. Al igual que otros eventos catastróficos, son también verdaderas tragedias humanas y por ende es necesario atender la afectación de la salud mental. Se estima un incremento de la incidencia de trastornos psíquicos (entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta podrá sufrir alguna manifestación psicológica, de acuerdo a la magnitud del evento y el grado de vulnerabilidad). Aunque debe destacarse que no todos los problemas psicológicos y sociales que se presentan podrán calificarse como enfermedades; la mayoría serán reacciones normales ante una situación anormal. Se caracterizan las fases de una catástrofe. ANTES: preparación frente una amenaza. DURANTE: si la situación pasa de ser una amenaza y se convierte en realidad, los individuos deben enfrentarse de manera abrupta a hechos que pueden ser aterradores. Las reacciones emocionales son intensas, el individuo siente interrumpida su vida y presenta reacciones muy variadas que van desde el miedo paralizante a la agitación desordenada y desde la anestesia sensorial al dolor extremo. Puede haber un estado de hiperalerta pero, más frecuentemente, hay moderados grados de confusión en la conciencia que se manifiestan como aturdimiento, desorientación y dificultad para pensar y tomar decisiones. Se pueden presentar diversos grados de disociación en los que el individuo se siente colocado en posición pasiva ante una realidad que es vivida como película ajena. DESPUÉS: recuperación de la cotidianidad y elaboración de las pérdidas.

Se mencionaron las respuestas esperables en un primer momento:

- Miedo a enfermar y morir.
- Evitar acercarse a centros de salud por miedo a infectarse mientras reciben atención.
- Miedo a perder el sustento, no poder trabajar debido al aislamiento y a ser despedidos de su trabajo.
- Miedo a quedar socialmente excluidos/enviados a cuarentena y a que se presenten reacciones de discriminación contra las personas que provienen de áreas afectadas.
- Sentirse impotente al querer proteger a los seres queridos y miedo a perder a sus seres queridos debido al virus.
- Miedo a estar separadas de los seres queridos y cuidadores debido al régimen de cuarentena.
- Sensación de desamparo, aburrimiento, soledad y depresión debido al aislamiento

Las emergencias siempre son estresantes, pero hay factores de estrés que afectan a la población que son específicos del brote de COVID19:

- El riesgo de estar infectado e infectar a otros.
- Los síntomas comunes de otros problemas de salud (por ej., una fiebre) pueden confundirse con el COVID19 y provocar miedo a estar infectado.
- El riesgo del deterioro de la salud física y mental de personas vulnerables: los adultos mayores y las personas con discapacidades. Se trabajó sobre las palabras usadas en los medios de comunicación y el impacto de las mismas en la subjetividad y accionar de los individuos: enemigo invisible, caso sospechoso, trincheras, guerra, campo de batalla, distanciamiento social. Palabras que incrementan la confusión y paralización de las personas.

Se propuso las siguientes recomendaciones sobre la Salud Mental para la población general:

1. Tener en cuenta que esta situación es TRANSITORIA.
2. No asociar el virus con un grupo social determinado, etnia o nacionalidad específica.
3. No tener miedo de reconocer y expresar los sentimientos que genera esta situación.
4. Tomar esta situación como una oportunidad para descubrir sus sentimientos de solidaridad y empatía con los demás.
5. Cuidar a los demás y autocuidarse.
6. No estigmatizar ni con hechos ni con palabras.
7. Mantener el contacto con otros para sobrellevar el aislamiento social.
8. Tomarse un tiempo para hablar con los niños sobre la situación.
9. Evitar la exposición excesiva a las noticias.
10. Buscar información precisa de fuentes confiables.
11. Pedir apoyo profesional en caso de ser necesario.
12. Colaborar con el personal de salud y reconocer la importancia de su tarea.

En relación al autocuidado se propuso: Mantener los horarios del sueño: no mirar y/o escuchar noticias alarmantes, realizar alguna actividad física, mantener la contención emocional con familiares, amigos y personas de confianza a través de las redes sociales. Ser tolerantes con los

demás, recordar que a los otros les pasa lo mismo. Promover un trato afectuoso y respetuoso con los otros. No intentar hacer grandes cambios en este momento. Realizar juegos familiares, es una buena estrategia de distracción. Escuchar y no asustarse si los otros muestran sentimientos de cansancio, enojo, frustración, angustia. Es bueno que estos sentimientos aparezcan, son esperables.

La superación en parte de la crisis se inicia cuando la persona puede relatar su padecimiento y expresarse. El espacio de la palabra es la bisagra psicosocial que lo lleva a la superación. No coartar nunca la palabra sobre el sufrimiento, pues es una instancia de salud mental fundamental para evitar la traumatización.

Por último, se abordó el tema de ¿qué hacer frente a la muerte?

El duelo en las personas damnificadas tiene una especificidad. La muerte es sorpresiva. Se la vive como evitable. No hay tiempo de preparación mental, arrasa. No hay planificación sobre la instancia posterior. Se considera importante:

- Establecer el ritual de despedida.
- La importancia de la red social como sostén es indispensable.
- No se niega el suceso, se lo acepta y se lo acompaña.

Los rituales de despedida son actos simbólicos que nos ayudan a expresar nuestros sentimientos ante una pérdida, a poner un poco de orden en nuestro caótico estado emocional, a establecer un orden simbólico para los acontecimientos vitales y nos permiten la construcción social de significados compartidos. Nos abren la puerta a la toma de consciencia del proceso de duelo.

Se presentan algunas sugerencias para despedir a los seres queridos, no hay recetas únicas, cada persona y/o grupo tiene su forma, pensemos que es una situación excepcional:

- 1- Escribir una carta, un poema, un mensaje o un dibujo donde pueda expresar lo que siente
- 2- Construir el rincón o caja de los recuerdos.
- 3- Confeccionar un álbum fotográfico o audiovisual
- 4- Realizar una ceremonia virtual donde cada uno pueda expresar algo en relación a la persona fallecida.
- 5- Construcción de una página (web, Facebook) o grupo de WhatsApp donde cada uno pueda expresarse.

La jornada se cerró con el siguiente mensaje: LA PANDEMIA ES UNA OPORTUNIDAD PARA: CONSTRUIR JUNTOS UNA COMUNIDAD MEJOR, CON MÁS IGUALDAD, EQUIDAD Y SOLIDARIDAD.

Referencias

Ascaïni, I; Luna, M. y Tejo, M. (2016) Intervenciones psico-sociales en catástrofes socio-naturales. Experiencias extensionistas de la Facultad de Psicología de la UNLP. *Temas en Psicología*. 5(1) (pp 51-73).

http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/60282/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Benyakar, M. (2003). *Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*. Biblos.

Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires (1989). Código de Ética del Psicólogo.

https://colegiodepsicologos.org.ar/wp-content/uploads/2018/06/codigo_etica_cppba.pdf

Ley Nacional de Salud Mental N°26657 (2010).

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>

Ministerio de Salud de la Nación (2023-2027). Plan Nacional de Salud Mental

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/385000-389999/389694/res1997ms.pdf>

Ministerio de Seguridad (2022) Manual de Gestión Integral de Riesgos de Desastres

<https://www.argentina.gob.ar/sinagir/manuales-gird>

Wijkman, A. y Timberlake, LL. (1984). *Natural Disasters--Acts of God or Acts of Man?*

Earthscan, Londres. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000065383>

CAPÍTULO 10

Las Prácticas Profesionales Supervisadas en el campo de lo preventivo: Fundamentos y experiencias

Carina del Carmen Ferrer

La Cátedra de Psicología Preventiva desarrolla contenidos introductorios a un campo de aplicación de la Psicología, *la Prevención*, aportando conocimientos sobre la realidad social, institucional y comunitaria que son parte del quehacer del psicólogo/a y herramientas para el abordaje de problemas psicosociales que le serán indispensables a la hora de ejercer la profesión desde este campo.

Las Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS) que se desarrollan durante la cursada tienen como propósito general introducir al estudiante de psicología en un área de especialidad, como es la Prevención y lo hacen a través de un conjunto de propuestas pedagógicas tuteladas por el personal docente de la Cátedra.

La implementación de las PPS implica una serie de actividades que superan el trabajo áulico. Para la organización de éstas, los docentes intervienen desde el establecimiento de acuerdos con las instituciones, planificación, acompañamiento y supervisión. Esta tarea de planificación se va dialogando y supervisando durante las reuniones de cátedra pudiendo identificar entre todos los integrantes aquellos factores que dificultan y/o facilitan su desarrollo. El presente capítulo tiene como objetivo presentar su fundamentación y también las experiencias significativas de las PPS.

Principales referencias

Las Prácticas Profesionales Supervisadas de la materia Psicología Preventiva transcurren en el quinto año de la Carrera de la Licenciatura en Psicología, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, durante el segundo cuatrimestre.

Se ubican en el tramo final de la Carrera en lo que se denomina Área de Formación Profesional (Resolución 343/09). Según el artículo 12 del Régimen de Enseñanza y Promoción (REP) de nuestra Facultad, es en este trayecto formativo, que conforman materias de quinto y sexto año,

cuando el estudiante está en condiciones de contar con los conocimientos que posibilitan la realización de prácticas. En este sentido es de señalar que nuestra Facultad es la única del país que desarrolla las prácticas en el marco de las materias del plan de estudios.

A partir de que Psicología fuera incluida como carrera de “interés público”. (Resoluciones 136/04 y 343/09 Ministerio de Educación de la Nación), las prácticas adquirieron otro lugar, ya que las carreras denominadas así son reguladas por el Estado y deben incluir en sus planes una determinada carga horaria de prácticas profesionales para que, antes de egresar, los alumnos adquieran alguna experiencia vinculada con lo que será su rol profesional.

Las PPS de Psicología Preventiva se presentan como un espacio curricular diferenciado pero articulado con los otros espacios de la asignatura, en el que se propone a los estudiantes la participación en una experiencia pedagógica formativa y reflexiva, con la realización de actividades profesionales confiables que atañen al campo, supervisados por las docentes.

La intervención de los y las estudiantes en el marco de las prácticas tiene lugar en escenarios complejos como lo son las instituciones y el territorio en el campo de lo sanitario y educativo, desde una perspectiva interprofesional, creativa, crítica y con un posicionamiento ético que tenga presente que toda acción es productora de subjetividad.

En el programa general de la materia del año 2023 se explicita que nuestra Cátedra sostiene como marco de referencia conceptual a la Salud Colectiva, y desde allí una concepción de salud como derecho humano fundamental para la vida y al Estado como el responsable de su cuidado. Se considera que rol del psicólogo/a tiene lugar en el accionar de las políticas públicas, especialmente en el campo de la salud mental, posicionando a la prevención y la promoción de la salud como herramientas de gestión para promover cambios en los modelos de atención que mejoren la calidad de vida de las comunidades.

Las recomendaciones ministeriales referidas a la transformación de las concepciones y prácticas en el campo de la Salud Mental (Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, artículo 33, 2010) también son transversales a las prácticas, estas se refieren a incluir en la formación profesional un enfoque de derechos, de inclusión social, de intersectorialidad e interdisciplina y el estudio de las determinaciones más relevantes de la salud mental.

Esto supone un posicionamiento en las intervenciones desde el rol del psicólogo que incluya un enfoque que enfatice el abordaje de lo comunitario y territorial desde el fortalecimiento de las redes sociales y el respeto a la diversidad cultural; el análisis junto con los actores locales de problemas y situaciones de la realidad y las posibles respuestas a los mismos contextualizadas (Gavilán, 2007), así como la incorporación de una mirada epidemiológica que permita jerarquizar y priorizar las situaciones de salud. Y reconocer, como plantea el Código de Ética que:

el destinatario de nuestra práctica, desde una perspectiva integral, es un sujeto a la vez producido y productor de su medio social, multideterminado por una trama de vínculos significativos internos y externos, expresados y representados a través de dinamismos grupales; emergente en un contexto histórico que

lo enmarca y delimita; portador de una ideología, inscripto en una cultura, inmerso en sus circunstancias socioeconómicas y políticas, y tendiendo a organizarse como una totalidad y unidad en el nivel de integración.

En el escenario actual se destacan un cúmulo de desafíos emergentes... y entre los cuales se destacan áreas críticas para pensar una propuesta renovadora en el campo de la salud mental: integración de los enfoques desde una perspectiva centrada en la complejidad, fortalecimiento de los proyectos participativos con orientación en APS, formación de recursos humanos con una orientación comunitaria, participativa, centrada en la promoción y en la prevención más que en la reparación. (De Lellis, 2010)

¿Qué son las PPS?

Las PPS –Prácticas Profesionales Supervisadas– ponen en relación dialéctica los conocimientos epistemológicos y metodológicos, haciendo foco en lo técnico-procedimental y las reglas de funcionamiento profesional. La actividad desarrollada por cada estudiante permite la aplicación integrada de los conocimientos adquiridos a través de la formación académica, siendo a su vez un espacio de aprendizaje que posibilita su capacitación intensiva y articulada en las diversas responsabilidades de la profesión psicológica.

Se presentan como una segunda instancia de la formación académico-profesional que supone la integración de conocimientos, adquiridos en las materias básicas, complementarias y profesionales para la formación de competencias, así como su profundización y aplicación a los distintos campos de práctica profesional que según la resolución ministerial son el clínico, educativo, jurídico-forense, laboral-organizacional, social-comunitario, sanitario y emergentes (psicología política, del deporte, de las emergencias y catástrofes, del tránsito entre otras). Las PPS de la materia Psicología Preventiva incluirían el pasaje por los campos de práctica denominados Social-Comunitario y Sanitario.

Las Prácticas psicológicas supervisadas se presentan como preparatorias para las actividades reservadas al título. Considerando la Resolución 343/09 del Ministerio de Educación de la Nación, entre las actividades reservadas para el título que podrían incluir los campos socio-comunitario y sanitario se encuentran:

- 1- Prescribir y realizar intervenciones de orientación, asesoramiento e implementación de técnicas específicas psicológicas tendientes a la promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, a la prevención de sus alteraciones y la provisión de los cuidados paliativos.
- 2- Prescribir y realizar acciones de evaluación, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, seguimiento, recuperación y rehabilitación psicológica en los abordajes: individual, grupal, de pareja, familia, instituciones, organizaciones y en lo social-comunitario.
- 3- Desarrollar y validar métodos, técnicas e instrumentos de exploración, evaluación y estrategias de intervención psicológicas.

- 4- Diagnosticar, evaluar, asistir, orientar y asesorar en lo concerniente a los aspectos psicológicos en el área social-comunitaria para la promoción y la prevención de la salud y la calidad de vida de grupos y comunidades y la intervención en situaciones críticas de emergencia y catástrofes.
- 5- Realizar estudios e investigaciones en las diferentes áreas del quehacer disciplinar, a saber: los procesos psicológicos involucrados en el desarrollo y funcionamiento de los grupos, instituciones, organizaciones y la comunidad.

Dado que el ejercicio de la Psicología puede conllevar riesgos, la organización con la que se realicen las prácticas deberá garantizar la salud y bienestar de los sujetos implicados.

Las PPS de la Facultad de Psicología se llevan adelante en dos espacios formativos:

- a) en un espacio áulico denominado Espacio de Preparación y Supervisión (EPS).
- b) en otro espacio no áulico, referido a una intervención profesional que vincula el mundo académico con el mundo del trabajo.

Es así que la Cátedra propone un dispositivo pedagógico intensivo e integrado de actividades con intencionalidad formativa mediada por docentes, así como por los conocimientos y herramientas propias de la disciplina y del campo en particular.

Son intensivas ya que se desarrollan en un breve período de cuatro meses, con una carga horaria de 20 horas y son integradas a los diversos espacios de formación de la Cátedra, los trabajos prácticos y teóricos, como así también en la progresión de actividades que se les proponen a los estudiantes.

Las PPS proponen formar habilidades y ello requiere “zonas de desarrollo próximo”, es decir que el estudiante se posicione en contexto con el acompañamiento de un otro para construir esas habilidades y aptitudes. Aquí entra en juego el rol docente como orientador para habilitar la construcción de lo efectivo a lo posible.

Desarrollar competencias es orientar la tarea a lo que el sujeto pueda hacer, más que a lo que hace efectivamente. Supone el desarrollo de habilidades que deberían permitirles responder a diferentes circunstancias, incluso a lo no planeado e imprevisto, ya que se relaciona con los desempeños posibles que pueda tener un sujeto.

Se genera en ellas una relación vincular entre el docente, el estudiante, el contexto de trabajo y las reglas de la profesión mediada por el reconocimiento. Reconocimiento que contribuye a la construcción de la identidad profesional.

Como espacio de transición, punto de encuentro entre lo profesional y lo universitario, la práctica profesional supervisada implica un rol docente particular, de doble posición; por un lado, formado en los saberes del campo y, por otro, portando un saber hacer y un conocimiento de los espacios en donde se desarrollará la misma.

La Práctica Profesional de Psicología Preventiva posibilita a los estudiantes acercarse a la dinámica de diferentes equipos de trabajo de instituciones gubernamentales (son parte del sistema de salud y sistema educativo) y no gubernamentales que vienen trabajando en el abordaje y tratamiento integral de problemáticas socio-sanitarias desde estrategias de prevención y promoción de la salud, siendo una experiencia en terreno supervisada por docentes y facilitada por

articuladores institucionales, en donde el estudiante en situación es interpelado a integrar aspectos epistemológicos, metodológicos y técnicos, así como también aspectos valorativos, actitudinales y éticos.

Experiencia que no está exenta de tensiones y obstáculos, por lo que el espacio áulico de preparación previa y supervisión (EPS) funciona con momentos necesarios de reflexión para y sobre la práctica.

En la supervisión se propicia una relación pedagógica diferente, el docente asume el rol de orientador para la toma de decisiones en la planificación. Se responsabiliza con el estudiante estableciendo una relación de trabajo para la organización del proyecto de salud, aproximándose a la complejidad que encierra una mirada integral sobre las problemáticas sociales y sanitarias considerando las demandas de la comunidad.

Rol del psicólogo/a en las Prácticas Profesionales Supervisadas de Psicología Preventiva. Algunos conceptos claves

El rol de la Psicología Preventiva en tanto campo interdisciplinario de investigación y acción implica posicionarse desde una perspectiva proactiva, ecológica, ética y desde una concepción integral del ser humano entendiéndolo en su contexto socio-comunitario real y concreto.

Para ello utiliza los principios y la tecnología de la intervención validados desde variadas disciplinas que resulten útiles para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud y de la calidad de vida a nivel comunitario tanto a corto como a largo plazo (Buela Casal, 1997).

El eje vertebrador de las prácticas es el rol del psicólogo/a, planificando e interviniendo desde las herramientas y el hacer de la psicología preventiva. Por ello es importante orientar en la mirada y el posicionamiento; en qué y cómo mira e interviene un psicólogo/a en una institución o en el espacio comunitario para que su hacer sea desde una praxis preventiva y/o promocional

Ferrullo de Parajón (2006) sostiene que la finalidad última del trabajo de la psicología es la misma, independiente de los distintos campos y las diferentes acciones que se realicen en ellos: todo psicólogo puede definirse como un trabajador del campo de la salud entendida en su acepción más amplia, entendida como la búsqueda de las mejores condiciones de vida posible para los seres humanos. De esta posición como común denominador se abre un abanico de roles posibles.

La posición responde a los interrogantes del “quién y para qué”, base para los otros interrogantes qué y cómo (así como los presentes en toda intervención dónde, cuándo y cuánto), la respuesta a los dos primeros es: el psicólogo para aportar desde lo psicológico a la búsqueda de las mejores formas de vida posible que los seres humanos determinen para sí. Para los otros interrogantes se debe considerar la situación concreta de intervención. Es decir, no son las conductas visibles lo que permite entender el accionar profesional, sino el lugar desde el que se las realiza.

En función de ello la práctica preventiva va a enmarcarse en la planificación estratégica y situacional, partiendo de un diagnóstico situacional, hasta la organización de acciones de intervención y su evaluación.

El psicólogo de la salud orientado hacia el trabajo preventivo debe partir de la lectura o interpretación de la realidad en la que se está moviendo, conocer cuáles son en ese contexto los problemas de salud más frecuentes y cuáles son sus determinantes, y a partir de esos datos, establecer las prioridades para su trabajo (...) trazar programas conjuntos con otros profesionales de la salud y otros actores sociales. (Morales Calatayud F., 1999)

Entre las actividades que se refieren al rol del psicólogo desde la planificación en salud, siguiendo a Castro y Maldonado (2001) podemos mencionar:

- La participación en los aspectos de contenido y técnicos de la planificación en salud.
- La participación en el diseño e implementación de planes y programas de salud, realizando acciones de salud como intervenciones intencionales sobre la realidad sanitaria.
- El análisis de las determinaciones sociales y psicosociales de la salud y de los sistemas de significación-valoración y cognitivo –actitudinales y de la toma de decisiones.
- El análisis del cambio y la resistencia en sus factores psicológicos y psicosociales.
- El análisis del comportamiento (lo que el sujeto hace intencionalmente o no) y que contribuye a la pérdida o recuperación de su salud (Kornblint y Col., 1986)
- Comprensión del contexto cambiante y turbulento con presencia de conflicto intrapsíquicos, interpersonales, grupales, institucionales interinstitucionales) y su actuación como facilitador o catalizador del mismo.
- La caracterización de problemas, colaborando en definirlos y evaluando el momento en que se encuentran (estructurados o no, actuales, potenciales).
- El análisis de las características del entorno y las representaciones que tienen los sujetos.
- El análisis de la intencionalidad de las estrategias y motivaciones de los actores implicados.
- El análisis de los objetivos no explícitos, los intereses en pugna, los valores sostenidos, la cultura organizacional o comunitaria.
- La revisión de las fuerzas psicológicas actuantes en una situación de poder compartido.
- El trabajo en equipo organizando y coordinando actividades.
- La promoción de la participación y la construcción social de respuestas y soluciones.
- La comprensión de la participación como proceso psicosocial
- El favorecimiento de la construcción de lazos que permitan la inclusión y el establecimiento de redes sociales y comunitarias.
- La construcción de factibilidad psicosocial en la comunidad, en los sujetos de las instituciones, en el equipo planificador.
- La colaboración en la construcción de la toma de decisiones de los sujetos.
- El conocimiento y análisis de la estructura y dinámica de las organizaciones.
- El establecimiento de un contrato psicológico.

- La Participación en programas de educación para la salud apropiados a cada circunstancia histórica y social, monitoreo y evaluación participativa.

Desde la Psicología preventiva se piensa el rol del psicólogo/a junto a otros actores comunitarios y profesionales para intervenir en las problemáticas actuales reconociendo la determinación social. La salud-enfermedad es un proceso dinámico, cuya centralidad son las características históricas y sociales que la determinan, es así que los problemas de salud –enfermedad son inherentes a las condiciones sociales de existencia. Intervención que supone una articulación intersectorial, trabajo interdisciplinario y participación comunitaria con una mirada integral del sujeto, familia, grupo donde lo mental se integra en las acciones generales de salud en APS.

Desde las prácticas profesionales supervisadas los y las estudiantes se acercan a escenarios institucionales y comunitarios para la intervención en procesos de salud-enfermedad desde la perspectiva de la promoción de la salud con énfasis en la participación comunitaria, la intersectorialidad, el trabajo en equipo y la interdisciplina.

La Promoción de la Salud (PS) implica un enfoque superador de las concepciones medicalizadas de la salud, poniendo énfasis en los determinantes colectivos y proponiendo estrategias y herramientas de intervención socioculturales y políticas. Es un proceso que permite a las personas el control sobre su salud para mejorarla. En sentido amplio tiene como fin proteger y fomentar la salud individual y colectiva, actuando sobre la determinación de la salud. Las dimensiones que determinan la salud están vinculadas con los modos y los estilos de vida de las personas.

Pensar a los niños/as, los adolescentes, los hombres, las mujeres, la familia, la comunidad toda como agentes de salud, dentro del marco de la promoción de la salud, es un modo directo de prevención en tanto que el involucramiento de los mismos en proyectos participativos operará de modo salutógeno.

En este sentido, Ferrullo de Parajón (2006) señala a la participación como la herramienta del psicólogo/a: la participación es una relación social, es un proceso del cual no es posible no participar⁶. La participación se convierte en una distribución de poder, otorgándoles a los sujetos control en la toma de decisiones.

Supone afectación subjetiva (constitución, inclusión, producción, compromiso), de aquí deriva la importancia psíquica del proceso como herramienta de producción humana (poder hacer-poder ser). Ser parte nos remite al lazo social desde el ingreso al mundo hasta los vínculos posteriores. Tener parte remite a una posición en un lugar en una estructura social. Y tomar parte remite al rol asumido, a las acciones concretas.

Los sujetos a partir de reconocer los procesos que afectan su salud pueden comprometerse activamente en la toma de decisiones para la transformación de los mismos y de sí mismos.

⁶ [1] Hay que diferenciar diversos tipos de participación según los efectos en los sujetos; desde la curiosidad no obstaculizadora hasta el proceso que supone cooperación, solidaridad, construcción y apropiación del objeto por los actores sociales partícipes.

La subjetividad está en un continuo proceso de construcción en el cual interviene fundamentalmente la compleja vida social. La subjetividad que se construye es un producto del sujeto y de la relación con otros... una subjetividad y una realidad en permanente construcción habilita una idea de prevención... En las políticas de salud mental el psicoanálisis es una herramienta idónea para prevenir fragilidades subjetivas (Moise, 1998, p. 31)

De aquí la importancia del rol del psicólogo/a en la prevención y promoción para intervenir en los campos de formación y producción de subjetividad como son las instituciones, familia, escuela, la salud entre otros, con la intención de producir transformaciones y fortalecer aspectos saludables y protectores.

Las instituciones sociales van ocupando un lugar más fuerte en nuestra cotidianeidad y cada vez más conforman nuestra identidad dentro de sus sistemas de poder. (Moise, 1998).

Una experiencia interdisciplinaria:

Las Prácticas realizadas en un Centro de Atención Primaria CAPS tuvieron la particularidad de ser una tarea interdisciplinaria con estudiantes de Trabajo Social. Si bien la cátedra de Preventiva venía desarrollando intervenciones con esta modalidad, en dicha oportunidad esto se llevó a cabo a partir de un acuerdo con la Secretaría de Salud de la UNLP, que desde una política de articulación Universidad - Comunidad - sistema sanitario facilitó reuniones de planificación con autoridades y docentes de ambas casas de estudio.

Las actividades conjuntas en territorio consistieron en reuniones semanales de los estudiantes, supervisados por los docentes tutores, con profesionales psicólogos/as y trabajadores sociales de las Unidades sanitarias de la municipalidad. Espacios en dónde se compartía la realidad sanitaria local y se trabajaba en la organización de las jornadas municipales de prevención de la violencia. En el marco de esta temática, se realizó la planificación conjunta de un taller de promoción de vínculos saludables a realizarse en una escuela primaria de la zona. Intervención que requirió encuentros de los grupos de estudiantes de ambas carreras, en los espacios de supervisión en ambas facultades, para compartir información socio-sanitaria (relevada a partir del recorrido territorial y la realización de entrevistas previas), poner en común un marco referencial, acordar actividades y responsabilidades; así como reuniones con los profesionales de la Unidad Sanitaria para evaluar la factibilidad de lo proyectado.

Los objetivos del taller fueron reflexionar acerca de la diversidad y la aceptación de las diferencias y promover lazos sociales saludables entre los niños/as y con su entorno.

Evaluación del plan de acción por parte del grupo

A la hora de llevar adelante un análisis reflexivo acerca de cuáles fueron los resultados de la actividad, el equipo consideró que el accionar grupal logró, en gran parte, alcanzar los objetivos de lo planificado.

A partir de la actividad en la cual se propuso el trabajo en pequeños grupos para establecer personas imaginarias con diversas características, se pudieron visibilizar situaciones en las que

surgieron diferentes formas de relacionarse entre pares, tanto positivas como conflictivas en sus vínculos, así como las diferencias intersubjetivas existentes. Las historias relatadas por los alumnos/as ampliaron la consigna propuesta, ya que enunciaron escenas de interacción entre las personas por fuera de la institución educativa.

Luego de que todos presentaron sus producciones, se reflexionó acerca de la diversidad y su aceptación, cómo las personas podemos tener características y gustos distintos, pero, a pesar de ello, logramos encontrar aspectos compartidos con los otros. Surgió como principal actividad en común el deporte como elemento que generaba unión.

En el momento de evaluación del taller, se solicitó que pensarán en acciones o propuestas que contribuyan a mejorar “su mundo”, es decir, en su familia, en la escuela, en el club, entre otros. Se generó un espacio para reflexionar sobre los vínculos saludables, las formas de actuar frente a situaciones adversas, se promocionó la implicación afectiva ya que fueron planteadas situaciones hipotéticas de segregación o violencia, y conjuntamente se pensó en cómo actuar en cada caso. Fue evidente el entusiasmo y la participación de niños y niñas durante las actividades, principalmente en la que requería la movilidad del cuerpo.

Durante el cierre, en una de las propuestas para mejorar el mundo se hizo alusión a un modo de accionar no saludable, ésta afirmaba “ser amable con la gente, aunque no nos quieran y nos peguen”. Ante este emergente “nos encontramos que no habíamos planificado como abordarlo”, “y a pesar de detectar el punto de inflexión como grupo no pudimos problematizarla”. La intervención la efectuó la trabajadora social del CAPS: “Consideramos que el rol del psicólogo/a desde el lugar de promover estilos de vida saludables se logró positivamente”. Nuestro rol como futuros profesionales de la Salud, estuvo orientado a trabajar sobre lo no dañado, considerando la concepción de Salud integral.

Se observó en los alumnos/as una participación crítica en relación a la temática propuesta, donde se construyeron en conjunto estrategias de abordaje de la problemática de la violencia y los vínculos saludables. Además, es importante destacar que ésta fue planteada y abordada en todo su desarrollo desde una modalidad de prevención múltiple inespecífica, la cual sostuvimos desde la propuesta que brinda la cátedra.

En cuanto a las fortalezas de la intervención, destacamos en primera instancia que, gracias al número elevado de organizadores de la actividad, cada uno de los grupos tuvo un co-coordinador, permitiendo un mayor acompañamiento durante el transcurso de la actividad. En segunda instancia, al advertir la ausencia de un coordinador en uno de los subgrupos, nos reorganizamos sobre la marcha. Consideramos también, como fortaleza el buen *rapport* que se estableció con el grupo de niños/as.

En cuanto a la evaluación del grupo durante la intervención, en general hubo buena comunicación frente a la necesidad la resolución de conflictos emergentes, se logró seguir el cronograma de la actividad planificada con anterioridad, sin perder de vista los aspectos que requerían mayor tiempo de trabajo. Al mismo tiempo, la división de roles fue un elemento favorecedor de la tarea, aunque es importante resaltar que los roles al interior del grupo se flexibilizaron sí el momento lo requería.

Se pudieron resolver todas las situaciones que se fueron presentando. Hubo buena moderación del tiempo en cada una de las actividades que componían la totalidad del taller, permitiendo así cumplir con los objetivos propuestos en cada momento.

Además, es fundamental resaltar el trabajo intersectorial logrado entre la unidad sanitaria y la institución educativa donde se realizó el taller. Siendo que la misma forma parte del área programática del CAPS.

Por último y no menos importante, “debemos destacar la importancia de contar con la posibilidad de comenzar a trabajar interdisciplinariamente, en nuestra formación, con compañeros de la carrera de Trabajo Social. Esto permitió tener acceso a otro tipo de información correspondiente del CAPS y su comunidad, así como también reflexionar sobre las diferencias entre las perspectivas de ambas disciplinas y la complejización del abordaje conjunto”.

Reflexiones del pasaje por la PPS

La evaluación singular de las prácticas hace referencia a diversos aspectos señalados con anterioridad en su organización y fundamento, la coordinación de espacios, el lugar del docente, el posicionamiento del estudiante, preparación para la vida profesional, una mirada de la salud integral y de derecho, entre otros:

- “Los espacios de las PPS me resultaron enriquecedores. Las prácticas conllevan un acercamiento a la población, vivimos en carne propia y experimentamos que existen realidades muy diferentes a las nuestras”.
- “La materia hace posible que pongamos los pies en la tierra, que amplíemos nuestra visión de la realidad de la salud y de nuestros pares”.
- “Nos permitió contemplarnos como futuros profesionales de la salud, como actores que se movilizan para mejorar condiciones de vida”.
- “Fue mi primer acercamiento a la práctica psicológica. Logré incorporar nuevos conocimientos importantes al momento de desarrollar la profesión”.
- “Me encontré trabajando en el campo profesional por primera vez, mucho para corregir en cuanto a nuestra organización, pero mucho más lo aprendido”.
- “Viví las PPS como una experiencia sumamente rica, aprendí entendí y pude ver más allá de mi propio mundo”.
- “En las prácticas se vio reflejado lo que se dio en clases prácticas y teóricas”.
- “Resalto la buena comunicación y la presencia de los docentes”.
- “Las PPS fueron clases dinámicas y orientadoras”.
- “Las prácticas me parecieron productivas, hasta el momento de hacerlas no me sentía preparada. Me sirvieron mucho las clases, claras en exposición, y luego vivir los conceptos en la práctica afianza el aprendizaje”.
- “No se sabe todo lo que moviliza una práctica hasta que no se realiza”.
- “Las PPS me dieron herramientas valiosas a la hora de pensar mi futuro profesional”.

- “Fue enriquecedor tener contacto con las familias de la comunidad”.
- “El posicionarme como psicóloga fue impactante, emotivo y gratificante”.
- “Fue enriquecedora para mi formación, creo que hay que seguir deconstruyendo en nuestras prácticas los modelos tradicionales que sin querer volvemos a reproducir”.

Referencias

- Buela Casal, G; Fernández Ríos, L. y Carrasco Giménez, T. (1997). *Psicología Preventiva*. Pirámide.
- Castro, B. y Maldonado, M. (2001). Función e importancia de la planificación en salud. Necesidad de integrar la psicología en la planificación. En Saforcada y Cols: *El factor humano en la salud pública*. Proa - XXI editores.
- Cátedra de Psicología Preventiva (2015) Documentos de Cátedra. Módulo N° 1: Planificación y prevención. Módulo N° 2: Organización y planificación de prácticas preventivas.
- Cullén, C. (1999) Competencias educación y trabajo. En Gavilán, M. (Comp) *Orientación, trabajo e instituciones*. Editorial de la UNLP.
- De Mezzano, C. (comp). (2008.). *Psicólogos institucionales trabajando*. Eudeba. 4° edición.
- Ferullo de Parajón, A. (2006) Cap.3 *La participación como herramienta de trabajo del psicólogo*. En *El triángulo de las tres P*. Paidós.
- Gavilán, M. (2007) *La psicología en el campo de la prevención*. De la campana.
- Jiménez-Domínguez, B. (2008) *Subjetividad, participación e intervención comunitaria. Una visión crítica desde América Latina*. Paidós.
- Labourdette, S. y Gavilán, M. (2000). *Estrategias de Evaluación para Programas Sociales orientado a la Prevención*. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, UNLP.
- Matus, C. (1984). Planificación, Libertad y Conflicto. OMS. *Serie Planificación N°16*
- Moise, C. (2001) *Prevención y Psicoanálisis*. Cap 1. Paidós
- Morales Calatayud, F. (1999). La psicología en la atención primaria de la salud. En *Introducción a la psicología de la salud*. Paidós
- Nirenberg, O.; Braverman, J; y Ruiz, V (2000). *Evaluar para la Transformación*. Paidós.
- Organización Panamericana de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Recuperado de <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- Saforcada, E. y De Lelis, M. (2010) *Psicología y salud pública*. Paidós.

Las autoras

Las coordinadoras

Villalva, Adriana Aurora

Licenciada en Psicología (UNLP). Diplomada en Ciencias Sociales con mención en Salud, y Magíster en Ciencias y Salud (FLACSO). Diplomada Superior en Salud Latinoamericana y Soberanía Sanitaria (CLACSO). Profesora Titular Ordinaria de la Cátedra de Psicología Preventiva y Docente investigadora de la Facultad de Psicología de la UNLP. También es Secretaria de Extensión de esa misma Facultad. Es docente en institutos de nivel terciario dependientes de la DGCyE de la provincia de Buenos Aires y Coordinadora Pedagógica de la Tecnicatura Superior en Acompañamiento Terapéutico del Instituto Dr. Ramón Carrillo (CABA) Ha sido Coordinadora del Programa de Formación Permanente en Gestión de Políticas Sociosanitarias del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Se ha desempeñado como Asesora docente y consultora del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Proyecto Argentina y del Programa de Funciones Esenciales de la Salud Pública del Ministerio de Salud de la Nación.

Urtubey, Elisa

Licenciada y Profesora en Psicología y Profesora en Ciencias de la Educación (UNLP). Especialista en Gerontología Comunitaria e Institucional (UNMdP). Especialista en Políticas Socioeducativas (Ministerio de Educación de la Nación). Se desempeña como Profesora Adjunta Interina a cargo de la Cátedra Introducción a la Psicología de Adultos y Adultos Mayores, Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico (FaPsi-UNLP) y como Ayudante Diplomada Ordinaria en la Cátedra Psicología Preventiva de la Licenciatura en Psicología (UNLP). Es investigadora y extensionista.

Las autoras

María Laura Castignani

Doctora en Psicología, Licenciada y Profesora en Psicología y Especialista en Orientación Educativa y Ocupacional (UNLP). Docente ordinaria de la Facultad de Psicología (UNLP). Fue becaria del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y de

la Comisión de Investigaciones Científicas de la provincia de Buenos Aires (CIC). Participa de proyectos de investigación acreditados por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la UNLP. Coordinadora del Departamento de Orientación Educativa (DOE) del Colegio Nacional “Rafael Hernández” (UNLP).

Natalia Ciano

Doctora en Psicología. Especialista en Orientación Educativa y Ocupacional, Licenciada y Profesora en Psicología (UNLP). Docente de la Cátedra Psicología Preventiva de la Facultad de Psicología de dicha universidad. Participa en actividades de investigación y extensión sobre temáticas vinculadas a la Psicogerontología y a la Orientación Vocacional. Se desempeña como Profesional Psicóloga en el Departamento de Orientación Educativa (DOE) del Colegio Nacional (UNLP) y como docente en el Programa Permanente de Adultos Mayores (PEPAM) de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (UNLP).

Carina del Carmen Ferrer

Licenciada y Profesora en Psicología (UNLP). Posgrado en Salud Mental comunitaria. Diplomada en Políticas Públicas en Salud Mental (UNLP) y en Docencia en Salud (UNTREF). Especialización docente en políticas y programas socioeducativos (Ministerio de Educación de la Nación). Especialización docente en Educación y TIC (Ministerio de Educación de la Nación). Profesora Ordinaria de las Cátedras de Psicología Social y Psicología Preventiva. Docente Investigadora Categoría III. Directora y codirectora de proyectos de investigación acreditados. Integrante de proyectos de extensión. Integrante del equipo técnico interdisciplinario de la EGSFF.

Marilina Maciel

Licenciada en Psicología (UNLP). Posgrado en Salud Social y Comunitaria (UNLP). Docente en la Cátedra de Psicología Preventiva (UNLP). Extensionista en proyectos ligados al campo de la salud mental comunitaria y en la coordinación y dictado de seminarios de formación sobre dicho campo. Psicóloga en APS: Municipalidad de Berisso y Municipalidad de General Belgrano. Subdirectora de Mujeres, Géneros y Diversidades de la Municipalidad de Ensenada. Formadora de formadores en Ley Micaela (provincia de Buenos Aires). Coordinadora de dispositivos terapéuticos grupales para mujeres en situación de violencia por motivos de género.

Fanny Rosa Suasnábar

Licenciada y Profesora en Psicología (UNLP). Maestría en Ciencias Sociales con Mención en Salud (FLACSO). Ayudante Ordinaria de la Cátedra de Psicología Preventiva (Facultad de Psicología, UNLP). Se ha desempeñado como Profesora Adjunta Interina en la Cátedra Introducción a la Psicología y JTP en la Cátedra de Estado y Políticas Públicas en Salud, (Tecnicatura Universitaria de Acompañamiento Terapéutico, FaPSI- UNLP). Miembro del equipo de asistencia técnica para equipos de salud del Primer Nivel de Atención, Coordinadora de carrera Tecnicatura

Superior en Acompañamiento Terapéutico y becaria de investigación Becas “Julieta Lanteri 2023/2024” del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

Mabel Cristina Tejo

Psicóloga y Profesora en Psicología. Profesora Titular Ordinaria de Estadística Aplicada a la Psicología y JTP de la Cátedra de Psicología Preventiva. Coordinadora del Equipo de Intervención en Catástrofes de la Facultad de Psicología (UNLP). Directora de proyectos de extensión e investigación. Experta en el diseño y dirección de programas sociales en la Provincia de Buenos Aires.

Romina Ailín Urios

Licenciada y Profesora en Psicología (UNLP). Magíster en Comunicación y Criminología Médica, Facultad de Periodismo y Comunicación Social (UNLP). Es Especialista en Psicología Jurídica y/o Forense, Colegio de Psicólogas y Psicólogos de la provincia de Buenos Aires, Distrito XI. Docente en las Cátedras de Psicología Preventiva y Psicología Forense, Facultad de Psicología (UNLP). Directora del Programa de Extensión Salud Mental y Géneros en contextos de encierro. Es investigadora y extensionista.

Villalva, Adriana

Psicología preventiva : el rol del psicólogo en las políticas públicas : de la formación a la intervención / Adriana Villalva ; Elisa Urtubey ; Coordinación general de Adriana Villalva ; Elisa Urtubey. - 1a ed. - La Plata : Universidad Nacional de La Plata ; La Plata : EDULP, 2026.

Libro digital, PDF - (Libros de cátedra)

Archivo Digital: descarga

ISBN 978-950-34-2683-8

1. Psicología. 2. Salud Mental. 3. Políticas Públicas. I. Urtubey, Elisa II. Villalva, Adriana, coord. III. Urtubey, Elisa, coord. IV. Título.
CDD 158

Diseño de tapa: Dirección de Comunicación Visual de la UNLP

Universidad Nacional de La Plata – Editorial de la Universidad de La Plata

48 N.º 551-599 / La Plata B1900AMX / Buenos Aires, Argentina

+54 221 644 7150

edulp.editorial@gmail.com

www.editorial.unlp.edu.ar

Edulp integra la Red de Editoriales Universitarias Nacionales (REUN)

Primera edición, 2026

ISBN 978-950-34-2683-8

© 2026 - Edulp

S
sociales


EDITORIAL DE LA UNLP



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA