



Salud Comunitaria y Sociedad

ISSN: 1688-7972 | Volumen 9 | Número 9 | Diciembre 2022

Enredando encuentros intersectoriales en torno a la sexualidad: caminos a la promoción de la salud comunitaria con las infancias

Sobreviviendo a un cáncer: la efectividad de una psicoterapia positiva grupal para supervivientes de cáncer

La psicología comunitaria y el ciclo de las políticas públicas

Enfermedades crónicas no transmisibles y el potencial efecto protector de la cohesión social en Chile

Estudio sobre la percepción social del riesgo y las creencias básicas en estudiantes de educación media afectados por un tornado en Uruguay

El Centro de Integración Comunitaria como actor local relevante en la atención de la salud en pandemia: el caso de La Matera (San Francisco Solano, Quilmes)

El amor como alternativa civilizatoria

Las comisiones de fomento barrial y la participación en un territorio en disputa. Experiencias del accionar desde la Universidad

La vacancia total de la Psicología de la Salud en Argentina: causas y consecuencias



REVISTA IT VOLUMEN 9 N.º 9

Dirección General: María Teresa Almaraz

Coordinación de la publicación:

Miguel Olivetti, María Teresa Almaraz, Marcos Lafluf y Gabriela Iglesias

Comisión Editorial de Revista IT:

Universidad de la República
Programa APEX-Cerro
Haití 1606 - Código postal 12800
Montevideo, Uruguay
Correo electrónico: it@apex.edu.uy
Web: <http://www.apex.edu.uy/>

Comité Editorial:

Mag. Miguel Olivetti
Dra. María Teresa Almaraz
Dra. Ana Kemayd
Lic. Nut. Raquel Palumbo
Mag. Virginia Aquino
Mag. Marcos Lafluf
Mag. María Eugenia Viñar
Prof. Adj. Carlos Torrado
Dra. Varenka Parentelli
Mag. María Leticia Pereyra Lanterna

Asesores:

Dr. Enrique Saforcada
Dr. Francisco Cruz

Secretaría Administrativa: Gabriela Iglesias



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Sumario

Editorial	2
Enredando encuentros intersectoriales en torno a la sexualidad: caminos a la promoción de la salud comunitaria con las infancias Mariela Muñoz Rodríguez, Marisa Quijano, Sara Santander, Analía Ticona	5
Sobreviviendo a un cáncer: la efectividad de una psicoterapia positiva grupal para supervivientes de cáncer Carlos Urrutia	24
La psicología comunitaria y el ciclo de las políticas públicas Martín de Lellis	42
Enfermedades crónicas no transmisibles y el potencial efecto protector de la cohesión social en Chile Simón Varas Vargas, Juan Carlos Castillo, Marcela Ferrer Lues	62
Estudio sobre la percepción social del riesgo y las creencias básicas en estudiantes de educación media afectados por un tornado en Uruguay Graciela Loarche, Virginia Dutra, Mariana Pereira	78
El Centro de Integración Comunitaria como actor local relevante en la atención de la salud en pandemia: el caso de La Matera (San Francisco Solano, Quilmes) María Maneiro	94
El amor como alternativa civilizatoria Nicolás Armando Herrera Farfán	118
Las comisiones de fomento barrial y la participación en un territorio en disputa. Experiencias del accionar desde la Universidad Kail Márquez García	133
La vacancia total de la Psicología de la Salud en Argentina: causas y consecuencias Enrique Saforcada, Francisco Morales Calatayud	145

latindex

Editorial

La *Revista IT Salud Comunitaria y Sociedad* conforma una de las principales propuestas del Programa APEX, dirigidas a fomentar la creación y difusión del conocimiento en el ámbito de la extensión universitaria y la salud comunitaria. Con motivo de la presentación del noveno número y a modo de contexto, parece relevante mencionar algunas de las transformaciones más importantes que transita el Programa APEX, en la cual la *Revista IT* conforma un eje sustancial en el que convergen y se integran conocimientos vinculados a la enseñanza, extensión e investigación.

El Programa APEX ha logrado consolidar su estructura académica —la que se configura a partir de la creación de cuatro unidades académicas temáticas (UAT): Ciclo de Vida, Estrategias de Salud en Territorio, Participación Social y Comunitaria en Territorio y Prácticas Culturales y Comunicación en Territorio— y es desde allí que se despliega el trabajo en territorio. Para lograr el diálogo entre las UAT, se crean las plataformas integrales de formación (PIF), transversales al programa y que articulan diferentes modalidades de formación universitaria, en tanto espacios donde se insertan y convergen actividades curriculares para la conformación y el desarrollo de itinerarios de formación integral.

La premisa fundamental de estas transformaciones es el desarrollo de un programa que lleve a cabo la integralidad de funciones universitarias y fomente procesos participativos, dialógicos y transformadores.

A continuación, presentamos el conjunto de artículos que conforman este número, esperando los entusiasme a la lectura. Confiamos en el aporte significativo de estos.

Este número comienza con el artículo titulado *Enredando encuentros intersectoriales en torno a la sexualidad: caminos a la promoción de la salud comunitaria con las infancias*, de Mariela Muñoz Rodríguez, Marisa Quijano, Sara Santander y Analía Ticona. Las autoras abordan una experiencia intersectorial e interdisciplinaria realizada en barrios de sectores populares en la zona oeste de la ciudad de San Luis, Argentina. La intervención para la construcción de estrategias de la promoción de la salud sexual, cuyos aprendizajes se analizan en tres etapas, se realizó desde una perspectiva de salud comunitaria, de género y enfoque de derechos.

Continúa con el artículo *Sobreviviendo un cáncer: la efectividad de una psicoterapia positiva grupal para supervivientes de cáncer*, del autor Carlos Urrutia, quien comparte una estrategia que ha beneficiado a las personas que vivieron esta experiencia. La tasa de sobrevivientes al cáncer ha ido aumentando, pero es innegable que esta enfermedad deja su huella en quien la ha padecido y en su círculo más próxi-

mo familiar y social. El artículo describe y analiza veintinueve casos de uruguayos supervivientes de cáncer, estudiando cómo ayudó la psicoterapia positiva en el crecimiento postraumático, en lograr disminuir el malestar emocional y el estrés postraumático y en adquirir estrategias de afrontamiento adaptativas, evidenciando estadísticamente esos cambios a lo largo del tiempo.

El tercer artículo se titula *La psicología comunitaria y el ciclo de las políticas públicas* del profesor Martín de Lellis, en el que se analiza el rol que cumple la psicología comunitaria en el ciclo de las políticas públicas. Para ello, el autor desarrolla el concepto de *empoderamiento*, en el sentido de la necesidad de la comunidad de problematizar los asuntos que le conciernen, para poder incidir y participar en la construcción de la agenda pública a través de sus organizaciones sociales. También hace énfasis en el desarrollo de competencias técnicas en la comunidad que permitan un mayor protagonismo en la formulación e implementación de las políticas públicas, así como en la auditoría y evaluación de los programas.

En cuarto lugar, en el artículo titulado *Enfermedades crónicas no transmisibles y el potencial efectos protector de la cohesión social en Chile*, Simón Varas Vargas como autor principal y como coautores Juan Carlos Castillo y Marcela Ferrer Lues, nos presentan una investigación cuantitativa correlacional que analiza desde la Encuesta de Calidad de Vida y Salud (Encavi) 2015-2016, la relación entre las enfermedades crónicas no transmisibles y la cohesión social expuesta a partir de tres componentes: satisfacción con los lazos sociales, identificación con el barrio y propensión a la colaboración en el barrio.

El quinto artículo se titula *Estudio sobre la percepción social de riesgo y las creencias básicas en estudiantes de educación media afectados por un tornado en Uruguay*, de Graciela Loarche, Virginia Dutra y Mariana Pereira. Las autoras nos introducen en un tema importante, un tornado que atravesó la ciudad de Dolores, en el departamento de Soriano, Uruguay, a partir del que se analizan los factores vinculados a la percepción social de riesgo de los estudiantes de secundaria de la ciudad. Sus reflexiones finales dan cuenta de la necesidad de que se realicen más estudios sobre la percepción social de riesgo y las creencias básicas ante eventos críticos.

Posteriormente, se presenta el artículo de María Maneiro titulado *El Centro de Integración Comunitaria como actor local relevante en la atención de la salud en pandemia: el caso de La Matera (San Francisco Solano, Quilmes)*, que nos acerca a las percepciones del rol del Centro de Integración Comunitaria del barrio La Matera de la localidad de San Francisco Solano, de la región metropolitana de Buenos Aires, durante el período pandémico de covid-19. A partir de entrevistas a trabajadores

no profesionales, se abordan las dinámicas de trabajo del primer nivel de atención con relación a la crisis sanitaria y la asistencia comunitaria tendiente a mitigar los efectos de la pandemia, el aislamiento y las limitaciones en la movilidad. Asimismo, el artículo refleja las redes y coordinaciones construidas por el centro con el entorno territorial, con organizaciones sociales y con las Secretarías de Salud y Desarrollo Social.

El séptimo artículo, *El amor como alternativa civilizatoria*, de Nicolás Herrera Farfán, conforma un abordaje crítico para pensar la crisis civilizatoria que vivimos e invita a reflexionar sobre el amor en el ámbito académico de las ciencias sociales, como clave para afrontar una crisis que tiene como fondo una cultura patriarcal que ha bloqueado la dimensión emocional de la cultura. Transitando una serie de conversaciones teóricas y convocando distintos autores al texto, principalmente vinculados a una episteme relacional, conforma un gran aporte para la reflexión sobre la sociedad y su estudio.

En el octavo artículo, *Las comisiones de fomento barrial y la participación en un territorio en disputa. Experiencias del accionar desde la Universidad*, de Kail Márquez García, se presenta una experiencia con las comisiones vecinales de fomento barrial Polvorines-Ansina, Estrella del Cerro y 30 de Marzo, en el marco del proceso de elecciones barriales en el contexto del Municipio A de Montevideo. A lo largo del texto el autor nos invita a conocer distintos antecedentes que dieron marco a las acciones realizadas y las características de los ámbitos involucrados. Realiza un abordaje teórico y metodológico hasta llegar a resultados que involucran procesos formativos de los estudiantes con un fuerte acento en la importancia de la extensión y la investigación-acción en clave de integralidad.

El noveno y último artículo presentado en este número se titula *La vacancia total de la Psicología de la Salud en Argentina: causas y consecuencias*, de los autores Saforcada y Morales Calatayud. Nos presenta un ensayo con gran coherencia y rigor analítico en el que se clasifica muy atinadamente los distintos momentos en los que se despliega la problemática analizada, identificando algunos hitos institucionales y académicos significativos que permiten caracterizar el cercenamiento de las tendencias más científicas y materialistas de la psicología y, consecuentemente, la hegemonía casi absoluta del modelo especulativo o «antipositivista» que más adelante se conjugará con los desarrollos locales del psicoanálisis en su vertiente francesa. Efectúan también una muy interesante aproximación y caracterización de la evolución que ha tenido la psicología de la salud en la República de Cuba durante las últimas décadas del pasado siglo e inicios del actual.

Enredando encuentros intersectoriales en torno a la sexualidad: caminos a la promoción de la salud comunitaria con las infancias

Weaving intersectoral encounters around sexuality: ways to promote community health with children

Mariela MUÑOZ RODRÍGUEZ
Marisa QUIJANO
Sara SANTANDER
Analía TICONA

Palabras clave: trabajo intersectorial, promoción de la salud, sexualidades, derechos humanos, salud comunitaria

Keywords: intersectoral work; health promotion; sexualities; human rights; community health

Resumen

Se presenta un relato de una experiencia que surgió de demandas tanto clínicas como educativas vinculadas a la violencia sexual. La perspectiva de trabajo es desde la salud comunitaria con perspectiva de género y enfoque de derechos. Se realiza una narrativa de experiencias que analiza tres etapas del proceso. Hace foco en los aprendizajes de cada una de las etapas para la construcción de estrategias de la promoción de la salud sexual. Las posibilidades de construcciones intersectoriales e interdisciplinarias de esta experiencia se basaron en: trabajo territorial sostenido en el tiempo con compromiso social en la zona, la constitución de un equipo interdisciplinario con concepciones epistemo-prácticas compartidas y objetivos de trabajo amplios que permitieron construir desde las necesidades y posibilidades territoriales.

Abstract

A report of an experience that arose from both clinical and educational demands related to sexual violence is presented. The work perspective is from the community health with a gender and a human rights approach. A narrative of experiences is made that analyzes three stages of the process. It focuses on the learning of each of the stages to construct strategies for the promotion of sexual health. The possibilities of intersectoral and interdisciplinary constructions of this experience were based on: territorial work sustained over time with social commitment in the area, the constitution

of an interdisciplinary team with shared epistemological-practical conceptions, and broad work objectives that allowed building from the needs and territorial possibilities.

Datos de las autoras

Mariela MUÑOZ RODRÍGUEZ

FaPsi- UNSL, CONICET

Magister en Psicología Social

Marisa QUIJANO

Ministerio de Salud

Licenciada en Psicología

Sara SANTANDER

Facultad de Ciencias Humanas- Centro de Prácticas Pedagógicas y Sociocomunitarias- UNSL

Estudiante de Comunicación Social

Analia TICONA

Ministerio de Salud

Profesora en Ciencias Políticas

Técnica en Salud

Dirección de la institución de trabajo: Dirección: Ejército de Los Andes 950, D5700HHW, San Luis, Argentina,

Correo electrónico: mariela.munozrgmail.com

Introducción

En el presente trabajo abordamos una experiencia intersectorial e interdisciplinaria realizada en la zona oeste de la ciudad de San Luis, Argentina, en la que confluyen diversos barrios de sectores populares. Comenzó a desarrollarse en agosto de 2017 y la etapa que sistematizamos finaliza en marzo de 2018. Cabe mencionar que esta experiencia tuvo sus raíces a partir de encuentros previos entre actoras de distintas instituciones que nos encontrábamos en el territorio. Posibilitaron esta experiencia trabajos de articulación entre el centro de salud del barrio y la escuela, procesos territoriales en una mesa intersectorial, más el trabajo articulado de investigación en el marco de una beca doctoral en la que se trabajó en el centro de salud y escuelas de la zona.

El proyecto de intervención que relataremos surgió a partir de compartir necesidades y emergentes con distintas actrices de instituciones de la zona que trabajábamos con perspectiva en salud comunitaria y de género. Empezó a construirse un pensar y hacer colectivo intersectorial e interdisciplinar alrededor de distintas situaciones de abuso sexual contra niñas¹ y adolescentes. Así, se desarrolló un proyecto de intervención con actividades en el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y la escuela, pensándolo desde una mirada comunitaria de abordaje participativo. El transitar los talleres, compartir con madres, padres, docentes, niñas, profesionales, generó nuevas preguntas y desafíos para seguir avanzando.

A su vez, nuevos encuentros en el inicio del año 2018 permitieron revisar la experiencia y con la compañía de nuevxs actorxs sociales (referentes comunitarixs de diferentes espacios) pudimos enriquecerla desde una mirada integral. La experiencia barrial y los saberes de las mujeres que se sumaron al proceso pusieron en juego nuevas necesidades y desafíos para hacer juntxs, pudiendo organizar juntxs una marcha y encuentro barrial del 8M.²

-
- 1 Para la redacción de este trabajo, se intenta a lo largo del escrito una perspectiva inclusiva de mujeres, varones e identidades diversas. Esto implica la utilización del lenguaje inclusivo no sexista. Se elige la redacción con x dando lugar a que también quien lea pueda elegir desde dónde hacerlo, construyendo en este metadiálogo ejercicios políticos, no solo de quien escribe sino también de quien lee. Se sostiene la definición genérica masculina o femenina de los actores y autoras cuando la situación lo precisa y hay conocimiento del género de quien se menciona.
 - 2 El 8 de marzo es el Día Internacional de la Mujer Trabajadora en conmemoración de 123 mujeres trabajadoras de la fábrica de Estados Unidos que en 1911 reclamaron por tener los mismos derechos que sus compañeros varones. La huelga terminó con la muerte de las obreras en un incendio del que no pudieron escapar porque el dueño de la fábrica había cerrado las puertas para disolver la protesta. La OMS en 1977 convirtió la jornada como el Día Internacional por los Derechos de la Mujer. Además, desde 2016 ese día se ha instituido el Paro Internacional de Mujeres como movimiento internacional en respuesta a la violencia social, legal, política, moral y verbal que sufrimos las mujeres contemporáneas en diversas latitudes. Fue promovido por organizaciones de mujeres de más 50 países para visibilizar la violencia machista en todas sus formas.

En referencia a estas vivencias, haremos primero una sistematización del proceso para recuperar los aportes teóricos que del recorrido surgieron, así como para explicitar las bases sobre las que nos paramos para transitarla. Luego, relataremos la experiencia propiamente dicha, con sus preguntas y primeras revisiones teóricas. Para finalizar, planteamos los desafíos pendientes hacia una promoción de la salud comunitaria. Frente a este viraje es necesario estar alertas a las lógicas academicistas y profesionales que nos sitúan como principales portadoras del conocimiento, para poder ingresar a una nueva etapa en donde el hacer con la comunidad marcará nuevos ritmos y miradas. Esto nos coloca frente al desafío de ser flexibles a las construcciones conjuntas, así como al compartir las actividades de los distintos grupos que conforman este equipo.

Marcos de partida

La salud no existe por fuera del contexto y del territorio donde las personas viven, allí se reproducen modos de vida propios del modelo social, económico y político. El capitalismo es un modelo que provoca efectos de marginación, exclusión y precarización, que genera lógicas de gestión y gobierno que llevan al ensanchamiento de la brecha social con consecuencias en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados de lxs diferentes actores.

La estructura del poder genera injusticias en términos de la distribución de la salud en una población. De acuerdo con Whitehead (1992), las desigualdades o inequidades en salud son injustas cuando no son resultado de la libre elección de los individuos, o sea, todas aquellas que son producto de situaciones externas que condicionan la vida. Esta autora señala que las diferencias en las condiciones de salud derivadas de desigualdades sociales son evitables. Esto se debe a que la fuente primaria de toda inequidad es la apropiación del poder: la propiedad privada de la riqueza, origina las distintas clases sociales; la apropiación patriarcal del poder, genera roles de género estancos y violentos en las prácticas sociales cotidianas; el adultocentrismo prioriza al adulto como poseedor de poder y saber frente a otros grupos etarios, y el colonialismo aparece como rector de la apropiación del poder en grupos étnicos políticamente definidos como superiores. Esta es la cuádruple inequidad que produce nuestras desigualdades sociales en salud. Así, cuando históricamente aparecen situaciones de inequidad, es dable adscribirla a dicha categoría porque en todos los casos aparece una apropiación de poder y, por lo tanto, una concentración de este en determinadas clases más ricas, en los varones heterosexuales, en los adultos económicamente activos o en los blancos como sujetos de saber y poder. Entonces, la diversidad, en lugar de ser fuente de avance humano, pasa a ser un vehículo de explotación y subordinación.

En términos de salud, Sonis, Bello y de Lellis (2010) sostienen que cuando esta es puesta como mercancía lleva a la profundización de las inequidades en salud. Para

estos autores la salud depende de circunstancias sociales, políticas y económicas, por tanto, no puede ser concebida como un problema individual sino como el producto de complejas valoraciones psicosocioculturales y biológicas que afectan a los colectivos. Por lo tanto, comprender a la salud de manera integral evidencia la determinación estructural de la enfermedad.

De esta manera, definimos a la salud como un derecho humano irrestricto que debe ser gratuito, de buena calidad y de utilización plena, oportuna y adecuada. Videla (1991, p. 17) conceptualizó a la salud como «un derecho social básico y universal y su apropiación es un camino hacia la mayor libertad» de las personas.³ La libertad la entendemos como caminos de disminución de las opresiones que provocan procesos de enfermedad o los sostienen.

El trabajo en red como parte de la propuesta intersectorial implica el fijar objetivos conjuntos y unir acciones para poder abordar alguna temática. El modelo de Atención Primaria de la Salud hace mucho énfasis en él, pero entendemos que de modos operativos y productivos que restringen la fuerza de lo propio de los territorios. Gutiérrez-Aguilar (2011) propone el concepto entramado comunitario, aplicado principalmente a las lógicas territoriales no necesariamente estadocéntricas. Este designa las formas colectivas en que se expresa y se realiza el trabajo útil para la reproducción de la vida humana. Asimismo, enfatiza los vínculos centrados en lo común y en la finalidad que los anima: la pluriforme reproducción de la vida en cuanto tal (Gutiérrez-Aguilar, 2011). El entramado comunitario refiere a una:

multiplicidad de mundos de vida humana que pueblan y generan el mundo bajo pautas diversas de respeto y colaboración, dignidad y reciprocidad, no plenamente sujetos a las lógicas de la acumulación del capital aunque agredidas y muchas veces agobiadas por ellas (Gutiérrez-Aguilar, 2011, p. 35)

En el marco de salud, entendemos que es un ejercicio constante salirse de las lógicas de resultados y poder proponer construcciones reticulares que potencien la producción de lo común con los territorios en procesos participativos de abordaje común de los problemas.

Desde aquí los aportes de la comunicación como canal intencional de comprender, analizar y debatir sobre los modos de producción y reproducción de la salud de los colectivos. Díaz y Uranga (2011, p. 117) afirman que «los individuos interpretan y comprenden los mensajes vinculados con la salud desde el espacio que generan las relaciones en la vida cotidiana, desde las marcas que lo constituyen y desde el sistema de relaciones que, a modo de tejido social, los contiene». Por ello, más allá de toda idea instrumental de la comunicación, incluso a pesar de la mediatización actual de temáticas de salud que construyen patrones culturales y

³ La definición original de la autora en lugar de mencionar a las personas se refiere a los hombres. Su perspectiva sexista es un aspecto al que no adherimos por lo que hemos realizado esa modificación.

mercantiles en torno a ella, es importante entender la relación salud/comunicación. Así en esa debe prevalecer el vínculo entre lxs sujetxs comunitarios, así como entre ellxs y las instituciones. Estos vínculos serán los que posibilitarán resignificar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados, permitiendo entender la salud de manera integral y colectiva. La comunicación entendida en estos términos estará al servicio de fortalecer el trabajo comunitario, y es uno de los medios que facilitan y articulan procesos de cambio y problematización relacionados con la salud a través de la participación de las personas que interactúan.

La experiencia: miradas y recorridos durante el camino

Como punto de partida entendemos que la experiencia que presentamos es posible a partir de los procesos que se vienen dando en el territorio desde hace algunos años. Las características de la zona y sus instituciones muestran articulaciones intersectoriales y la participación de vecinxs por la defensa de sus derechos relacionados con la salud integral, su determinación y los servicios básicos.

Esta articulación vuelve a ponerse en juego en esta experiencia y es la que le da el nombre al trabajo. *En-red-ando*, este nombre aborda lo procesual de la experiencia como a la vez recupera las vinculaciones reticulares que la constituyen.

Para compartir las vivencias, aprendizajes y atravesamientos del trabajo reticular en torno a las sexualidades tomamos la estrategia de investigación narrativa. Blanco (2011) la describe como «el estudio de la experiencia como un relato, entonces, es primero que nada y sobre todo una forma de pensar sobre la experiencia» (p. 137). Landín y Sanchez (2019) dicen que «el método biográfico-narrativo nos lleva a captar ese conocimiento genuino que un sujeto construye desde su experiencia vivida en diversos espacios y tiempos, permitiéndonos comprender la verdadera esencia de los procesos educativos» (p. 1). En este caso realizamos autorrelatos sin creer que el relato por sí mismo es la realidad, sino que precisan de la articulación teórica y el análisis de sentidos más allá de la descripción (González Jiménez, 2012).

Quienes narramos la experiencia somos el equipo que conformamos una agente sanitaria, una estudiante de comunicación social y dos psicólogas. Cabe aclarar que dos de las personas trabajaban en el centro de salud, dos estaban vinculadas a la universidad, específicamente al Centro de Prácticas pedagógicas y sociocomunitarias de la Facultad de Ciencias Humanas desde donde sostenían proyectos con la escuela. Por lo tanto, esta narrativa tiene aspectos propios de los desafíos y preguntas territoriales vinculadas con aquellas de la academia.

Para una organización de los sentidos y saberes construidos realizamos un recorte de etapas que entendemos la marcan. Describiremos el proceso y los desafíos teóricos a los que nos enfrenta la práctica. Así quedan delineadas tres etapas: la primera se vincula con la descripción de la situación problemática, la construcción del equipo, la formación y la construcción del objetivo; la segunda, realización

de acciones planificadas intersectoriales; y tercera, acciones colectivas hacia la promoción de la salud comunitaria.

Primera etapa: emergente para la red. Encuentros para debatir, formarnos y proponer

En la escuela del barrio una niña denunció ser acosada por un amigo de su hermano; esto habilitó que otra niña hablara sobre el abuso que su padrastro ejercía sobre ella. Ambas situaciones generaban sensaciones de falta de recursos en la escuela para sobrellevar la situación, ya que la judicialización y derivación parecen ser las únicas posibilidades de abordaje. En esta lógica las situaciones devinieron en derivaciones de la escuela al centro de salud y sus trabajadorxs fueron aliadxs para sobrellevar situaciones críticas. Estos circuitos fueron escuchados, atendidos y generaron preguntas. ¿Cómo podemos abordarlos? ¿Qué factores influyen en los procesos de cuidado, acompañamiento o asistencia? ¿Cómo hacerlo? ¿Qué significa derivar? ¿A quiénes se deriva? ¿Cómo actúan o actuamos frente a esto? ¿Se acompaña? ¿Quiénes? ¿Cómo? ¿Quiénes logran animarse al reto de acompañar estos procesos que parecen ser de los más dolorosos y complejos que les toca atravesar a lxs profesionales de las instituciones estatales?

Sumado a esto, en ese año, en el centro de salud la demanda clínica de mujeres adultas con sintomatología ansiosa-depresiva había aumentado y todas ellas habían vivido alguna situación de abuso sexual en su infancia o adolescencia que nunca habían comentado. ¿Por qué no pudieron hacerlo? ¿Qué se ponía en riesgo? ¿Qué hace que en estos momentos puedan hacerlo? ¿Cómo es comprendida esa situación de violencia?

Luego de reuniones de problematización entendimos necesario iniciar procesos de formación en temáticas vinculadas a la sexualidad en general, y al abuso contra niñxs y adolescentes en particular. En estos espacios se sumaba la profundización teórica desde la praxis.

En el proceso de formación llegamos a algunos espacios de definición conceptual y epistemológica como equipo interdisciplinar que comprendemos luego hicieron más fácil el proceso. Acordar, convenir, desarrollar puntos de acuerdo desde los que trabajar consideramos que fue uno de los andamiajes para el proceso de intervención.

La perspectiva en sexualidad que consensuamos fue desde la integralidad, la perspectiva de género y los derechos humanos. Tomamos la definición de la oms sobre sexualidad como:

un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conduc-

tas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (2006, p. 7)

A su vez, hicimos fuerte hincapié en el proceso de formación en cómo acompañar desde los primeros momentos de vida el desarrollo de la sexualidad de niñxs y adolescentes. Para esto entendimos nodal reconocer las preguntas, las exploraciones de ellxs, así como la importancia de las interacciones con quienes les cuidan.

En esas reuniones recuperamos las concepciones que quienes trabajan en las instituciones poseen. Las situaciones de abuso sexual contra niñxs o adolescentes eran definidas como unas de las situaciones más complejas que se deben abordar en ambas instituciones, lxs profesionales se sentían sin respaldo, sin información, con escasas herramientas para la contención. Entendíamos que todo eso dificultaba la posibilidad de acompañamiento o intervención.

En ese no saber aparecían algunos ejes centrales que tomar en consideración. Las experiencias en territorio marcaban dificultades que nos hacían reconocer el por dónde precisábamos formarnos. Una de las situaciones que nos parece necesario comentar surge de identificar dificultades y confusiones en relación con la terminología relacionada con el maltrato hacia niñxs y confusiones específicas entre abuso sexual y violación. Tal es el caso de una mujer adulta que se ha animado a dar pasos en contra de las reglas del silenciamiento, ella comenta que «el médico que hizo la pericia dijo que no tenía señales de abuso», frente a esto: ¿Es posible que unx médicx al revisar a unx niñx pueda certificar la presencia de abuso? ¿O puede certificar una violación? ¿Con cuánto tiempo? ¿Quién escucha? ¿En qué situación? ¿Qué puede escuchar? ¿Qué responsabilidades se les depositan a lxs profesionales?

A su vez, Eva Giberti (2016) hace notar el uso erróneo del término *abuso sexual infantil*. La palabra *infantil* deja afuera a los responsables del abuso, que son lxs adultxs. Así los términos a utilizar sería abuso sexual contra niñxs o adolescentes, de niñxs víctimas o bien de niñxs que han sido abusadxs. Porque de ese modo queda claro que lxs niñxs son víctimas. De otra manera, la palabra *infantil* califica al abuso y, por lo tanto, es una trampa ética de lxs adultxs que intentan quedarse afuera de su responsabilidad. De acuerdo con las estadísticas, quienes abusan son en primer lugar varones y los roles que ellos cumplen son de padres, abuelos o padrastros; mientras que las víctimas menores de 18 años corresponden en un 18% a mujeres y 8% a varones (OMS, 2016).

Otro de los obstáculos se relacionaba con el momento de sacar a la luz el secreto de haber sido o ser víctima de abuso. Aquí entraban en juego preguntas sobre el derecho a ser escuchadx de la persona que ha sido violentada ¿Cómo y quién escucha? ¿Desde qué concepciones? ¿Dando qué lugar a la palabra? Además de

estas preguntas, aparecían algunas certezas. La persona que logra contar su vivencia de una situación de abuso sexual lo hacía frente a vínculos de confianza. Frente al relato cuando no se cree en su palabra, se la revictimiza. Si es unx niñx o adolescente quien denuncia y es desacreditadx lo que sucede es que queda frente a una nueva sensación de soledad y de desamparo (Giberti, 2016). Generalmente, lxs abusadorxs son varones y personas cercanas a lxs niñxs y adolescentes, así es que nuevamente se les deja sin sostenes. ¿Qué cualidades debe tener el diálogo y el vínculo para poder escuchar? ¿De qué manera afectan los mandatos sociales y los patrones de apropiación de poder en la escucha y en los vínculos?

En la experiencia territorial, cuando niñxs denunciaban situaciones de abuso aparecían como obstáculos la diferencia de edad y los modos de nombrar y entender el mundo. Una persona adulta mencionó «pero no sé, yo me enteré porque me contó la compañerita. Ella dice que él la tocó». En sus palabras se identificaba la duda sobre la veracidad. Lxs niñxs como sujetxs de derecho nos desafían como sociedad adultocéntrica a reconocer a la infancia como generación en sí y no a futuro y, por lo tanto, a reconocer sus modos de nombrar como válidos, problematizándonos. Aparecen adultxs que logran este proceso de reconocimiento de las infancias y algunxs otrxs que no. ¿Qué lxs diferencia? Entendimos dos características del reconocimiento de las infancias, por un lado, el reconocer a niñxs y adolescentes como sujetxs de derechos con sus características y también como sujetos sexuados. ¿Cuántxs adultxs han podido comenzar a transitarse como tales en una sociedad que castiga la sexualidad y sus expresiones, que vulnera los cuerpos y los utiliza como objetos de control? Así aparecía un segundo desafío, reconocernos y reconocerlxs en lo cotidiano como seres sexuados, con un cuerpo, saberes y preguntas. Por lo que se hizo necesario trabajar desde la sexualidad integral para luego focalizar en el cuidado corporal, el reconocimiento del cuerpo y trabajar con temas como intimidad, lo que gusta y no, las emociones, los vínculos, las expresiones, entre otros. Comprender la integralidad del cuerpo con la validez de sus significaciones y vivencias lo comprendimos como la base para reconocer el *no* como eje de validación en la relación niñx-adultx y así una lógica vincular que ayuda a la prevención del abuso sexual.

Otro de los patrones de apropiación de poder que encontramos que obstaculizaban los procesos de intervención y reconocimiento de una situación de abuso sexual eran los patrones heteropatriarcales que estaban presentes en el proceso de efectivización de los derechos de lxs niñxs. El heteropatriarcado aparecía como un modelo de dominación social, económico, cultural y sexo-político que justifica el rol de opresión del hombre sobre la mujer. Diferentes autoras (Segato, 2003; Lagarde, 2005; Guerra, 2009) indican que este se basa en la aceptación de un único modelo de familia universal, compuesto tradicionalmente por una pareja heterosexual y sus posibles hijxs, así como en la perpetuación, reparto y legitimación social de una serie de roles asignados a hombres y mujeres. Esta situación hace que se excluyan otro tipo de relaciones sexo-afectivas o sexo-genéricas. La vida sexual

de este modelo de dominación se la ha comprendido en la esfera privada, cuando se conoce una situación de abuso algo de la esfera sexual e íntima se hace público. Esto afecta en numerosos sentidos; por un lado, la persona víctima tiene que relatar su vivencia frente a otras y estas tienen que validarlo. Además, cuando quien abusa se encuentra en el círculo familiar, se hace pública una conducta sexual condenable que, además, viene a romper con parámetros sociales de las sexualidades permitidas y prohibidas vinculadas con el incesto y con lealtades. Esta ruptura afecta otro de los pilares del patriarcado, la familia. En tanto bien supremo, esta incluye valores vinculados a la perfección y supuestos de lealtades, principalmente en evidencia cuando interfiere la justicia. En estos casos además de las sobrecargas por los circuitos de responsabilidad hacia la persona víctima también aparecen en sobreprotección y lealtad hacia quien agrede. Además, en algunos casos, cuando este último cumple diferentes roles dentro del núcleo donde se produce el abuso (por ejemplo, padre y marido), pueden surgir competencias entre la víctima y la pareja de quien abusa. Aspecto que se ancla al mito de seducción atribuido a la víctima, por lo que acompañar y cuidar de la víctima se hace dificultoso por emociones de enojo y competencia hacia ella, lo que dificulta el rol de cuidado. Por lo tanto, el sexo y las expectativas en relación con el género de las personas involucradas, así como los vínculos que existen entre ellas será un aspecto que marcará complejidades diferentes. Así, si la situación de abuso pone en juego categorías relativas a la orientación sexual, puede sumar otra dificultad al momento de la denuncia.

También entendimos que las instituciones eran efectoras que debían intervenir en los procesos de vulneración y los modos de su actuación van a repercutir en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados, y así en la posibilidad de ejercicio de los derechos. Las políticas públicas han estado sostenidas en la creencia de que los delitos sexuales correspondían al ámbito privado, aspecto que se sostenía hasta esa fecha. Esto dificultaba reconocer la complejidad del tema desde la determinación social que atraviesa la problemática. Así, los abordajes se realizaban de manera escindida, con información sesgada y reduccionista y procedimientos deficientes para el acompañamiento social. Históricamente, se han sostenido vías de abordaje principalmente judiciales, como así también el tipo de información y capacitación que se ha brindado a quienes debieran acompañar los procesos dejan de lado la afectividad, malestar y complejidad de las situaciones. En este modelo, las víctimas se convierten en un protocolo de actuación institucional, las instituciones de la vida cotidiana, a pesar de ser conocedoras o receptoras de la situación sufrida, pocas veces continúan el acompañamiento familiar y afectivo de las infancias o de las víctimas, así como de aquellxs que conocen la situación y se preocupan. Las intervenciones que se realizan desde el protocolo de actuación que el gobierno de San Luis ha diseñado para intervenir en los casos de sospecha de abuso sexual contra niñxs y adolescentes indica procedimientos que principalmente consisten en la derivación de la persona al sistema judicial y luego a profesionales de la psicología, fortaleciendo la mirada individual y privada y revictimizando a

la víctima en lugar de generar líneas de acción que permitan comprender y abordar las situaciones de manera social e integral. A esto habría que sumarle que en la provincia si es unx niñx quien realiza la denuncia, esta tiene que estar ratificada por unx adultx, aspecto que a veces es imposible por las condiciones heteropatriarcales antes señaladas. Además, en el área de la salud lxs psicólogxs no han sido capacitadxs desde perspectivas sociales, ni de género, sino principalmente individuales y clínicas; las posibilidades de problematización relacionadas con el abuso sexual quedan cristalizadas en la elaboración del trauma, sus consecuencias y no necesariamente en la revisión de pautas sociales y creencias asociadas al heteropatriarcado, que nos permite una comprensión sexo afectiva- genérica relacionada con los roles sociales asignados, y que a la vez habilitan comprensiones de emociones frecuentes asociadas a la vivencia como son culpa o pudor.

Desde estos análisis y las características que presentaban las redes barriales, comprendimos que era necesario aprovechar el entramado intersectorial presente y desde allí comenzar a trabajar con lo posible desde nuestros lugares de inserción territorial. Vimos esa posibilidad asociada a ponerle palabra a la sexualidad desde la infancia y desde allí comenzar a profundizar alcances. De esta manera, surgieron como objetivos problematizar los procesos de sexuación desde una concepción sexual integral con perspectivas de género y derechos humanos y visibilizar la problemática de abuso sexual contra niñxs para poder abordar los miedos, incertidumbres y preguntas que lxs distintxs actores poseemos. De esta manera se delinea un proyecto de intervención y su puesta en práctica responde a la segunda etapa.

Segunda etapa: enredando encuentros

Los lugares donde realizamos el proyecto fueron el CAPS, la escuela y la plaza del barrio, cada uno con actividades diferenciales. En el CAPS la intervención se realizó en los talleres de control de niñez sana. Este es un dispositivo que funcionaba como espacio mensual de seguimiento interdisciplinar de niñxs durante el primer año de vida. Lxs participantes fueron madres, padres y sus hijxs de aproximadamente un año y profesionales del CAPS. Se realizaron dos encuentros, en los cuales se trabajó sobre la sexualidad integral, su comprensión desde los componentes de sexo, género, orientación sexual y relaciones sexuales. El objetivo era interpelarnos como sujetxs sexuadxs y analizarlo como un aspecto transversal a nuestras vidas y la de lxs niñxs. En el primer encuentro les dimos a lxs participantes hojas para anotar las palabras que se nos venían a la cabeza al escuchar el término sexualidad. En un afiche con un tronco pegamos las hojas y debatimos, agregando aquellas que luego de la problematización sentimos necesarias. La primera reacción frente a la consigna fue en algunos casos de pudor, sin saber qué decir, con risas. La genitalidad, la confusión de términos, la romantización de la sexualidad fueron algunos de los ejes que aparecieron, como también el cuidado y la orientación sexual. En el segundo encuentro trabajamos en torno al autocuidado de las personas cuidado-

ras y los atravesamientos sexogénicos de estos procesos. Lo hicimos a través de un juego de las cuatro esquinas: en cada esquina de la salud hay un cartel (Sí, No, A veces, No sé). Las personas deben recorrer la sala y, frente a las frases, seleccionar la esquina que las identifiquen. Las afirmaciones utilizadas indicaban tareas de cuidado y roles frente a ellas (por ejemplo, «quien principalmente cuida a lxs niñxs en el hogar soy yo»).

Durante los talleres emergieron discusiones en torno a la crianza. Generalmente, los mensajes morales y sexistas eran los que aparecieron como obstáculos para la autonomía: con qué se les permite o no jugar a varones y mujeres, quiénes tienen tareas de cuidado asignadas en las casas, cómo son las reparticiones de roles familiares en torno a la crianza, etcétera. Las mismas familias problematizaron estos lugares. Además, muchas veces, primó la comprensión de la sexualidad en tanto reproductiva: las madres y padres se focalizaban en la adolescencia y principalmente vinculada a las relaciones sexuales. Otro de los temas que generaba preocupación era la posibilidad de que sus hijxs fueran víctima de abuso sexual, lo que permitió profundizar en los modos de prevenirlo (respetar sus opiniones, creer en su palabra, reconocer sus «no» como válidos, etcétera). Los espacios de confianza sobre la sexualidad se dan a lo largo de la vida, por lo que los diálogos y la conciencia de la existencia de la sexualidad de modo transversal a las vidas fue eje de abordaje a través de generar canales de escucha y confianza que promuevan vínculos habilitantes y contenedores. Además del trabajo en el espacio del taller, se realizaron trípticos con información sobre la temática para entregar a las familias y continuar con la problematización a partir de ellos. Estos mismos trípticos también fueron material para que el programa Primeros Años⁴ sintiera habilitación para llegar con la temática a las casas.

Las actividades que realizamos en la escuela fueron talleres en las tres salas de 4 años. Realizamos el primer encuentro con las madres y padres de lxs niñxs. En este encuentro se persiguió el mismo objetivo de los talleres realizados en la salita. Las discusiones en este espacio hicieron más énfasis en problemas de crianza, cómo poner límites, cómo protegerlos frente a abusos. La salida de la casa les daba mayor sensación de riesgo a las madres. Sin embargo, varias de ellas mencionaron la importancia de mirar en los mismos hogares el tipo de vínculo, ya que muchas veces son los mismos familiares quienes lo generan.

Luego, se propuso un espacio de dos encuentros de actividades lúdicas entre las personas adultas y lxs niñxs de los jardines a través del relato de un cuento *¡Estela grita muy fuerte!* (Olid, 2008). Estela es una niña que podía marcar límites y denunciar situaciones de malestar o abuso sobre su cuerpo. Se realizó una puesta en común luego de la lectura y se finalizó la serie de talleres con una interven-

4 Primeros Años es un programa nacional de alcance a familias de niñxs de 0-4 años. Es un programa que funciona en territorio con facilitadoras. Ellas tienen familias asignadas y hacen procesos de seguimiento con información pertinente para el acompañamiento a la crianza.

ción artística comunitaria en la plaza del barrio junto a todxs lxs participantes. Esta consistió en realizar dibujos luego de la lectura del cuento. Esos dibujos fueron colgados en la plaza y en la escuela con un logo que decía «No al abuso sexual contra niños y niñas». Cada niñx junto a una persona adulta elegían dónde colgar los dibujos: en la escuela, en la plaza, en la vereda.

La comunicación vuelve a ser transversal, no solo desde los dispositivos artísticos y de información, sino a través de espacios de participación en donde las vivencias de las personas que participan se vuelven eje de diálogo. Por lo que la comunicación entendida desde lo comunitario no debe anclarse solo al terreno de los medios (entiéndase ‘medios’ como cualquier herramienta de difusión); es importante también entender el carácter de facilitadora a la hora de garantizar el acceso a la información y al compartir vivencias y saberes.

Estos espacios de taller generaron diferentes reacciones en las instituciones. Por un lado, en el CAPS se empezó a discutir el tema como parte de una problemática presente en la comunidad. A su vez, emergieron en los comentarios cotidianos, ejemplos y chistes recordando situaciones personales en torno a la sexualidad o vinculados a sus hijxs. Esto lleva al pedido de incluir como parte de la planificación de los controles de niñxs sanxs el abordaje de la temática.

En la escuela, los diálogos más directos con las docentes evidenciaban la necesidad de generar acuerdos para la intervención y seguimiento. Se planificó continuar con encuentros para revisar y fortalecer modos de actuación coordinada entre las instituciones.

A su vez, las personas que participaban de los encuentros recuperaban con rapidez vivencias, compartían experiencias personales tanto de sus vidas como en las relaciones con sus hijxs en torno al desarrollo integral, los lugares de comunicación, aspectos relativos a la educación y los roles de género, entre otros. Si bien los primeros intercambios encerraban cierta timidez, poco a poco se animaban a compartir sus vivencias, aconsejaban a sus pares, disentían y también consultaban sobre dudas, logrando problematizar posturas frente a la crianza y la sexualidad de lxs niñxs. Consideramos importante este aspecto en tanto la sexualidad es un tema tabú y las vivencias son poco reconocidas como saber. Creemos que poder reflexionar, volverlas a pasar por el cuerpo, la voz, deconstruyendo mitos, revisando vivencias, puede permitir construcciones diferentes y problematizadoras de la sexualidad con otrxs en un marco de respeto y contención.

Tercera etapa: nuevos desafíos para diálogos y acciones colectivas

Comenzar el año hace que la rutina se modifique, tanto en las casas de lxs vecinxs del barrio como en las instituciones y quienes las transitamos diariamente. En estos momentos, los ritmos institucionales habilitan y frecuentemente exigen revisar proyectos. Además, muchas veces coincide con las planificaciones personales. En estos encuentros de principios de año empezaban a resurgir las ganas de hacer

algo juntas con mujeres referentes barriales con quienes habíamos compartido en otros espacios experiencias muy satisfactorias.

Durante años anteriores desde el CAPS se había convocado a vecinxs y a referentes institucionales de la zona a participar de proyectos de co-gestión. Se habían sostenido y con ello podido identificar algunas necesidades de la zona, gestionando algunos pedidos en conjunto y realizando cambios organizacionales. Ahora el volver a reunirnos venía acompañado de un pedido y una búsqueda en conjunto.

En estas instancias nos preguntamos cómo hacer para poder ampliar las tareas que venimos haciendo. ¿Cómo construir espacios y ejes de trabajo que nos permitan hacer abordajes integrales de salud ya no solo desde las instituciones, sino desde acciones que incluyan a la comunidad en su conjunto? Esto porque para el Centro de Salud era pulso aumentar la participación comunitaria.

Estas redefiniciones de los objetivos nos hacían realizar un viraje en la propuesta de intervención. Entendíamos que la posibilidad de formular el proyecto con diferentes referentes territoriales y no solo institucionales era un avance en el ejercicio de derechos. Chapela (2007) plantea que con una participación con ejercicio de prácticas reflexivas de libertad se habilitan procesos de promoción de la salud ciudadana. Esto implica el ejercicio del poder en la comunidad reconocida como sujeto de derecho.

Empezamos el proceso de convocatoria con la decisión como equipo de trabajo de abrirnos de nuestro principal objetivo y poder ampliar las posibilidades a través de la participación de las vecinas, referentes y miembros de instituciones. Por lo tanto, abrir el equipo de abordaje. Para modificar las formas de trabajo había que modificar sus mismas lógicas.

La primera actividad en la reunión de inicio fue contar qué estaba realizando cada persona que estaba presente: miembros de uniones vecinales, iglesias, vecinos, organizaciones sociales, profesionales, cada unx con preocupaciones diferentes. Además, nuevos problemas, como es el consumo de sustancias. Por otro lado, temores: «De eso no sabemos, vamos a necesitar capacitaciones», pero también lugares de reconocimiento de lo que sí saben o tienen experiencia. En este punto aparecieron tensiones entre los saberes profesionales y populares, donde la voz profesional posee peso de verdad y saber legitimado.

La cercanía del 8 de marzo, Día Internacional de las Mujeres Trabajadoras, y el desafío de hacer algo para conmemorarlo llevó a la propuesta de organizar una actividad en el barrio. La importancia de hacerla se basó en visibilizar el día y sus motivos en el barrio, como así también a las mujeres que vienen construyendo poder popular en sus territorios, ya que son ellas quienes mayormente trabajan por los demás y por sus comunidades. También se entendía que era un momento para sensibilizar sobre los lugares de falta de equidad entre hombres y mujeres. Anteriormente, con las mujeres participantes se había planteado la dificultad de las personas de la zona en participar y por lo tanto de acceder a espacios de encuentros para reflexionar y compartir en torno al tema. Se hizo hincapié en que

la actividad tenía que ser un diálogo entre las formas territoriales de acercarnos a la importancia del día y a la de los feminismos, porque muchas veces el discurso feminista era disruptivo y muy taxativo. Además, las mujeres después tenían que volver a la casa, donde se daban los lugares de opresión.

Para lxs participantes era importante acordar en el hacer, no debatir tanto, «sentir que hacemos y no nos quedamos en la discusión». Se acuerda realizar una caminata desde distintos puntos de encuentro hacia la plaza barrial con mateada, juegos y música. Luego, los encuentros de planificación sí trajeron discusiones sobre el cómo hacer, para qué y por qué, y a la vez mucha alegría y entusiasmo en el hacer juntxs. Otro de los ejes de tensión era sobre la participación del gobierno, los lugares de respeto de los acuerdos de la mesa de planificación.

La escuela decidió no participar del proceso de organización de la actividad, sí habilitó a que docentes y estudiantes concurrieran a la plaza. Algunas docentes habían trabajado previamente con lxs estudiantes de nivel primario y habían organizado presentes con frases alusivas a la fecha.

La inclusión de diferentes generaciones en la organización fue uno de los desafíos que construimos, ya que muchas veces hay niñxs y adolescentes en las reuniones barriales; sin embargo, ellxs no participan de la conversación, la apropiación y el hacerlos parte era una preocupación que se tenía. Con base en esto se realizaron dos ejes de actividades: las adolescentes definieron elegir música para el día, seleccionaron aquella que disputaba sentidos sobre el ser mujeres y se organizaron actividades para niñxs con relación al día.

Otras actividades que se realizaron en el encuentro fueron armar notas para informar e invitar a escuelas, afiches y volantes digitales e impresos para convocar. Se hicieron carteles, se seleccionaron poesías que fueron leídas para reflexionar sobre el sentido del día. Murgas y músicxs de la zona y comprometidxs con la zona acompañaron en la actividad. El gobierno envió a un cantante que no respetó los acuerdos construidos en la mesa, aspecto que trajo malestares y discusiones. Si bien contar con el apoyo económico del gobierno se había entendido como importante, no se había logrado respetar el acuerdo sobre el contenido del día.

En estos encuentros y con estas preguntas y desafíos se fueron fortaleciendo procesos previos, posibles por relaciones de largo plazo. Si bien al iniciar el proceso de apertura hacia lo comunitario pensamos que íbamos a cambiar los objetivos, esto no fue así. Durante el proceso de organización del evento se sostuvo la importancia de las voces de las infancias y de visibilizar las opresiones hacia las mujeres; se generaron debates que trascendieron la casa, y esto no solo promovido desde nuestros intereses, sino que se abría en los diálogos territoriales. Trascender las lógicas patriarcales en los vínculos de poder permitió poner preguntas sobre el respeto a los acuerdos, la dificultad que tienen los actores municipales para poder decidir y la importancia de las construcciones colectivas.

Luego de este evento se generaron otros de alcance colectivo, todos posibles con una tarea clara y precisa. Por ello entendemos que la promoción de la salud

precisa considerar algunos aspectos desde nuestras experiencias. Por un lado, definir tareas y, desde el hacer, problematizar aspectos vinculados con las concepciones y necesidades territoriales en torno a la salud. Por otro lado, visibilizar los lazos y la historia que se comparte en las comunidades, que hace a las vinculaciones cotidianas, que hacen al sentimiento de un nosotrxs y, por lo tanto, confiar, apoyarse y cuidarse en la cotidianeidad de los territorios. Es en el lazo común del cuidado que nos permite impulsar prácticas en salud basadas en lo relacional, donde el acto de cuidar sea medio y fin en sí mismo (Merhy, 2006).

Bang (2016) considera que las matrices creativas tienen fuerza para poder trasladarse a otros ámbitos de la vida comunitaria que sirven luego para aportar soluciones a problemáticas concretas. En los encuentros y diálogos que se tejen en torno a la tarea, los procesos de problematización que van surgiendo habilitan acuerdos e ideas para generar abordajes que fortalecen los vínculos y los espacios de confianza para poder visibilizar, problematizar y abordar situaciones complejas de modos cuidados, tanto para lxs efectores como vecinxs. Entendemos que este tipo de propuestas exceden la promoción de la salud hacia una promoción de la salud comunitaria, ya que surgen y se sostienen en construcciones territoriales de largo plazo y sostenidas por los lazos sociales.

A modo de síntesis y revisión de desafíos

Esta experiencia habilitó relecturas de algunos conceptos base del campo de la salud y abordajes poco frecuentes en construcciones y acompañamientos territoriales vinculados a la sexualidad integral con perspectiva de género y derechos humanos. Nos permitió observar procesos de construcción territorial con cambios en lógicas de generar propuestas de intervención. Por un lado, las modalidades de intervención de la primera y segunda etapa se vincularon a procesos principalmente de corte sanitario intersectorial preventivo/promocionales. Fueron acciones específicas que partieron de una necesidad vinculada con las características epidemiológicas. Habilitaron conformar equipo con acuerdos políticos y técnicos y en la etapa de intervención permitieron el diálogo interdisciplinario y popular con procesos de sensibilización social sobre el tema. Esto se observó no solo en las cualidades de los diálogos que se abrieron en los talleres, sino también en cómo las temáticas trabajadas se han sostenido a lo largo del tiempo y en diferentes programas y espacios sanitarios. En la tercera etapa reconocemos procesos de promoción de la salud comunitaria, ya que profundiza el vínculo territorial entre diferentes actorxs ahondando en la participación, los debates y la toma de decisiones con la red de la vida cotidiana sosteniéndose en el tiempo.

Spinelli (2012) menciona que para que haya cambios sociales hay tres aspectos que funcionan de la mano: las construcciones dadas por los espacios de participación (la política), otro que se desprende de las decisiones políticas (leyes, po-

líticas públicas, etcétera) y las prácticas de los diferentes actores. En términos de sexualidad, si bien en la Argentina existen muchas leyes que la abordan, no son de conocimiento público y menos aún son accesibles a espacios de debate público con personas de la comunidad. Además, la mayoría de los abordajes que proponen son de tipo individuales y privados. En esta experiencia, consideramos que se realizaron aportes al visibilizar temáticas como el abuso sexual contra las infancias, problematizar las naturalizaciones sexogenéricas que reproducimos y que generan malestar y violencia. En las discusiones y abordajes se compartieron perspectivas sobre los temas eje de análisis y dónde se fueron delineando construcciones compartidas y enriquecidas por las opiniones y experiencias de lxs demás participantes. También ahí se generaron tensiones que muchas veces pudieron delimitar qué espacios son los que no se negocian.

En las diferentes etapas se pueden observar las posturas políticas de las instituciones que intervienen y las habilitaciones hacia algunos modos de construcción diferenciales. La escuela aparece como receptora de propuestas y habilitadora de espacios para que estos se desarrollen. La municipalidad interrumpe los procesos de diálogo y expone a sus trabajadorxs sin respetar los acuerdos. El CAPS, las uniones vecinales y las organizaciones sociales intentan potenciar espacios de participación comunitaria con diferentes propuestas de salida institucional. A su vez, el CAPS habilita en sus prácticas construcciones intersectoriales, les da lugar en sus espacios de trabajo, lo cual nos habla de su perspectiva sobre la salud. Mencionamos esto porque consideramos que es desde estos reconocimientos el cómo podemos construir propuestas que se adapten a las posibilidades de construcción y potencien las posibilidades de lo común.

Es preciso contextualizar las intervenciones territoriales en los procesos de evaluación para poder reconocer los modos posibles. Las políticas públicas y los programas estatales muchas veces proponen estrategias de intervención con baja participación comunitaria. Entendemos que procesos como el que compartimos nos dan pistas de construcciones participativas por fuera de las propuestas estadocéntricas. Estas, tal como mencionan Muñoz y Martín (2021), potencian el lazo social y permiten sostener procesos comunitarios a largo plazo.

Consideramos, además, que abordar temáticas complejas desde los entramados comunitarios habilita a tener espacios de problematización colectivos de manera que los acompañamientos no queden en una sola persona o en varias de instituciones diferentes, sino sostenidas en equipos. Así, quienes nos relacionamos en las prácticas podemos crear otros modos de atravesar las prácticas en salud y cuidados desde marcos diferentes que integren no solo un protocolo de actuación, sino las voces, sentires y vivires.

Durante el proceso, las instancias de encuentro y debate han sido un aspecto importante sobre todo en el sostén en momentos complejos de abordaje, en el armado de nuevas propuestas, en las reflexiones y en los puntos de viraje. La comunicación comprendida integralmente se vuelve núcleo no solo en el discurso, sino

en la presencia de intercambios verbales y no verbales que tienden lazos que a la vez contienen frente a la complejidad. Así también, la comunicación como soporte visual y desde las producciones artísticas ha sido una herramienta. Por lo tanto, entendemos la comunicación como eje transversal de las interacciones humanas y, de esta manera de las prácticas, no solo desde la información que se intercambia, sino principalmente desde el aspecto afectivo y subjetivo que se moviliza en los encuentros.

Los procesos participativos comunitarios se basan en el hacer conjunto. La posibilidad de sostenerlos se encuentra ligada a la acción y a la articulación de la presencia y el compartir en torno a la tarea. Entendernos en la acción hace también que nos animemos a pasar por el cuerpo las vivencias, a entender en la relación con el otro o la otra las construcciones y, por lo tanto, las diferencias y semejanzas en las formas de entender y de resolver los problemas. Es en el hacer donde aparece la reflexión. Bang (2014) sostiene que resulta necesaria una apertura que incluya lo colectivo, lo diverso y lo histórico en la lectura del malestar y bienestar de una época. Así será posible aceptar nuevas demandas, trabajar desde las contradicciones y construir con los otros en la heterogeneidad.

Es necesario que se pueda responder a las necesidades y emergentes desde las instituciones y organizaciones, así como promover procesos de salud. Tal vez los nuevos desafíos vienen ligados a construir bases de lo común para hacer, acompañar a las instituciones, construir acuerdos y nuevos proyectos que nos permitan seguir encontrándonos para pensar y realizar acciones con la comunidad, respetando los pulsos y la posibilidad de pregunta de cada momento. En estos encuentros y diálogos, ir avanzando en procesos participativos emancipatorios que repercutan en mayor visibilización de los diferentes colectivos, sus relaciones, malestares y recursos para reconocerlos y seguir avanzando a procesos de salud comunitaria.

Referencias bibliográficas

- Bang, C. (2014) Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 108-120. doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE2-FULLTEXT-399
- Chapela, M. C. (2007) Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En E. Guinsberg y E. Jarillo (2007) (coords.), *La salud colectiva en México* (cap. 14). Lugar Editorial.
- Díaz, H. y Uranga, W. (2011). Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. *Revista de Comunicación y Salud*, 1 (1), 113-124.
- Guerra, L. (2009). Familia y heteronormatividad. *Revista Argentina de Estudios de Juventud*. <http://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/revistadejuventud/article/view/1477>
- Gutiérrez-Aguilar, R. (2011) Los ritmos del Pachakuti: cómo conocemos las luchas de emancipación y su relación con la política de la autonomía. *Destacados*, 37, 19-32.
- Martí, O.R. y Madrid, E. M. (2006) *Didáctica de la educación sexual: un enfoque de la sexualidad y el amor*. Editorial SB.
- Merhy, E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Lugar Editorial.
- Muñoz Rodríguez, M. y Martín, S. (2021). Entramados entre lo común y el Estado como clave para revisar la participación en salud. *Saude social*, 30 (2) <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200604>.
- Olid, I. (2008) *¡Estela grita muy fuerte!* Fineo.
- OMS (2016) INSPIRE. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*. OMS.
- Rafael, C. (2016, 11 de setiembre) Entrevista a Eva Giberti sobre niños y niñas víctimas de abuso sexual. *Diario El Popular*.
- Segato, R. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Universidad Nacional de Quilmes.
- Sonis, A., Bello, J. y de Lellis, M. (2010). *Salud y sociedad: módulo 1*. Ministerio de Salud de la Nación.
- Spinelli, H. (2012). El proyecto político y las capacidades de gobierno. *Salud Colectiva*, 8(2):107-130.
- Videla, M. (1991). *Prevención: Intervención psicológica en salud comunitaria*. Ediciones Cinco.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429-445.

Sobreviviendo a un cáncer: la efectividad de una psicoterapia positiva grupal para supervivientes de cáncer

Surviving Cancer: The effectiveness of group positive psychotherapy for cancer survivors

Carlos URRUTIA

Palabras clave: supervivientes de cáncer, psicoterapia positiva, crecimiento postraumático, estrés postraumático, afrontamiento, malestar emocional, two-way MANOVA

Keywords: cancer survivors; positive psychotherapy; post-traumatic growth; post-traumatic stress; emotional distress; coping strategies; Two-Way MANOVA

Resumen

La tasa de supervivientes de cáncer en Uruguay ha ido incrementando sostenidamente desde 1990. A escala regional y local, las investigaciones psicosociales en supervivientes de cáncer son escasas. La evidencia científica señala la importante presencia de cambios vitales positivos, como el crecimiento postraumático (CPT), que surgen tras afrontar un cáncer. En este estudio, se propuso describir y analizar la efectividad de la psicoterapia positiva para supervivientes de cáncer (PPC) junto a sus dianas terapéuticas en una muestra uruguaya. La PPC fue diseñada para facilitar el CPT como vía para reducir el malestar emocional, el estrés postraumático y adquirir estrategias de afrontamiento adaptativas. Veintinueve supervivientes de cáncer con elevados niveles de malestar emocional fueron asignadas aleatoriamente al grupo experimental (PPC) o al grupo control. Los resultados mostraron que los cambios dentro del grupo experimental fueron estadísticamente significativos a lo largo del tiempo. Los beneficios se mantuvieron en el seguimiento realizado a los tres meses. Los cambios entre grupos fueron mejores en el grupo experimental, aunque solo los cambios en el CPT fueron estadísticamente significativos. De esta forma se puede concluir que la PPC facilita de manera significativa el CPT y genera reducciones en el malestar emocional y estrés postraumático en supervivientes de cáncer. Las estrategias de afrontamiento no mostraron diferencias significativas a lo largo del tiempo.

Abstract

Cancer survivors' rate in Uruguay has been increasing steadily since 1990. However, psychosocial research in cancer survivors is scarce in Latin American countries. Scientific evidence has identified the existence of positive life changes in survivors after facing cancer primary treatments, such as post-traumatic growth (PTG). This research zeroes in on describing and analyzing the effectiveness of Positive Psychotherapy for Cancer (PPC) along with its therapeutic objectives with Uruguayan cancer survivors. The PPC was designed to enable PTG as a way to reduce emotional distress and post-traumatic stress, and facilitate adaptive coping strategies. Twenty-nine cancer survivors with high levels of emotional distress were randomly assigned to an experimental or a control group. Results: Changes within the experimental group were significantly higher over time. In turn, the PPC benefits were maintained at the 3-month follow-up. Changes within the experimental group were greater in comparison with the control group, although only changes in PTG were statistically significant. In conclusion, PPC significantly enables PTG and reduces emotional distress and post-traumatic stress in cancer survivors. Also, coping strategies did not change significantly over time.

Datos del autor

Carlos URRUTIA

Instituto de Psicología Clínica / Facultad de Psicología / Universidad de la República
Magíster en Psicología Clínica (Udelar, Uruguay) - Licenciado en Psicología (Universidad Dr. José Matías Delgado, El Salvador)
Correo electrónico: c51urrutia@gmail.com - +34 663 476 461 – 08029

Este trabajo contó con la financiación de la Beca de Apoyo de Finalización de Maestría otorgada por la Comisión Académica de Posgrados (Udelar, Uruguay).

Introducción

La ciencia considera que el cáncer siempre ha afectado a los humanos, aunque durante siglos su impacto se vio ensombrecido por las muertes prematuras ocasionadas por enfermedades infecciosas. En el 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó una tasa de mortalidad bruta de 9,5 millones de defunciones anuales por el cáncer, superadas únicamente por las defunciones anuales por enfermedades cardiovasculares (17,9 millones).

Los patrones y tendencias epidemiológicas en la incidencia y mortalidad varían notablemente entre países y tipos específicos de cáncer. Uruguay, considerado un país con Índice de Desarrollo Humano (IDH) muy alto desde 2014, se ubica en el plano regional como el país con más incidencia y mortalidad de cáncer. En 2018 se reportó una tasa estandarizada de incidencia de 263 personas afectadas por 100 000 habitantes y una tasa estandarizada de mortalidad de 131 defunciones por 100 000 habitantes (Global Cancer Observatory, 2021). Si bien la tasa estandarizada de incidencia se encuentra en el rango de países con muy alto IDH (más de 262 casos por 100 000 habitantes), la tasa de mortalidad de Uruguay es menos desfavorable comparada con dichos países (menos de 117 casos por cada 100 000 habitantes).

Pese a su elevada tasa de mortalidad, la tasa de supervivencia de cáncer está aumentando. De acuerdo con modelos de regresión de datos de mortalidad de cáncer en todos los sitios desde 1990 al 2018, se observan descensos sostenidos ligeramente inferiores al 1 % anual (0,7 % en hombres y 0,5 % en mujeres). El descenso acumulado de la mortalidad durante ese período está en el entorno del 18 % (Comisión Honoraria de la Lucha contra el Cáncer, 2020).

Factores psicosociales asociados a la supervivencia del cáncer

En la supervivencia extendida, tras la finalización del tratamiento, de los procedimientos y de la atención recibida, parece asumirse por parte de los profesionales de la salud, familiares y allegados que todo está bien de nuevo. Sin embargo, estudios en supervivientes reportan diversos malestares psicológicos, tales como alteraciones emocionales y miedos (por ejemplo, ansiedad, tristeza, angustia, incertidumbre), preocupaciones asociadas al estado y apariencia física, síntomas físicos (por ejemplo, cansancio y dolor) y limitaciones y dificultades en distintos ámbitos de la vida, por ejemplo, laboral, familiar, interpersonal, sexual (Ganz et al., 1998; Andrés Solana, 2006; Costanzo et al., 2007; Kornblith et al., 2003; Meyerowitz et al., 1999; Russell et al., 2008). Al reducirse el contacto con el personal de salud tratante, la finalización del tratamiento puede implicar sensaciones de pérdida generalizada, de soporte comunicativo y de seguridad en los pacientes (Navarro et al., 2010).

Por otro lado, también puede darse la sensación de pérdida de apoyo desde la familia, pareja y amigos (Stanton, 2006). Esto, junto con las secuelas del tratamiento

y la enfermedad, puede ocasionar malestar emocional y dificultades para retornar a las actividades cotidianas previas a la enfermedad (Jim et al., 2006; Sammarco y Konecny, 2008).

La presencia de miedos relacionados a una posible recaída puede generar sintomatología de estrés postraumático, que sitúan al paciente en un estado de expectativa ansiosa y de autoobservación corporal excesiva y ocasionalmente genera conductas y cogniciones hipocondríacas (Montel, 2010). Al miedo a recaer se suma la ansiedad que los controles médicos conllevan, así como noticias e informaciones relacionadas con la enfermedad, que pueden facilitar un incremento de la sintomatología del estrés postraumático y malestar psicológico.

Intervenciones psicosociales en la fase de supervivencia

La evidencia actual muestra resultados favorables de intervenciones psicosociales con relación a la mejoría del estado emocional, el control de síntomas, la rehabilitación funcional y la calidad de vida. Por ejemplo, un metaanálisis analizó 198 estudios (equivalentes a 22328 pacientes) sobre los efectos de las intervenciones psicosociales sobre el malestar emocional y la calidad de vida en pacientes con cáncer. Este ha corroborado los efectos positivos de las intervenciones, tanto en lo inmediato como a largo plazo, sobre la reducción del malestar emocional, la ansiedad, la depresión y en la mejora de la calidad de vida asociada con la salud (Faller et al., 2013).

Los antecedentes científicos en América Latina de los tipos de intervenciones psicosociales previamente mencionados son escasos. Quintero y Finck (2018), en una revisión sistemática en América Latina y España, encontraron 17 estudios realizados entre el 2006 y 2016, los cuales demostraron ser eficaces para disminuir el malestar emocional, sintomatología postraumática, calidad de vida y estrategias de afrontamiento. Nueve de estos estudios se realizaron en España, mientras que los ocho restantes son de Latinoamérica: tres en México, dos en Brasil y uno en Cuba, Venezuela y Chile.

En América del Sur se encontraron antecedentes de investigaciones psicológicas presenciales tanto individuales como grupales en la fase de tratamiento de pacientes oncológicos (Quintero y Finck, 2018). No obstante, no se encontraron investigaciones enfocadas en la fase de supervivencia, tanto en sus modalidades individual o grupal como en formato presencial o en línea.

Psicoterapia positiva para supervivientes de cáncer

La Psicoterapia positiva grupal para supervivientes de cáncer [PPC] (Ochoa et al., 2010) es una intervención psicosocial que tiene como objetivo principal facilitar el crecimiento postraumático para reducir el malestar emocional y la sintomatología de estrés postraumático, y facilitar estrategias de afrontamiento adaptativas. La

PPC se centra primordialmente en los recursos positivos del paciente, como son las emociones positivas, las fortalezas y los sentidos personales, dado que se asume que las personas tienen un deseo intrínseco de crecimiento personal, plenitud y felicidad, más que la simple búsqueda de evitar la miseria, la preocupación o la ansiedad.

Ochoa et al. (2017) han comprobado que la facilitación de CPT proporciona un marco psicoterapéutico importante cuando se busca la reducción de niveles elevados y sostenidos de malestar emocional y estrés postraumático después del tratamiento oncológico. En este marco, toman la valoración organísmica del crecimiento en la adversidad, de Joseph y Linley (2006). Estos autores explican cómo el malestar emocional, la sintomatología del estrés postraumático y el CPT pueden integrarse en un mismo marco de experiencia humana a través de la asimilación y la acomodación, los procesos de adaptación principales ante los eventos adversos.

La PPC sigue las recomendaciones generales de los principales manuales y textos sobre terapia grupal en cáncer (Ochoa et al., 2010). Los grupos terapéuticos pueden conformarse desde 6 hasta 12 integrantes y se desarrollan en 12 sesiones con una duración de 90 a 120 minutos cada una. Las 12 sesiones se dividen en cuatro módulos de cantidad variada de sesiones y con objetivos diferentes, que se adaptan y flexibilizan al ritmo del grupo (Ochoa et al., 2010; véase Figura 1). El objetivo general de los dos primeros módulos es favorecer los procesos de asimilación de la experiencia oncológica mediante elementos y técnicas que permitan una mayor regulación emocional. Los dos últimos módulos, más extensos, se focalizan en favorecer los procesos de acomodación y transformación personal de la experiencia con la enfermedad.

Objetivos

El objetivo general es explorar el nivel de efectividad de la psicoterapia positiva grupal para supervivientes de cáncer (PPC) en una muestra de participantes uruguayos. De forma más específica, se planteó evaluar la incidencia de la PPC respecto al crecimiento postraumático y al malestar emocional, en la sintomatología de estrés postraumático y en la adquisición y desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas. Finalmente, conocer la sostenibilidad de los efectos de la PPC después de tres meses de su aplicación.

Materiales y métodos

La investigación se realizó bajo un diseño experimental cuantitativo de alcance correlacional, con medición previa (T0) y posterior (T1 y T2), así como la presencia de un grupo de control. La muestra de participantes obtenida fue no probabilísti-

Figura 1. Descripción de psicoterapia positiva para supervivientes de cáncer

Módulo	Sesión	Objetivo	Elementos terapéuticos	
A S I M I L A C I Ó N	1	1-2	Expresión/procesamiento emocional	Trabajo con emociones negativas y positivas: 1) conciencia somática 2) simbolización 3) resignificación emocional adaptativa
	2	3-5	Regulación emocional y afrontamiento	1) Relajación/ imaginación guiada 2) Manejo de la ira-irritabilidad y la evitación 3) Normas de higiene del sueño
A C C O M O D A C I Ó N	3	6-9	Facilitación del crecimiento postraumático	1) Trabajo con memorias autobiográficas positivas 2) Pauta personal de realización 3) Intervenciones basadas en la esperanza 4) Fomento de estilos de vida saludables 5) Modelos positivos en la enfermedad
	4	10-12	1. Aspectos existenciales y espirituales 2. Terminación del grupo	1) Anticipar recaída y aumento de conciencia mortalidad y transitoriedad 2) Intervenciones basadas en el agradecimiento y el perdón 3) Modelos positivos al final de la vida 4) Carta de despedida

Fuente: Extraído de Ochoa et al. (2017)

ca, dados los criterios de inclusión de la investigación y el tamaño reducido de la población a investigar.

Cincuenta y una mujeres con diversos diagnósticos de cáncer fueron aceptadas como candidatas para formar parte de la investigación. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: mujeres de 18 a 70 años; que hayan tenido su primer diagnóstico de cáncer (estadios 0-III); presencia de malestar emocional (punto de corte ≥ 5 utilizando la Escala Verbal Analógica de termómetro del malestar emocional); que estuvieran en la etapa final del tratamiento oncológico primario o que lo hubieran finalizado en los últimos 12 meses.

Fueron excluidas aquellas candidatas que manifestaran los siguientes criterios: haber estado en la etapa inicial o media del tratamiento primario oncológico; padecer de un trastorno médico grave que pueda haber afectado el estado cognitivo de la participante; padecer o haber padecido un trastorno mental severo (ideación suicida, psicosis, dependencia de sustancias).

Veintinueve mujeres cumplieron con los requisitos. Un psicólogo fue el encargado de la aplicación de la intervención psicológica, y fue asesorado por el investigador principal de la PPC con el objeto de evaluar la fidelidad al manual de intervención (Ochoa et al., 2010). Dos psicólogos del equipo de investigación

psicooncológica del Instituto Catalán de Oncología (Catalunya, España) apoyaron en el armado y funcionamiento de los protocolos ad hoc y formularios empleados para las mediciones en la plataforma digital seleccionada.

Instrumentos

Se solicitó el permiso a los autores que validaron y adaptaron cada instrumento seleccionado para ser utilizados en esta investigación. Aquellos que no estaban adaptados en la región del Río de la Plata —en vista de su identidad lingüística con la población a estudiar— fueron sometidos a una prueba lingüística con población uruguaya para evaluar sesgos.

Crecimiento postraumático. Inventario de Crecimiento Postraumático [PTGI] (Tedeschi y Calhoun, 1996), adaptado a población oncológica de Buenos Aires, Argentina, obtuvo un índice de consistencia interna adecuada a nivel general de la escala [$\alpha = .89$] (Esparza-Baigorri et al., 2016). En la presente muestra, se obtuvo un índice de consistencia interna de $\alpha = .91$. Cuenta con 21 ítems en escala tipo Likert de 0 a 5 puntos. Esta escala evalúa las subdimensiones originales conceptualizadas por sus autores: relación con los demás, nuevas posibilidades, fuerza personal, cambios espirituales y aprecio por la vida.

Malestar emocional. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria [HADS] (Zigmond y Snaith, 1983), diseñada para usarse con pacientes en ambientes clínicos y hospitalarios de consulta externa no psiquiátricos. Está compuesta por dos subdimensiones para medir niveles de ansiedad y depresión. Cada subescala cuenta con 7 ítems en formato Likert de 1 a 4 puntos. Respecto a sus propiedades psicométricas, Herrmann (1997) revisó aproximadamente doscientos estudios y concluye que el HADS resulta un instrumento fiable y válido para evaluar ansiedad y depresión en pacientes médicos ($\alpha = .80$; $\omega = .70$). En la presente muestra, se obtuvo un índice de consistencia interna de $\alpha = .85$. Este cuestionario fue sometido a la prueba lingüística con población uruguaya.

Estrés postraumático. *Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version* [PCL-C] (Weathers et al., 1994) es un cuestionario autoinformado de 17 ítems. Utiliza la escala tipo Likert de cinco puntos y abarca todos los criterios diagnósticos del trastorno por estrés postraumático definido por la edición revisada del DSM-IV. Proporciona una puntuación total, así como puntuaciones de cada una de las tres subdimensiones que lo conforman: excitación y reexperimentación, evitación y entumecimiento. Se utilizó la versión española del PCL-C, el cual obtuvo buenas puntuaciones totales de fiabilidad [$\alpha = .90$] (Costa-Requena y Gil, 2010). En la presente muestra, se obtuvo un índice de consistencia interna similar, de $\alpha = .91$. Este cuestionario fue sometido a la prueba lingüística con población uruguaya.

Estrategias de afrontamiento. Brief Cope (Perczek et al., 2000), adaptada a población uruguaya obtuvo un índice de consistencia interna adecuada [$\alpha = .78$] (Reich et al., 2016). En la presente muestra, se obtuvo un índice de consistencia in-

terna similar, de $\alpha = .76$. Cuenta con 24 ítems que las personas deberán responder con una escala tipo Likert de 1 a 4 puntos.

Intervención

La intervención utilizada es la PPC, cuyo objetivo principal es facilitar el CPT y aumentar el bienestar psicológico, a través de métodos psicoterapéuticos que se han asociado con el desarrollo de cambios vitales positivos tras el cáncer. La guía del programa está disponible en español (Ochoa et al., 2010).

Procedimiento

Las participantes seleccionadas fueron entrevistadas individualmente para garantizar el cumplimiento de los criterios de inclusión. Posteriormente, fueron asignadas de forma aleatoria al grupo experimental (PPC) o en el grupo control, en función de la disponibilidad de la intervención. Para el proceso de aleatorización, las participantes fueron enumeradas con un código y se asignaron por sorteo a cada grupo. A cada participante se le hizo llegar las consideraciones éticas y el consentimiento informado en línea, mediante el programa digital de encuestas Qualtrics. Tras el visto bueno de cada participante, se realizó la medición del momento basal (T0) mediante el mismo programa de encuestas Qualtrics, la cual incluía el protocolo *ad hoc* e instrumentos.

Para las participantes asignadas al grupo experimental en formato presencial, se acordó el uso del espacio común de una asociación civil para llevar a cabo las sesiones semanales de la intervención. En el caso de las participantes asignadas a los grupos en formato en línea, se utilizó la plataforma de comunicación digital Zoom versión 5.0 para implementar la intervención; esta versión de la plataforma incorporó las medidas de seguridad necesarias para garantizar la confidencialidad de cada participante. Antes de la primera sesión, se citaba a cada participante para una sesión preparatoria breve con la finalidad de probar el correcto funcionamiento y evacuar dudas del uso de la plataforma Zoom.

Las siguientes mediciones se efectuaron a los tres meses del momento basal (T1, coincidente con la finalización de la intervención para participantes del grupo experimental) y a los seis meses del momento basal (T2, tres meses después de finalizar la intervención) mediante la plataforma Qualtrics. Se tomó registro de aquellas personas que decidieron no continuar con la psicoterapia, así como las bajas durante el proceso en ambos grupos.

Análisis estadístico

Los análisis estadísticos fueron desarrollados en el paquete estadístico IBM SPSS para Macintosh versión 25.0 (IBM Corp., 2017). En primer lugar, se compararon

los resultados de los análisis psicométricos de cada instrumento utilizado en los tres momentos de evaluación. Dado que los estudios de adaptación sobre el PTGI, PCL-C y Brief Cope (Esparza-Baigorri et al., 2016; Costa-Requena y Gil, 2010; Reich et al., 2016) obtuvieron factores distintos a los obtenidos por sus autores originales, se analizaron los datos de ambos factores en función de su consistencia interna (Alfa de Cronbach). Para el instrumento HADS, se examinó la consistencia interna con base en las dimensiones propuestas por sus autores originales (Zigmond y Snaith, 1983).

En segundo lugar, fueron analizados los resultados en función de la normalidad de su distribución para determinar los estadísticos más adecuados a utilizar. Para ello se obtuvieron estadísticos descriptivos (suma de puntajes, media, desviación típica, asimetría y curtosis) de cada dimensión de los instrumentos utilizados en cada uno de los tres momentos de evaluación. A los valores perdidos de las mediciones de las participantes se les imputó los valores de la última observación realizada (T0). Por otra parte, el análisis de valores atípicos univariados se calculó mediante la puntuación Z (utilizando como criterio el valor $z \pm 3$), mientras que para los valores atípicos multivariados se utilizó la distancia de Mahalanobis y la respectiva prueba de significancia estadística ($p > .05$) utilizando la distribución chi-cuadrado.

En tercer lugar, se examinaron las diferencias entre las variables sociodemográficas y clínicas de ambos grupos, mediante el estadístico chi-cuadrado. La edad, meses entre diagnóstico y tratamiento y número de hijos fueron examinadas mediante la prueba T para muestras independientes.

Se utilizó la prueba two-way MANOVA con medidas repetidas para realizar las respectivas comparaciones para todas las variables dependientes a lo largo del tiempo. Para el análisis del tamaño del efecto de las comparaciones de medias, se utilizó el estadístico eta cuadrado (η^2) cuya interpretación fue realizada siguiendo las recomendaciones de Cohen (1994). Las sugerencias de este autor respecto al tamaño del efecto han sido ampliamente aceptadas, a saber, que un resultado próximo a $r = .10$ constituye un efecto pequeño, próximo a $r = .30$, un efecto medio y próximo a $r = .50$, un efecto grande.

Tras el análisis de los resultados longitudinales, se procedió a explorar el efecto inicial de la intervención. Mediante la prueba Two-Way MANOVA, se analizaron los resultados en T0 y T1, excluyendo la información referente al momento T2.

Se excluyeron los resultados de las personas que declararon haber tenido algún tipo de psicoterapia después de la conclusión de la PPC. Los datos de las participantes que abandonaron la psicoterapia durante su ejecución no fueron incluidos en el análisis estadístico. En los análisis referidos a los momentos T0 y T1 fueron utilizados todos los datos disponibles, independientemente de la participación en el momento T2.

Resultados y discusión

Características de la muestra

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos control y experimental entre las variables sociodemográficas y clínicas estudiadas (véase la tabla 1). Por tanto, la homogeneidad presente en las características de ambos grupos permitió la comparación entre estos al nivel de las variables de criterio de efectividad.

Tabla 1. Comparación de las características sociodemográficas y clínicas de los grupos PPC y control

Variable	Grupo experimental (n = 15)	Grupo control (n = 14)	p	Asimetría	Curtosis
Edad (años)			,46	0,822	1,535
Media	45,6	48,21			
Mín.-máx.	40-52	29-71			
DT	3,6	12,97			
Meses entre dx y tx					
Media	8,67	15,29	,073	3,316	12,256
DT	2,92	13,4			
Estado civil			,668		
Soltera	13,3	21,4			
Casada/concubinato	53,3	42,9			
Divorciada/separada	33,3	28,6			
Viuda	0	7,1			
Estudios			,668		
Primarios	0	7,1			
Secundarios	60	50			
Universitario sin concluir	13,3	21,4			
Universitario concluido	26,7	21,4			
Situación laboral			,174		
Pasiva	0	21,4			
Activa	60	42,9			
Prestación	40	28,6			
Baja laboral	0	7,1			
Tipo de cáncer			,363		
Mama	93,3	78,6			
Colorrectal	0	7,1			
Glioma	0	7,1			
Linfoma de Hodgkins	0	7,1			
Ovario/endometrio	6,7	0			
Tratamiento oncológico					
Cirugía	100	92,9	,292		
Radioterapia	93,3	92,9	,96		

Quimioterapia	73,3	71,4	,909
Hormonoterapia	60	57,1	,876
Inmunoterapia	20	7,1	,316
Estadio			,414
0	6,7	0	
I	0	7,1	
II	20	7,1	
III	0	7,1	
IV	0	7,1	
Desconoce	73,3	71,4	
Consumo de psicofármacos			,462
Ninguno	46,7	50	
Ansiolíticos	6,7	7,1	
Antidepresivos	13,3	0	
Hipnóticos	13,3	28,6	
Otros	20	7,1	
Ansiolíticos y antidepresivos	0	7,1	

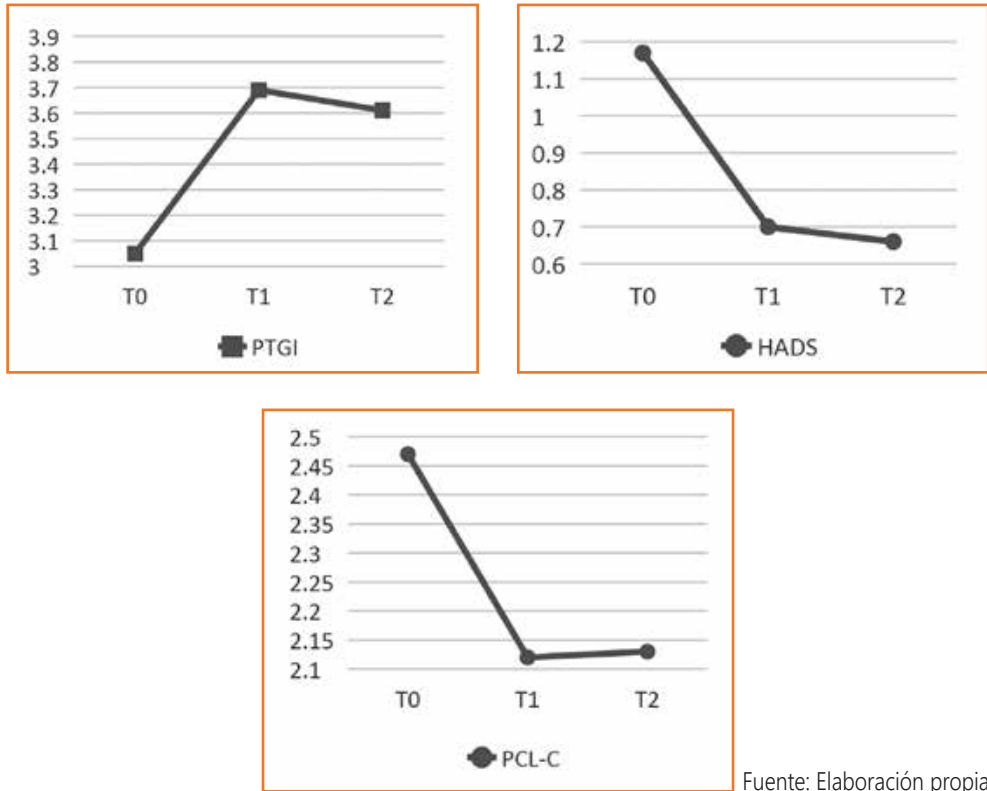
Nota: Los resultados de las variables categóricas están en porcentajes. Se utilizó el estadístico chi-cuadrado para las variables a excepción de la edad y meses entre dx y tx, para las cuales se utilizó la prueba T para muestras independientes.

Análisis longitudinal intragrupos

Se utilizó la prueba two-way MANOVA para medidas repetidas, con el fin de realizar las respectivas comparaciones de ambos grupos para todas las variables dependientes entre los tres momentos de evaluación. Con un valor de $F(8,7) = 4.323$, $p < .05$, η^2 parcial = .832, se constató la existencia de diferencias estadísticamente significativas del perfil multidimensional en las tres mediciones en el grupo experimental. Esta prueba es de carácter ómnibus. Con un valor de $F(8,6) = .761$, $p > .05$, η^2 parcial = .504, no se constató la existencia de diferencias estadísticamente significativas del perfil multidimensional en las tres mediciones para el grupo control.

Para el grupo experimental, los análisis univariados indicaron diferencias significativas entre las puntuaciones globales obtenidas a lo largo del tiempo por los instrumentos PTGI [$F(2,27) = 7.357$, $p < .01$, η^2 parcial = .344], HADS [$F(2,22) = 23.865$, $p < .001$, η^2 parcial = .630] y PCL-C [$F(2,21) = 4.520$, $p < .05$, η^2 parcial = .244]; sin embargo, no se encontró diferencias significativas entre los resultados del Brief Cope [$F(2,20) = 1.739$, $p > .05$, η^2 parcial = .110] (véase la figura 2).

Figura 2. Resultados longitudinales de grupo experimental preintervención (T0), posintervención (T1) y de seguimiento a 3 meses (T2)



Fuente: Elaboración propia

A nivel de subdimensiones, los análisis univariados del grupo experimental indicaron diferencias significativas entre distintas subdimensiones a lo largo del tiempo en los instrumentos PTGI, HADS Y PCL-C; sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en las subdimensiones del Brief Cope. Concretamente, se encontraron variaciones estadísticamente significativas en cuatro de las cinco subdimensiones del PTGI a lo largo del tiempo, a saber, Nuevas posibilidades [$F(2,21) = 6.086, p < .05, \eta^2 \text{ parcial} = .303$], Fuerza personal [$F(2,26) = 4.606, p < .05, \eta^2 \text{ parcial} = .248$], Relación con otros [$F(2,27) = 4.119, p < .05, \eta^2 \text{ parcial} = .227$] y Espiritualidad [$F(2,27) = 4.166, p < .05, \eta^2 \text{ parcial} = .3229$]. Respecto al HADS, se encontraron variaciones estadísticamente significativas a lo largo del tiempo en ambas subdimensiones: *Ansiedad* [$F(2,27) = 22.757, p < .001, \eta^2 \text{ parcial} = .619$] y *Depresión* [$F(2,28) = 5.231, p < .05, \eta^2 \text{ parcial} = .272$].

Por último, el instrumento PCL-C arrojó variaciones estadísticamente significativas a lo largo del tiempo en la subdimensión Excitación y Reexperimentación [$F(2,25) = 4.381, p < .05, \eta^2 \text{ parcial} = .238$].

Para el grupo control, los análisis univariados no indicaron diferencias significativas entre las puntuaciones globales obtenidas ni a nivel de subdimensiones a lo largo del tiempo por ninguno de los cuatro instrumentos.

Análisis entre grupos en los tiempos T0 y T1

Se utilizó la prueba two-way MANOVA para medidas repetidas a fin de realizar las respectivas comparaciones para todas las variables dependientes entre los dos momentos de evaluación. Con un valor de $F(4,24) = 2.530, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .297$, no se constató la existencia de diferencias estadísticamente significativas en el perfil multidimensional a través de las dos mediciones entre grupos. Cabe destacar que los resultados de la prueba fueron próximos a la significancia estadística ($p = .067$) y el tamaño del efecto reportado es considerado medio.

Los análisis univariados indicaron diferencias significativas entre las puntuaciones globales obtenidas entre T0 y T1 para la puntuación global del instrumento PTGI [$F(1,27) = 5.795, p < .05, \eta^2 \text{ parcial} = .177$]. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre los resultados globales del HADS [$F(1,27) = 3.821, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .124$], PCL-C [$F(1,27) = .233, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .009$] y Brief Cope [$F(1,27) = .054, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .002$]. Cabe destacar que los resultados del instrumento HADS fueron próximos a la significancia estadística ($p = .061$).

A nivel de subdimensiones, los análisis univariados indicaron diferencias significativas entre distintas subdimensiones entre T0 y T1 en los instrumentos PTGI y HADS; sin embargo, no se encontró diferencias significativas en las subdimensiones de los instrumentos PCL-C y Brief Cope. Concretamente, se encontraron variaciones estadísticamente significativas en tres de las cinco subdimensiones del PTGI a lo largo del tiempo, a saber, Nuevas posibilidades [$F(1,27) = 5.976, p < .05, \eta^2 \text{ parcial} = .181$], Relación con otros [$F(2,27) = 4.473, p < .05, \eta^2 \text{ parcial} = .142$] y Espiritualidad [$F(1,27) = 6.373, p < .05, \eta^2 \text{ parcial} = .191$]. Respecto al instrumento HADS, se encontró variaciones estadísticamente significativas entre T0 y T1 para la subdimensión *Ansiedad* [$F(1,27) = 5.230, p < .05, \eta^2 \text{ parcial} = .162$].

Discusión

Ochoa et al. (2017) evaluaron tres de las cuatro variables en este estudio (CPT, malestar emocional y sintomatología TEPT). Sus resultados fueron similares a este estudio en tanto el grupo experimental mostró variaciones significativas en las tres variables al comparar los resultados antes de la intervención (T0) y posintervención (T1), que se mantuvieron en los seguimientos a 3 (T2) y 12 meses (T3), aunque este incremento no resultó ser estadísticamente significativo.

Dado que el CPT es el objetivo central de la PPC, se continuó con el análisis de sus resultados dentro del grupo experimental y después entre grupos. Los resultados globales dentro del grupo experimental mostraron variaciones estadísticamente

significativas tras la intervención y una estabilización en el seguimiento. Asimismo, el CPT mostró una diferencia estadísticamente significativa en comparación con el grupo control. Con ello, los resultados en población uruguaya, en comparación con el estudio de Ochoa et al. (2017), sí obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos, mostrando un tamaño del efecto próximo a medio.

Las subdimensiones del instrumento evalúan los dominios en los que sus autores plantean que existen cambios positivos (Tedeschi y Calhoun, 1996). Puesto que el programa PPC se centra primordialmente en los recursos positivos del paciente —como son las emociones positivas, las fortalezas y los sentidos personales—, los resultados del CPT están en concordancia con los objetivos del programa. Además, se observó la estabilización de estos resultados en el seguimiento (T2), lo cual sugiere que ha sido correctamente facilitado en tanto el CPT no es necesariamente estable en el tiempo (Pat-Horenczyk et al., 2016) o se correlaciona con cambios positivos en población oncológica (Bellizzi et al., 2010; Mols et al., 2009).

La segunda variable analizada fue el malestar emocional. En términos globales, el malestar emocional mostró diferencias estadísticamente significativas dentro del grupo experimental, pero no en las mediciones preposintervención entre grupos. Cabe destacar que la diferencia de este estudio fue próxima a significativa ($p = .061$), por lo que puede esperarse que una muestra mayor podría alcanzarla.

Por otra parte, en esta investigación, ambas subdimensiones *Ansiedad* y *Depresión* arrojaron variaciones significativas a lo largo del tiempo, mientras que solo la subdimensión *Ansiedad* lo obtuvo en comparación al grupo control preposintervención. Cabe destacar que las puntuaciones medias del grupo experimental y control en la subdimensión *Ansiedad* (1.5 y 1.3 respectivamente) son superiores a las de *Depresión* (.7 y .8 respectivamente), que indica una diferencia en la afectación emocional de las participantes. Como plantean Koocher y O'Malley (1981), el síndrome de Damocles y la presencia de miedos relacionados a una posible recaída sitúan al precoz superviviente oncológico en un estado de expectativa predominantemente ansiosa y de autoobservación corporal excesiva. Al miedo a recaer se suma la ansiedad que los controles médicos conllevan, así como la incertidumbre de retornar a las actividades pausadas por la enfermedad (Jim et al., 2006). Igualmente, estos hallazgos van en sintonía de distintos metaanálisis que encuentran una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en comparación con trastornos depresivos en la fase de supervivencia extendida (Zabora et al., 2001; Montel, 2010). Con todo, la prueba post-hoc para la muestra uruguaya reafirma las variaciones significativas para *Ansiedad* entre los momentos T0 y T1, así como los momentos T0 y T2, y destaca que hubo variaciones significativas entre T0 y T2 para *Depresión*.

La tercera variable estudiada fue la sintomatología clínica del trastorno por estrés postraumático. En términos globales, ambos grupos obtuvieron una reducción de sintomatología de estrés postraumático. Los resultados encontraron variaciones significativas a lo largo del tiempo en el grupo experimental, pero no en las mediciones preposintervención entre grupos. Estos hallazgos concuerdan con la

literatura que ha señalado una disminución considerable para la mayoría de las personas dentro de los tres meses después de completar el tratamiento (Mundy et al., 2000, Tjemslund et al., 1996a, Tjemslund et al., 1996b). A pesar de ello, hubo participantes cuya sintomatología clínica del TEPT permanece significativa en ambos grupos.

De forma similar al malestar emocional, la sintomatología clínica del TEPT es susceptible a condiciones particulares del cáncer. Al tener un origen corporal interno y no ser capaz de delimitar un fin de la amenaza y de controlar completamente su curso, un cáncer dificulta el manejo de síntomas de evitación, reactividad fisiológica y alteraciones cognitivas incluso después de finalizado el tratamiento. En esta línea es que ciertos investigadores han estudiado la sintomatología «de por vida» (Kangas et al., 2002), pues se atesta que la sintomatología clínica fluctúa.

La teoría de valoración orgánica del crecimiento en la adversidad de Joseph y Linley (2006) es también corroborada en este estudio, en tanto la promoción del CPT ha facilitado la reducción del malestar emocional y estrés postraumático como respuesta a la información traumática provocada por la enfermedad. Al apuntar a los procesos de asimilación como acomodación, el protocolo fue efectivo en el grupo experimental para provocar el cuestionamiento y cambio activo de creencias sobre la visión de ellas mismas, de su entorno y de los otros. En esta misma línea, la hipótesis de que la facilitación del CPT contribuye a reducir el malestar emocional como estrés postraumático ha sido explorada previamente (Roepke, 2014) y probada empíricamente por Ochoa et al. (2017, 2020).

Las estrategias de afrontamiento fueron una variable adicional para este estudio. Pese a que la PPC busca la promoción de estrategias de afrontamiento adaptativas, esta no fue incluida formalmente como variable dependiente en el estudio de Ochoa et al. (2017). Los resultados globales para esta variable no muestran cambios significativos para ambos grupos.

Se pueden analizar diferentes razones para dar cuenta de esta situación. Primero, la operacionalización de esta variable es compleja en tanto no existe un consenso en la forma de nombrar o inclusive configurar las categorías conceptuales de las diferentes estrategias, estilos y recursos de afrontamiento (Fernández-Abascal, 1997). Segundo, la configuración de constructos en los diversos instrumentos utilizados para su medición varía sustancialmente entre estudios y, por tanto, en los resultados de estudios de adaptación en distintas poblaciones (Reich et al., 2016). Esta dificultad fue parte de este estudio. Tercero, el autor del instrumento Brief Cope ha informado que la estructura factorial del instrumento no es estable, así como no arroja un índice de afrontamiento a través de una puntuación global (Reich et al., 2016).

En vista de la similitud de los puntajes de ambos grupos, esta variable parece no tener el peso relevante para influir en las demás variables, pese a que predominan estrategias de afrontamiento focalizadas en los problemas y emociones (Carver et al., 1993). De hecho, como señala Stanton et al. (2000), las estrategias de afronta-

miento focalizadas en las emociones son sensibles del tiempo, o sea que su papel funcional y adaptativo está más claro en los momentos tempranos del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad comparativamente a momentos posteriores, donde pueden tener un carácter más rumiativo e improductivo. En definitiva, los resultados de las estrategias de afrontamiento en esta investigación no parecen ser predictores del aumento o reducción de otras variables (CPT, malestar emocional o estrés postraumático).

Conclusiones

La PPC demostró ser efectiva para las participantes uruguayas que recibieron la intervención. Se observaron cambios estadísticamente significativos a lo largo del tiempo en el perfil multidimensional en el grupo experimental. El CPT, principal variable criterio de efectividad y objeto de la PPC, obtuvo cambios estadísticamente significativos a lo largo del tiempo, lo cual se correlaciona con reducciones significativas en malestar emocional y sintomatología del TEPT. La facilitación del CPT y su correlación con la reducción del malestar emocional y sintomatología del TEPT ha sido corroborada en los estudios de la PPC de Ochoa et al. (2017, 2020) con base en el planteamiento de Tedeschi y Calhoun (1996).

La existencia de malestar emocional severo en el momento previo a la intervención juega un rol importante en los procesos de asimilación y acomodación planteados de la teoría de valoración organísmica de Joseph y Linley (2006). En este sentido, tanto el malestar emocional como el estrés postraumático indican la necesidad de elaborar el hecho traumático que está provocando que la persona cuestione la visión de sí misma, de su entorno y de los otros. Así, la PPC es efectiva para facilitar estos procesos en este estudio, y es confirmado en los resultados de Ochoa et al. (2017, 2020).

El dispositivo en formato grupal es otro factor valioso para cumplir con los objetivos de la PPC. Los factores curativos descritos por Yalom (2000) son de especial aplicación en la terapia grupal, puesto que infunden la esperanza de cambio, favorecen la expresión y ventilación emocional, ayudan a ver la universalidad del sufrimiento, facilitan el altruismo, cohesión, mayor socialización y aprendizaje interpersonal.

Los hallazgos de este estudio de deben considerar tomando en cuenta las limitaciones inherentes a su diseño metodológico y contexto de aplicación. En primer lugar, si bien esta investigación es de carácter correlacional, los resultados fueron exigidos a la luz del tamaño de la muestra. La participación de una mayor cantidad de supervivientes fortalecería los resultados y aplicabilidad del programa a mayor escala. Segundo, la composición de esta muestra incluye a personas del sexo femenino con una alta incidencia en cáncer de mama. Una muestra más heterogénea permitiría establecer los efectos del programa PPC para una población oncológica más amplia. Tercero, a efectos de conocer la sostenibilidad de los efectos

del programa, estos deben ser medidos en más de una ocasión. Finalmente, tal y como ocurre en los programas de tratamiento psicológico multicomponente, en este estudio no es posible distinguir cuáles elementos del programa son los que obtuvieron mayor o menor impacto psicoterapéutico.

Referencias bibliográficas

- Cohen, J. (1994). The earth is round ($p > .05$). *American Psychologist*, 49, 997-1003.
- Comisión Honoraria de la Lucha contra el Cáncer. (2020). *Situación epidemiológica del Uruguay en relación al cáncer*. <https://www.comisioncancer.org.uy/Ocultas/Situacion-Epidemiologica-del-Uruguay-en-relacion-al-Cancer--Mayo-2022-uc108>
- Costa-Requena, G. y Gil, F. (2010). Posttraumatic stress disorder symptoms in cancer: Psychometric analysis of the Spanish Post-traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian version. *Psycho-Oncology*, 19, 500-507.
- Esparza-Baigorri, T., Leibovich, N., y Martínez-Terrer, T. (2016). Propiedades psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático en pacientes oncológicos en población argentina. *Ansiedad y Estrés*, 22(2), 97-103. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.06.002>
- Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weiss, J. y Küffner, R. (2013). Effects of Psycho-Oncologic Interventions on Emotional Distress and Quality of Life in Adult Patients with Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 31(6), 782-793.
- Global Cancer Observatory. (2021). *Cancer Today*. OMS. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/858-uruguay-fact-sheets.pdf>
- Jim, H. S., Richardson, S. A., Golden-Kreutz, D. M. y Andersen, B. L. (2006). Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. *Health Psychology*, 25(6), 753-761.
- Joseph, S. y Linley, P. A. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 26, 1041-1053.
- Koocher, G. P. y O'Malley, J. E. (1981). *The Damocles Syndrome: psychosocial consequences of surviving childhood cancer*. McGraw-Hill.
- Montel, S. (2010). Fear of recurrence: a case report of a woman breast cancer survivor with GAD treated successfully by CBT. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17(4), 346-353.
- Mundy, E. A., Blanchard, E. B., Cirenza, E., Gargiulo, J., Maloy, B. y Blanchard, C. G. (2000). Posttraumatic stress disorder in breast cancer patients following autologous bone marrow transplantation or conventional cancer treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1015-1027.
- Ochoa, C., Sumalla, E. C., Maté, J., Castejón, V., Rodríguez, A., Blanco, I. y Gil, F. (2010). Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. *Psicooncología*, 7(1), 7-34.
- Ochoa, C., Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A., y Borrás, J. (2017). Psicoterapia positiva para supervivientes de cáncer con elevados niveles de malestar emocional: la facilitación del crecimiento postraumático reduce el estrés postraumático. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17, 28-37.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Enfermedades no transmisibles*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Pat-Horenczyk, R., Saltzman, L., Hamama-Raz, Y., Perry, S., Ziv, Y., Ginat-Frolich, R. y Stemmer, S. (2016). Stability and transitions in posttraumatic growth trajectories among cancer patients: LCA and LTA analyses. *Psychological Trauma*, 8(5), 541-549. <https://doi.org/10.1037/tra0000094>

- Perczek, R., Carver, C. S., Price, A. A. y Pozo-Kaderman, C. (2000). Coping, mood, and aspects of personality in Spanish translation and evidence of convergence with English versions. *Journal of Personality Assessment*, 74(1), 63-87. <https://doi.org/10.1207/S15327752JPA740105>
- Quintero, M. F. y Finck, C. (2018). Intervenciones psicológicas eficaces en pacientes con cáncer de mama en Latinoamérica y España: una revisión sistemática. *Psicooncología*, 15(1), 49-64.
- Reich, M., Costa-Ball, C. D. y Remor, E. (2016). Estudio de las propiedades psicométricas del Brief COPE para una muestra de mujeres uruguayas. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(3), 615-636. <https://doi.org/10.12804/apl34.3.2016.13>
- Stanton, A. L. (2006). Psychosocial concerns and interventions for cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 24(32), 5132-5137.
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Trauma and Stress*, 9(3), 455-471.
- Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Belgica*, 67, 361-370.

La psicología comunitaria y el ciclo de las políticas públicas

Community psychology and the public policy cycle

Martín DE LELLIS

Palabras clave: políticas públicas, psicología, participación, fortalecimiento, comunidad

Keywords: Public Policies, Psychology, Participation, Empowerment, Community

Resumen

Basado en una concepción que subraya las continuas interrelaciones entre Estado y sociedad, el ciclo de las políticas públicas se ha convertido en un tema relevante de investigación. El presente trabajo indaga acerca del rol de la psicología comunitaria en relación con este proceso, describiendo los aspectos contextuales que enmarcan la cuestión social en los países latinoamericanos: crecimiento de la pobreza y la desigualdad, precarización, burocratización de la asistencia social. Dicho planteo está organizado en torno a cuatro cuestiones fundamentales: *a)* El protagonismo comunitario en la problematización de cuestiones sociales en la agenda pública de discusión y, consiguientemente, en la fijación de prioridades; *b)* La participación que adoptan grupos u organizaciones sociales en la formulación, implementación o evaluación de programas de base comunitaria; con particular énfasis en los procesos de negociación y resolución de conflictos; *c)* El desarrollo de competencias técnicas que permitan auditar la implementación de políticas públicas; *d)* La expansión de logros hacia ámbitos o circunstancias no contemplados en la aplicación original de los programas orientados al cambio o la innovación social. Finalmente, se destaca la importancia que tienen estos aportes en la construcción de una *sociedad del bienestar* comprometida en el logro de mayores niveles de autonomía, justicia y bienestar para la totalidad de nuestra ciudadanía.

Abstract

Based on a conception that emphasizes the continuous interrelationship between state and society, the public policies cycle has turned into a relevant investigative matter. The present work inquires into the community psychology role related to this process, describing the contextual aspects that surround the social matter in latinamerican countries: poverty and inequality increase, aim's displacement, prebendary clientele, social assistance bureaucratisation. The mentioned approach is organized around four fundamental matters: *a)* the community leading role to include social matters in the public agenda of discussion, and, therefore, in the priorities' setting;

b) the role played by groups or social organizations carrying out community based programs; c) the auditorship of public policies accomplishment; d) the achievements spreading towards fields or circumstances not considered in the original application of programs directed to social change or innovation. Finally, is pointed out the importance these contributions have in the construction of a *welfare society* committed to achieve larger standards of autonomy, justice and welfare for our people as a whole.

Datos del autor

Martín DE LELLIS

Licenciado en Psicología por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Magíster en Administración Pública por la UBA. Profesor titular regular en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Correo electrónico: martindelellis80@gmail.com

Introducción

Durante las últimas décadas, los países de América Latina han experimentado transformaciones sociales con alto impacto sobre las condiciones de vida de la población: globalización política, económico-financiera y sanitaria con enclaves de estancamiento económico y pauperización social.

Las cuestiones vinculadas a la marginalidad, la desafiación y la precariedad laboral (Castel, 2003) presionan a los gobiernos a dar respuestas políticas urgentes que mitiguen las recurrentes crisis económicas, sostengan umbrales básicos de cohesión social y, a la vez, preserven los ecosistemas humanos de su casi inexorable degradación.

En la mayoría de los países de la región ascendieron los niveles de desigualdad entre los distintos grupos sociales. En Argentina, por ejemplo, el índice de desigualdad, medido a través del índice de Gini per cápita familiar, no dejó de experimentar un valor elevado desde el año 2001 y, aunque experimentó un leve descenso en los últimos años, siendo de 0,451 para el primer semestre de 2020, continúa ubicado entre los más elevados del mundo (Presidencia de la Nación, Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, Argentina, 2020).

La situación descrita se agravó recientemente por la emergencia sanitaria provocada tras el desencadenamiento de la pandemia de covid-19, a partir de la cual se han requerido medidas excepcionales destinadas a que gran parte de la población se involucre activamente en su prevención, o bien para mitigar los impactos negativos sobre la salud.

Superada la fase más aguda de la emergencia, resta el desafío de crear las condiciones para institucionalizar la participación comunitaria, de forma tal que esta no se conciba como respuesta reactiva a una situación excepcional, sino como una posición proactiva ante los desafíos y exigencias que plantea el escenario social de cara al futuro.

Atravesados por estos procesos, es pertinente identificar no solo aquellos determinantes que gravitan sobre las condiciones de los agregados poblacionales, sino su incidencia sobre la formulación de políticas públicas que surgen en un proceso de construcción colectiva que las organizaciones tejen alrededor de cuestiones socialmente problematizadas.

Es en este marco de situación donde deberá analizarse el tipo de problemas y las contribuciones específicas de la psicología social y comunitaria al campo de las políticas públicas.

El rol del Estado y de la sociedad

Mientras la política es un concepto amplio, relativo a la búsqueda o administración del poder y a las formas de organizar la convivencia o tratar de asegurar la

supervivencia social, las políticas públicas corresponden a la respuesta planificada, organizada y sistemática ante cuestiones que afectan o interesan al colectivo social.

Esta aseveración descansa en un concepto, a menudo no explicitado como tal pero sin duda operante en la práctica, respecto del carácter de lo público en oposición a lo privado.

Entre otros aspectos, lo público guarda relación con lo que concierne a los colectivos poblacionales, con aquello que no plantea barreras al acceso —económicas, administrativas o simbólicas—, o bien con una determinada área o actividad del sector estatal (Rabotnikoff, 1993).

También se ha impuesto la idea de que lo público se define como tal porque comprende la producción y distribución de bienes y servicios —vinculados al medio ambiente, la educación, la cultura y la salud— que, en la medida que afectan o conciernen al interés de la población en su conjunto, requieren el ejercicio de funciones redistributivas, regulatorias o de control, que limiten aquellas dinámicas de mercado que suelen restringir el acceso de las mayorías a los bienes públicos en cuestión.

Las definiciones en torno a las políticas públicas centran su enfoque en el rol que cumplen las agencias estatales: «Existe política pública siempre y cuando instituciones estatales asuman total o parcialmente la tarea de alcanzar objetivos estimados como deseables o necesarios por medio de un proceso destinado a cambiar un estado de cosas percibido como problemático» (Roth, 2002, p. 26).

No obstante, y aun cuando no es posible concebir las políticas públicas sin participación del Estado, de ningún modo puede reducirse a la labor del sector público y, menos aún, a la labor desempeñada de forma excluyente por el Poder Ejecutivo, que se halla habitualmente más expuesto al escrutinio público que los restantes poderes de gobierno.

A fin de pensar estas nuevas interacciones, Castells (1998) introduce el concepto Estado-red, el cual procura dar cuenta, más que de las funciones estructurales, del entramado de relaciones dinámicas que los agentes estatales establecen con agentes de la sociedad civil. En tal sentido, entre el Estado y la sociedad no existen demarcaciones rígidas sino *fronteras porosas*, en cuyos espacios de interacción confluyen la racionalidad técnico-política, así como las restricciones socioeconómicas propias de un entorno con crecientes niveles de incertidumbre y complejidad.

A partir de la crisis del Estado productor, del Estado providencia y de la soberanía del Estado-nación, y en un mundo en el que las economías incrementan su interdependencia global, se comienzan a repensar los roles estatales para atender las demandas sociales crecientes dentro de sus fronteras, y para lograr acuerdos multilaterales y regionales que, más allá de las fronteras nacionales, mitiguen los impactos de la globalización.

Al mismo tiempo, cuando se trata de pensar en el rol asumido por el Estado en el diseño, implementación o evaluación de políticas públicas, suele ponerse el foco en las *decisiones que se adoptan de manera explícita y sobre todo en niveles estratégicos de decisión*. Este sesgo ha sido habitual en muchos países latinoamericanos,

acaso porque las políticas públicas han sido muchas veces de carácter descendente o arriba-abajo, reservando un nivel muy restringido a la participación comunitaria.

En tal sentido suelen tomarse en cuenta, como indicadores agregados de políticas públicas, la existencia de una ley o un plan nacional o provincial, un presupuesto asignado a un determinado tema de interés en un área de gobierno; pronunciamientos de funcionarios con altos cargos burocráticos o de líderes sociales reconocidos públicamente respecto de las decisiones que emanan de dichas instancias centralizadas.

No obstante, las políticas públicas comprenden un conjunto de decisiones y acciones que operan sistémicamente en muy *distintos niveles de determinación*, ya que al momento de su implementación los niveles centralizados se conectan invariablemente con los niveles más descentralizados de decisión. Desde esta perspectiva, cobra un relieve fundamental la *dimensión institucional* (Ferullo de Parajón, 2006), a través de la cual se concreta efectivamente la participación social.

Esta caracterización de niveles implica que, aunque los roles y responsabilidades difieran entre sí, todos los agentes del Estado —en el plano local, regional o central— están concernidos por la dimensión política que se concreta en las decisiones de un ministro o secretario de Estado, pero también en las prácticas adoptadas por un referente que actúa en un centro de salud comunitario en cumplimiento de una directriz programática producida por un organismo centralizado, o por quienes realizan acciones de contacto directo como prestadores de servicios locales a los destinatarios de una política pública.

Sobre las políticas públicas

Para comprender analíticamente la formulación de políticas públicas debemos reconocer que comúnmente partimos de un marco o paradigma que impone un modo de ver y de pensar el mundo a partir de supuestos cognoscitivos, valorativos y actitudinales estrechamente conectados entre sí.

A los fines del presente trabajo, entenderemos entonces la política pública como un conjunto de iniciativas, decisiones, acciones u omisiones que adoptan el Estado y las organizaciones sociales de manera simultánea o secuencial en el tiempo, tratando de resolver situaciones socialmente problematizadas.

Ya sea que aparezca explícitamente en su formulación o bien de manera implícita, las políticas públicas se sustentan en valores —equidad, solidaridad, participación, pluralismo, transparencia— que a la vez orientan los procedimientos técnico-operativos que tienden a la resolución de problemas: aumentar la equidad en la distribución de determinado servicio o producto (por ejemplo, la canasta básica de medicamentos en el primer nivel de atención); incrementar la accesibilidad a prestaciones ofertadas o aumentar el grado de eficiencia en el uso de los recursos disponibles en establecimientos de salud.

Suele denominarse a las acciones explícitas y planificadas sistemáticamente ‘políticas públicas activas’, pues se reconoce que no solo en la acción sino también en la omisión se revela una forma de ejercer la acción política. Por ejemplo, resulta claro observar cómo constituyen respuestas políticas activas las medidas adoptadas para la prevención del covid-19, el dengue o el chikungunya, habida cuenta de los importantes recursos volcados hacia estos fines, pero también resultan fruto de decisiones políticas la *omisión de medidas* o bien el bajo grado de tratamiento de problemáticas sanitarias que se consideran endémicas en la región —por ejemplo, Chagas, el alcoholismo o el bocio endémico— y por lo tanto concebidas como difíciles de resolver por los actores intervinientes.

Otro de los temas frecuentemente aludidos es la integración y coordinación institucional. Las políticas públicas se han organizado tradicionalmente por áreas o sectores —salud, vivienda, educación, empleo, transporte— para facilitar su mejor administración, fenómeno que se ha hecho cada vez más creciente conforme ha avanzado el proceso de burocratización. Uno de los supuestos fundamentales ha sido segmentar los problemas para su mejor tratamiento por las agencias especializadas, para hallar luego una solución apropiada a cada uno de ellos.

Pero nuevos enfoques, basados en la perspectiva y en la complejidad, han puesto de manifiesto que este mismo proceso contiene las semillas de la fragmentación, ya que cada área tiende a autonomizarse del resto, exigiendo cada vez más mecanismos y recursos para lograr la coordinación con otras áreas, lo cual ha resultado un problema recurrente en todos los organismos e instituciones que han adquirido un apreciable grado de diversificación.

Al mismo tiempo, y conforme se ha ido tomando conciencia de la multideterminación de las cuestiones sociales, se hizo evidente la limitación de las políticas sectoriales, por lo que se alienta el desarrollo de la intersectorialidad, pues es habitual que decisiones adoptadas en un ámbito (por ejemplo, política económica o política fiscal) generen impactos en las restantes áreas y viceversa, produciendo a la vez efectos de retroalimentación en los procesos implicados en todas las áreas involucradas (Pierri Aguerre, 2012).

Por otro lado, la concepción acerca del *ciclo de las políticas públicas* hace referencia a que estas se ordenan, a los fines analíticos, en fases procesuales que a su vez resultan interdependientes a lo largo de todo el proceso de formulación, implementación y evaluación.

En otros términos, la consumación de una fase no implica su cancelación o anulación, ya que se integra y resignifica en la fase subsiguiente. Así como la fase de problematización social se ubica en un momento inicial, ello no implica omitir sus redefiniciones en momentos posteriores del proceso de implementación, de la misma forma que la fijación original de objetivos se ajustará luego a las posibilidades y restricciones que ofrece el entorno donde se implementarán las acciones de cambio.

Si bien este enfoque ha recibido críticas en la medida que no provee una explicación causal, sino a lo sumo un modelo heurístico para caracterizar ciertos pro-

cesos al precio de un esquematismo reductor de su complejidad (Parsons, 2007), conserva ventajas apreciables que puede servirnos a los fines de:

- a) Reconstruir el proceso que media entre la emergencia e instalación de un tema como cuestión social, la participación inicial de organizaciones sociales y agencias especializadas abocadas a su tratamiento, o bien la adopción, implementación, y evaluación de un programa de acciones desplegadas a lo largo del tiempo;
- b) En el análisis específico de una política pública, identificar cuál es su grado de implementación: por ejemplo, una cuestión puede hallarse suficientemente problematizada en la agenda pública pero los poderes públicos han omitido implementar respuestas políticas activas, o bien ha dado lugar a la formulación de lineamientos y directrices genéricas para orientar la acción pero sin avanzar en la adopción y ejecución de acciones programáticas, o bien la política pública descansa en acciones programáticas en curso, suficientemente delimitadas en el tiempo y el espacio, con un presupuesto asignado y especificaciones relativas a los responsables y recursos asignados a su implementación.

Empoderamiento: concepto clave en la psicología comunitaria

Existe suficiente consenso en concebir a la psicología comunitaria como una especialidad relevante de la disciplina psicológica con suficiente autonomía ontológica, epistemológica y metodológica.

De acuerdo a la definición aportada por una referente del campo, hallamos que la psicología comunitaria es la

rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y el poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social. (Montero, 1982, p. 18)

Si adoptamos esta última definición, debemos reconocer que uno de los principios básicos de la psicología comunitaria es que el poder y el control social deben estar centrados en la comunidad, no fuera de ella. Por ello es que entre las variables claves a considerar se halla la potenciación o empoderamiento como traducción a la expresión anglosajona *empowerment* (Rappaport, 1987). El empoderamiento se logra mediante acciones que permitan a la comunidad identificar sus recursos, reconocer y emplear el poder de que dispone o desarrollar nuevas capacidades y medios que permitan robustecer los procesos autogestivos en su interior, lo cual implica no un trabajo hacia ni para, sino con y por la comunidad.

La perspectiva de las interacciones sociales desde la óptica que destaca el empoderamiento rescata la dimensión activa de los sujetos y su derecho a participar en la toma de decisiones colectivas. Establece un nexo entre el poder psicológico, que se apoya en el concepto de locus de control interno, o en el desarrollo de competencias para la resolución de problemas existentes en el entorno y el acrecentamiento del poder político, concebido este como la posibilidad de participar en la toma de decisiones y en la redistribución de los recursos y beneficios existentes.

Con base en la idea de empoderar, y centrándonos en la construcción participativa de políticas públicas, enunciaremos en este punto las principales cuestiones que convocan al quehacer del psicólogo comunitario.

Entre los principales obstáculos que limitan los procesos de empoderamiento podemos hallar, con frecuencia, que las personas abrigan la percepción de que sus vidas están autolimitadas, debido a sus creencias en la imposibilidad de modificar la situación existente. Seligman (1989) calificó esta situación o característica con la denominación de 'indefensión aprendida', haciendo alusión a la creencia de que los hechos o circunstancias sociales están fuera del control de la persona y que no hay posibilidad de introducir activamente un cambio en dicha situación. Este concepto se ha constituido en uno de los tópicos al que más recurrentemente han aludido los investigadores que, en el área de la psicología comunitaria, han descrito cómo el predominio de este sentimiento o actitud puede provocar el debilitamiento de la comunidad.

Incorporando la teoría de la atribución causal y la teoría del locus externo de control, Sue et al. (1991) han señalado cómo, cuando se realiza una atribución interna de las causas y externa de la solución —sería el caso, referido con frecuencia, de que las personas se atribuyan la responsabilidad excluyente de haber arribado a una determinada situación pero consideren al mismo tiempo que solo por la acción de una deidad superior puede resolver la situación que los afecta—, afrontan menos los obstáculos y adversidades que quienes realizan una atribución externa de las causas e interna de la solución —sería el caso de quienes juzgan, por ejemplo que la rigidez del aparato burocrático y el individualismo dominante les impide reconocer los problemas comunes, pero que si se proponen organizarse y actuar solidariamente pueden hallar mejores alternativas de solución—.

Al tomar en cuenta las posibilidades con que cuenta la psicología comunitaria para favorecer procesos de empoderamiento, se ponen también de relieve las tensiones con aquellas visiones que restringen la caracterización de las políticas públicas como respuesta a situaciones de necesidad o carencia, desconociendo el tejido de relaciones entre las personas y su entorno, y la inclusión de los destinatarios como sujetos activos en el proceso de transformación social.

Pero tales vínculos entre políticos, técnicos y usuarios a menudo obedecen a distintas racionalidades, en las cuales se conjugan criterios éticos, técnicos, administrativos o políticos que pueden entrar en colisión a la hora de resolver situaciones específicas, porque los intentos de cambio pueden chocar con prácticas insti-

tucionales que promueven o refuerzan la segregación o el menoscabo del sujeto o de los sujetos asistidos.

Desde ese marco de análisis, es inexcusable considerar el conflicto de intereses o de posiciones, cuestión que aparece recurrentemente en relación con las dinámicas de interacción social.

Algunos motivos frecuentes de conflicto entre quienes intervienen en la formulación e implementación de políticas públicas son los siguientes:

- a) Distintas posiciones de quienes participan en el proceso; por ejemplo, entre quienes aprueban o financian las acciones y quienes están encargados de la implementación, incumplimiento de plazos de financiamiento o ejecución.
- b) Distintas racionalidades que sustentan la participación de los actores.
- c) Barreras u obstáculos que traban la prestación de servicios, que afectan tanto a los derechos de los usuarios como a la legitimidad de los decisores.
- d) Dificultades de coordinación entre los gestores y operadores de las políticas públicas, por situarse desde perspectivas a menudo contradictorias.

A menudo, estos resultados negativos se manifiestan en conductas que son atribuidas unilateralmente a uno de los términos, cuando en realidad es un efecto de la relación establecida entre ambos. Por ejemplo, en el campo de la atención sanitaria podemos mencionar el incumplimiento de las prescripciones, la percepción de maltrato en el proceso de atención, comprensión fallida de los mensajes, canalización de la búsqueda de ayuda hacia otros efectores no legalizados.

Si esta sensación de no hallar respuesta persiste y las personas perciben que han agotado sus esfuerzos para resolver el problema que originó la demanda, es posible que los individuos definan la situación como la incapacidad propia para actuar e incidir sobre el medio, reforzando ello los sentimientos de apatía, indiferencia y fatalismo (Saforcada, 1999b).

Ante la omnipresencia del conflicto social, y la variedad de sus manifestaciones, la implementación de políticas públicas requiere cada vez más el reconocimiento de escenarios multiactorales en los cuales resulta fundamental no solo la promoción de procesos participativos, sino también el sostenimiento de procesos de negociación que permitan acuerdos sustentables relativos a la toma de decisiones.

La perspectiva adoptada es que no existe una única mejor manera de afrontar los conflictos emergentes, sino que estos requieren la adopción de una combinación sucesiva o simultánea de estrategias que permita acercar posiciones de un modo tal que satisfagan, en la medida de lo posible y muchas veces de forma provisoria, las posiciones más confrontativas entre los actores involucrados.

Algunas estrategias y técnicas empleadas para remover las barreras psicosociales que se erigen entre ambos términos de la relación, o bien para prevenir o resolver conflictos como los anteriormente apuntados, se enmarcan en lo que se ha denominado mediación comunitaria, concebida como una modalidad de intervención que relaciona a los actores sociales involucrados en situaciones e interacciones complejas.

La agenda pública como resultante de los procesos de problematización social

La primera fase que es posible identificar en el proceso de formulación de políticas es la problematización social, reconocible como tal cuando una proporción significativa de agentes —con suficiente poder para influir con su opinión sobre otros agentes sociales— identifican o reconocen una o varias situaciones como no deseadas, y movilizan su accionar para imponer su discusión y tratamiento como cuestiones de interés público.

Los temas suelen problematizarse socialmente y convertirse en cuestiones sociales por muy diferentes razones, pero un denominador común es que se trata de situaciones que perturban y activan el interés público, porque los valores que sostiene el colectivo social están en cuestión o son amenazados. Se trata de asuntos que, antes naturalizados, no trascendían la órbita privada del individuo o el pequeño grupo y eran invisibles, por tanto, para la gran mayoría de la sociedad.

Desde esta perspectiva resulta claro que los temas no trepan a la consideración y debate público de modo espontáneo, sino que son el resultado de transacciones que resultan del interjuego entre los actores colectivos que intervienen en un específico campo de relaciones sociales y que, como tales, construyen la realidad social.

Los grupos de presión utilizan canales institucionales para situar su demanda en la agenda pública y en la órbita del Estado, y para movilizar recursos necesarios para su resolución. En este proceso el Estado se constituye en escenario del conflicto entre las fuerzas sociales, pero también en condición de posibilidad para que tales grupos puedan hallar alternativas de consenso y negociación entre sus intereses contrapuestos.

Dado que las cuestiones sociales superan, normalmente, la capacidad de respuesta del Estado, el concepto de 'agenda pública' designa precisamente un conjunto limitado de cuestiones que pueden ser consideradas en cada circunstancia y el establecimiento de prioridades que permite a los poderes públicos organizar u ordenar su tratamiento (Oszlack y O'Donnell, 1976).

Se trata de una herramienta analítica que permite considerar cuáles son aquellas cuestiones socialmente problematizadas que resultan más prioritarias, por qué algunas son incluidas y otras quedan excluidas para su tratamiento a través de los poderes estatales, o bien cómo se introducen sesgos interpretativos que guían el manejo y tratamiento de los conflictos que desencadenan tales cuestiones en el ámbito público.

Sea cual fuere el acontecimiento que dispara el tratamiento de las cuestiones que se constituyen en sociales (por ejemplo, la difusión de eventos o situaciones que afectan a un colectivo social o la difusión de un caso que se constituye en emblemático), la inclusión en la agenda pública otorga legitimidad al problema, ya que al asumir el Estado la obligación de dar respuesta a una demanda se halla im-

plícito el reconocimiento de que su tratamiento y resolución cobra una relevancia para el conjunto de la sociedad o para una fracción significativa de ella.

Varias cuestiones deben ser examinadas o presupuestas para promover la inclusión de un tema en la agenda pública y hacerlo visible como cuestión social:

- a) Sea cual fuere la instancia de planificación e implementación de políticas públicas, no es posible ocuparse de todas las cuestiones problematizadas socialmente al mismo tiempo, sino que debe establecerse algún tipo de priorización.
- b) Ciertas cuestiones se constituyen en socialmente relevantes e ingresan en la agenda pública si cuentan con una alta preocupación y respaldo de grupos u organizaciones con la suficiente capacidad para influir sobre quienes formulan las políticas.
- c) Son los actores sociales, a través de sus planteos y demandas, quienes hacen visible un tema como cuestión pública hacia la cual deben referenciarse otros actores que comparten un campo común de intereses.
- d) Se adquiere visibilidad como fruto de un proceso de problematización social que presenta marchas y contramarchas según las relaciones de poder y el juego de alianzas y oposiciones que se plantea entre actores sociales.
- e) Por el contrario, podrá inferirse la existencia de otras cuestiones igualmente importantes que, si no son canalizadas por grupos con suficiente poder e influencia, no hallarán visibilidad alguna en la agenda pública.
- f) Como consecuencia de lo anterior, hay cuestiones que ingresarán a la agenda y otras que no, independientemente de la magnitud de los beneficiarios y el impacto o trascendencia relativa que encierre el problema.
- g) Al tratarse de cuestiones de carácter público, estas deben ser de fácil accesibilidad para los agentes que deseen informarse o participar en ellas.
- h) La agenda es dinámica, pues está altamente condicionada por el interés y el despliegue de recursos que los actores movilizan, y al interés que ello concita en la opinión pública. Lo que se visibiliza puede luego invisibilizarse, y viceversa.

Por último, es oportuno realizar una distinción entre la *agenda pública*, es decir los temas que son colocados en la arena pública a partir de la actividad desplegada por los medios de comunicación, y la *agenda institucional*, representada por la instancia organizativa-administrativa encargada de implementar la política pública.

Ambas agendas pueden tener un mayor o menor grado de coincidencia efectiva. En algunos casos podemos hallar problemas visualizados en la agenda pública, pero que no han ingresado a la agenda institucional; en otros casos será común observar la existencia de temas que son parte de la agenda institucional, pero que ya han dejado de formar parte de la agenda pública; y en otros casos podemos tener una apreciable coincidencia entre ambas instancias.

Como veremos a continuación, una de las vías para transformar la situación de inequidad en el tratamiento de las cuestiones que terminan siendo prioritarias es el desarrollo de intervenciones que favorezcan la problematización social, y así promover su consecuente tratamiento como parte de la agenda pública.

¿Cómo aportar a los procesos de problematización social?

Como ha sido señalado previamente, las políticas públicas se gestan a partir de sucesos que, afectando la interacción humana, se problematizan socialmente mediante la toma de posición adoptada por grupos/actores sociales y que despliegan en la arena pública muy diversas acciones: protesta y movilización pública, toma de posición, estrategias para ejercer presión sobre las políticas públicas.

Sin embargo, dado que el curso de las políticas públicas es altamente dependiente del modo en el que se organizan, visibilizan y estructuran los problemas —pero también en que se ocultan y escamotean otros aspectos—, es importante la contribución específica que puede hacer en tal sentido la psicología.

Las estrategias de problematización, que han descansado en metodologías y técnicas de la psicología social y actuado sobre el grupo como unidad de intervención, han sido planteadas con sus debidos matices por diversos referentes de la psicología comunitaria que, a la vez, se asocian con el fomento de la participación comunitaria, tal como surge del análisis que puede efectuarse acerca del rol de facilitador o, en los términos acuñados en la Conferencia de Boston (Saforcada, 2018), de *conceptualizador participante*. Desde esta perspectiva, se procura lograr una indagación crítica de los problemas de salud en términos de las variables del sistema social y en una relación colaborativa con los miembros de la comunidad.

En líneas generales, estas metodologías enraízan en la denominada amplificación sociocultural (Alfaro, 2012), en la cual el objeto de intervención son las prácticas e instituciones a partir de las cuales se regulan las formas en que los sujetos dan sentido a su experiencia social.

En la región de América Latina, hallan un antecedente señero en los trabajos de Paulo Freire (2003) sobre la concienciación como estrategia que acompañaba el proceso de alfabetización de las masas pobres del Brasil y en los trabajos de Fals Borda (1993) sobre el proceso de investigación y acción participativa, orientados también por el propósito de lograr la *desnaturalización* y *desideologización* de la experiencia de los individuos en su vida cotidiana. En el caso de la educación popular de raíz progresista, no se trata solo de una técnica pedagógica, sino de una transformación de los procesos de enseñanza-aprendizaje basados en una construcción dialógica, crítica y participativa.

Múltiples situaciones cotidianas, tales como destrato de parte de servicios que someten a los usuarios a interminables turnos de espera, omisión o distorsión de información clave para la toma de decisiones que afectan el tratamiento de problemas personales, son aceptadas como naturales para quienes ya se han habituado a su ocurrencia y no atinan siquiera a pensar o formular, con base en dicha situación, una transformación del estado de cosas existente.

Como un antecedente reciente llevado a cabo en Argentina, podemos remitirnos al empleo de una metodología utilizada en el marco de una investigación en la que ha participado el autor del presente trabajo, y que fuera realizada en el

Conurbano Sur de la Capital Federal, denominada Grupos de Visualización y Conceptualización Participativa (GVCP). Esta metodología ha tenido por objeto facilitar la identificación de aquellos problemas (y sus manifestaciones) que los sujetos de una comunidad en situación de pobreza reconocen como afectando sus condiciones de salud y bienestar, incluyendo así tópicos tales como la defraudación, miedo social, desunión comunitaria, el desaliento/desesperanza, la discriminación y la disgregación familiar (Saforcada, 1999a).

Tales hallazgos resultan indisociables de la estrategia y técnica empleada y, aun cuando requieran de ulteriores validaciones metodológicas, son ya de por sí orientadores en el diseño de intervenciones políticas destinadas a los grupos que participarán en su elaboración, conjugando así los requerimientos de la validez epistémica y la validez de transformación (Prilletsensky, 2004).

¿Cómo promover la participación comunitaria en la formulación, implementación y evaluación de acciones?

Una de las características que describe la dinámica del Estado de bienestar es la capacidad de los sistemas políticos para identificar carencias sociales y responder de forma selectiva a las demandas ciudadanas, cuyas necesidades procuran administrar. Esto se manifiesta en el establecimiento de una frontera o demarcación de derechos sociales básicos que deben ser reconocidos o atendidos por los agentes estatales y en la concreción formal de estructuras burocráticas que determinan el tipo y magnitud de los problemas a ser incorporados en la agenda y las características de la ayuda a dispensar.

Al mismo tiempo, esta respuesta, que ha sido posible a partir del gran andamiaje que ha constituido la seguridad social, genera una proliferación de demandas sociales que concentra los recursos y esfuerzos del Estado a fin de dar solución a estas, a menudo de forma parcial y coyuntural. El aseguramiento de derechos tiende a naturalizarse en tanto ampliación de los márgenes de autonomía y aseguramiento de servicios de quienes se consideran ciudadanos y, cada vez más excepcionalmente, como el aseguramiento de las condiciones estructurales que permitan mejores grados de equidad y calidad de vida a la mayor parte de la sociedad.

En múltiples áreas de la vida social, la modalidad tradicional de planificación demarca con nitidez los roles de quienes contribuyen a la determinación de prioridades en calidad de expertos, quienes ejecutan en calidad de operadores y quienes reciben la asistencia que el programa establece, en calidad de beneficiarios.

Pero esta visión no «actoriza» a los sujetos, sino que los sume más profundamente en la dependencia.

La persona asistida tiende a asumir el rol que le es adjudicado y esto deteriora su autoestima y favorece una postura pasiva en la que las posibilidades de re-

solver autónomamente sus problemas son cada vez menores. Queda así fijado en el lugar del que demanda a otro (el Estado, una Institución, un equipo) que es el que tiene el poder. De esta manera, se concreta la producción de sujetos tutelados. (Giorgi, 2012, p. 212)

Entre los principales efectos indeseados que habitualmente se observan en relación con esta modalidad asistencialista en el ejercicio de las políticas públicas está el refuerzo de los sentimientos de apatía, fatalismo y minusvalía personal que acompaña la autoidentificación como personas carenciadas y, por tanto, necesitadas de ayuda externa.

Esta suerte de tecnocratización de la asistencia, en la cual no se discute la hegemonía del saber de quienes planifican, omite aspectos que deben considerarse como esenciales:

- a) Que las personas tienen prioridades y grados de necesidad e ideas acerca de sus necesidades, y que los mismos se refieren no solamente a su naturaleza humana sino también a su sociedad y su cultura.
- b) Que las personas y grupos poseen recursos y capacidades para afrontar, exitosamente o no, sus propios problemas.

Tales obstáculos se hacen aún más evidentes en aquellas ocasiones en las cuales la política pública fija objetivos de transformación en el *statu quo* que producirá, inevitablemente, reacomodamientos en el poder de que disponen los distintos actores.

De allí que uno de los aspectos fundamentales a los que se enfrentan las políticas públicas se vincula con la calidad de la participación —cómo se la concibe, quiénes la asumen, en qué grados o niveles, con qué finalidades, en qué medida depende de condiciones estructurales o contextuales— y la concepción de los destinatarios finales de una política pública, bien como beneficiarios pasivos o como titulares de derechos (Lapalma y de Lellis, 2012).

De acuerdo a revisiones efectuadas en psicología comunitaria (Alfaro, 2012), las modalidades de participación varían significativamente, dependiendo del rol asignado a los proveedores o a los destinatarios de la asistencia. Mientras en algunas situaciones la población participa en la ejecución de los programas sustituyendo parcialmente roles y funciones que normalmente desempeñan las y los profesionales o quienes son técnicos o técnicas, en otros casos se incorpora más integralmente, como en los programas intracomunitarios basados en los propios recursos de autoapoyo y fortalecimiento o bien con la incorporación de la comunidad a tareas de planificación, gestión e implementación.

Además, es común señalar que la participación debe ser analizada como un constructo complejo que manifiesta grados múltiples de expresión (desde la simple emisión de información hasta el involucramiento en la toma de decisiones), avances y retrocesos conforme se estructura la dinámica de interacción social y en los cuales resulta central el análisis en torno a cómo se estructura la representación y legitimidad de los actores implicados en tales procesos.

¿Cómo aportar a la evaluación y sistematización de experiencias?

Apoyada en evidencias incontestables, a mayor sensación de dominio o control, capacidad y autonomía de que disponga una persona o grupo, mayor será la posibilidad que tenga de establecer y acordar reglas aceptadas que favorezcan una mayor justicia entre sus miembros, y a la vez de ejercer mayor contralor a quienes se le ha otorgado el mandato de cumplir con el ejercicio de los poderes públicos.

Es allí donde cobra particular relieve la actividad evaluativa del psicólogo comunitario desde una concepción participativa que centre específicamente en su análisis la cuestión del poder, su ejercicio y su distribución.

La *evaluación participativa* se enraza, dentro de la psicología, en los planteamientos formulados por Kurt Lewin en torno a la investigación-acción (*action research*) como alternativa a la investigación tradicional, que involucra a los destinatarios u otros actores vinculados con el desarrollo de una política pública en distintos momentos del proceso evaluativo, abarcando el diseño, la implementación, el análisis de los resultados y la formulación de recomendaciones para cambiar el estado de cosas existente.

En continuidad con esta perspectiva que se integra a los planteamientos formulados por Fals Borda (1993) en torno a la investigación-acción participativa, los profesionales que desempeñen acciones directas deberán ser capaces de fundamentar sus intervenciones, y quienes desarrollen actividades de elaboración teórica deberán hallar aplicaciones sociales pertinentes para sus formulaciones.

Desde entonces, la actividad evaluativa ha sido central en el cúmulo de intervenciones adoptadas por los psicólogos comunitarios, según se deduce del contenido de las publicaciones emprendidas por los órganos editoriales más prestigiosos de la especialidad, cobrando actualmente un valor esencial por las siguientes razones:

- a) Resulta uno de los prerrequisitos fundamentales para el cambio social planificado, que abarca desde la fase diagnóstica hasta el seguimiento y control final de resultados, manifestándose en sí misma un eslabón fundamental para dinamizar procesos de cambio;
- b) Sobre ella descansa la responsabilidad social de quienes intervienen, sea por intentar resolver problemas sociales como por hacerlo frecuentemente a través de recursos provenientes del erario público.

Cada uno de los actores implicados —ya sea quienes intervienen en niveles operativos o los destinatarios de las acciones— aporta una perspectiva diferente acerca de los factores relevantes que inciden en los resultados de la acción y de la realidad que se procura conocer o evaluar. De tal manera, al incorporar la visión de ambos términos de la relación, la evaluación resultará más rica y profunda en términos del conocimiento producido, así como promoverá un mayor compromiso de quienes pueden ampliar su conciencia crítica respecto del contexto y de su inserción en él.

Aun cuando estas nuevas alternativas de control y supervisión de las acciones públicas resulten prometedores espacios para el fortalecimiento de la ciudadanía, es menester ir más allá de un mero control externo de las acciones implementadas por los diseñadores o ejecutores de programas, y promover un máximo de implicación y responsabilidad con las iniciativas de cambio, razón por la cual cobra un mayor relieve integrar la labor del psicólogo o la psicóloga, junto al de otros u otras especialistas, al ciclo integral de las políticas públicas.

Como un caso específico, la *sistematización de experiencias* se ha concebido, por lo general, como una alternativa a los enfoques evaluativos orientados según el modelo positivista predominante. Suele presentarse como una alternativa de investigación apropiada para los proyectos de cambio e intervención social; distinguiéndose así del habitual uso que se le da como sistematización de datos o información (Martinic, 1998).

Desde el punto de vista epistemológico, la sistematización se inscribe en la tradición crítica e interpretativa que relaciona la teoría y la práctica o, en otras palabras, el saber y el actuar. El eje principal de preocupación se traslada de la reconstrucción meramente descriptiva de lo acontecido y el ordenamiento adecuado de la información, a una reflexión crítica que permite extraer aprendizajes que tengan una utilidad para el futuro.

No obstante la variedad de enfoques existentes, se destacan ciertos aspectos en los cuales coinciden los especialistas:

- a) La sistematización trata de hallar un lenguaje descriptivo desde el interior de la propia experiencia, reconstruyendo y explicitando el marco referencial que le da sentido. Se trata por lo tanto de una construcción conjunta entre el equipo técnico encargado de su elaboración y quienes han participado en el desarrollo e implementación de la experiencia, y en el cual resulta relevante la participación que en torno a los hechos plantean cada uno de los actores implicados.
- b) La sistematización se ciñe a lo efectivamente logrado a propósito de una experiencia realizada en un contexto espacio-temporal determinado. Su finalidad es comprender y poner de manifiesto el sentido de la acción realizada sin aspirar a establecer juicios valorativos acerca de las estrategias, modos de acción y resultados. Por ello resulta necesario informar, no solo los logros y ventajas resultantes de la implementación de un proyecto, sino también los obstáculos y dificultades, y así facilitar el reconocimiento de las principales lecciones que pueden extraerse de su implementación.
- c) Contribuye a generar posibilidades de cambio en el mismo contexto o situación sobre la cual se ejerce el trabajo de sistematización. Por ello es conveniente centrarse, no solamente en el resultado o impacto final de un programa de intervención, sino también en los aprendizajes o lecciones que se obtienen durante el proceso mismo de implementación.
- d) Con la sistematización no se trataría de reconstruir todo lo que sucedió, ya que esta sería una empresa imposible, sino de promover un espacio de reflexión

desde la perspectiva de sus protagonistas, y de forma consensuada fijar cuáles son los ejes más significativos tanto de los procesos como de los resultados o cambios logrados en el particular contexto en que se desarrolló la acción.

¿Cómo transferir buenas prácticas a otros grupos o comunidades?

Uno de los objetivos de la evaluación y sistematización de experiencias es dar cuenta y, a la vez, posibilitar innovaciones a través de la identificación de agentes o líderes de cambio que ocupan un lugar de mayor o menor centralidad en el proceso, desde la concepción e idea original hasta su aceptación generalizada, y el reconocimiento de las barreras u obstáculos que pueden asociarse a la mayor o menor disponibilidad al cambio expresada por otros grupos comunitarios.

Sin embargo, es común identificar informes evaluativos cuya elaboración técnica resulta inobjetable, pero cuyas recomendaciones para su utilización en mayor escala es escasamente considerada, desinteresando así a posibles financiadores o decisores de un programa de acción.

Acciones tales como la difusión de datos empíricos favorables, el contacto personal al respecto y la persuasión de quienes demuestren disposición al cambio resultan algunas de las estrategias más importantes para la diseminación de resultados.

Requiere, por lo tanto, la evaluación sistemática y cuidadosa de los sistemas de poder, las redes de relaciones institucionales y el grado de disposición o resistencia al cambio de un sistema dado, en relación con los beneficios o ventajas que se trata de diseminar.

El proceso de difusión de innovaciones comprende la replicación efectiva de programas o actividades cuyos resultados se han comprobado exitosos a nuevos grupos o circunstancias sociales, para evitar que permanezcan encriptados en su ámbito de aplicación original. Como hemos señalado, cumplen un rol destacado aquellos individuos que, a menudo clasificados originalmente como parte de una minoría desviante, intentan influir sobre la toma de decisiones vinculada con la adopción de una innovación (Moscovici, 1981).

Dado que lo esencial en este proceso es la difusión o aceptación en contextos distintos a aquellos en los que se aplicaron originalmente las ideas o prácticas que han comprobado obtener resultados exitosos, cuenta aquí la comunicación de las ventajas o beneficios de la idea a comunicar, la superación de las barreras o resistencias al cambio que pueden expresar los nuevos adoptantes, la identificación o capacitación de líderes proactivos que puedan difundir los resultados entre sus propios pares.

También, y esto no es una cuestión menor, es requisito contar con facilitadores institucionales que impulsen una dinámica de trabajo en equipo que promueva el aprendizaje continuo y, de este modo, el mejoramiento de la práctica institucional.

El rol de la psicología resulta, pues, el de catalizador del cambio social, tratando de expandir el grado de adhesión a la propuesta originalmente comunicada a través de estrategias de difusión que implican, de forma progresiva, mayor cantidad de interesados y adoptantes que pertenecen a la comunidad en la cual se desea implantar la innovación.

Reflexiones finales

A lo largo de este trabajo se han relacionado tópicos centrales de la psicología social y la psicología comunitaria con las principales dimensiones que conforman el ciclo de las políticas públicas, desde la problematización de una cuestión social hasta la implementación y evaluación de las acciones tendientes a su resolución.

Como síntesis, podemos enunciar lo siguiente:

- a) En la medida que el proceso de problematización y formulación de políticas públicas demanda la participación articulada y negociada entre distintos actores, le cabe un rol preeminente a la psicología comunitaria como marco teórico y de referencia para orientar la acción profesional e influir sobre los decisores políticos e institucionales.
- b) En un contexto regional en el que prima el desplazamiento de fines y la tecnocratización de la ayuda social, es imperioso generar oportunidades y canales de participación comunitaria en todas las etapas del proceso de formulación de políticas públicas y no solamente *ex post*, como mera convalidación de decisiones ya adoptadas.
- c) La evolución seguida por la psicología comunitaria revela fecundos entrelazamientos con el campo de las políticas públicas y un nuevo paradigma en salud que pone principalmente el acento en las capacidades autogestivas de las comunidades organizadas.
- d) La constitución de grupos sociales con mayores capacidades autogestivas mejorará su capacidad como interlocutores o gestores de políticas públicas, favoreciendo procesos de decisiones que gocen de mayor consenso, legitimación, eficacia y eficiencia.

Para finalizar, todo lo antedicho es necesario para que las políticas públicas cumplan los criterios de equidad, universalidad, legitimidad y sustentabilidad que fundamentan su implementación.

Referencias bibliográficas

- Alfaro, J. (2012). Posibilidades y tensiones en la relación entre psicología comunitaria y políticas sociales. En A. Sánchez, J. Alfaro y A. Zambrano (eds.). *Psicología comunitaria y políticas sociales: Reflexiones y experiencias* (pp. 45-76). Paidós.
- Castel, R. (2003). Políticas del riesgo y sentimientos de inseguridad. En R.Castel, G. Kessler, D. Merklen y N. Murard (eds.). *Individuación, precariedad, inseguridad. ¿Desinstitucionalización del presente?* (pp. 13-44). Paidós.
- Castells, M. (26 al 28 de marzo de 1998). *Hacia el Estado Red. Globalización económica e instituciones políticas en la era de la información*. Seminario sobre Sociedad y reforma del Estado, Ministério de Administração Federal e Reforma Do Estado. São Paulo, Brasil.
- Fals Borda, O. (1993). La investigación participativa y la intervención social. *Documentación Social* (92), 9-22.
- Ferullo de Parajón, G. (2006). *El triángulo de las tres «P»*. *Psicología, participación y poder*. Paidós.
- Freire, P. (2003). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI.
- Giorgi, V. (2012). Entre el control tutelar y la producción de ciudadanía: aportes de la psicología comunitaria. En A. Sánchez, J. Alfaro y A. Zambrano (eds.). *Psicología comunitaria y políticas sociales: Reflexiones y experiencias* (pp. 201-226). Paidós.
- Lapalma, A. y de Lellis, M. (2012). Psicología Comunitaria y políticas públicas: una articulación posible y necesaria. En A. Sánchez, J. Alfaro y A. Zambrano (eds.). *Psicología comunitaria y políticas sociales: Reflexiones y experiencias*. (pp. 147-170). Paidós.
- de Lellis, M. y Saforcada, E. (2020). *Psicología, Sociedad y Políticas de Salud*. Nuevos Tiempos.
- Martinic, S. (12-14 de agosto de 1998). *El objeto de la sistematización y sus relaciones con la evaluación y la investigación*. [Ponencia]. Seminario latinoamericano de sistematización de prácticas de animación sociocultural y participación ciudadana en América Latina. Consejo de Educación de Adultos de América Latina. Medellín, Colombia.
- Montero, M. (1982). Fundamentos teóricos de la Psicología Social en Latinoamérica. *Boletín de la Asociación Venezolana de Psicología Social*, 5(1), 15-22.
- Montero, M. (2010). Unión de actores sociales, participación comunitaria y ética en la ejecución de las políticas públicas. En M. Montero y E. Saforcada (eds.). *Sujetos políticos y acción comunitaria. Claves para una praxis de la psicología social y de la clínica social-comunitaria en América Latina* (pp. 67-84). Universidad Pontificia Bolivariana.
- Moscovici, S. (1981). *Psicología de las minorías activas*. Morata.
- Oszlack, O. y O'Donnell, G. (1976). *Estado y políticas sociales en América Latina. Hacia una estrategia de investigación*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad [Cedes] - Clacso. Documento de trabajo n.º 4.
- Parsons, W. (2017). *Políticas públicas. Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. Miño y Dávila.
- Pierrí Aguerre, L. (2012). Reflexiones acerca de los procesos de coordinación y articulación interorganizacional en las políticas públicas sociales. En J. Alfaro, A. Sánchez Vidal y A. Zambrano. *Psicología comunitaria y políticas sociales: Reflexiones y experiencias* (pp. 407-435). Paidós.
- Presidencia de la Nación - Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales [Argentina]. (2020). *Boletín de Desigualdad n.º 1 Distribución del ingreso en las regiones y aglomerados (Primer semestre 2020)*. Siempre - Presidencia de la Nación.

- Prilletensky, I. (2004). Validez psicopolítica: el próximo reto para la psicología comunitaria [Prólogo]. En M. Montero. *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos* (pp. 5-18). Paidós.
- Rabotnikoff, N. (1993). Lo público y sus problemas. Notas para una reconsideración. *Revista Internacional de Filosofía Política* (2), 75-98.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 52-66.
- Roth, A. (2002). *Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación*. Aurora.
- Saforcada, E. (1999a). *Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Paidós.
- Saforcada, E. (2-4 de diciembre de 1999b). *Poder, participación y trama social* [Ponencia]. IV Encuentro Regional de Experiencias Educativas en la Comunidad. Universidad de la República - Programa APEX-Cerro. Montevideo, Uruguay.
- Saforcada, E. (2018). El contexto histórico de la psicología comunitaria. En: E. Saforcada (ed.). *Psicología Comunitaria. El enfoque ecológico contextualista de James Kelly* (pp. 9-50). Nuevos Tiempos.
- Seligman, H. E. (1989). *Indefensión. En la depresión, el desarrollo y la muerte*. Debate.
- Sue, S., Fujino, D., Hu, L. T., Takeuchi, D. y Zane, N. W. (1991). Community mental health services for ethnic minority groups: A test of the cultural responsiveness hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(4), 533-540.

Enfermedades crónicas no transmisibles y el potencial efecto protector de la cohesión social en Chile

Chronic non-communicable diseases and the potential protective effect of social cohesion in Chile

Simón VARAS VARGAS
Juan Carlos CASTILLO
Marcela FERRER LUES

Palabras clave: cohesión social, enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), epidemiología social, sociología de la salud

Keywords: Social cohesion, Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs), Social epidemiology, Sociology of health

Resumen

En el mundo de investigación social en salud, el estudio de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representa enormes desafíos. Existe un creciente campo de investigación que relaciona los procesos de salud y enfermedad con la cohesión social y el capital social, considerados como un potencial factor protector de la salud. Esta investigación tiene por objetivo analizar la relación entre enfermedades crónicas no transmisibles y la cohesión social. El estudio analizó la Encuesta Calidad de Vida y Salud (Encavi) 2015-2016 (N = 6.532). La cohesión social es examinada a partir de tres de sus componentes: satisfacción con los lazos sociales, identificación con el barrio y propensión a la colaboración en el barrio. Las enfermedades consideradas son principalmente hipertensión y diabetes. Además, se incluyen algunas de las causantes de mayor mortalidad en Chile (enfermedades cardíacas y cerebrovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades hepáticas y enfermedades renales), las cuales fueron agrupadas en una escala. La técnica de análisis empleada es la regresión logística binaria. Como resultado se observó que la satisfacción con los lazos sociales es el principal elemento de la cohesión social consistentemente favorable y potencialmente protector en la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión 95 % IC 0.786-0.940; diabetes 95 % IC 0.795-0.969; otras ECNT 95 % IC 0.724-0.879). En cambio, los elementos de identificación con el barrio y propensión a la colaboración en el barrio no demuestran un efecto consistente ni significativo. Se concluye que la satisfacción con los lazos sociales representa un elemento de la cohesión social que puede resultar potencialmente protector contra la carga de hipertensión, diabetes y de otra serie de ECNT. Comprender los alcances de la cohesión social en la salud y desarrollar estrategias públicas para su desarrollo podría constituir una estrategia relevante y complementaria para enfrentar el aumento de las ECNT y combatir las inequidades en salud.

Abstract

Introduction: Within the world of social research in health, the study of chronic noncommunicable diseases represents enormous challenges. There is a growing field of research that relates health and disease processes to social cohesion and social capital, considered as a potential protective factor for health. This research aims to analyze the relationship between chronic noncommunicable diseases and social cohesion. **Material and methods:** the Quality of Life and Health Survey (Encavi) 2015-2016 (N = 6,532) was analyzed. Social cohesion is examined from three of its components: satisfaction with social ties, identification with the neighborhood and propensity to collaborate in the neighborhood. The diseases considered are mainly hypertension and diabetes. Also included are some of the diseases that cause the highest mortality in Chile (Cardiovascular and cerebrovascular diseases, Cancer, Chronic respiratory diseases, Liver diseases and kidney diseases), which were grouped into a scale. The analysis technique used was binary logistic regression. **Results:** Satisfaction with social ties is the main element of social cohesion consistently favorable and potentially protective in the presence of chronic non-communicable diseases (Hypertension 95 % CI 0.786-0.940; diabetes 95 % CI 0.795-0.969; other NCDs 95 % CI 0.724-0.879). In contrast, the elements of identification with the neighborhood and propensity to collaborate in the neighborhood do not demonstrate a consistent or significant effect. **Conclusion:** Satisfaction with social ties represents an element of social cohesion that can be potentially protective against the burden of hypertension, diabetes and other chronic noncommunicable diseases (NCDs). Understanding the scope of social cohesion in health and developing public strategies for its development could constitute a relevant and complementary strategy to address the increase in NCDs and combat health inequities.

Datos de los autores

Simón VARAS VARGAS

Sociólogo de la Universidad de Chile

Correo electrónico: simon.varas@ug.uchile.cl

Coautores:

Juan Carlos CASTILLO: Investigador principal de la línea Interacciones Grupales e Individuales, del Laboratorio de Cohesión Social (LISA) y del Observatorio de Cohesión Social (OCS) del Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social (COES). Master en Public Management de la Universidad de Potsdam y Doctor en Sociología por la Universidad de Humboldt de Berlín. Profesor en el Departamento de Sociología en la Universidad de Chile.

Marcela FERRER LUES: Socióloga de la Universidad de Chile. Master en Health Science del Joint Centre for Bioethics de la Universidad de Toronto y Doctora en Salud Pública de la Universidad de Chile. Profesora asociada del Departamento de Sociología en la Universidad de Chile.

Introducción

Entre los diversos temas de investigación en salud, el estudio de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) concita particular relevancia. En la actualidad constituyen la causa de mortalidad más importante en el mundo, siendo responsables de 41 millones de defunciones, de acuerdo a la OMS, lo que corresponde al 71 % del número total de muertes anuales (OMS, 2021). Las ECNT también son la principal causa de mortalidad en Chile. En el año 2016 murieron 92 900 personas de manera prematura por esta causa, lo que corresponde al 85 % del total de decesos de ese año (OMS, 2018).

Las consecuencias de las ECNT para las sociedades y las economías son sin duda devastadoras, pero sobre todo entre las poblaciones pobres, vulnerables y desfavorecidas, pues ellas enferman en mayor proporción y mueren antes que las de las sociedades más ricas. Ante este escenario, la OMS advierte que las ECNT representan uno de los grandes desafíos del siglo XXI y que de no adoptar medidas al respecto el costo humano, social y económico superará la capacidad de los países para afrontarlo (Mendis, 2014).

No obstante, las ECNT son en gran parte prevenibles, y ante esto se ha hecho un llamado a combatir sus determinantes y factores de riesgo. Desde las ciencias biomédicas se ha apuntado comúnmente a factores genéticos y conductuales para analizar e intervenir las enfermedades. Por su parte, desde las ciencias sociales se ha puesto mayor énfasis en los procesos de determinación social de la salud y la enfermedad, en un esfuerzo creciente por evidenciar las implicancias sociales tanto en términos de prevención como de recuperación en salud. Sin desconocer la importancia fundamental de los avances biomédicos, la sociología ha enfocado sus esfuerzos en el estudio de los patrones de salud y enfermedad de la población como expresiones biológicas de las relaciones sociales, lo que se ha denominado el *embodiment* o incorporación de lo social en lo biológico (Krieger, 2001). Prevenir y controlar las ECNT no es exclusivamente un problema médico, sino también un problema con causas y consecuencias sociales. En un abordaje integral, los pacientes y sus familias también requieren apoyo en sus comunidades y políticas más amplias para prevenir o manejar eficazmente las enfermedades (Moiso, 2007).

Desde una perspectiva social de la salud, se ha destacado que tanto los procesos biológicos como los procesos a nivel individual referidos a la salud se enmarcan en contextos sociales más amplios, tales como la familia, el vecindario, la comunidad, la sociedad y la cultura. Por ejemplo, existe abundante evidencia del impacto que tiene la posición socioeconómica de las comunidades y de las personas, ya sea cuando se mide en términos de ingreso, nivel educacional u ocupación, en diversos indicadores de salud, entre estos, la salud física y la prevalencia de ECNT (Niessen et al., 2018; Cockerham et al., 2017; Glymour et al., 2014; OPS, 2012; Fleischer et al., 2011; Wilkinson y Marmot, 2006; Glover et al., 2004; Vega, 2001). En este marco, el concepto de cohesión social ha sido utilizado para dar cuenta de cómo los víncu-

los, la pertenencia y la confianza poseen un efecto en variables de salud, para lo cual existen teorías y antecedentes empíricos desarrollados en los últimos años.⁵ Una definición difundida y práctica para estos fines es la que otorgan Schiefer y van der Noll (2017), precisando que la cohesión social refiere a un atributo colectivo indicativo de la calidad de la unión colectiva, y que una sociedad cohesionada se caracteriza por relaciones sociales estrechas, una pronunciada asociatividad entre sus integrantes y una fuerte orientación hacia el bien común. De acuerdo a ello, entre los componentes de la cohesión social se encuentran los lazos sociales, la confianza en las personas, la aceptación de la diversidad, la identificación, la confianza en las instituciones, la percepción de justicia social, la solidaridad y cooperación social, el respeto por las normas sociales, y la participación cívica (Dragolov et al., 2016). No obstante, revisiones sistemáticas que vinculan la cohesión social con la salud física dan cuenta de resultados aun relativamente ambiguos, con algunas investigaciones donde se reporta poca o nula asociación, incluso asociaciones inversas a lo esperado (Rodgers et al., 2019; Hu et al, 2014; Kim et al., 2008). Por otro lado, debido a la gran diversidad de niveles de definición y formas de operacionalización, se estima que en los modelos vigentes aún no se ha precisado satisfactoriamente el lugar que ocupa la cohesión social como determinante de la salud.

Esta investigación tuvo por objetivo analizar la relación entre ECNT y la cohesión social, utilizando la Encuesta de Calidad de Vida y Salud (Encavi) 2015-2016. El análisis pretende contribuir a la discusión teórico-conceptual sobre el enfoque de determinantes sociales de la salud. Comprender los alcances de la cohesión social en la salud y desarrollar estrategias públicas para su desarrollo podría constituir una estrategia relevante y complementaria para enfrentar el aumento de las ECNT y combatir las inequidades en salud.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo correlacional. La técnica de análisis empleada es la regresión logística binaria. Los datos corresponden a la Encuesta Calidad de Vida y Salud (Encavi) 2015-2016. El levantamiento de datos se llevó a cabo entre noviembre de 2015 y enero de 2016, mediante una encuesta presencial en hogares, con entrevista personal aplicada por un encuestador en un cuestionario de papel, sobre un universo de personas miembros del hogar mayores de 15 años, chilenas o extranjeras, que residen habitualmente en viviendas particulares locali-

5 Holt-Lunstad y Steptoe, 2022; Romagon y Jabot, 2021; Majeed y Ajaz, 2018; Lippman et al., 2018; Cameron et al., 2018; Hakulinen et al., 2016; Lagisety et al., 2016; Musalia, 2016; Riumallo et al., 2014; Kawachi y Berkman, 2014; Uchino, 2013; Rios et al., 2012; Eisenberger y Cole, 2012; Thoits, 2011; Bruhn, 2009; Kawachi et al., 2008; Stansfeld, 2006; Holt-Lunstad, 2018; Abbott et al., 2008; Echeverría et al., 2008; De Silva, 2005.

zadas en zonas urbanas y rurales de las dieciséis regiones de Chile. En términos de diseño muestral, se trató de una encuesta presencial en hogares, con carácter probabilístico, estratificado geográficamente y multietápico (cuatro etapas: comunas, manzanas, vivienda y persona). El tamaño muestral fue de 7041 casos con representatividad a nivel nacional, regional y urbana/rural, y con un error muestral absoluto de $\pm 1,2$ a nivel nacional, bajo supuesto de muestreo aleatorio simple (MAS), para una proporción del 50 % a nivel de confianza del 95 %. La Encavi 2015-2016 contó como organismo responsable al Ministerio de Salud de Chile (Minsal) a través de la Unidad de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles del Departamento de Epidemiología de la División de Planificación Sanitaria y fue aplicada por la Dirección de Estudios Sociales (Desuc) del Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile (Minsal, 2017).

La variable dependiente de este estudio corresponde al autorreporte de la enfermedad. El foco principal de este estudio está puesto sobre la hipertensión y la diabetes, por ser las de mayor prevalencia en la población del país y constituir biomarcadores de riesgo de la aparición de otras enfermedades. Además, con la intención de tener una aproximación a otras ECNT, se construyó un índice con algunas de las ECNT responsables de mayor mortalidad en Chile. Estas son las enfermedades cardíacas (ataque cardíaco o infarto al corazón), enfermedades cerebrovasculares (accidente vascular, trombosis o derrame cerebral), cáncer (tumor maligno, incluyendo leucemia y linfoma), enfermedades respiratorias crónicas (bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC] o asma), enfermedades hepáticas (cirrosis hepática, hígado graso o daño crónico al hígado) y enfermedades renales (insuficiencia renal crónica o disminución de la función de sus riñones). Este agrupamiento obedece a razones metodológicas. En primer lugar, para evitar el problema de una regresión logística con celdas vacías. Si una celda no tiene o tiene muy pocos datos, el modelo puede volverse inestable o simplemente no se puede ejecutar. En segundo lugar, si bien se deja de lado el análisis particular de cada enfermedad, el agrupamiento permite evitar la sobrecarga de modelos y visualizaciones, respetando la parsimonia en la entrega de resultados y únicamente con el objetivo de tener una aproximación general del comportamiento de estas enfermedades en relación con los indicadores de cohesión.

En cuanto a la operacionalización, cada enfermedad corresponde a una variable dicotómica (dummy), donde 1 implica haber sido diagnosticado alguna vez en la vida por un médico de la ECNT consultada y 0 implica la ausencia de diagnóstico de ella. Un resumen de su descriptivo se presenta en la tabla 1.

Cabe señalar que, en rigor, estas variables corresponden a una autodeclaración de diagnóstico médico. A los encuestados se les consultó: «¿Un médico le ha diagnosticado alguno de los siguientes problemas de salud o enfermedades?». Lo anterior puede contener algunos sesgos, como la necesidad de existencia de un diagnóstico médico previo, la interpretación subjetiva de este, o aspectos socioeconómicos y culturales ligados a la definición de salud y enfermedad. Numerosas

investigaciones han discutido la validez del autorreporte como marcador de salud para la investigación epidemiológica o la toma de decisiones en salud pública. En general ha sido considerado un marcador con una validez aceptable para enfermedades como la hipertensión (Najafi et al., 2019; Selem et al., 2013; Lima-Costa et al., 2004), la diabetes (Pastorino et al., 2015; Huerta et al., 2009), las enfermedades cerebrovasculares (Engstad et al., 2000), o las enfermedades cardíacas (Machón et al., 2013). No obstante, en otras ocasiones, para enfermedades como el cáncer se ha señalado que el autorreporte podría no contar con suficiente precisión o se ha hecho énfasis en que la fiabilidad depende en buena medida del tipo de enfermedad y de la población en específico, por lo que se ha sugerido emplearlo con cierta precaución (Inoue et al., 2011; Loh et al., 2014; Stavrou et al., 2011).

Por otro lado, la cohesión social ha sido operacionalizada en base a tres indicadores incluidos en la Encavi 2015-2016: satisfacción con los lazos sociales, identificación con el barrio y propensión a la colaboración en el barrio. Para medir satisfacción con los lazos sociales se consultó: «En las últimas dos semanas, ¿cuán satisfecho o satisfecha está con sus relaciones personales?», puntuando como 1 Muy insatisfecho; 2 Insatisfecho; 3 Ni satisfecho ni insatisfecho; 4 Satisfecho; 5 Muy satisfecho. Para medir la identificación con el barrio se consultó: «¿Cuán de acuerdo está con la siguiente frase? Siento que pertenezco a este barrio», puntuando como 1 Muy en desacuerdo; 2 En desacuerdo; 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4 De acuerdo; 5 Muy de acuerdo. Por último, para medir la propensión a la colaboración en el barrio se consultó: «¿Cuán de acuerdo está con la siguiente frase? Estoy dispuesto a colaborar con otras personas para mejorar mi barrio», puntuando como 1 Muy en desacuerdo; 2 En desacuerdo; 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4 De acuerdo; 5 Muy de acuerdo. También se incluyen las covariables de nivel educacional alcanzado, sexo y edad como variables de control (tabla 1).

Para efectos del análisis, 509 casos de 7041 (el 7,2 %) tenían algún valor faltante de las variables consideradas. Estos casos fueron eliminados utilizando el método listwise. Por medio de análisis estadísticos, utilizando la librería naniar del programa R, se estima que las observaciones faltantes o *missing values* se distribuyen en gran parte de manera aleatoria por lo que su eliminación no altera mayormente la representatividad de la muestra. Por lo mismo, tampoco se estimó necesario aplicar una imputación de los datos faltantes. De ese modo, resultó una muestra total de 6532 casos.

Tabla 1. Descriptivos generales

Variable	Valores	Frecuencias	Gráfico
Hipertensión	<ul style="list-style-type: none"> No Si 	<ul style="list-style-type: none"> 4617 (70.7 %) 1915 (29.3 %) 	
Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> No Si 	<ul style="list-style-type: none"> 5567 (85.2 %) 965 (14.8 %) 	
ECNT (al menos una*)	<ul style="list-style-type: none"> No Sí 	<ul style="list-style-type: none"> 5567 (86.0 %) 917 (14.0 %) 	
Satisfacción con Lazos Sociales	<ul style="list-style-type: none"> Muy insatisfecho Insatisfecho Ni satisfecho ni insatisfecho Satisfecho Muy satisfecho 	<ul style="list-style-type: none"> 57 (0.9 %) 220 (3.4 %) 844 (12.9 %) 4040 (61.8 %) 1371 (21.0 %) 	
Identificación con el barrio	<ul style="list-style-type: none"> Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo 	<ul style="list-style-type: none"> 128 (2.0 %) 470 (7.2 %) 1255 (19.2 %) 3249 (49.7 %) 1430 (21.9 %) 	
Colaboración en el barrio	<ul style="list-style-type: none"> Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo 	<ul style="list-style-type: none"> 110 (1.7 %) 476 (7.3 %) 1323 (20.3 %) 3468 (53.1 %) 1155 (17.7 %) 	

Nivel educacional	<ul style="list-style-type: none"> Otro** Primaria Secundaria Técnico Superior Universitaria o Posgrado 	<ul style="list-style-type: none"> 187 (2.9 %) 1789 (27.4 %) 3149 (48.2 %) 617 (9.4 %) 790 (12.1 %) 	
Sexo	<ul style="list-style-type: none"> Hombre Mujer 	<ul style="list-style-type: none"> 2454 (37.6 %) 4078 (62.4 %) 	
Edad	82 valores distintos	<ul style="list-style-type: none"> Promedio: 47 años Moda: 47 años Mín. ≤ med. ≤ máx. 15 ≤ 47 ≤ 97 	

N = 6532

*Incluye enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades hepáticas y enfermedades renales.

**Incluye a quienes nunca asistieron a educación formal, o solo cursaron jardín infantil o kinder/prekinder o bien asistieron a una institución de educación especial.

Fuente: Elaborado a partir de datos de la Encavi 2015-2016 con *Summarytools* 1.0.0 (R versión 4.1.1)

Todos los análisis fueron llevados a cabo en R 4.1.1 (R Foundation for Statistical Computing), dado que cuenta con todos aquellos elementos que permiten llevar a cabo un tratamiento estadístico adecuado.

Resultados

A continuación se presentan los resultados de los modelos de regresión logística. El efecto se presenta en términos de Odds Ratios y representa la probabilidad de presencia de la enfermedad frente a la probabilidad de ausencia de ella, por lo tanto los valores cercanos a 1 expresan igualdad de probabilidad o ausencia de efecto, valores sobre 1 señalan un efecto positivo y bajo 1 un efecto negativo. Asimismo, se incluye el intervalo de confianza (IC) de cada estimación con un 95 % de confianza estadística ($p < 0,05$).

Se presentan tres modelos, a través de los cuales se estima el impacto de los indicadores de cohesión social sobre las variables dependientes hipertensión, diabetes y ECNT, respectivamente (tabla 2). Se observa que, por cada aumento de un

punto en satisfacción con los lazos sociales, decrecen las chances de tener hipertensión (95 % ic 0.786-0.940), diabetes (95 % ic 0.795-0.969) y alguna de las ECNT contempladas en el índice (95 % ic 0.724-0.879). En otras palabras, una mayor satisfacción con los lazos sociales presenta un efecto potencialmente protector en relación con la presencia de las enfermedades revisadas.

Tabla 2. Modelos de regresión logística

Predictores	(1) Hipertensión		(2) Diabetes		(3) ECNT	
	Odds Ratios	CI	Odds Ratios	CI	Odds Ratios	CI
Intercepto	0.008 ***	0.005 – 0.015	0.029 ***	0.015 – 0.055	0.048 ***	0.025 – 0.092
Satisfacción con Lazos Sociales	0.859 ***	0.786 – 0.940	0.877 **	0.795 – 0.969	0.797 ***	0.724 – 0.879
Identificación con el barrio	0.989	0.912 – 1.074	0.966	0.881 – 1.060	0.856 ***	0.782 – 0.937
Colaboración en el barrio	1.053	0.968 – 1.145	0.985	0.898 – 1.082	1.144 **	1.041 – 1.259
Nivel educacional	0.842 ***	0.784 – 0.904	0.895 **	0.824 – 0.970	1.012	0.934 – 1.095
Sexo (Mujer)	1.599 ***	1.397 – 1.831	1.293 ***	1.111 – 1.507	1.197 *	1.029 – 1.394
Edad	1.082 ***	1.077 – 1.087	1.047 ***	1.042 – 1.052	1.037 ***	1.032 – 1.041
Observations	6532		6532		6532	
R2 Tjur	0.301		0.086		0.060	
Deviance	5.803.283		4.877.575		4.927.974	
AIC	5.817.283		4.891.575		4.941.974	
log-Likelihood	-2.901.642		-2.438.788		-2.463.987	

* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

Elaborado a partir de datos de la Encavi 2015-2016 con *SjPlot* 1.0.0 (R versión 4.1.1)

En cuanto a la identificación con el barrio, se observa que no posee efectos significativos sobre la hipertensión y la diabetes. En cambio, por cada aumento de un punto en identificación con el barrio, las chances de tener alguna de las ECNT contempladas en el índice decrecen (95 % ic 0.782-0.937).

Por último, se observa que la propensión a la colaboración en el barrio no posee efectos significativos sobre la hipertensión y la diabetes. En cambio, por cada aumento de un punto en la propensión a colaborar en el barrio, las chances de tener alguna de las ECNT contempladas en el índice aumentan (95 % ic 1.041-1.259). En otras palabras, una mayor propensión a colaborar en el barrio presenta un efecto potencialmente perjudicial en relación con la presencia de alguna de las ECNT contempladas en el índice.

En relación con las covariables, se observa que a mayor nivel educacional disminuyen las chances de tener hipertensión (95 % IC 0.784-0.904) y diabetes (95 % IC 0.824-0.970), mientras que en relación al índice de ECNT el nivel educacional alcanzado no posee efectos significativos. En cuanto a la variable sexo, se observa que las mujeres poseen mayores chances que los hombres de tener hipertensión (95 % IC 1.397-1.831), diabetes (95 % IC 1.111-1.507) o alguna de las ECNT (95 % IC 1.032-1.394). Finalmente, y como es esperable, se observa que a medida que se alcanza mayor edad, las chances de tener las enfermedades contempladas aumentan (hipertensión 95 % IC 1.077-1.087; diabetes 95 % IC 1.042-1.052; ECNT 95 % IC 1.032-1.041).

Conclusión

El objetivo de esta investigación consistió en analizar la relación entre las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) con indicadores de cohesión social en Chile. Los resultados de este estudio dan cuenta de la relevancia de la satisfacción con los lazos sociales, como un elemento de la cohesión social que puede resultar potencialmente protector contra la carga de hipertensión, diabetes y de otra serie de ECNT. Este hallazgo se encuentra en sintonía con la vasta evidencia que destaca la importancia de los lazos sociales y el apoyo social. Se ha señalado que las personas que tienen relaciones sociales sólidas tienen una mejor salud en general, una menor incidencia y prevalencia de ciertas enfermedades en comparación con individuos con vínculos sociales débiles y sin apoyo, quienes en contrapartida estarían más expuestos a experimentar depresión, enfermedades crónicas y a enfrentar situaciones de discapacidad (Wilkinson y Marmot, 2006; Holt-Lunstad y Steptoe, 2022; Bruhn, 2009; Holt-Lunstad, 2018; Rook y Charles, 2017; Fuller-Iglesias, 2015).

Por otro lado, en lo que respecta a los indicadores de identificación con el barrio y de propensión a la colaboración en el barrio, los resultados no son concluyentes. Se encontró una asociación más bien neutral, e incluso, en el caso de propensión a la colaboración en el barrio y el índice de ECNT, una asociación eventualmente perjudicial. Este hallazgo advierte de la necesidad de considerar también los eventuales efectos del «lado oscuro» de la cohesión social (Villalonga-Olives y Kawachi, 2017). Si bien gran parte de la literatura disponible plantea la cohesión social como un elemento protector de salud, también se ha señalado que en ocasiones puede ser un factor neutro o incluso eventualmente perjudicial. En determinadas circunstancias, grupos cohesionados pueden dar lugar a situaciones de exclusión o punición, obligaciones excesivas o tensiones que se generan entre los miembros al recurrir a un mismo recurso limitado, o bien restricción de libertades, control excesivo e intolerancia a la diversidad (Kawachi y Berkman, 2014; Portes, 1998). Eventualmente, elementos como los lazos sociales estrechos podrían ser fuente de tensión, desencadenando procesos de estrés, y, por otro lado, la identificación o la

colaboración con ciertos ambientes insanos o que no propician la salud podrían explicar algunos de estos hallazgos contraintuitivos (Rook y Charles, 2017; Christakis y Fowler, 2007; Rook, 1990).

En lo que respecta a las covariables sociodemográficas, mayores niveles educativos muestran una tendencia protectora, a excepción del caso de las ECNT. Por otro lado, se observa que las personas mayores y las mujeres poseen mayores chances de reportar diabetes, hipertensión o al menos una ECNT. Esta evidencia es coherente con lo reportado en informes especializados e investigaciones que señalan a la educación como un determinante social de la salud relevante, y al sexo y la edad como factores biológicos que condicionan el potencial de salud de las personas (OPS, 2012; Margozzini y Passi, 2018; Delles y Currie, 2018; Kautzky-Willer et al., 2016; Regitz-Zagrosek y Kararigas, 2017).

Con base en la creciente evidencia epidemiológica y experimental que establece ya sea una influencia directa o amortiguadora del entorno social en la salud, uno de los mayores retos es desarrollar intervenciones eficaces. Si bien las intervenciones que evalúan el efecto de la cohesión, el capital social y sus elementos en la salud son aún escasas, se han documentado en general resultados positivos en la salud de personas y colectivos (Cameron et al., 2018; Villalonga-Olives y Kawachi, 2017; Flores et al., 2018; Hikichi et al., 2015; Ichida et al., 2013; Small et al., 2011; Hogan et al., 2002). La promoción y fortalecimiento de los lazos sociales podría contribuir a la salud y a la prevención como un elemento potencialmente protector frente a algunas ECNT, tal como se muestra en este estudio.

Este estudio contiene algunas limitaciones que deben ser tomadas en consideración para interpretar los resultados. Una de ellas consiste en la posibilidad de confusión de factores o de una causalidad inversa entre cohesión social y ECNT. Al tratarse de una muestra no-experimental transversal no es posible asegurar este supuesto. Se sabe que la aparición de ciertas enfermedades pueden ser un potente desencadenante para la pérdida de empleo e ingresos, así como los gastos médicos de bolsillo (Glymour et al., 2014; Weaver y Mendenhall, 2014; Suhrcke, 2006). De ese modo, también resultaría plausible suponer que la presencia de una ECNT sea causante de una baja en la percepción de cohesión social, como, por ejemplo, una baja en la satisfacción con los lazos sociales. No obstante, como ya se ha señalado, existe todo un campo de teorías, antecedentes empíricos y mecanismos cada vez mejor establecidos que sugieren que la cohesión social puede influir en la salud física, que permiten hipotetizar una causalidad como la que se propone (Kawachi y Berkman, 2014). Contar con un marco contrafactual considerando las posibles relaciones de causalidad inversa y factores de confusión permitiría robustecer los análisis y alcances de la investigación.

Por otro lado, existen limitaciones en la medición de la variable dependiente. La pregunta de la Encavi 2015-2016 consulta por haber sido diagnosticado «alguna vez en la vida» de alguna ECNT. Esto plantea el problema de un eventual desfase temporal, pues la cohesión social podría estar siendo evaluada para una

enfermedad que fue diagnosticada en un momento muy anterior en el tiempo. En consecuencia, esto puede traer discordancia y malinterpretaciones en una eventual causalidad en la relación. Esto da cuenta de la importancia de contar con datos prospectivos y estudios longitudinales que recopilen de manera conjunta información de salud y de cohesión social.

Por último, cabe agregar que este estudio se restringe a una medición muy reducida de la cohesión social, a través de solo tres de sus indicadores. Mediciones especializadas como la del *Social Cohesion Radar* propone originalmente 57 indicadores para medir la cohesión social (Dragolov et al., 2016). Por otro lado, se ha destacado la necesidad de estudios multinivel en el campo de la epidemiología social (Diez Roux, 2008), que sean capaces de integrar en el análisis los distintos niveles de expresión de la cohesión social y de distinguir aquellos efectos individuales de los grupales o contextuales. Es altamente recomendable para futuras investigaciones la incorporación de otros indicadores de cohesión social, así como la incorporación al análisis de entidades y tejidos sociales de cohesión social más amplios, como pueden ser barrios, lugares de trabajo u hogares.

El campo de la epidemiología social y los esfuerzos de disciplinas como la sociología en investigar los alcances de la cohesión social en la salud son crecientes y promisorios. Futuras investigaciones deben insistir en la necesidad de estudios transdisciplinarios y de la aplicación de modelos ecosociales que sean capaces de integrar en un solo marco las perspectivas sociales y biológicas, para así generar un conocimiento más acabado de las enfermedades y las desigualdades sociales en salud.

Referencias bibliográficas

- Abbott, S. y Freeth, D. (2008). Social Capital and Health: Starting to Make Sense of the Role of Generalized Trust and Reciprocity. *Journal of Health Psychology, 13*(7), 874-883.
- Bruhn, J. G. (2009). *The group effect: social cohesion and health outcomes*. Springer.
- Cameron, J. E., Voth, J., Jaglal, S. B., Guilcher, S. J. T., Hawker, G. y Salbach, N. M. (2018). «In this together»: Social identification predicts health outcomes (via self-efficacy) in a chronic disease self-management program. *Social Science and Medicine, 208*, 172-179.
- Christakis, N. A. y Fowler, J. H. (2007). The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 Years. *The New England Journal of Medicine, 357*(4), 370-379.
- Cockerham, W. C., Hamby, B. W. y Oates, G. R. (2017). The Social Determinants of Chronic Disease. *American Journal of Preventive Medicine, 52*(1), S5-S12.
- De Silva, M. J. (2005). Social capital and mental illness: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health, 59*(8), 619-627.
- Delles, C. y Currie, G. (2018). Sex differences in hypertension and other cardiovascular diseases. *Journal of Hypertension, 36*(4), 768-770.

- Diez Roux, A. (2008). La necesidad de un enfoque multinivel en epidemiología. *Región y Sociedad*, 20(Esp. 2), 77-91.
- Dragolov, G., Ignácz, Z. S., Lorenz, J., Delhey, J., Boehnke, K. y Unzicker, K. (2016). Methodology of the Social Cohesion Radar. En *Social Cohesion in the Western World. What Holds Societies Together: Insight from the Social Cohesion Radar* (pp. 15-34). Springer. http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-32464-7_2
- Echeverría, S., Diez-Roux, A. V., Shea, S., Borrell, L. N. y Jackson, S. (2008). Associations of neighborhood problems and neighborhood social cohesion with mental health and health behaviors: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Health and Place*, 14(4), 853-865.
- Eisenberger, N. I. y Cole, S. W. (2012). Social neuroscience and health: neurophysiological mechanisms linking social ties with physical health. *Nature Neuroscience*, 15(5), 669-674.
- Engstad, T., Bonna, K. H. y Viitanen, M. (2000). Validity of Self-Reported Stroke: The Tromso Study. *Stroke*, 31(7), 1602-1607.
- Fleischer, N. L., Diez Roux, A. V., Alazraqui, M., Spinelli, H. y De Maio F. (2011). Socioeconomic Gradients in Chronic Disease Risk Factors in Middle-Income Countries: Evidence of Effect Modification by Urbanicity in Argentina. *American Journal of Public Health*, 101(2), 294-301.
- Flores, E. C., Fuhr, D. C., Bayer, A. M., Lescano, A. G., Thorogood, N. y Simms V. (2018). Mental health impact of social capital interventions: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 53(2), 107-119.
- Fuller-Iglesias, H. R. (2015). Social ties and psychological well-being in late life: the mediating role of relationship satisfaction. *Aging and Mental Health*, 19(12), 1103-1112.
- Glover, J. D., Hetzel, D. M. y Tennant, S. K. (2004). The socioeconomic gradient and chronic illness and associated risk factors in Australia. *Australia and New Zealand Health Policy*, 1(1), 8.
- Glymour, M. M., Avendano, M. y Kawachi, I. (2014). Socioeconomic Status and Health. En L. F. Berkman, I. Kawachi y M. M. Glymour (eds.). *Social epidemiology* (pp. 17-62). 2.ª ed. Oxford University Press.
- Hakulinen, C., Pulkki-Råback, L., Jokela, M., Ferrie, J. E., Aalto, A. M., Virtanen, M., Kivimäki, M., Vahtera, J. y Elovainio, M. (2016). Structural and functional aspects of social support as predictors of mental and physical health trajectories: Whitehall II cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(7), 710-715.
- Hikichi, H., Kondo, N., Kondo, K., Aida, J., Takeda, T. y Kawachi I. (2015). Effect of a community intervention programme promoting social interactions on functional disability prevention for older adults: propensity score matching and instrumental variable analyses, JAGES Taketoyo study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(9), 905-910.
- Hogan, B. E., Linden, W. y Najarian, B. (2002). Social support interventions. Do they work? *Clinical Psychology Review*, 22(3), 381-440.
- Holt-Lunstad, J. y Steptoe, A. (2022). Social isolation: An underappreciated determinant of physical health. *Current Opinion in Psychology*, 43, 232-237.
- Holt-Lunstad, J. (2018). Why Social Relationships Are Important for Physical Health: A Systems Approach to Understanding and Modifying Risk and Protection. *Annual Review of Psychology*, 69, 22.
- Hu, F., Hu, B., Chen, R., Ma, Y., Niu, L., Qin, X. y Hu, Z. (2014). A systematic review of social capital and chronic non-communicable diseases. *Bioscience Trends*, 8(6), 290-296.
- Huerta, J. M., José Tormo, M., Egea-Caparrós, J. M., Ortolá-Devesa, J. B. y Navarro, C. (2009). Validez del diagnóstico referido de diabetes, hipertensión e hiperlipemia en población adulta española. Resultados del estudio DINO. *Revista Española de Cardiología*, 62(2), 143-152.
- Ichida, Y., Hirai, H., Kondo, K., Kawachi, I., Takeda, T. y Endo, H. (2013). Does social participation improve self-rated health in the older population? A quasi-experimental intervention study. *Social Science and Medicine*, 94, 83-90.

- Inoue, M., Sawada, N., Shimazu, T., Yamaji, T., Iwasaki, M., Sasazuki, S., Tsugani, S. and Japan Public Health Center-based Prospective Study Group (2011). Validity of self-reported cancer among a Japanese population: Recent results from a population-based prospective study in Japan (JPHC Study). *Cancer Epidemiology*, 35(3), 250-253.
- Kautzky-Willer, A., Harreiter, J. y Pacini, G. (2016). Sex and Gender Differences in Risk, Pathophysiology and Complications of Type 2 Diabetes Mellitus. *Endocrine Reviews*, 37(3), 278-316.
- Kawachi, I. y Berkman, L. F. (2014). Social capital, social cohesion, and health. En L. F. Berkman, I. Kawachi y M. M. Glymour (eds.). *Social epidemiology* (pp. 290-319). 2.ª ed. Oxford University Press.
- Kawachi, I., Subramanian, S. V. y Kim, D. (eds.). (2008). *Social capital and health*. Springer.
- Kim, D., Subramanian, S. V. y Kawachi, I. (2008). Social Capital and Physical Health. A Systematic Review of the Literature. En I. Kawachi, D. Kim, y S. V. Subramanian (eds.). *Social capital and health* (pp. 139-190). Springer.
- Krieger N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30(4), 668-677.
- Lagisetty, P. A., Wen, M., Choi, H., Heisler, M., Kanaya, A. M. y Kandula, N. R. (2016). Neighborhood Social Cohesion and Prevalence of Hypertension and Diabetes in a South Asian Population. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(6), 1309-1316.
- Lima-Costa, M. F., Peixoto, S. V. y Firmo, J. O. A. (2004). Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). *Revista de Saúde Pública*, 38(5), 637-642.
- Lippman, S. A., Leslie, H. H., Neilands, T. B., Twine, R., Grignon, J. S., MacPhail, C., Morris, J., Rebombo, D., Sesane, M., El Ayadi, A., Pettifor, A. y Kahn, K. (2018). Context matters: Community social cohesion and health behaviors in two South African areas. *Health and Place*, 50, 98-104.
- Loh, V., Harding, J., Koshkina, V., Barr, E., Shaw, J. y Magliano, D. (2014). The validity of self-reported cancer in an Australian population study. *Australia and New Zealand Journal of Public Health*, 38(1), 35-38.
- Machón, M., Arriola, L., Larrañaga, N., Amiano, P., Moreno-Iribas, C., Agudo, A., Ardanaz, E., Barricarte, A., Buckland, G., Chirlaque, M., Molina, E., Navarro, C., Quirós, J. R., Rodríguez, L., Sánchez, M. J., González, C. A. y Dorronsoro, M. (2013). Validity of self-reported prevalent cases of stroke and acute myocardial infarction in the Spanish cohort of the EPIC study. *Journal of Epidemiology Community Health*, 67(1), 71-75.
- Majeed, M. T. y Ajaz, T. (2018). Social Capital as a Determinant of Population Health Outcomes: A Global Perspective. *Pakistan Journal of Commerce and Social Sciences*, 12(1), 52-77.
- Margozzini, P. y Passi, Á. (2018). Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile. *Ars Medica. Revista de Ciencias Médicas*, 43(1), 30-34.
- Mendis S. (2014). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014*. Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?jsessionid=46D0DC554259942AB77275B17FEFD062?sequence=1
- Ministerio de Salud de Chile [Minsal]. (2021). *Encuesta de Calidad de Vida y Salud (Encavi) 2015-2016*. Ministerio de Salud de Chile. División de Planificación Sanitaria. Departamento de Epidemiología. Unidad de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/02/PRESENTACION-ENCAVI-2016-11.02.2017.pdf>
- Moiso A. (2007). Enfermedades crónicas no transmisibles: el desafío del siglo XXI. En *Fundamentos de Salud Pública* (pp. 265-290). Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.
- Musalía, J. (2016). Social capital and health in Kenya: A multilevel analysis. *Social Science and Medicine*, 167, 11-19.
- Najafi, F., Pasdar, Y., Shakiba, E., Hamzeh, B., Darbandi, M., Moradinazar, M., Navabi, J. Anvari, B., Saidi, M. R., y Bazargan-Hejazi, S. (2019). Validity of Self-reported Hypertension and Factors Related to Discordance

- Between Self-reported and Objectively Measured Hypertension: Evidence From a Cohort Study in Iran. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 52(2), 131-139.
- Niessen, L. W., Mohan, D., Akuoku, J. K., Mirelman, A. J., Ahmed, S., Koehlmoos, T. P., Trujillo, A., Khan, J. y Peters, D. H. (2018). Tackling socioeconomic inequalities and non-communicable diseases in low-income and middle-income countries under the Sustainable Development agenda. *Lancet*, 391(10134), 2036-2046.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). *Enfermedades no transmisibles*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Mundial de la Salud [OMS].(2018). Noncommunicable diseases country profiles 2018. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514620>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2012). Determinantes e inequidades en salud. En *Salud en las Américas Edición de 2012 Panorama regional y perfiles de país* (pp. 12-59). Organización Panamericana de la Salud.
- Pastorino, S., Richards, M., Hardy, R., Abington, J., Wills, A., Kuh, D., Pierce, M. and National Survey of Health and Development Scientific and Data Collection Teams (2015). Validation of self-reported diagnosis of diabetes in the 1946 British birth cohort. *Primary Care Diabetes*, 9(5), 397-400.
- Portes, A. (1998). Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology. *Annual Review of Sociology*, 24(1), 1-24.
- Regitz-Zagrosek, V. y Kararigas, G. (2017). Mechanistic Pathways of Sex Differences in Cardiovascular Disease. *Physiological Reviews*, 97(1), 1-37.
- Rios, R., Aiken, L. S. y Zautra, A. J. (2012). Neighborhood Contexts and the Mediating Role of Neighborhood Social Cohesion on Health and Psychological Distress Among Hispanic and Non-Hispanic Residents. *Annals of Behavioral Medicine*, 43(1), 50-61.
- Riumallo-Herl, C. J., Kawachi, I. y Avendano, M. (2014). Social capital, mental health, and biomarkers in Chile: Assessing the effects of social capital in a middle-income country. *Social Science and Medicine*, 105, 47-58.
- Rodgers, J., Valuev, A. V., Hswen, Y. y Subramanian, S. V. (2019). Social capital and physical health: An updated review of the literature for 2007-2018. *Social Science and Medicine*, 236, 112360.
- Romagon, J. y Jabot, F. (2021). The challenge of assessing social cohesion in health impact assessment. *Health Promotion International*, 36(3), 753-764.
- Rook, K. S. (1990). Parallels in the Study of Social Support and Social Strain. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(1), 118-132.
- Rook, K. S. y Charles, S. T. (2017). Close social ties and health in later life: Strengths and vulnerabilities. *The American Psychologist*, 72(6), 567-577.
- Schiefer, D. y van der Noll, J. (2017). The Essentials of Social Cohesion: A Literature Review. *Social Indicators Research*, 132(2), 579-603.
- Selem, S. S. de C., Castro, M. A., César, C. L. G., Marchioni, D. M. L. y Fisberg, R. M. (2013). Validade da hipertensão autorreferida associa-se inversamente com escolaridade em brasileiros. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 100(1), 52-59.
- Small, R., Taft, A. J. y Brown, S. J. (2011). The power of social connection and support in improving health: lessons from social support interventions with childbearing women. *bmc Public Health*, 11(5), S4.
- Stansfeld, S. A. (2006). Social support and social cohesion. En M. Marmot y R. Wilkinson (eds.). *The social determinants of health. The Solid Facts* (pp. 22-23). 2.ª ed. Oxford University Press.

- Stavrou, E., Vajdic, C. M., Loxton, D. y Pearson, S. A. (2011). The validity of self-reported cancer diagnoses and factors associated with accurate reporting in a cohort of older Australian women. *Cancer Epidemiology*, 35(6), e75-80.
- Suhrcke, M. (2008). *Chronic disease: an economic perspective*. Oxford Health Alliance.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health Social Behavior*, 52(2), 145-611.
- Uchino, B. N. (2013). Understanding the links between social ties and health: On building stronger bridges with relationship science. *Journal of Social and Personal Relationship*, 30(2), 155-162.
- Vega, J. (2001). Enfermo de pobre: las inequidades sociales y la salud en Chile. *Revista Universitaria* (73), 43-57.
- Villalonga-Olives, E. y Kawachi, I. (2017). The dark side of social capital: A systematic review of the negative health effects of social capital. *Social Science and Medicine*, 194, 105-127.
- Weaver, L. J. y Mendenhall, E. (2014). Applying Syndemics and Chronicity: Interpretations from Studies of Poverty, Depression, and Diabetes. *Medical Anthropology*, 33(2), 92-108.
- Wilkinson, R. y Marmot, M. (2006). *Los determinantes sociales de la salud: Los hechos probados*. Edición española, traducción de la 2.ª ed. de la oms. Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Estudio sobre la percepción social del riesgo y las creencias básicas en estudiantes de educación media afectados por un tornado en Uruguay

Study on the social perception of risk and basic beliefs in high school students affected by a tornado in Uruguay

Graciela LOARCHE
Virginia DUTRA
Mariana PEREIRA

Palabras clave: percepción social, gestión del riesgo, creencias básicas, gestión de desastres, efectos psicológicos

Keywords: social perception, risk management, basic beliefs, disaster management, psychological effects

Resumen

En abril del año 2016 un tornado atravesó Dolores, una ciudad del departamento de Soriano en Uruguay, y dejó como consecuencia un gran número de afectados directos e indirectos, heridos, personas hospitalizadas y fallecidas. También se vieron afectadas viviendas y edificios emblemáticos de la ciudad. Entre ellos, los edificios que alojan a las dos instituciones públicas de educación secundaria, con 2400 estudiantes.

En el artículo se analizan los factores vinculados a la percepción social del riesgo de los estudiantes de secundaria de la ciudad, quienes se encontraban en los centros educativos cuando ocurrió el evento. También se abordan factores como la modificación de las creencias básicas asociadas a la seguridad, la predictibilidad de la vida y la visión del mundo luego de un evento extremo. Se analizan los resultados de la aplicación del cuestionario «Reacciones comunes ante un suceso anormal» y testimonios brindados por los estudiantes durante las intervenciones realizadas en las instituciones educativas durante el proceso de recuperación.

Las reflexiones finales dan cuenta de la necesidad de más estudios sobre la percepción social del riesgo y la modificación de las creencias básicas ante eventos críticos. La información local contribuye a la adopción de políticas y estrategias en la gestión integral del riesgo en aras de fortalecer una cultura preventiva.

Abstract

In April 2016, a tornado passed through Dolores, a city located in the Uruguayan department of Soriano. This event left a large number of people directly and indirectly affected, injured, hospitalized and deceased. Houses and emblematic buildings in the city were also damaged. Among them were two public institutions of secondary education for 2400 students.

The article analyzes the factors related to the social perception of risk of the secondary school students of the city, who were at school at the time of the event. Factors such as the modification of basic beliefs associated with safety, predictability of life and world-view after an extreme event are also addressed. The results of administering the questionnaire "Common reactions to an abnormal event" and testimonies provided by students during the interventions carried out in the educational institutions during the recovery process are analyzed.

The final reflections show the need for more studies on social perception of risk and the modification of basic beliefs in the face of critical events. Local information contributes to the adoption of policies and strategies in comprehensive risk management in order to strengthen a preventive culture.

Datos de las autoras

Graciela LOARCHE

Profesora agregada en el Instituto de Psicología de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad de la República. Psicóloga. Especialista en Actuaciones psicosociales en violencia política y catástrofes. Magíster en Psicología Social.

Virginia DUTRA

Ayudante en el Instituto de Psicología de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad de la República. Licenciada en Psicología.

Mariana PEREIRA

Ayudante en el Instituto de Psicología de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad de la República. Licenciada en Psicología. Diplomada en Actuaciones psicosociales en violencia política y catástrofes.

La ciudad de Dolores y el tornado de abril de 2016

El viernes 15 de abril de 2016 un tornado categoría F3, vientos entre 250 y 330 km/h, azotó la ciudad de Dolores ubicada en el departamento de Soriano, Uruguay. Si bien la zona se encuentra incluida dentro del territorio considerado como corredor de tornados y ya se habían vislumbrado allí eventos como este, ninguno de ellos había generado daños de magnitud en la ciudad.

El desastre ocurrió en la tarde, en pleno desarrollo de actividades laborales y académicas, por lo que gran parte de la población se encontraba fuera de su residencia. El tornado comenzó a visualizarse por la zona oeste de la ciudad y continuó por el centro, ocasionando la muerte de seis personas y múltiples heridos, de los cuales cuatrocientos cincuenta requirieron hospitalización. Además generó el destrozo de viviendas, edificios identitarios de la ciudad, como el teatro, ambas instituciones de educación secundaria, escuelas y el hospital. Culminó su recorrido en la zona sureste de la ciudad.

Los daños directos fueron valuados en cien millones de dólares, sin embargo los costos que se produjeron con la destrucción de comercios que no lograron recuperarse, las pérdidas en las cosechas y la pérdida de empleos incrementaron este monto, ya que la economía de la ciudad se mantuvo paralizada durante varias semanas (Reconstruyamos Dolores, s/f).

Los tornados son considerados como una catástrofe natural. Sin embargo, ante este tipo de eventos se percibe un componente social, pues visibilizan y repercuten tanto en las vulnerabilidades como en las creencias y la percepción del riesgo que tienen las comunidades.

En contexto de desastre, los centros educativos son considerados como espacios seguros que colaboran en reorganizar la rutina diaria de los estudiantes y de las familias, buscando de esta manera normalizar las actividades cotidianas. Por este motivo, se considera relevante que estos centros retomem prontamente sus rutinas.

En Dolores, ambos centros públicos de educación secundaria⁶ vieron afectada gravemente su infraestructura, lo cual impidió el acceso a los locales. Por tanto, las autoridades educativas decidieron instalar en forma provisoria una carpa (tienda de campaña) de grandes dimensiones y alquilar instalaciones durante dos meses, con el fin de retomar las actividades académicas. En este período se instalaron contenedores acondicionados para aula, los cuales funcionaron hasta el año 2019, a la espera de la reconstrucción edilicia.

La carencia de recursos humanos locales capacitados en contención emocional inmediata se convierte en una prioridad en salud pública. Se establecieron, desde la capital del país, reuniones de coordinación entre organismos públicos y privados que ofrecieron colaboración para la ayuda en la recuperación psicosocial. En este

⁶ Liceo n.º 1 Dr. Roberto Taruselli y liceo n.º 2 Prof. Juan Bautista Herrero.

contexto el Consejo Directivo Central de la Administración Nacional de Educación Pública (Codicen-ANEP) solicita a la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (Udelar) la intervención en las instituciones de educación secundaria, con el fin de colaborar en la mitigación de la afectación psicosocial. Se conforma un equipo de estudiantes, egresados y docentes con formación o experiencia en psicología en emergencias, desastres y gestión de riesgos. Se planificó la intervención, cuya población objetivo fueron los estudiantes que estaban presentes en el momento del tornado en los centros educativos afectados.

Aquí se presenta el análisis de los datos obtenidos durante las intervenciones acerca de la percepción social del riesgo y las creencias básicas luego del impacto del tornado. También se propone aportar información sobre un evento extremo que generó daños inéditos para la población del país y especialmente para la población de Dolores.

En este sentido, se advierte la capacidad del país para cubrir los requerimientos básicos inmediatos frente a un evento extremo, pero quedan al descubierto las vulnerabilidades preexistentes individuales y comunitarias (Pérez Sales, 2006).

Asimismo, la respuesta al evento en el ámbito público y privado implicó un despliegue de recursos y de trabajo conjunto que colaboraron en el fortalecimiento de las capacidades de afrontamiento. Por este motivo, analizar los aspectos involucrados en la percepción del riesgo y las creencias, podría brindar información relevante para el diseño de políticas y estrategias de gestión del riesgo de desastres. A decir de Aragonés (2020), la percepción del riesgo es fundamentalmente de carácter social.

Metodología de trabajo

Las intervenciones realizadas con los estudiantes afectados por el tornado tuvieron como fin reducir el impacto emocional y el estrés, y crear herramientas de afrontamiento ante eventos extremos. Este artículo recorta parte de las intervenciones y se centra en el análisis de los datos obtenidos sobre las creencias básicas y la percepción del riesgo de los involucrados. La intervención con los adolescentes afectados se realizó en tres oportunidades: la primera se llevó a cabo a un mes del tornado, la segunda a los cinco meses y la tercera un año y medio después del desastre.

Para la recolección de datos sobre la población adolescente, se adaptó un cuestionario que evalúa el impacto psicosocial ante catástrofes o eventos extremos. El cuestionario «Reacciones comunes ante un suceso anormal» (RCASA) fue elaborado en 2006 por Graciela Loarche e investigadores del Instituto de Psicología de la Salud (Facultad de Psicología, Udelar) basados en los aportes teóricos de Martín Beristain (1999) y Enrique Parada (2008), quienes clasifican las reacciones o síntomas en el plano físico, cognitivo, emocional y conductual. Se compone de 28 ítems que describen síntomas habituales o reacciones comunes ante estos sucesos,

y las personas deben establecer la frecuencia con que los experimentan: nunca, pocas veces, muchas veces y siempre. Mediante la aplicación de este cuestionario, también se pretendió informar a los afectados sobre las reacciones comunes que podrían presentar luego del desastre, normalizando las reacciones sin patologizar. Finalmente, se incluyó una sección específica para que los estudiantes pudieran agregar testimonios (Loarche et al., 2018b).

En la primera intervención participaron estudiantes y docentes de los dos centros de educación secundaria afectados por el tornado. Para este trabajo se tomará en cuenta únicamente la información recabada del grupo de estudiantes que mostró mayores niveles de afectación. La muestra está constituida por un total de 146 adolescentes, con quienes se continuó trabajando durante los siguientes encuentros.

En el segundo encuentro se intervino en uno de los centros educativos, al que asistían aquellos estudiantes que mostraron mayor afectación luego del evento. En esa segunda instancia participaron 123 adolescentes. Los principales objetivos fueron la psicoeducación, reducción de la ansiedad, la expresión y resignificación de lo sucedido.

Finalmente, en el tercer encuentro, al igual que en las instancias anteriores se aplicó el cuestionario RCASA que, después de un año y medio del tornado, mostró que la afectación continuaba siendo significativa. Es interesante compartir que el tercer encuentro se desarrolló en el marco de un proyecto de investigación que indagaba acerca de la relación entre los desastres siconaturales y el suicidio adolescente (Loarche et al., 2018a). Para la recolección de datos se dispuso un trabajo en modalidad de taller, donde también se realizaron actividades de prevención de suicidio. Se continuó así con el proceso de trabajo que se venía realizando con los estudiantes, y se profundizó en la reflexión sobre aprendizajes posevento, incluyendo actividades de interés que les permitían ser protagonistas activos en ese proceso de recuperación.

Para el análisis de los datos se tomarán en cuenta las respuestas del cuestionario RCASA y los testimonios tanto escritos como relatados por los propios adolescentes durante las tres instancias de trabajo que resultaron de relevancia para el tema.

Gestión del riesgo

La gestión del riesgo de desastres ocasionados por factores naturales, siconaturales o antrópicos requiere de una evaluación y una planificación de las emergencias y del entrenamiento adecuado para los equipos intervinientes.

Según Loarche et al. (2011), gestionar el riesgo implica

la adopción de políticas, estrategias y prácticas (físicas, culturales, institucionales, económicas, etcétera) orientadas a reducir los riesgos de desastres o mi-

nimizar sus efectos. La gestión debe ser integral, abandonando la tradicional fragmentación temporal, espacial e institucional propia de la mayoría de las actuaciones. (p. 72)

Es importante tener en cuenta que ninguna sociedad, independientemente de su desarrollo, se encuentra exenta de los peligros y amenazas de desastres. Sin embargo, el riesgo es siempre una construcción social y el resultado de determinados y cambiantes procesos sociales, derivados en gran parte de los estilos y modelos de desarrollo y de los procesos de transformación social y económica (Lavell, 2002).

El riesgo no puede verse ajeno a sus componentes como la amenaza, la vulnerabilidad y las capacidades. Lavell (2002) define el riesgo como «la probabilidad de que se presente un nivel de consecuencias económicas, sociales o ambientales en un sitio particular y durante un período de tiempo definido. Se obtiene de relacionar la amenaza con la vulnerabilidad de los elementos expuestos» (p. 20).

El término amenaza hace referencia a la probabilidad de que ocurra un daño para una población, mientras la vulnerabilidad resulta de la posibilidad de que una sociedad determinada se encuentre expuesta a sufrir daños (Lavell, 2002). Las capacidades son «la combinación de todas las fortalezas, los atributos y los recursos disponibles dentro de una comunidad, sociedad u organización» (Unesco, 2012, p. 15).

De acuerdo a Chardon (2008), difícilmente el nivel de riesgo sea nulo, sino que se intenta alcanzar un nivel de riesgo «aceptable». Que esto suceda dependerá de las medidas de mitigación, del daño ocasionado a la comunidad y de los procesos de recuperación que estén dispuestos a asumir.

Para Cuadrado (2018), entre los grandes aportes realizados por el abordaje interdisciplinario de la vulnerabilidad está la diferenciación de los desastres. Los estudios latinoamericanos han permitido revelar las condiciones en las que viven gran parte de los grupos sociales afectados por eventos extremos, en zonas con importante degradación ambiental.

Percepción social del riesgo

La construcción social del riesgo se encuentra en dos dimensiones: la construcción social del riesgo asociada con la percepción y la construcción social del riesgo asociada con la vulnerabilidad y la desigualdad. La percepción del riesgo es en sí una construcción social. No serán los riesgos sino su percepción los que se construyen culturalmente. También la construcción social de riesgos conlleva la producción y reproducción de las condiciones de vulnerabilidad. Será esta la responsable, en gran parte, de la magnitud de los efectos de un evento extremo (Cuadrado, 2018).

Desde las ciencias sociales, la percepción social del riesgo, como lo plantean Puy y Cortés citando a Pidgeon et al. (1992), se define como «el estudio de las creencias, actitudes, juicios y sentimientos, así como de los valores y disposiciones

sociales y culturales más amplios que las personas adoptan frente a fuentes de peligro y los beneficios que estas conllevan» (Puy y Cortés, 2010, p. 364). Ojeda y López (2017), considerando los aportes de Tierney (2014), sostienen que estas creencias, actitudes y valores compartidos construyen realidades y mantienen un orden lógico en las actividades sociales de una manera predecible. De esta forma, se interpretan los estímulos ambientales y se toman decisiones.

Douglas y Wildavsky (1982) dirán que una sociedad acepta o rechaza determinados riesgos de acuerdo a cada momento histórico. Esta contextualización histórica facilita la comprensión y aceptación de un riesgo, mostrando las implicaciones políticas y sociales en la toma de decisiones. Las valoraciones que se producen con respecto a un riesgo de desastre son transmitidas entre las distintas generaciones de una sociedad, promoviendo la creación de políticas de prevención (Douglas y Wildavsky, citados en Ojeda y López, 2017).

Gustavo Romeo (2015), tomando en cuenta los aportes teóricos de Ferrari (2006), plantea que la percepción social del riesgo (en adelante PSR) se fundamenta en los juicios de valor de los afectados luego de haber transitado una experiencia de riesgo. Estas valoraciones subjetivas que se vinculan a la situación de peligro y el posible daño que se pueda experimentar pueden diferir tanto a nivel individual como colectivamente. Esto configura un proceso psicológico complejo en el cual se selecciona, organiza e interpreta la información.

En cuanto a los factores colectivos, Ojeda y López (2017) sostienen que la PSR está determinada por el grupo y la cultura a la que se pertenece. Desde los estudios de las ciencias sociales, se analiza la importancia que representan las disposiciones culturales y sociales ante una amenaza. Entonces, para las autoras, «cada población elige sus riesgos, minimiza algunos y maximiza otros» (p. 115) en los que no suelen intervenir argumentos científicos.

De acuerdo a Campos (2017), citando a Ferrari, las percepciones acerca del riesgo toman en cuenta las imágenes que se construyen de la información del medio y de las experiencias vividas previamente. También pueden estar influidas por factores etarios, de género y culturales. La forma en la que una persona vivencia, experimenta y comprende un evento indicará su percepción del riesgo ante este.

Por su parte, Ojeda y López (2017) plantean que las comunidades mantienen una memoria colectiva que les permite desplegar enseñanzas provenientes del saber popular a las generaciones futuras sobre la construcción y la PSR. Campos (2017), a partir de los trabajos realizados por Ittelson (1978) y Lichtenstein y Slovic (2006), sostiene que «factores como la familiarización de los eventos, influyen en la percepción de riesgos. Eventos inusuales y espectaculares tienden a ser supervalorados, en tanto que fenómenos naturales que se suscitan con mayor periodicidad tienden a ser subestimados» (Campos, 2017, p. 36).

Entre los enfoques que se centran en los aspectos individuales de la PSR se encuentran los estudios de sesgos y heurísticas de los investigadores Kahnemann y Tversky (1979; 1987), que señalan, por ejemplo,

la *sobreconfianza* o *sesgo optimista* como la tendencia a pensar *a mí no me pasará*, (...) según la cual tendemos a estimar una mayor probabilidad de ocurrencia de un riesgo cuanto más *accesibles* resulten (a la imaginación, al recuerdo...) situaciones ejemplares del mismo. (Puy y Cortés, 2010, pp. 364-365)

También estudiaron la toma de decisiones en contexto de incertidumbre en las que mostraron cómo las personas eligen en virtud de ganancia o pérdida de sus consecuencias. Por ejemplo,

a igualdad de otras condiciones, entre una ganancia segura y otra mayor pero incierta, se tiende a preferir la seguridad, no la incertidumbre; pero entre una pérdida segura y otra pérdida mayor pero incierta, se tiende a preferir el riesgo y no la seguridad. (Puy y Cortés, 2010, p. 365)

Para Aragonés (2020), no se diferencian las creencias y valores relacionados con las fuentes de riesgo en la dimensión individual y social. Sin embargo, las representaciones cognitivas, los aspectos emocionales y las implicaciones políticas sí pueden marcar un diferencial. Por lo tanto el modelo de estudio de la PSR fundamentará su comprensión según las dimensiones que abarque.

Entonces, el análisis de la PSR de las comunidades es fundamental para la elaboración de estrategias de gestión integral del riesgo. Esto implica un trabajo desde un enfoque psicosocial y cercano a la población involucrada, que incluya aspectos psicológicos, sociales, políticos y culturales.

Creencias básicas

Las creencias básicas, según Janoff-Bulman (1992), «son un conjunto de creencias o asunciones esenciales sobre nosotros mismos, el mundo y los otros. Estas creencias son implícitas, se basan en la experiencia emocional y se mantienen fuertemente a pesar de la adversidad». Nos permiten afrontar eficientemente la realidad, ya que en el plano cognitivo construyen representaciones estables sobre el mundo, la persona y nosotros mismos, dando la percepción de orden y control de nuestras vidas.

Las creencias, de acuerdo a lo planteado por Janoff-Bulman (1992), se encuentran clasificadas en tres categorías, entre las que se encuentran la *benevolencia*, que incluye la confianza y la percepción de un mundo benevolente; el *sentido del mundo*, que incluye las creencias sobre el control del mundo, el azar y la justicia; y la *dignidad*, la cual incluye creencias positivas del yo, las capacidades y la autoestima.

De acuerdo a los aportes de Parkes (1975), todas las personas tienen supuestos sobre cómo funciona el mundo y el yo, los cuales se sostienen por la confianza, la planificación y el reconocimiento. Ese mundo de los supuestos es cómo cada persona entiende la realidad. Por lo tanto, cuando algún evento extremo irrumpe

esa realidad conocida, deberá realizar ajustes que le permitan comprender esas incongruencias (Parkes, citado en Eiroá, 2009).

Frente a un evento extremo, el sistema de creencias se ve fuertemente cuestionado, se modifica la percepción que las personas tienen sobre el mundo, los demás y sobre sí mismos. Por lo tanto los sujetos deben encontrar una forma de regulación y adaptación emocional frente a las contradicciones que se perciben entre el mundo interior y desde el mundo exterior (Eiroá, 2009).

Pérez Sales (2006) realiza una distinción entre los efectos que generan los desastres de tipo antrópico y los desastres naturales en el sistema de creencias. En este último caso se ven afectados el sentido del mundo, la percepción de seguridad, el concepto de azar y el significado de la vida.

Luego de un evento socionatural como el caso del tornado, se puede considerar que la creencia acerca de la seguridad se relaciona con la PSR, puesto que se puede pasar de creerse invulnerable a considerar el mundo como un lugar peligroso. Por lo tanto, las experiencias extremas pueden modificar la percepción que las personas y la sociedad tienen con respecto a la valoración del riesgo y las diferencias entre cada una de ellas.

Análisis de la percepción social del riesgo y de las creencias en los estudiantes afectados por el tornado

De los datos obtenidos del registro de las intervenciones llevadas a cabo con los estudiantes de educación media afectados por el tornado, se puede realizar algunas consideraciones acerca de la percepción social del riesgo y de sus creencias básicas.

A pesar de que la ciudad de Dolores está ubicada en una zona de corredor de tornados, antes del desastre ocasionado en el 2016 no se consideraba que un evento de este tipo pudiera generar daños en una localidad poblada.

Tomando en cuenta lo planteado por Ferrari (2010) acerca de la variabilidad de la PSR, se puede visualizar diferencias en los juicios de valor de dichos estudiantes con respecto a la experiencia de riesgo vivenciado entre quienes participaron: algunos no habían asistido al local de estudios el día del desastre, otros no se encontraban en la ciudad, o sus casas no habían sufrido daños, por lo cual no creían tener la necesidad de participar.

Los relatos obtenidos acerca del momento del impacto del tornado mostraron la gran sorpresa, la incredulidad y la afectación emocional generada. Los adolescentes plantean que uno de los estudiantes comunicó a su clase que el tornado se acercaba a la ciudad, sin embargo no lo creen hasta que comienzan a escuchar el sonido que este emitía y cuando ya se encontraba muy cerca. Lo sucedido evidencia la escasa experiencia que se posee en Uruguay ante eventos de esta naturaleza y cómo esto influye en la PSR que tenían los estudiantes antes y después del evento.

Al mismo tiempo, los estudiantes relatan que en el momento de la emergencia, algunos compañeros manifestaron reacciones como intolerancia a los sonidos fuertes como gritos y llantos, otros tuvieron amnesia o ceguera temporal, otros reían, lloraban, se abrazaban. Algunos relatan el momento de mayor angustia al creer que una de sus compañeras, la cual fue retirada por el personal médico en camilla, había fallecido.

Durante la fase de reacción, se puede experimentar un miedo intenso, impotencia, siendo frecuentes también las conductas de solidaridad y de apoyo. Calificaron el momento de la emergencia como un «caos» debido a que «nadie entendía lo que había pasado, todos corrían, cuando pudimos salir a la vereda vimos todos los escombros y los árboles de la plaza caídos». Con este relato, también se puede visualizar la fase de reacción, considerando que sus vidas y la de sus familiares o compañeros corrían un gran riesgo.

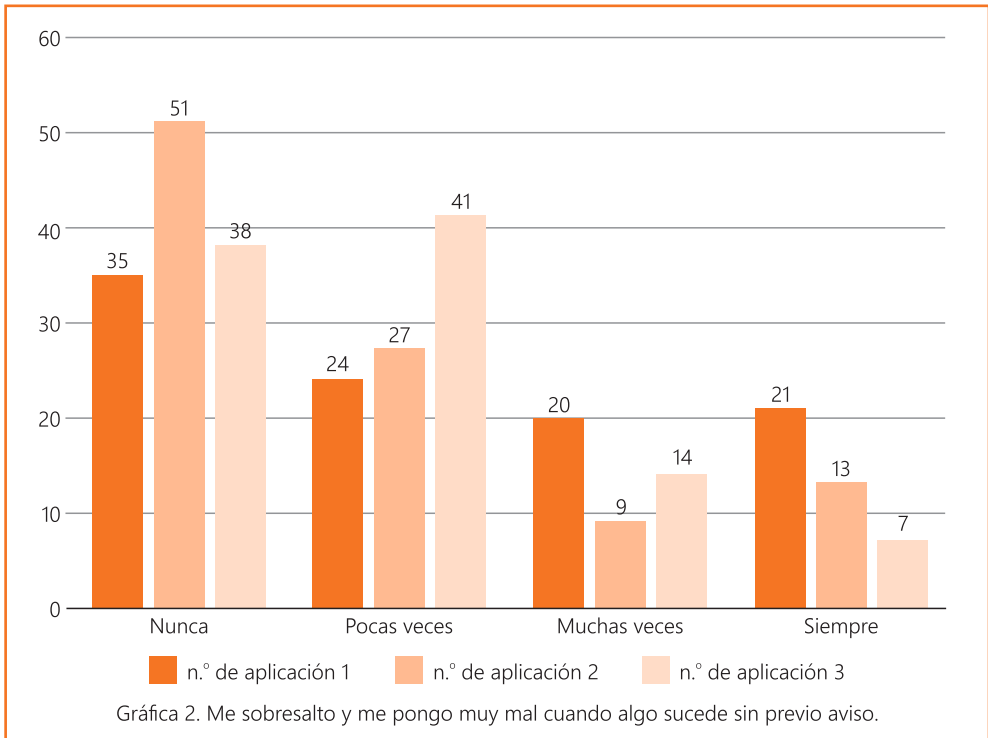
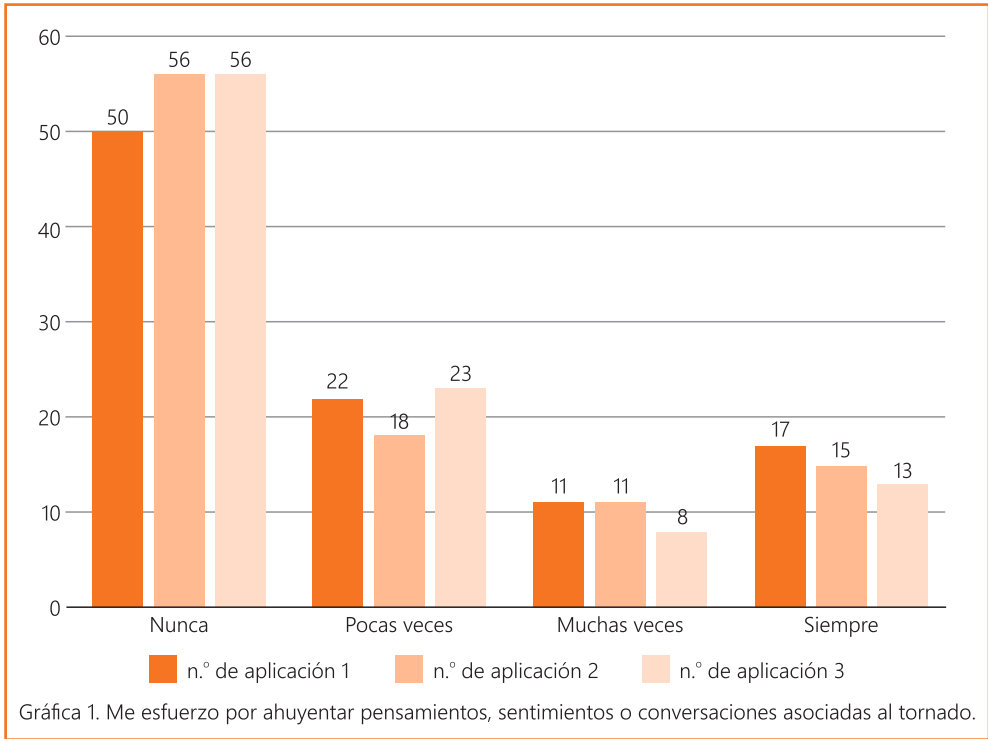
Los padres de los estudiantes llegaban a las instituciones buscando a sus hijos y algunos adolescentes se retiraron de los centros educativos con el fin de encontrar a sus familiares en sus viviendas. Esto generó diversos desencuentros y colaboró para que la angustia se incrementara ante la incertidumbre de saber del otro.

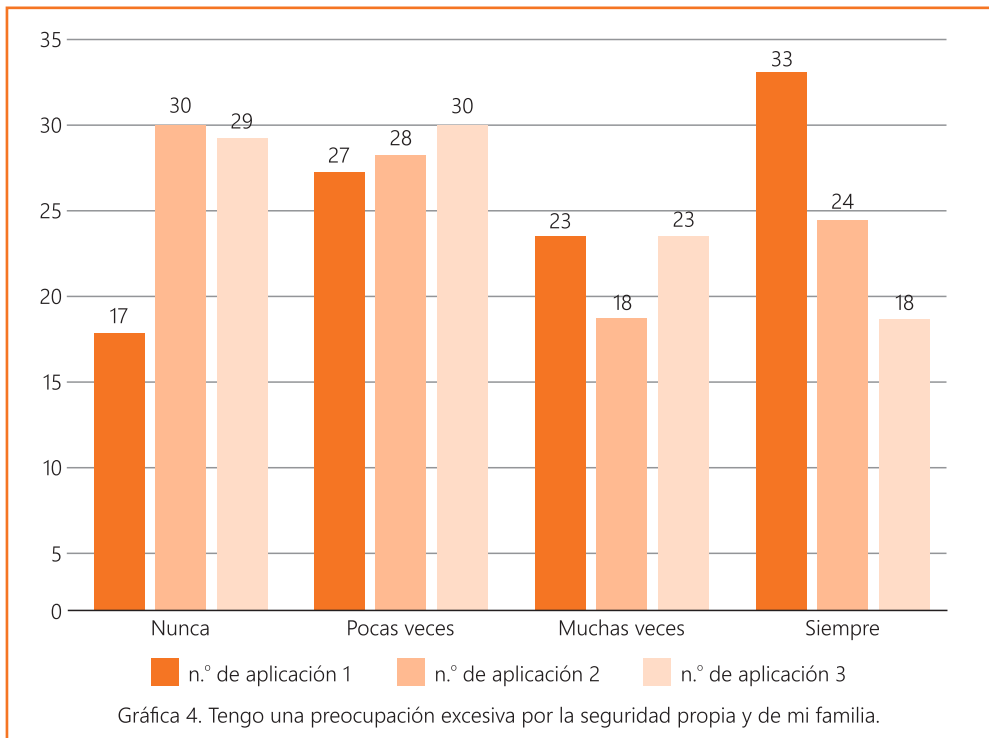
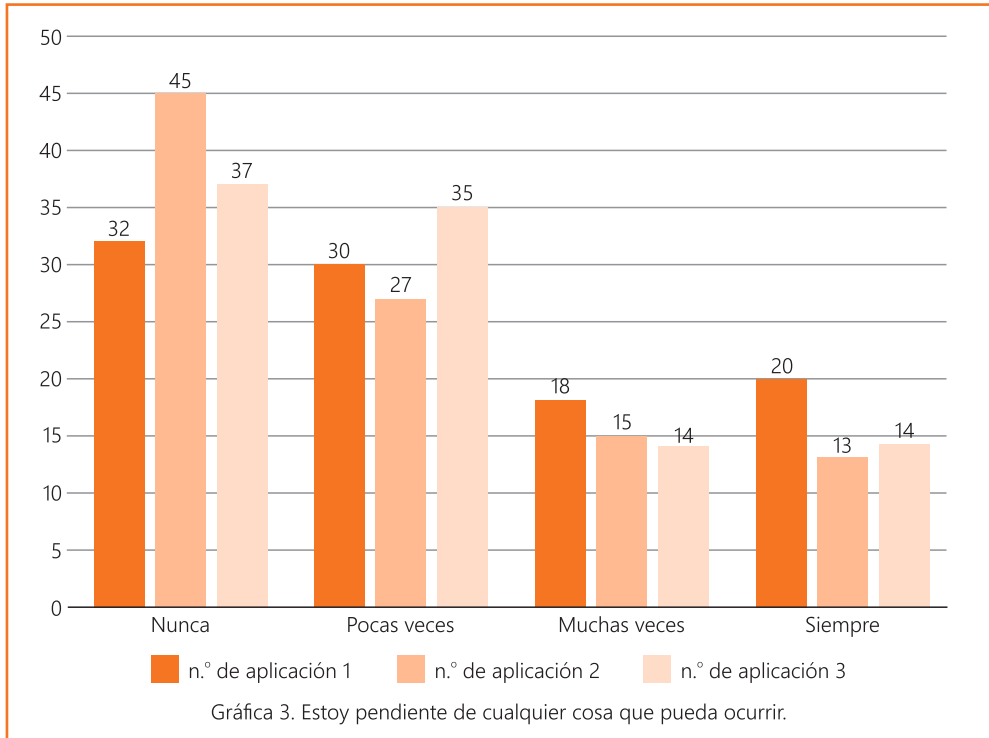
Por otro lado, se registraron también testimonios que refieren a modificaciones del sistema de creencias como: «Si llueve demasiado o hay tormenta todos nos asustamos muchísimo, nuestros padres nos vienen a buscar al liceo o faltamos»; «Si se nos cayó el liceo que tenía una estructura fuerte, con estos contenedores puede pasar lo mismo». Con estas frases se puede percibir una modificación en la creencia de seguridad, ya que le asignan una valoración negativa y de escasa seguridad a un día de tormenta o de lluvia, lo que se suma también a la escasa seguridad que perciben sobre los contenedores aula. Se organizó una visita de los bomberos, en donde explicaron la seguridad de los contenedores ante otro eventual tornado y desestimularon otras ideas de resguardo que circulaban y que eran potencialmente menos seguras e incluso peligrosas.

En especial los viernes a la tarde, momento en que ocurrió el tornado, aun sin anuncio de lluvias o tormentas, generaron mucha inquietud por varias semanas. Había un estado de hiperalerta colectivo y enunciaban frases que hacían referencia a la temperatura y vientos, ya que parecían «entrenarse» en percibir el «olor a tornado».

Otros testimonios describen una situación que corresponde a una modificación en la creencia sobre el azar, considerando que en la destrucción causada por el tornado en el edificio del liceo el azar influyera para que todos se encontraran con vida y que no hubiera heridos de gravedad: «Cuando terminó de bajar el último de nosotros de la escalera, el techo del salón se derrumbó», «es increíble que estemos todos vivos».

La modificación de estas creencias sobre la seguridad y el azar, como ya se indicó, implica pasar de considerar que nada catastrófico va a ocurrir, que el mundo es predecible y que tiene un orden lógico y coherente, a creer que el mundo es un lugar inseguro y hostil en el que repentinamente puede suceder un desastre.





De los datos obtenidos mediante la aplicación del cuestionario RCASA, se pudo constatar que los adolescentes presentaban una alta afectación luego del tornado, especialmente en las reacciones del plano emocional y del cognitivo. Estas respuestas que mostraban alta afectación fueron mitigadas con el tiempo.

Entre los ítems del RCASA más seleccionadas por los estudiantes se encuentran: «Me esfuerzo por ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al tornado» (gráfica 1), «Me sobresalto y me pongo muy mal cuando algo sucede sin previo aviso» (gráfica 2), «Estoy pendiente de cualquier cosa que pueda ocurrir» (gráfica 3) y «Tengo una preocupación excesiva por la seguridad propia y la de mi familia» (gráfica 4).

La gráfica 1 visualiza el retraimiento social, el distanciamiento y la incomunicación. Se relacionan al shock emocional y a las imágenes y pensamientos intrusivos y la sensación de que lo sucedido es irreal. Se sugiere que para mitigar los efectos emocionales generados por el desastre se busque brindar apoyo, escucha y contención a los adolescentes. Los grupos de pares, quienes ocupan un rol protagónico en la etapa adolescente, colaboran en el proceso de recuperación, y por ello se recomiendan los abordajes grupales.

Las gráficas 2 y 3 refieren a reacciones de tipo cognitivo y emocional en las cuales se revela la angustia que se genera al percibir que el mundo es un lugar impredecible, y se rompe la sensación de seguridad con la que se vive. El sobresalto ante situaciones imprevistas y el encontrarse pendiente ante cualquier estímulo evoca el recuerdo de la experiencia negativa y la necesidad de recuperar el control de la propia vida, y de recuperar la predictibilidad y la confianza en el mundo.

La gráfica 4 resalta la preocupación que los adolescentes tienen por la seguridad de sus seres queridos. Existe un fuerte cuestionamiento sobre el propósito y sentido de la vida. Muchos adolescentes sufrieron la pérdida de sus viviendas mientras sus familiares se encontraban en ellas, por lo tanto puede estimarse que el hecho de no encontrarse junto a sus seres queridos en el momento que ocurrió el tornado genere sentimientos de culpa.

Se encuentra coherencia entre los relatos y los cuestionarios en relación con las creencias de seguridad y de azar. El tornado evidencia que en pocos minutos y de una forma imprevisible se pueden generar pérdidas importantes en la vida de las personas. El sobresalto ante situaciones imprevistas y el encontrarse pendiente ante cualquier estímulo evoca el recuerdo de la experiencia negativa y la necesidad de recuperar el control de la propia vida, la predictibilidad y la confianza en el mundo, aspectos que se consideran centrales en los procesos de percepción social de riesgo.

Conclusiones

El tornado de abril de 2016 representa un antes y un después en la comunidad dolorense, ya que vivir una experiencia extrema modifica profundamente la vida de las personas. Estas experiencias permiten que se produzcan modificaciones en el sistema de creencias y la percepción del riesgo ante este tipo de eventos.

Los adolescentes se mostraron afectados en su sistema de creencias, modificaron su visión del mundo, la predictibilidad de la vida y la creencia de que el mundo es un lugar seguro, rompiendo con la ilusión de invulnerabilidad.

Consideramos relevante destacar que durante aproximadamente cuatro años los estudiantes de educación media de Dolores transitaron su formación en un edificio provisorio. En el año 2019, los estudiantes de uno de los centros educativos pudieron retornar a su antiguo edificio, luego de su reparación. En el año 2020 se inauguró el nuevo edificio del otro centro, pero debido a la pandemia por covid-19 las clases presenciales fueron suspendidas.

Se considera que habitar y apropiarse de las nuevas instalaciones contribuye a la construcción de nuevas identidades ambientales y de apego saludable, que fortalece la sensación de protección y seguridad.

La identidad como visión que uno tiene de sí mismo y la forma que uno tiene de entender el mundo y lo que nos rodea, para todo lo que tiene que ver con experiencias traumáticas, es clave. En qué lugar nos ponemos y nos ponen otros. Considerarse en el lugar de sobreviviente o de víctima de un evento habla de las estrategias para salir adelante y en qué lugar se colocan en el proceso de reconstrucción. Cuando sucede un acontecimiento como el tornado de Dolores en 2016 hay inexorablemente un cambio en la identidad. Uno es en función de lo que lo rodea. Uno es de un barrio que tiene historia, es el que vive enfrente de tal edificio, es estudiante de tal institución. Un evento de esa naturaleza hace que uno pierda identidad. Lo que era deja de ser, y tiene que volver a reconstruirse en otro. La apropiación del espacio podemos considerarla como una extensión de la identidad, como todo lo que hace a los hábitos, a la identidad personal y grupal, que de alguna manera son expresiones de poder frente a otros grupos, el «yo soy de» (Loarche, 2018; Wiesenfeld, 2001).

Las modificaciones en la PSR mostrada en los adolescentes doloreños están basadas en creencias irracionales sobre la seguridad y el azar, aun tiempo después de ocurrido el tornado. Si bien los síntomas de constante alerta y de preocupación por los seres queridos fueron mitigando, aún hoy los días de tormenta generan malestar en los habitantes, así como el pasaje por algunos tramos de la ciudad. Por ello, se considera necesario el trabajo sobre estas creencias que afectan directamente la PSR sobre eventos de este tipo y fortalecer las políticas de gestión del riesgo que incluyan los aportes de diferentes disciplinas, como ser sociología, psicología, antropología, ciencias políticas, entre otras. Esta colaboración entre disciplinas podría sortear ciertas dificultades de posturas unidimensionales, ya que la complejidad de

abordar la PSR requiere múltiples enfoques. La inclusión de la comunidad y la participación de los adolescentes en particular, en la construcción de mapas de riesgo, planificación estratégica, educación preventiva y otras acciones en los momentos anteriores a un evento, contribuyen a la reducción de los factores que producen y sostienen vulnerabilidades y la mitigación de las reacciones frente a un incidente con gran impacto emocional. En definitiva, un país con cultura preventiva es aquel que transita desde territorios en riesgo a la construcción de territorios resilientes.

Referencias bibliográficas

- Aragónés, J. I. (2020). Introducción. La perspectiva psicosocial del riesgo y las catástrofes. En P. Olivos Jara, Ó. Navarro Carrascal y A. Loureiro (eds.). *Cómo afrontar una catástrofe. Percepción de riesgo y factores psicosociales de la adaptación*. Ediciones de la Universidad de Castilla, La Mancha.
- Beristain, M. (1999). *Reconstruir el tejido social: un enfoque crítico de la ayuda humanitaria*. Icaria.
- Campos, M. (2017). *Percepción social del riesgo sísmico en escuelas de los barrios patrimoniales Yungay - Matta*. [Tesis de maestría]. Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Universidad de Chile, Chile.
- Chardon, A. (2008). Amenaza, vulnerabilidad y sociedades urbanas una visión desde la dimensión institucional. *Gestión y Ambiente*, 11(2).
- Cuadrado, A. (2018) *Percepción de riesgo de inundación y movilidad residencial: el caso de Ciudad del Plata*. [Tesis de maestría]. Facultad de Ciencias Sociales, Udelar, Uruguay.
- Ferrari, M. P. (2010). Percepción social del riesgo: problemáticas costeras y vulnerabilidades en Playa Magagna (Chubut). *Huellas*, 15, 13-33.
- Eiroá, F. (2009). *Creación de un perfil de creencias básicas en afectados por accidentes de tráfico*. [Tesis de doctorado]. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. Free Press.
- Lavell, A. (2002). Sobre la gestión del riesgo. Apuntes hacia una definición. *Scripta Nova-Revista*.
- Loarche, G., Piperno, A. y Sierra, P. (2011). Vulnerabilidad en las áreas inundables de la ciudad de Artigas. Impacto del evento del 2009. *Psicología, Conocimiento y Sociedad Uruguay. Facultad de Psicología*, 1(3), 71-94.
- Loarche, G. (2018). Aportes de la psicología para pensar la identidad y arraigo ambiental. *Derechos humanos y ambiente* (pp. 59-60). *XV Jornadas Ambientales de la Red Temática de Medioambiente de la Universidad de la República*. Red Temática de Medioambiente - Institución de Derechos Humanos - Universidad de la República, Uruguay.
- Loarche, G., Dutra, V. y Pereira, M. (2018a). La incidencia de los desastres sicionaturales en la resiliencia ante el suicidio de adolescentes. Estudio sobre el impacto del tornado del 15A en la ciudad de Dolores en estudiantes de Ciclo Básico del Liceo n.º 2 [inédito]. *Congreso Internacional de Psicología 2018*. Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay.
- Loarche, G., Dutra, V. y Pereira, M. (2018b). Afectación emocional de adolescentes de la ciudad de Dolores luego del tornado de abril de 2016 [inédito]. *Congreso Internacional de Psicología 2018*. Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay.
- Ojeda, D. y López, E. (2017). Relaciones intergeneracionales en la construcción social de la percepción del riesgo. *Desacatos* (54), 106-121.

- Parada, E. (2008). *Psicología y Emergencias. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*. Desclée de Brouwer.
- Pérez Sales, P. (2004). Intervención en catástrofes desde un enfoque psicosocial y comunitario. *Átopos* (1), 5-16.
- Pérez Sales, P. (2006). *Trauma, culpa, duelo. Hacia una psicoterapia integradora*. Desclée de Brouwer.
- Puy, A. y Cortés, B. (2010) Percepción social de los riesgos y comportamiento en los desastres. En J. Aragonés y M. Amérigo (coords). *Psicología Ambiental* (pp. 355-377). Pirámide.
- Reconstruyamos Dolores. Asociación Civil sin fines de lucro. (s.f). Inicio. <https://www.facebook.com/reconstruyamosdolores/>
- Romeo, G. (2015). Teoría y métodos para estudios comparativos de la peligrosidad ambiental técnicamente evaluada y socialmente percibida. *Párrafos Geográficos*, 14(2), 126-150.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [Unesco]. (2012). *Análisis de riesgos de desastres en Chile. VII plan de acción Dipecho en Sudamérica 2011-2012*. <http://www.observatorioubogrd.cl/descargas/ANALISIS%20DE%20RIESGO%20EN%20CHILE%20-%20DIPECHO.pdf>
- Wiesenfeld, E. (2001). La problemática ambiental desde la perspectiva psicosocial comunitaria: hacia una Psicología Ambiental del cambio. *Medio Ambiente y Comportamiento Humano* (1), 1-19.

El Centro de Integración Comunitaria como actor local relevante en la atención de la salud en pandemia: el caso de La Matera (San Francisco Solano, Quilmes)

The Community Integration Centre as a relevant local actor in pandemic health care: the case of La Matera (San Francisco Solano, Quilmes)

María MANEIRO

Palabras clave: atención primaria de la salud, pandemia covid-19, áreas de pobreza, región metropolitana de Buenos Aires

Keywords: Primary healthcare, Covid-19 pandemic, Poverty areas, Metropolitan Region of Buenos Aires

Resumen

Este artículo aborda el rol del efector de salud de primer nivel de atención de en un barrio popular (Renabap, 2018) de la localidad de San Francisco Solano, Quilmes (región metropolitana de Buenos Aires). El prisma elegido para esta indagación fue entrevistar a tres trabajadores no profesionales del Centro de Integración Comunitaria (CIC), dos de ellos vecinos del propio barrio. Las dimensiones de indagación fueron: 1) La organización de la atención en el CIC y el cuidado de los trabajadores de la salud. 2) El covid-19 en La Matera: el primer contagio en el barrio; los operativos de detección temprana; el testeo y el seguimiento de los casos. 3) El aislamiento, la asistencia comunitaria y la provisión de alimentos para los casos confirmados. El objetivo del artículo fue mostrar la dinámica de trabajo del primer nivel de atención, labor que fue menos revisitada que aquella realizada por los niveles de mayor complejidad.

Abstract

This article addresses the role of the first-level healthcare provider in a poor neighbourhood in San Francisco Solano, Quilmes (metropolitan region of Buenos Aires). The approach chosen for this research was to interview three non-professional workers from the Community Integration Centre (CIC), two of them residents of the neighbourhood in question. The aspects of enquiry

were: 1) The organisation of care at the CIC and the care of health workers. 2) The covid-19 in La Madera: the first case in the neighbourhood; early detection operations; testing and follow-up of cases. 3) Isolation, community care and food provision. The aim of the article was to show the work dynamics at the first level of healthcare, which was less revisited than that carried out by the more complex levels.

Datos de la autora:

María MANEIRO

Licenciada en Ciencias Humanas con Mención en Sociología

Profesora adjunta de la carrera de sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA- Investigadora adjunta del Conicet

Buenos Aires- Argentina

Correo electrónico: mariamaneiropinhero@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-0945-6130>

Proyectos: PICT-2017-4192 / PISAC-covid- 19- 00021

Introducción

El advenimiento de la pandemia trajo consigo el temor —adecuado— de las autoridades gubernamentales por la tensión en el sistema de salud. El Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) posibilitó que se ganara tiempo para avanzar en la puesta a punto de las Unidades de Terapia Intensiva (UTI) y en otras instancias de equipamiento de gran complejidad. Sin embargo, en los barrios populares, el ASPO supuso otros elementos. Entre ellos, la exacerbación de los déficits dinerarios, la expresión de las carencias habitacionales e infraestructurales y una forma diferente de reclusión como lo han desarrollado, entre otros, Maceira et al. (2021); y también implicó una modificación y una readecuación de las acciones de los efectores del primer nivel que —junto con las organizaciones sociales— garantizaron el cuidado pandémico de los vecinos de su territorio de referencia.

La bibliografía sobre el tema ha discutido cierto menosprecio del primer nivel de atención, al menos en los primeros momentos de la pandemia (Ariovich et al., 2021; Bilavcik et al., 2021). No obstante, no son muchos los trabajos que han abordado qué ha sucedido específicamente en las prácticas de este nivel de atención. Acá vamos a analizar qué es lo que se realizó desde este nivel y lo abordaremos desde los trabajadores más expuestos a la mirada barrial: empleados administrativos y enfermeros. Lo queremos describir desde este zócalo para mostrarlo desde el pliegue comunitario y barrial más expresivo. Los interrogantes que guían el trabajo se pueden condensar de la siguiente forma: ¿Cómo es narrado este proceso por los trabajadores de un centro del primer nivel de atención? ¿Cómo funcionó el CIC durante ese proceso? ¿Qué dimensiones supone ‘el cuidado’ de la salud en pandemia desde aquí? ¿Qué anclajes espaciales se evidencian en sus relatos? ¿Qué cortes temporales se pueden encontrar?

Con todo ello, y en un segundo nivel reflexivo aunque transversal, proponemos comprender cómo se enlazan los datos sobre contagios, las noticias sobre el devenir de la pandemia, las normativas y las iniciativas de políticas públicas con las acciones efectivamente implementadas en el territorio.

Este trabajo se sustenta en una serie de intervenciones etnográficas que nuestro equipo viene realizando desde el año 2017 en La Madera y, más específicamente, en un trabajo de campo original realizado a fines de noviembre del año 2020 con trabajadores no profesionales del CIC de La Madera. Asimismo, hemos desarrollado un seguimiento de los datos de contagios, muertes, gravedad, etcétera, en la Región Sanitaria VI, desde una mirada espacializada y periodizada de los datos provistos por el Ministerio de Salud de la Nación «Base Covid-19». Este artículo se basa, también, en el análisis documental de los datos sociodemográficos del emplazado barrial, los documentos que guían la creación y gestión de los CIC y, específicamente, los efectores de nivel primario durante la pandemia. Por último, esta publicación se basa en una exploración de hemeroteca que tomó en consideración todas las noticias de los medios locales sobre el devenir de los contagios por covid-19 en el

barrio La Matera. El recorte espacial del anclaje de este artículo está dado por el barrio La Matera y su CIC y el recorte temporal comprende todo el período de ASPO.

El caso: el barrio y el efector de salud

El barrio La Matera es un emplazamiento habitacional situado entre dos arroyos en la localidad de San Francisco Solano, en la zona oeste del municipio de Quilmes. El Registro Nacional de Barrios Populares (Renabap) en 2018 identifica la existencia de 68 «barrios populares» dentro del municipio de Quilmes.⁷ De todos ellos, 25 se ubican en las localidades de San Francisco Solano y Quilmes Oeste y, a su vez, evidenciando la enorme dinámica poblacional del territorio de referencia, 8 de estos 25 surgieron durante la primera década de este siglo (San Cayetano, Papa Francisco, La Cañada, Garay, Penta, Emporio del Tanque, Sayonara II, La Matera).

No obstante, el origen de La Matera es muy particular, a fines de la década de los noventa, luego del memorable suceso de La Sarita, en el cual se produjo una fuerte represión a los ocupantes de las tierras, y luego se los relocó en otro predio (Cravino y Vommaro, 2018, pp. 19-20). La provincia de Buenos Aires compró terrenos con el objeto de llevar adelante asentamientos planificados; entre estos espacios adquiridos —y a pesar de los peligros que esos terrenos contenían para el establecimiento humano por ser zona de inundación— se compra este territorio ubicado entre los arroyos San Francisco y Las Piedras. Las obras comienzan, aunque, en medio de una crisis societal profunda, pronto quedan suspendidas. A fines de marzo del año 2000, en el contexto de una ola movilizatoria amplia y heterogénea, miles de familias —algunas de ellas «beneficiarias» del plan de viviendas y muchas provenientes de familias que habían participado de ocupaciones de barrios colindantes— ocupan el predio de la mano de ciertos referentes territoriales del Partido Justicialista local (Nardin, 2019, 2020; Núñez, 2020; Maneiro, 2020, 2022).

La Secretaría de Desarrollo Social del Municipio de Quilmes junto con el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y el Consejo Nacional de Políticas Sociales realizó un Censo entre los años 2009 y 2010. Este registro se llevó adelante en 32 «barrios vulnerables» (Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales [Siempre]-Sistema de Identificación de Familias Beneficiarias de Programas y Servicios Sociales [Sisfam]) del municipio (Secretaría de Desarrollo Social de Quilmes, 2010). Los resultados fueron alarmantes para el conjunto de los barrios, pero en La Matera adquieren un matiz especial; detengámonos en ellos. El

7 La secretaria de Integración sociourbana del Ministerio de Hábitat de la Nación retoma la definición del Renabap y afirma que «se considera Barrio Popular a los barrios vulnerables en los que viven al menos 8 familias agrupadas o contiguas, donde más de la mitad de la población no cuenta con título de propiedad del suelo ni acceso regular a dos, o más, de los servicios básicos (red de agua corriente, red de energía eléctrica con medidor domiciliario y/o red cloacal)» (Renabap, 2018, p. 2).

total de la población registrada fue de 5160 personas, con un índice de dependencia potencial del 98,4 %. Este altísimo índice se vincula con la enorme proporción de niños sobre el total de la población (el 48 % de la población era menor a 15 años en 2010). La cantidad media de habitantes por hogar también era muy elevada, pues ascendía a 4,7 personas por núcleo familiar. El 96,8 % de las viviendas eran deficitarias, el 74,4 % no tenía inodoro con descarga de agua y el 34,6 % vivía en condiciones de hacinamiento (más de tres personas por ambiente). Finalmente, el barrio no tenía ni cloacas ni acceso a gas de red. Solo el 32,6 % de la población se encontraba en condición activa laboral y el 15,6 % estaba en situación de desempleo, en 2010. En relación con la medición de la pobreza, para 2010 el 55,2 % de los hogares era pobre por ingresos y el 97,7 % tenía necesidades básicas insatisfechas. El 78,1 % de la población accedía solo a servicios públicos de atención de la salud.

Este barrio aparecía en forma frecuente en los medios de comunicación local y en las circulaciones de sentido común, como un barrio habitado por la 'violencia' y los 'delincuentes'. La espectacular detención del principal referente político barrial y un grupo de allegados en marzo de 2018 por presunta participación en una red del narcotráfico exacerbó este estigma (Nardin, 2019, 2020; Núñez, 2020; Maneiro, 2022). Más allá del estigma, el uso abusivo de drogas, las violencias cotidianas y los robos horizontales son preocupaciones sistemáticas de los habitantes.

La Matera posee dos instituciones estatales de gran porte. En el centro del barrio hay una plaza y enfrentada a ella un Centro Integrador Comunitario (CIC) y una escuela que contiene los tres niveles de estudio y constituye el edificio barrial más importante. En lo que hace a la intervención estatal, en el barrio se conjuga una contradictoria lógica con un Estado ausente en torno a la garantía de una serie de derechos básicos, pero una presencia omnipresente aunque fragmentada en diversos programas y planes de atención focalizados en torno a políticas sociales específicas. Muchos de estos planes y programas se gestionan bajo la modalidad de 'operativos' o mediante la gestión y distribución de recursos mediados por referentes u organizaciones sociales (Núñez, 2020). La imbricación sociedad civil-Estado y la zona gris entre las políticas sociales, la acción de las organizaciones sociales y la actividad comunitaria tiene acá diversas aristas (Maneiro y Bautès, 2017).

La pandemia y la promulgación del ASPO profundizaron las carencias y las dificultades mencionadas. La limitación en la movilidad disminuyó los ingresos de las familias, el «quedate en casa» exacerbó los problemas por hacinamiento y el déficit estructural y potenció las violencias domésticas. Es menester señalar que las políticas sociales de asistencia fueron centrales para la supervivencia, pero resultaron insuficientes para el bienestar de la población. Las acciones implementadas desde el CIC durante el proceso pandémico en el barrio constituyeron un aspecto sustantivo para mitigar los efectos acerca de lo mencionado; estas serán abordadas aquí, desde las representaciones de sus trabajadores no profesionales, más anclados en la dinámica territorial del barrio.

El Centro Integrador Comunitario

El CIC del barrio La Matera data de fines del año 2011, a partir de una adaptación, ampliación y puesta a punto de la anterior Unidad Sanitaria (ver foto 1); posteriormente, el lugar tuvo nuevas refacciones, ampliaciones y modificaciones edilicias.



Foto 1. Inauguración del CIC. Fuente: Gentileza de Wendy Andrade

Los CIC fueron creados por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (MDSN). Según el documento sobre la estrategia de gestión, la creación de los centros forma parte de una iniciativa política de transformación de la gestión pública hacia una forma integral que «atienda al mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades y al desarrollo local» con el objetivo de

profundizar las acciones de promoción y prevención sociosanitarias y lograr una mayor participación e integración de las instituciones involucradas para responder de manera integral a la demandas y necesidades planteadas desde el territorio.

Los Centros Integradores Comunitarios constituyen un modelo de gestión pública que implica la integración y coordinación de políticas de Atención Primaria de Salud y Desarrollo Social en un ámbito físico común de escala municipal. (...) Desde una perspectiva territorial, los Centros Integradores Comunitarios se

proponen profundizar y desarrollar las formas democráticas inscriptas en los espacios públicos de las diferentes comunidades, teniendo como eje el desarrollo local en la activación de los recursos en poder de las comunidades. (MDSN, 2010)

La tentativa de vincular de una forma más orgánica y participativa a diversos actores de la comunidad tuvo otros antecedentes, entre ellos, es importante recordar programas de desarrollo infantil como el Programa Materno Infantil y Nutrición [Promin] (Chiara y Di Virgilio, 2005). En todos ellos se conjugaron iniciativas comunitarias y democratizadoras con lineamientos en pos de la transformación del papel del Estado, teñida de lo que Svampa (2005) llamó modelo asistencial-participativo; este, recentrando las iniciativas comunitarias de los barrios, encauzaba las formas de estatalidad local.

La política que sobreviene en los primeros años de este siglo intenta retomar la matriz de política de proximidad y participación, pero dotándola de una impronta estatista y promotora de derechos. De Piero (2015) ha abordado en profundidad a los CIC como forma de territorialización de la estatalidad. En su abordaje retoma la consideración de estos como dispositivos centrales de una política social participativa y con anclaje territorial, como así también las dificultades y obstáculos con los que se enfrentan.

En el barrio que trabajamos, tal como emerge en la bibliografía, observamos que articulación entre participación social, territorialidad y prevención y cuidado de la salud se entiende como una dirección adecuada, pero su puesta en acción no es automática. En el devenir del CIC de La Matera se evidencian dos lógicas de trabajo disímiles. Una de ellas retoma los lineamientos de su creación y se manifiesta en la participación comunitaria que engloba la mesa de gestión y participación y los diversos programas que se desarrollan en el seno de su espacio físico. Otra se enlaza en la modalidad de funcionamiento de los efectores de primer nivel de atención, que circunscribe su acción a aspectos referentes a la salud en un sentido más estrecho. En lo relativo a este aspecto, el CIC cuenta con las siguientes especialidades: pediatría, clínica médica, ginecología, obstetricia, odontología, psicología, nutrición y enfermería; a su vez contiene una secretaría compuesta por tres trabajadoras que organizan la atención, una farmacia, una trabajadora social y un conjunto de promotores de salud. Sería imposible realizar aquí un rastreo sobre lo acontecido en la institución durante todo su itinerario, pero dar un mínimo espacio a las formas en que se planificaba el trabajo para el período justo anterior a la pandemia podría servir para dotar de significación a lo acaecido luego.

A fines del año 2019, el CIC, ante un nuevo cambio de signo político de las autoridades nacionales, provinciales y municipales, planificaba el año venidero de trabajo con una alta participación de funcionarios, organizaciones sociales y vecinos (ver foto 2).



Foto 2. Mesa de gestión y participación. Fuente: Gentileza de Wendy Andrade

Los carriles de la vida cotidiana del centro parecían estar algo bifurcados. A pesar de los esfuerzos de algunos de los partícipes de la institución, la acción territorial, comunitaria y social y el devenir cotidiano del efector no era tan cercanos como se desearía. Algunos de los trabajadores del centro asumían un papel protagónico en la tentativa de articulación, sin embargo, la mayoría de los trabajadores de la entidad realizaban tareas algo parcializadas. La demanda siempre es mucha y las responsabilidades, incluso desde el plano limitado de la salud, son excesivas.

El Centro Integrador Comunitario ante la pandemia

Con la crisis sanitaria que se produce por la llegada del covid-19, se volvió a poner en evidencia la centralidad de las políticas públicas integrales con anclaje territorial. Atentos a esto, nos interrogamos acerca de cuáles fueron las formas en que el CIC fue interpelado por las autoridades y el barrio en el marco de la pandemia, cómo se transitó la crisis y la tensión del sistema, y cuáles fueron las transformaciones que la institución debió atravesar.

En el documento del Ministerio de Salud de la Provincia que contiene los lineamientos para organizar el primer nivel de atención ante la contingencia de fines de abril del año 2020, se presentan los elementos centrales para el funcionamiento de los efectores. Muchos de estos aspectos serán señalados por los entrevistados, a saber: las dificultades para el mantenimiento de la atención esencial, la tensión en el testeo, la valoración del triage y las formas de seguimiento de los casos sospechosos, confirmados y estrechos (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2020a). A su vez, y a tono con el entramado comunitario, aparecen otros varios elementos de envergadura, entre ellos, la preocupación ante la respuesta vecinal cuando emerge el primer caso del barrio, el rastreo temprano de casos

sospechosos, la 'cuarentena comunitaria' y el acompañamiento alimentario de los hogares en reclusión.

Modo de abordaje

El artículo que se presenta constituye un análisis de múltiples fuentes y trabajos de campo originales. El más relevante lo compone una serie de entrevistas semiestructuradas, realizadas por medios electrónicos (a distancia) con trabajadores no profesionales del CIC de La Madera. La elección de entrevistar a personas del área administrativa y de enfermería se sustenta en la relación que ellos presentan con el barrio. Las trabajadoras de la secretaría son, además, vecinas del barrio, lo que potencia la relación entre el entramado territorial y el CIC. El enfermero vive en un barrio cercano y tiene una presencia constante en el efector. Específicamente contamos con ocho horas de entrevistas a tres trabajadores de la institución que son analizadas de manera profunda en el apartado que sigue. Los ejes que guiaron la planificación del instrumento fueron: 1) La organización de la atención en el CIC y el cuidado de los trabajadores de la salud. 2) Covid-19 en La Madera: El primer caso en el barrio; los operativos de detección temprana; el testeo y el seguimiento de los casos. 3) El aislamiento, la asistencia comunitaria y la provisión de alimentos.

A su vez, como material complementario, se revisaron dos series de trabajos etnográficos efectuados en el barrio La Madera, en los que se llevaron adelante dos conjuntos de entrevistas. El primero de ellos comprende doce entrevistas y fue realizado en noviembre de 2018 y el segundo comprende trece entrevistas y fue realizado en noviembre de 2019.

Finalmente, se trabajó con tres tipos de fuentes secundarias que promovieron el diálogo entre los dichos de los entrevistados, las circulaciones de sentidos insertas en la prensa local, el papel formal del CIC y el desarrollo de la pandemia a escala regional, municipal y barrial. Estos son los lineamientos acerca del primer nivel de atención de la salud, los datos sobre los contagios, los fallecimientos, etcétera, resultantes de la pandemia en el barrio, el municipio y la Región Sanitaria VI, las noticias sobre el devenir de la pandemia y las iniciativas gubernamentales llevadas a cabo en el barrio. Este registro de fuentes y de seguimiento de los datos corresponde al desenvolvimiento de un proyecto sobre el devenir de la pandemia en la Región Sanitaria VI, del que resultaron nueve reportes que se pueden encontrar en el sitio web Covid-19 en la Región Sanitaria VI 2020-2021 (<https://medium.com/@Covid19RegionSanitariaVI>).

Resultados

1. La atención, los insumos y el cuidado de los trabajadores del cic

Durante las primeras semanas luego de conocerse el primer caso de covid-19 en el país, los vecinos del barrio continuaron concurriendo al centro y se superpusieron las demandas de atención de la salud corrientes en la prepandemia con las que proveían de las personas que se acercaban por sospecha de covid-19. Ante esta situación y, acorde a los protocolos para la atención primaria elaborados desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, se efectuaron transformaciones tendientes a la reorganización del efector. Estas implicaron, entre otros aspectos, la instauración de la atención remota, a través de WhatsApp, de las empleadas administrativas y el triage, como mecanismo de detección de casos sospechosos.

La secretaría es el ámbito de admisión y el vínculo principal con los vecinos que se acercan al centro de salud. La forma en que se produce dicho encuentro afecta la recepción y el sostén de la población atendida. Las empleadas administrativas de este cic son vecinas del entramado barrial de referencia; la doble pertenencia a la comunidad como vecinas y trabajadoras tiene implicancias para la inserción del efector en el barrio. Entre estas implicancias, cabe destacar la cercanía que ellas poseen con las tramas barriales de sociabilidad y el compromiso con el bienestar de la población. Sin embargo, desde otro ángulo, esta cercanía, bajo la transformación de las formas de comunicación y el uso de sus propios dispositivos telefónicos para la llevar a cabo la atención telefónica, generó consecuencias complejas respecto de la forma de resolución de las demandas, entre ellas, las comunicaciones fuera del horario laboral fueron las más resaltadas por el personal. El compromiso con la atención de las necesidades de salud de la población, pero también la ampliación de la jornada laboral y el estrés fueron aspectos destacados por los trabajadores.

Nos llamaban mayormente cuando tenían algún problema, así que... fue una ardua tarea porque nos llamaban a la noche diciéndonos que tenían fiebre, que ¿qué hacían? (Wendy)

Las llamadas a las empleadas tuvieron como eje transversal la sospecha de covid-19 positivo. Con esta comunicación, durante los primeros meses las trabajadoras comenzaban a tramitar una modalidad de testeado y seguimiento de los casos sospechosos. En ese período, los diagnósticos se efectuaban mediante una ambulancia que llevaba a los pacientes a hisoparse al centro de pruebas o, según los casos, se tramitaba un hisopado domiciliario. Este mecanismo tenía sus instancias burocráticas pues debía ser requerido por el director del efector. A su vez, y de forma articulada, desde el cic se comenzaba el acompañamiento tanto para conocer la situación de todos los miembros del hogar como para colaborar con la provisión

alimentaria y los insumos de higiene para los vecinos (este aspecto será abordado en apartados posteriores).

Volviendo al mecanismo de organización de la atención, cabe decir que la forma telefónica de provisión de turnos se comenzó a utilizar también para la atención en los consultorios. Dotar de un horario específico de consulta colaboró en un ordenamiento de la atención, en la disminución de los tiempos de espera y en una menor circulación de personas en el CIC. Este aspecto, tan buscado desde intervenciones de políticas de salud previas, supuso una mejora de envergadura de la atención en el primer nivel.

En el documento antes mencionado datado a fines de abril del año 2020, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires protocolizaba el funcionamiento de los efectores del primer nivel de atención de la salud. En él se promovía el triage como forma de detección de casos sospechosos de covid-19. En el relato de los trabajadores se evalúa como altamente positivo este mecanismo y se manifiesta que fue a partir de la puesta en práctica de esta segmentación de los asistentes al centro que se logró la detección de los casos de covid-19 de manera temprana. En los dichos de una de las trabajadoras,

Todos los casos que detectamos con fiebre u otro síntoma, después, fueron positivos, es claro que el diagnóstico por síntomas clínicos, funciona. (Wendy)

Desde comienzos de junio de 2020, específicamente a partir del 2 de junio, se comenzaron a realizar testeos en este centro de salud como parte de la intensa política de descentralización de los centros de diagnóstico. La inclusión del testeo en el centro no supuso solo el ejercicio de una práctica más, sino que generó implicancias en torno a la centralidad que tienen las diversas actividades cotidianas del centro. Los protocolos vigentes sugerían que la tasa de positividad deseable se debía encontrar hasta la cifra del 10 % (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2020b). Sin embargo, según nuestros estudios previos, las tasas de positividad se mantuvieron altísimas en los momentos más complejos del alza de casos confirmados de covid-19.⁸ Este derrotero intentó zanjarse con una serie de medidas de fortalecimiento de la capacidad diagnóstica y las ya mencionadas medidas de descentralización del testeo.⁹ Estas últimas se basaban en tratar de zanjarse las barreras socioespaciales que suscitan las centralidades para los habitantes de los barrios periféricos, mucho más en contexto de ASPO. No obstante, y reconociendo la adecuación de la medida, la conversión del CIC en un centro de testeos trajo nuevas transformaciones al efector. De la mano del alza en la cantidad de

8 La positividad en la Región Sanitaria VI ascendió al 20 % a fines de mayo y se mantuvo en cifras cercanas al 50 % entre el 20 de junio y el 10 de agosto, sobre este tema ver el quinto reporte (Covid-19 en la Región Sanitaria VI, 2020-2021).

9 Sobre los dispositivos para la prevención de los contagios masivos ver Ariovich et al. (2022).

casos y la tensión en el sistema de salud de mayor complejidad, la inclusión de los hisopados en los centros de atención primaria posibilitó un acceso más apropiado para el diagnóstico de los vecinos, pero también un nuevo cuello de botella. Las demoras en la recepción de los resultados, según los dichos de los trabajadores del CIC, entre fines de junio y fines de julio, llegaron a casi 15 días.

En lo que hubo un poco más de problema fue con el tema del laboratorio dado la demanda, y el laboratorio solamente tenía como para funcionar 200 muestras por día, y la verdad que abrir más centros eso también hizo por un momento que colapsara todo lo que es el sistema y los resultados tardaban mucho, más de una semana o quince días, ya el paciente en ese momento tenía el alta y recién se le estaba notificando de que era positivo. (José)

El atraso en la constatación de los casos positivos dificultó las políticas de reclusión hogareña y de seguimiento de los contactos estrechos. Sin embargo, como contrapunto, otros aspectos además de la cercanía se evaluaron como positivos, la centralización de la información acerca del resultado en el propio centro fortalecía las medidas de acompañamiento (ya sea telefónico o presencial, tanto hogareñas como en centros de aislamientos especiales) respecto de la salud, la alimentación y la higiene de la persona contagiada y su grupo familiar. La actualización del vínculo con el territorio barrial, asumía, como será profundizado luego, nuevas caras.

Todo lo mencionado trastocó la atención cotidiana de los vecinos de La Matera. La contracara de esta mutación necesaria fue la disrupción respecto de la atención de patologías no covid-19. Es menester reconocer que muchos vecinos del barrio, durante todo este período, no tuvieron acceso al seguimiento e incluso hubo importantes discontinuidades en la medicación de las patologías crónicas, este aspecto fue tempranamente señalado en la bibliografía.¹⁰ Un nuevo momento se abrió al ir descendiendo la curva de contagios con vistas a recaptar a estos pacientes. En palabras del enfermero del CIC, este aspecto emerge de la siguiente manera:

Estamos preocupados porque todo este tiempo no tuvieron acceso a una atención de seguimiento por sus distintas patologías. (José)

Cabe decir, por ello, que los consultorios también atendieron, pero su demanda cayó bruscamente. Sin menospreciar su importancia, esta cuestión no podrá ser revisada con detalle por el recorte establecido con las fuentes utilizadas para el presente trabajo.

¹⁰ Sobre esta cuestión se puede ver, entre otros, a Ariovich et al. (2021).

El cuidado de los trabajadores y los insumos

Ya se mencionaron algunos aspectos ligados a la ampliación de la jornada laboral de las trabajadoras de la secretaría, por la labilidad de los horarios de comunicación telefónica. No obstante, no solo fue en este plano que se expresaron tensiones; la atención presencial también se vio afectada por una merma en la cantidad de trabajadores del centro. Los trabajadores dispensados por enfermedades de riesgo, los licenciados por aislamiento por contactos estrechos y los trabajadores contagiados disminuyeron la planta y, como contraparte, repercutieron en la sobreactividad de los trabajadores.

Actualmente solo trabajo ahí. Estoy yo solo, antes éramos tres enfermeros, justo a uno lo cambiaron a otro lugar; y estábamos con una compañera más, otra enfermera y por el tema de la pandemia la licenciaron porque es personal de riesgo, y estoy yo solo trabajando, así que estoy haciendo, digamos, el horario *full-time*. (José)

En este cic, como en todos los efectores de salud, hubo licencias por contactos estrechos que tuvieron efectos en el desempeño de la labor, tensionando a la planta que se quedaba con menos personal. A su vez, aquí hubo dos trabajadoras contagiadas que, según los dichos de los entrevistados, no se contagiaron en ese centro. Los vínculos familiares aparecieron como explicación de uno de los contagios y el pluriempleo fue el elemento consignado en el otro caso de contagio. Sea como fuere, los trabajadores del centro valoran muy positivamente las medidas tomadas en el centro para el cuidado de sí mismos. Los elementos de protección personal, la prohibición de compartir cualquier utensilio o el mate y, fundamentalmente, el triage aparecen como los aspectos sobresalientes para este cuidado. En cuanto a los trabajadores contagiados, fue la Aseguradora de Riesgos del Trabajo la que se responsabilizó por su atención de salud.

¿Cómo se implementó el triage? El triage se implementó a partir de dos acciones específicas, primero, el control de la temperatura y, segundo, la interrogación sobre la emergencia de síntomas durante las 72 horas previas. Esta forma de recepción de los pacientes funcionó —de hecho— como modalidad de demarcación entre el sector covid-19 y no covid-19 del centro, pues quienes presentaban síntomas de alerta se los derivaba a un testeo. A su vez, los cuidados en torno a la atención se completaron con un aforo de apenas 10 pacientes por horario para todo el cic.

La disponibilidad de insumos y los elementos de protección personal también componen el repertorio de aspectos mencionados por los trabajadores en torno a la seguridad. Por los dichos de los trabajadores, se puede reconstruir que hubo una importante apuesta a la provisión. Los trabajadores afirman que, si bien durante la gestión anterior había habido un avance infraestructural, escaseaban los insumos básicos para el trabajo. Por el contrario, y a pesar de que en el primer mes y medio

hubo faltantes, incluso de elementos básicos como barbijos y equipamiento de protección personal, para el momento en que los casos comenzaron a ascender ya se tenía el material necesario. En este sentido, los trabajadores se encuentran satisfechos con la forma en que desde la Secretaría de Salud del municipio se les proveyó los materiales de desinfección, los elementos de bioprotección y demás; afirman, por ello, que fueron adecuados, suficientes y forman parte de los insumos de utilización constante de todos los trabajadores.

Para terminar con este apartado, cabe decir que aparecieron en las entrevistas demandas salariales de los trabajadores de la salud. Ellos entienden, no sin motivos, que vivieron situaciones de gran exposición, estrés y tensión que no fueron reconocidas salarialmente, aunque también afirman saber que la situación socioeconómica de la mayor parte de los habitantes de los barrios, por no tener un empleo fijo y un salario mensual asegurado, fue peor que las que ellos padecieron.

Las intervenciones del cic en el contexto del covid-19 en el emplazamiento barrial

El primer caso confirmado de covid-19 en el barrio La Matera fue noticia en los medios locales entre los días 19 y 22 de abril del año 2020. Se trataba de un señora de 70 años con comorbilidades, que fue internada en una clínica privada de la zona y, según se afirmaba en los medios de comunicación, se habría contagiado en aquella jornada en la cual se evidenciaron largas filas bancarias para el cobro de jubilados. Ante la confirmación de su contagio, los vecinos apedrearon la vivienda y agredieron a sus familiares. La situación solo logró ser calmada mediante la participación de las fuerzas policiales bajo la presencia directa del Ministro de Seguridad de la Provincia de Buenos Aires, Sergio Berni. La securitización de los problemas sociales es una forma recurrente de 'resolver' situaciones problemáticas en los barrios marginalizados.¹¹

Ese comienzo espectacularizado se continúa con un cambio de dirección, mediante una serie de dispositivos de comunicación, información, desinfección y testeo. El día 20 de abril, la intendenta Mayra Mendoza, el secretario de Salud de la comuna, Jonatan Konfino, las autoridades y miembros del equipo del cic realizaron un encuentro para informar a los vecinos sobre los protocolos para la prevención del contagio masivo, notificar acerca de la situación de salud de la paciente y comunicar la forma de seguimiento de los contactos estrechos, como así también para prevenir situaciones de violencia y promocionar un cuidado adecuado.¹² Estas acciones de comunicación fueron continuadas por los miembros del cic los días subsiguientes y, ciertamente, resultaron eficaces para la transformación de las prácticas de los vecinos.

11 Para este tema sugerimos recurrir al trabajo de Mastrángelo (2020).

12 Para más información sobre este encuentro ver Agencia El Vigía (2020).

El día 21 de abril se realiza el operativo de desinfección en las cercanías de la vivienda, la plaza principal y el CIC. No podremos aquí detenernos en las particularidades del formato 'operativo' como formato de intervención estatal, pero sí es preciso mencionar que contiene dos elementos que lo caracterizan: el primero es su extracotidianeidad, es decir, supone la emergencia de una serie de dispositivos estatales que se alojan en el emplazamiento barrial por un tiempo acotado y, el segundo, ligado a ello, es su particular forma de espacialidad, pues los operativos, en su tentativa de sutura, ponen en escena la distancia entre las instituciones estatales y los entramados barriales periféricos.

Bajo el mismo formato de operativo, en las semanas subsiguientes, el día 15 de mayo se realiza la primera jornada del dispositivo de detección temprana de casos, que luego asumiría el nombre del programa nacional DetectAr (Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio Argentino). En esta jornada participaron el ministro de salud de la provincia, Daniel Gollán, el viceministro, Nicolás Kreplak, la intendenta de la municipalidad de Quilmes, Mayra Mendoza y el secretario de salud del municipio, Jonatan Konfino, promotores sanitarios y miembros del CIC que estamos estudiando.¹³ Según el comunicado oficial, durante esta jornada,

los equipos relevaron 690 casas y entrevistaron a 3150 personas, de las cuales 4 experimentaban síntomas compatibles con covid-19 y actualmente se encuentran aisladas aguardando la respuesta del hisopado. (SaludBAP, 2020, s.p.)

Ya a mediados de mayo, la red de organizaciones sociales del barrio había vuelto a conformar un comité de acción, y los operativos de detección de casos se realizaron entre promotores de salud, trabajadores del CIC y referentes de los comedores y merenderos del barrio.

Cuatro veces se llevó adelante el Operativo DetectAr, pero en el barrio no un hubo un brote, como en Itatí o Azul, por suerte. (Carolina)

Con estos dichos, la trabajadora remite a que en el barrio La Matera la dinámica de los casos tuvo un devenir semejante a los demás entramados de los barrios populares. Es sabido que en estos hubo un mayor y más temprano crecimiento de los contagios. En artículos previos hemos mostrado geolocalizadamente la relación entre barrios populares y tasa de incidencia (Maneiro et al., 2021). Sin embargo, la mayoría de estos no tuvieron un crecimiento exponencial en corto período como sí sucedió en los otros dos entramados barriales mencionados por la trabajadora.

Como fuera mencionado en el cuarto reporte, la experiencia del barrio Azul-Itatí merece un párrafo especial. Estos dos barrios conforman un entramado residencial

¹³ Más precisiones en SaludBAP (2020) y en Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (2020).

antiguo, artificialmente dividido por una autopista construida durante la última dictadura. El segmento sur quedó con el tradicional nombre de Itatí y es el más extenso y densamente poblado. El segmento norte, conocido como Azul, es espacialmente más acotado, y alberga a 2118 personas que comprenden 837 hogares (Ministerio de Economía, 2019). De ellos, menos del 5 % poseen cloacas y, si bien el 91 % poseen acceso a la red de agua potable, la escasa presión dificulta el uso cotidiano, como así también las extensiones clandestinas disminuyen la potabilidad. Cabe decir, asimismo, que el 71 % de las viviendas están construidas por materiales no sólidos según el Informe del Censo Villa Itatí-Villa Azul (2018). El 20 de mayo, a poco de la escalada de los casos, comienza a ejecutarse el operativo DetectAr en Villa Itatí; los vecinos de Azul solicitan ser atendidos, y apenas comenzado el testeo se constata un foco con 80 % de positividad. En este contexto, el gobierno del Estado decide aislar a los casos confirmados —para evitar la continuidad de la propagación— y cerrar, mediante un operativo llevado a cabo por las fuerzas de seguridad, las fronteras del barrio.¹⁴

Volviendo a nuestro barrio, el devenir de los casos mostró su punto más complejo en La Madera entre los meses de junio y comienzos de agosto; este fue el período de mayor tensión tanto en el testeo como en la cantidad de casos a seguir. Poco a poco, durante los meses subsiguientes la cantidad de casos comenzó un proceso de decrecimiento, sin embargo la situación social empeoraba (este aspecto se analizará en el ítem que sigue).

Según un informe relatado oralmente por una de las empleadas administrativas del CIC, hasta el 2 de diciembre del año 2020 se habían realizado 965 hisopados, 395 correspondientes al área programática de La Madera, 263 resultados positivos con seguimiento desde el equipo de salud en coordinación con Desarrollo Social y 31 confirmados por nexo clínico-epidemiológico en seguimiento desde el equipo de salud.

Los datos presentados muestran algunas señales de interés. El primero es la alta tasa de positividad, pues más de un tercio de los hisopados dio positivo durante el período en su conjunto. El otro aspecto es la alta tasa de casos confirmados con seguimiento articulado entre el equipo de salud y el de desarrollo social. Como se analizará en el ítem que sigue, además de las preocupaciones de salud, el seguimiento de la emergencia sanitaria supuso una emergencia socioeconómica de gran envergadura y este proceso de seguimiento integral, aunque con recursos escasos, fue realizado por promotores y trabajadores del CIC. En palabras de las trabajadoras:

Nosotros siempre como equipo de salud salíamos a ver a los vecinos, hablar con ellos, íbamos a visitarlos a los que los tuvimos aislados los íbamos a visitar,

14 Sobre este tema ver el cuarto reporte (Covid-19 en la Región Sanitaria VI, 2020-2021). A su vez, desde el plano de las acciones llevadas adelante por el área de salud del municipio de Quilmes se sugiere ver Bustos et al. (2021).

a pedirles datos de la familia, a ver cómo estaban. Se los acompañó en todo momento. (Wendy)

Se articuló mucho con lo que es la dirección de Desarrollo Social, y los profesionales también hacían seguimiento de pacientes. (Carolina)

Describamos con más precisión este seguimiento. Los casos confirmados leves se derivaban para aislamiento en un centro externo o se los acompañaba en el domicilio y se articulaba con desarrollo social para los módulos de alimentos e higiene (ver siguiente apartado). En los casos confirmados complejos se solicitaba una ambulancia del SAME (Sistema de Atención Médica de Emergencia) y se los derivaba al hospital. Ante esta segunda situación, se acompañaba al grupo familiar como en el caso anterior. Luego del alta se realizaban estudios para conocer secuelas y acompañar la recuperación total de cada paciente.

Para terminar con este apartado, queda mencionar que en el emplazado barrial de La Matera fallecieron, según nuestras fuentes, seis personas; algunas de ellas eran adultos de mediana edad. Tal como se mostró en informes acerca del devenir de la pandemia en la Región Sanitaria VI, podría haber una leve tendencia a la juvenilización de los fallecimientos en áreas más rezagadas, pero aún no tenemos un sostén empírico completo que pueda responder esta afirmación.

El aislamiento, la asistencia comunitaria y el seguimiento

El día 20 de marzo de 2020 se decretó el ASPO para toda la nación; sin embargo las posibilidades de aislarse estuvieron atravesadas por desigualdades sociales, infraestructurales y económicas. Los barrios populares, en los cuales la vulnerabilidad socioeconómica constituye una situación generalizada, pronto recorrieron otros itinerarios para sobrellevar la alimentación cotidiana. Si la mayoría de los trabajadores (sobre todo informales) dejó de salir del barrio, en el seno del emplazamiento barrial se producían movilizaciones generalizadas. La ‘cuarentena comunitaria’ es la forma en que esta modalidad de reclusión fue denominada por el gobierno nacional; fue mencionada por primera vez por el presidente de la nación en la conferencia de prensa del día 10 de abril de 2020 y se llevó adelante a partir del programa El Barrio Cuida al Barrio. Este programa constituye un dispositivo a través del cual promotores comunitarios acompañan a la población en riesgo, difunden medidas de prevención, coordinan el trabajo con comedores y merenderos, distribuyen elementos de higiene y colaboran en la activación del protocolo de atención ante casos sospechosos de covid-19. Aunque sus objetivos fueron aplaudidos por gran parte del espectro político, su ejecución fue limitada.

La asistencia alimentaria tuvo momentos disímiles. En un comienzo, fue el ejército quien contribuyó a asistir alimentariamente al barrio.¹⁵ Sin embargo, pronto se constituyó un comité de crisis con las instituciones del barrio —muchas de ellas partícipes de la mesa de gestión del cic—, que fueron las que emprendieron la distribución de los módulos de alimentos e higiene en el marco de la cuarentena comunitaria mencionada. Estos módulos los proveía la Secretaría de Desarrollo Social y fueron nodales para la reproducción de la vida; con todo, la limitada amplitud nutricional de estos, sobre todo por la falta de insumos frescos, es una cuestión imposible de eludir. La mayor parte de los comedores dejaron de proveer comida elaborada y repartieron los alimentos secos. Pese a las articulaciones y a los vínculos institucionales, el cic no participó de la asistencia alimentaria general, sino solo para aquellos que hubieran contraído la infección.¹⁶

Toda esta logística impuso una serie de tránsitos barriales que se fueron complejizando a medida que otras actividades de subsistencia también implicaban movilidades. Vecinos con conexión a internet fueron receptores de niños para comunicaciones educacionales y de adultos para trámites diversos, emprendimientos textiles (producción de barbijos, etcétera) y emprendimientos de elaboración de comidas con reparto domiciliario, entre otros, fueron algunas de las actividades que sirvieron para la subsistencia e implicaron tránsitos variados.

Asimismo, antes de la crisis por el covid-19 en el barrio se apreciaba una gran movilidad de las personas y un uso ampliado de los espacios al aire libre. Los jóvenes en las esquinas, las madres con los niños en la plaza, sillas con grupos de personas tomando mate en el jardín delantero de las casas, grupos de personas charlando en la calle, gente yendo y viniendo con productos para la venta o carros con cartones y otros productos eran el paisaje frecuente del barrio (notas de campo, noviembre 2019). ¿Qué sucedió con estas pautas durante el tiempo del ASPO? En palabras de una de las trabajadoras del cic:

El aislamiento resultó difícil para todos en realidad. Acá en el barrio hay gente que vive en estado muy vulnerable, que vive del día a día y eso se le dificultó para salir a buscar su alimento, su forma de vivir... O sea, se le dificultó para muchas personas (...), La vida en el barrio no cambió mucho..., sí la gente dejó de salir afuera porque, bueno, por el tema que no podía viajar, no podía salir, pero en el barrio se siguió saliendo igual. Fue difícil. ¿Cómo se hace para cambiar a la gente? (Wendy)

De la forma reseñada se produjo la reclusión preventiva; sin embargo, secuencialmente comenzaron a ascender los casos confirmados positivos en el entramado

15 Sobre este aspecto ver Argentina.gob.ar (2020).

16 Sobre la participación de las organizaciones sociales y la participación comunitaria en la crisis alimentaria producto del aspo y la pandemia ver Fernández (2020).

barrial, tal como lo muestran las cifras mencionadas con antelación. ¿Cómo se produjo el proceso de aislamiento de los casos positivos y sus contactos estrechos? Según el relato de los entrevistados, la mayoría de los casos leves tramitaron el tiempo de reclusión en sus propios domicilios. La mayoría prefería esa forma; el personal del CIC se acercaba al domicilio a constatar las condiciones de posibilidad de la reclusión y, en casi todos los casos, las viviendas pudieron albergar al paciente leve. Desde la institución se tramitaban y acercaban los módulos de comida, higiene y medicación (paracetamol) para disminuir los síntomas de la afección. Los trabajadores del efector valoran positivamente los recursos brindados por la Secretaría de Desarrollo Social con este objeto. Sin embargo, hubo cinco casos en los cuales se derivó al paciente al centro de aislamiento situado en la Universidad Nacional de Quilmes. En una oportunidad, el traslado fue decidido por el personal de salud al constatar las dificultades infraestructurales del emplazado habitacional.

Si tenían lugar suficiente las familias para aislar a las personas se la aislaba en el mismo hogar pero mayormente... No fueron muchos los que se fueron al centro de aislamiento, lo hacían en la casa; le buscaban un lugar a la persona y se la aislaba ahí y se acompañaba a la familia, obvio, se les decía que no tenían que salir todos, o sea, se aislaba a toda la familia y si necesitaban que se le acercara algo, se le acercaba desde Desarrollo Social un módulo de alimentos, le acercábamos la medicación, mayormente paracetamol... Para que subsistan esos días y se les trataba de acompañar en todo lo que fuera (...). Y desde Salud íbamos a verlos periódicamente, nos acercábamos a ver cómo estaban, si necesitaban algo, más allá del acompañamiento telefónico se hacía el acompañamiento en el hogar, el territorial. (Wendy)

Nosotros no tuvimos la oportunidad de mandar mucha gente, digamos, a los centros de aislamiento del CIC, gente del barrio. Porque en su momento, cuando nosotros comenzamos a hisopar, el centro de aislamiento permitía gente solo de casos confirmados y... en su momento el sistema colapsó, y nosotros por ahí teníamos una persona esperando su resultado muchos, pero muchos días. (José)

La apreciación de los mecanismos del proceso de derivación y del funcionamiento del centro de aislamiento es positiva. Aunque se afirma que el atraso en los resultados del testeo, que se abordó previamente, tuvo consecuencias negativas en la prescripción estricta de la reclusión. Sin un resultado positivo, los pacientes no podían ingresar al centro de aislamiento ni tomaban conciencia de los peligros del contagio.

Queda decir que el seguimiento de salud de los pacientes positivos leves, como ya se señaló, suponía una visita presencial en la que se constataban las condiciones de posibilidad de la reclusión y luego un seguimiento, centralmente telefónico realizado cada 24 y 48 horas, según la complejidad de los casos y las dificultades del período.

Un tema complejo fue la cuestión de los casos positivos de adultos monoparentales con niños a cargo. Para los casos en los que se tramitaba la reclusión en la vivienda, emergía el problema de que los niños circulaban por las casas cercanas (en muchos casos viviendas situadas en el mismo terreno), lo cual ponía en riesgo a los vecinos colindantes. En estos casos se propiciaba la derivación hacia centros externos, pero, ciertamente las madres no podían dejar a sus hijos en las casas, por ello era menester que los espacios estuvieran preparados para albergar este tipo de entramados familiares. La relevancia del trabajo doméstico de cuidados y las falencias en términos institucionales para la colaboración en el proceso de crianza se pusieron claramente en crisis con estos casos positivos, pero también en la población en su conjunto, pues todo el proceso de ASPO implicó que los niños efectuaran toda actividad cotidiana en el seno de sus familias (salud, alimentación, recreación, educación, etcétera). Con escasos recursos infraestructurales, teniendo que salir a obtener recursos para la reproducción de la vida, adultos —con un pliegue feminizado— vieron acrecentadas sus dificultades y responsabilidades. Las desigualdades habitacionales, sociales, económicas y de género respecto de la cotidianidad de este proceso tuvieron tremendos efectos en las familias de los barrios populares.¹⁷

Uno de los aspectos que no puede dejarse de mencionar es la evidencia de la violencia doméstica. Violencia hacia la mujer y hacia la niñez.

Muchas mujeres han recibido violencia, eso también es un tema que se trabajó durante esta cuarentena, hubo muchas parejas con las que lamentablemente tuvimos que intervenir por violencias de género. (Carolina)

Si bien en las entrevistas aparecía que las relaciones de pareja habían mostrado algunas transformaciones positivas relativas a un mayor acompañamiento en el quehacer cotidiano y al reconocimiento masculino a las labores de reproducción hogareña —como así también un aumento en la cantidad de mujeres gestantes—, la emergencia de casos de violencia fue un aspecto nodal que excedió a la violencia de género y que tuvo enormes impactos en la niñez y la adolescencia.

Fue más visible la violencia de la mujer en tanto la de los niños, no tanto, la verdad que sorprendió mucho en los niños y en los adolescentes, en estos meses hemos interferido en varias familias... Se sigue brindando ayuda con la articulación de Desarrollo Social y desde el Área de Salud a través de la trabajadora social que tenemos en el centro integrador. (Carolina)

Por todo ello, otra de las intervenciones centrales del CIC se efectuó en torno a las problemáticas de violencia. Sobre esta cuestión, el papel de los entrevistados

¹⁷ Esta cuestión ha sido trabajada, entre otros, por Fernández Bouzo y Tobías (2020).

fue de articuladores, acompañantes y derivadores de una situación que, si bien no es novedosa en el barrio, ha adquirido otra dimensión durante estos meses.

Palabras finales

Si bien es cierto que las medidas más difundidas en torno a la forma de controlar los contagios masivos en el marco de la pandemia por covid-19 no tuvieron a los efectores del primer nivel de salud como centro de preocupación, también es necesario resaltar que estos cumplieron funciones de gran relevancia. Estas incluyeron saberes y experiencias aprendidas con antelación que se actualizaron y resignificaron durante esta experiencia. Entre estas prácticas es menester resaltar el trabajo coordinado entre organizaciones sociales y el CIC y entre las secretarías de Salud y de Desarrollo social. Estas articulaciones previas fueron la base para un trabajo sostenido y fructífero durante estos meses críticos.

A su vez, las nuevas formas de atención en el Centro, de organización telefónica de los turnos y de triage resultaron elementos que se fueron aprehendiendo durante el proceso mismo y evidenciaron tanto una gran capacidad de adaptación y de actualización como así también de aprendizaje colectivo. La organización telefónica de los turnos, si bien tuvo efectos complejos para los trabajadores por falta de dispositivos institucionales y limitaciones del tiempo laboral, supuso un organizador que puede ser promisorio. La descentralización del testeo, reconvirtiendo al CIC en un centro de diagnóstico, fue uno de los desafíos más importantes del proceso, y a pesar de ciertos momentos de tensión, esta mutación logró llevarse adelante con éxito.

Cabe decir que los trabajadores del CIC valoran muy positivamente la capacidad de contar con elementos de protección personal e higiene y reconocen que estos fueron sustanciales para su propio cuidado. Pese a la llegada algo tardía, cuando los casos aumentaron los elementos estaban disponibles.

Finalmente, las modalidades de participación comunitaria que se habían consolidado en la prepandemia lograron actualizarse y profundizarse durante el aislamiento para colaborar en la asistencia alimentaria y el seguimiento de los casos de diversa gravedad. Todo esto fue posible por una aceitada articulación entre las secretarías de salud, de desarrollo social, el CIC, las organizaciones comunitarias y los propios vecinos. No obstante, la falta de alimentos frescos tuvo impactos en la alimentación barrial.

Mientras se escribe este texto, la cantidad de casos está disminuyendo de forma sistemática y el proceso de vacunación avanza paulatinamente. Sin embargo, las consecuencias de lo experimentado durante todo este proceso aún no las conocemos. En palabras de un entrevistado:

Hasta este momento se están viendo las consecuencias de lo alimentario, y también de la parte de salud de las personas. Porque todo este tiempo no tuvieron acceso a una atención de seguimiento por sus distintas patologías, y la salud no se toma vacaciones. (José)

Este último aspecto será indagado en nuevos artículos.

Agradecimientos

Agradezco el acompañamiento de mis colegas María Carla Bertotti, Santiago Nardin, Javier Núñez y Diego Pacheco en la coordinación del trabajo de campo. Así como a los estudiantes que participaron en la realización y el desgrabado de las entrevistas; ellos son Arzamendía, Christian; Buela García, Sergio; De Francesco, María Guadalupe; Rombula, Emilio; Saldaña, Marina; Sena, Felipe y Turiansky, Natalia. Con todo, la escritura de este artículo fue realizada de manera individual y les quita cualquier responsabilidad a todos los investigadores de las fases previas.

Referencias bibliográficas

- Agencia El Vigía. (20 de abril de 2020). Mayra Mendoza visitó La Madera tras notificarse un caso positivo de coronavirus. *Agencia El Vigía*. <https://www.agenciaelvigia.com.ar/noticias/quilmes/2020/mayra-mendoza-visito-la-madera-tras-notificarse-un-caso-positivo-de-coronavirus/>
- Argentina.gov.ar. (22 de marzo de 2020). El Ejército Argentino colabora con el municipio de Quilmes, para brindar asistencia alimentaria. <https://www.argentina.gov.ar/noticias/el-ejercito-argentino-colabora-con-el-municipio-de-quilmes-para-brindar-asistencia>
- Ariovich, A., Crojethovic, M. y Jiménez, C. (2021). Aislamiento y atención no covid-19 en el primer nivel en la Región Sanitaria V. En R. Carmona (comp.). *El conurbano bonaerense en pandemia: alcances y desafíos desde una perspectiva multidimensional* (pp. 109-124). UNGS. <http://observatorioconurbano.ungs.edu.ar/Publicaciones/Libro-El-conurbano-bonaerense-en-pandemia.pdf>
- Ariovich, A., Chiara, M., Cosacov, N., Crojethovic, M., Gorrochategui, J., Jiménez, C., Llao, M. y Maneiro, M. (2022). *Aporte para elaborar una descripción de las políticas de prevención de contagios masivos* (Documento de trabajo n.º 3.). Trip-Covid-19. <https://tripcovid19g.sociales.uba.ar/publicaciones/aporte-para-elaborar-una-descripcion-de-las-politicas-de-prevencion-de-contagios-masivos/>
- Bilavcik, C., Bosio, M. T. y Crosetto, R. (15 de setiembre de 2021). La atención primaria de la salud en pandemia: ¿qué pasó en los territorios cordobeses? *La Tinta*. <https://latinta.com.ar/?s=atenci%C3%B3n+primaria+pandemia>
- Bustos, S., Buey, F., L'Arco, G., Napoli, N., Cardonetti, L., Gallastegui, M., Begue, C., López, N. y Konfino, J. (2021). Abordaje comunitario de la pandemia de covid-19 en Quilmes: la experiencia de Villa Itatí. *Scielo Preprint*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1294>
- Chiara, M. y Di Virgilio, M. (2005). Municipios y gestión social. De los escritorios del Banco Mundial a las calles del Gran Buenos Aires. Los Polvorines. UNGS - Prometeo.

- Chiara, M. (2020). Salud en territorios segregados. Apuntes para pensar las políticas desde los aprendizajes que deja la pandemia. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 10(20), 27-40.
- Covid-19 en la Región Sanitaria VI (2020-2021). *Medium. Stay Curious*. <https://medium.com/@Covid19RegionSanitariaVI>
- Covid-19 en la Región Sanitaria VI (2020-2021). Cuarto reporte. *Medium. Stay Curious*. <https://medium.com/@Covid19RegionSanitariaVI/cuarto-reporte-219d5bf95e0>
- Covid-19 en la Región Sanitaria VI (2020-2021). Quinto reporte. *Medium. Stay Curious*. <https://medium.com/@Covid19RegionSanitariaVI/quinto-reporte-bfb855cf7d5b>.
- Cravino, C. y Vommaro, P. (2018). Asentamientos en el sur de la periferia de Buenos Aires: orígenes, entramados organizativos y políticas de hábitat. *Población y sociedad. Revista de estudios sociales*, 25(2), 1-27. <https://cerac.unlpam.edu.ar/index.php/pys/article/view/3188>
- De Piero, S. (2015). Los Centros Integradores Comunitarios: Nuevos modos de territorialidad del Estado Nación. En R. Grandinetti, D. Beretta, G. Schweinheim y M. Rey (comps.). *Retos e innovaciones de la Administración Pública para el desarrollo democrático en el siglo xxi* (pp. 104-116). AAEAP - INAP. <https://aaeap.org.ar/bibliotecas/retos-e-innovaciones-de-la-administracion-publica-para-el-desarrollo-democratico-en-el-siglo-xxi/>
- Fernández, G. J. (2020). Experiencias de cuidados comunitarios en tiempos de Pandemia. *Margen* (98), 1-7. <https://www.margen.org/suscri/margen98/Fernandez-98.pdf>
- Fernández Bouzo, S. y Tobías, M. (2020). Los barrios populares a la intemperie. Desigualdades socio-espaciales, salud ambiental y ecofeminismos en el AMBA. *Revista Ensamble*, 7(13), 12-42.
- Maceira, V., Vázquez, G., Ariovich, A., Crojethovic, M. y Jiménez, C. (2021). Pandemia y desigualdad: los barrios populares del conurbano bonaerense en el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. *Revista de Salud Pública Argentina. Suplemento covid-19*, (12), s.p.
- Maneiro, M. (2020). Conflictos acerca de las cualidades del espacio. Un estudio en tres barrios periféricos surgidos a partir de ocupaciones de tierras en el Gran Buenos Aires. *Gavagai. Revista Interdisciplinaria de Humanidades*, 6(2), 8-32.
- Maneiro, M. (2022). Memorias de la ocupación y la producción de un «nuevo» barrio informal. *Avá. Revista de Antropología*, (38), (en prensa).
- Maneiro, M. y Bautès, N. (2017). Retomar la informalidad. Un abordaje desde su dimensión política. *O Social em Questão*, 20(39), 39-56.
- Maneiro, M., Farías, A. H. y Olivera, O. H. (2021). Espacialidades y temporalidades como lentes para entender la propagación del covid-19 en el sur del conurbano. *Ensamble* (13), 43-71.
- Mastrángelo, A. (2020). Perspectivas socioantropológicas para el estudio local de la pandemia covid-19 en Argentina. *Punto Urbe* (27), 1-17.
- Ministerio de Desarrollo Social de la Nación [Argentina]. (2010). Centros Integradores Comunitarios. Estrategia de Gestión.
- Ministerio de Economía [Argentina]. (2019). *Informe Censo Villa Itatí - Villa Azul. Provincia de Buenos Aires*. Ministerio de Economía, Subsecretaría de Política y Coordinación Económica - Dirección Provincial de Estadística. http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/images/Informe_Censo_Villa_Itat%C3%AD_-_Villa_Azul_1.pdf
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2020a). Protocolo para la Atención Primaria de la Salud (covid-19)
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2020b). Consenso del Comité Asesor para temas sobre covid-19 del Ministerio de Salud de la PBA. Diagnóstico y Vigilancia.

- Nardin, S. (2019). Memorias sobre tomas de tierra en San Francisco Solano: acción directa, vínculo de ciudadanía y distinciones sociales [Tesis de Maestría]. Universidad Nacional de General Sarmiento, Argentina.
- Nardin, S. (2020). *¡Los ocupantes, mamá!* Antropofagia.
- Núñez, J. (2020). Cerrando la brecha. Representaciones sociales de habitantes de asentamientos sobre los modos legítimos y legales de tenencia de la vivienda. El caso de La Matera, San Francisco Solano [Tesis de Maestría]. Universidad Nacional de San Martín, Argentina.
- Registro Nacional de Barrios Populares [Renabap]. (2018). *Argentina. Relevamiento Nacional de Barrios Populares. Datos Techo - Renabap*. <http://datos.techo.org/dataset/argentina-relevamiento-nacional-de-barrios-populares-2018>
- SaludBAP. (15 de mayo de 2020). Daniel Gollan, Kreplak, Salvagiorgi, junto a Mayra Mendoza, Konfino y promotoras y promotores de salud recorrieron el barrio La Matera [Tweet]. Twitter. https://twitter.com/SaludBAP/status/1261420666382741506?ref_src=twsrc%5Etfw
- Secretaría de Desarrollo Social [Argentina]. (2011). *Censo Social Quilmes. Resultados definitivos*. Secretaría de Desarrollo Social. Quilmes.
- Svampa, M. (2005). *La sociedad excluyente: La Argentina bajo el signo del neoliberalismo*. Taurus.

El amor como alternativa civilizatoria

Love as a civilizing alternative

Nicolás Armando HERRERA FARFÁN

Palabras clave: amor, crisis civilizatoria, pensamiento crítico, Camilo Torres Restrepo, cultura patriarcal

Keywords: love, civilizational crisis, critical thinking, Camilo Torres Restrepo, patriarchal culture

Resumen

En el presente trabajo reflexiono sobre el amor, en tanto clave para enfrentar la crisis civilizatoria que vivimos. Abordo el amor como una tarea académica obligatoria para las ciencias sociales, que deben ocuparse de los problemas centrales de la sociedad y la cultura, y no solo de sus propias preguntas solipsistas. Parto de la tesis que, en el fondo, tal crisis es expresión de la cultura patriarcal que se ha impuesto sobre la matrística, anulando, bloqueando o minimizando el emocionar y el *lenguajear*. El amor se presenta no como sustancia sino como acción, con cinco condiciones fundamentales. Basado en una tipología, me detengo en el amor fraterno y sororo que toma forma de amor político, cuya expresión arquetípica se haya en el «amor eficaz» propuesto por Camilo Torres Restrepo.

Abstract

In this paper I reflect on love as a key to face the civilizational crisis we are living. I approach love as a compulsory academic task for the social sciences, which must deal with the central problems of society and culture, and not only with their own solipsistic questions. I start from the thesis that, at bottom, such a crisis is an expression of the patriarchal culture that has imposed itself on matristic culture, annulling, blocking or minimizing emotion and language. Love is presented not as substance but as action, with five fundamental conditions. Based on a typology, I focus on fraternal and sorority love that takes the form of political love, whose archetypal expression is found in the «effective love» proposed by Camilo Torres Restrepo.

Datos del autor

Nicolás Armando HERRERA FARFÁN

Correo electrónico: nherreraf@gmail.com

IEALC-UBA, Argentina

Introducción

*Tristes guerras
si no es amor la empresa.
Tristes guerras.
Tristes armas
si no son las palabras.
Tristes, tristes.
Tristes hombres
si no mueren de amores.
Tristes, tristes.*

Miguel Hernández

El mundo intelectual de nuestros días suele descuidar y desconsiderar situaciones de palmaria evidencia y pasar por alto obviedades que saltan a la vista colectiva. Un buen ejemplo de esta afirmación parece presentarse en islotes de quienes trabajan por construir un pensamiento crítico situado y contextualizado respecto de una situación prioritaria: la encrucijada histórica actual del modelo civilizatorio moderno caracterizada por una crisis sistémica estructural, compleja, integral y multidimensional, que no puede reducirse a la sumatoria de las crisis que la constituyen: económica y financiera, minero-energética, alimenticia, ecológica (ambiental, hídrica y climática), política, espiritual-ética e intelectual (Amin, 2009; Houtart, 2008; Vega Cantor, 2019).

Esta crisis civilizatoria es, al mismo tiempo: *a)* una crisis de la *cultura*, es decir, de aquella trama relacional donde se configura nuestra condición humana, pues nos rige y educa el gusto, el pensamiento, el oído, la mirada, el temor, el deseo y los vínculos; *b)* una crisis del *ethos* imperante, esto es, el modo de habitar el mundo, de comportarnos frente a él, de relacionarnos con la *otredad*, humana o no, y con nuestra propia existencia. Para Rubén Dri (2020), el *ethos* es una suerte de a priori que llevamos adentro y del que «surgen los conceptos que se utilizan, las causas por las cuales se plantean unos problemas en lugar de otros y se tiende a resolverlos de cierta manera que excluye otras» (p. 19); y, finalmente, *c)* es una crisis del *conversar*, comprendida, de acuerdo con Humberto Maturana Romesin y Gerda Verden-Zöllner (1993), como un tejido de conversaciones, y de conversaciones de conversaciones, que enhebra el emocionar y el *lenguajear*, donde las emociones y los significados del lenguaje se alteran mutuamente. Las emociones son el fundamento del fundamento, porque las personas no somos ‘algo’ sino ‘alguien’: venimos de alguien y alguien nos recibe. Luego vienen el lenguaje, los signos culturales, los sentidos y contenidos.

Considero que el núcleo de la crisis civilizatoria es una crisis afectiva, una crisis del *emocionar*. El emocionar nos acompaña desde la íntima relación con nuestras

madres que nos cuidan, muchísimo tiempo antes de ingresar a la vida adulta. Este vínculo materno es originario e inmediato, antecede a toda cultura, *ethos* o trabajo, es erótico y pedagógico antes que económico, y, en un flujo bidireccional, permite relacionarnos con el mundo y que el mundo se relacione con nosotros (Dussel, 2011a; Maturana Romesin y Verden-Zölller, 1993).

Maturana Romesin y Verden-Zölller (1993) señalan que a través del emocionar sobrevive la matrística, es decir, la cultura primigenia centrada en la estética, el amor y la conciencia plena «de la armonía espontánea de todo lo vivo y no vivo en su continuo fluir de ciclos entrelazados de transformación de vida y muerte» (p. 31). La cultura matrística se caracteriza por la «participación, inclusión, colaboración, comprensión, acuerdo, respeto y conspiración» (Maturana y Verden-Zölller, 1993, p. 27), y desarrolla una *biología del amor*, que permite a las niñeces vivir la dignidad del respeto de sí y proporciona una «apertura emocional a la legitimidad de la multidimensionalidad de la existencia» (Maturana Romesin y Verden-Zölller, 1993, p. 31), pues comprende a los otros seres como una otredad legítima en coexistencia. La matrística nos constituye como seres socialmente responsables, dispuestos y dispuestas a hacer algo por o para la otredad, sin el peso de la subordinación o la servidumbre.

En paralelo se desarrolló la cultura patriarcal, que comprende los desacuerdos y diferencias como disputas, enaltecendo la guerra y tratando a los argumentos como armas. La cultura patriarcal prioriza y justifica racionalmente la lucha, la competencia, el poder, la jerarquización, la autoridad, el crecimiento, el control, la dominación y la apropiación/expropiación de recursos, verdades, decisiones y vidas; y promueve relaciones asimétricas de polos preestablecidos claramente: autoridad/subordinación, mando/obediencia, superioridad/inferioridad, poder/sumisión. Por esta vía, despliega un pensamiento lineal e irresponsable que se orienta principalmente hacia la obtención de beneficios o resultados individuales y desarrolla una *biología de la exigencia y obediencia*, que desconfía de la autonomía, capacidad de cambio, criterio de verdad y acierto o sentido de la vida de las demás personas, y solo tolera la diferencia si hay una eventual expectativa de ‘conversión’ o ‘reconversión’ hacia el ‘buen camino’.

Con el paso de los siglos, la cultura patriarcal persiguió, combatió y buscó la extinción de la matrística, pero esta sobrevivió en diversos «bolsones culturales» (Maturana y Verden-Zölller, 1993, p. 48), como la relación madre-hijo o madre-hija descrita, las relaciones (sororas) entre mujeres, el arte, la literatura, la utopía, y, a veces, en la neurosis. Así pues, en la actualidad ambas culturas coexisten de manera jerárquica y contradictoria, pues el patriarcado se impuso como dominante y creó una larga lista de «conceptos antagónicos culturales» que, a la manera de pares dicotómicos, en el sentido expresado por Diana Maffia (2008), escinden lo masculino de lo femenino y construye una oposición entre ambos, sobrevalorando lo masculino como «lo puro y honesto, lo confiable, lo directo, lo razonable, lo inteligente, lo fuerte y lo profundo» y devaluando lo femenino, como «lo cruel, lo

decepcionante, lo no confiable, lo caprichoso, lo poco razonable, lo poco inteligente, lo débil y lo superficial» (Maturana Romesin y Verden-Zöllner, 1993, p. 50).

Por lo dicho, pienso que la crisis civilizatoria actual, en tanto crisis del emocionar, es una crisis de la cultura patriarcal y de su biología de la exigencia y obediencia, lo cual en el fondo es una crisis del amor, pues este es la clave constitutiva de la «coexistencia social» (Maturana y Verden-Zöllner, 1993, p. 29).

Hablar del amor no es una predicación banal, vacua, abstracta, esotérica o metafísica. Es ocuparse de una necesidad fundamental, real y concreta de todas las personas. El amor está presente en la cotidianidad de las tradiciones, culturas y civilizaciones; es un invitado privilegiado a las mesas de los bares, las consultas de compatibilidades zodiacales, la tirada de cartas, el diálogo ancestral, el café de las amistades. El amor es el *leitmotiv* de los conjuros de ‘amarres’ y de las aplicaciones móviles que ofrecen citas, encuentros y romances. Ha estado presente en el pensamiento mundial, en las sabidurías y cosmogonías de pueblos ancestrales, en la tradición filosófica occidental —de Platón a Kierkegaard, de San Agustín a Spinoza, de Hegel a Marx— y, como señala John D. Crossan (2016), se erige, junto a la justicia, en fundamento bíblico.

No obstante, a pesar de su centralidad, el amor fue relegado —cuando no exiliado— de la reflexión teórica y conducido a los anaqueles literarios y de autoayuda de las librerías. Una de las posibles claves explicativas de este desplazamiento puede encontrarse en el giro epistemológico vivido en Europa entre los siglos xvi y xvii, donde se originó la *Scientia* (‘ciencia’), pues para que esta alcanzara su estatus propio se divorciaron tres dimensiones indivisibles: la verdad (conocimiento), la bondad (ética) y la belleza (estética), dejando a la ciencia a cargo de la primera y entregando a la filosofía y teología las dos últimas. Así, se promovió un conocimiento baladí, insípido, desabrido, tibio, alexitímico, no-empático, desapasionado y sin límites éticos claros (De Sousa Santos, 2009; Wallerstein, 2005).

Este divorcio es absurdo, pues pretende dividir lo indivisible, ya que en la vida concreta la ciencia, la filosofía y la teología se ocupan de la «hondura inquietante de la existencia humana», tienen la tarea de «leer los signos de los tiempos» y luchan palmo a palmo «contra toda posible complicidad con la vacuidad del tiempo presente»; además, las personas experimentan la inmanencia como una indicadora de la trascendencia, esto es, como «un estado de conciencia intelectual de la experiencia», de tal manera que inmanencia y trascendencia se besan en la vivencia (Fornet-Betancourt, 2016, pp. 77-79).

Ahora bien, reflexionar sobre el amor exige considerar dos dificultades. La primera, es que vivimos en un mundo fascinado por el poder, que ha construido un miedo a amar a partir de ensombrecer «la voluntad de amar» y bombardearnos con mensajes que aluden «al sinsentido del amor, a su futilidad» (Hooks, 2000, pp. 16-17). La segunda es que el tema es muy extenso, profundo e intrincado; que nos cuesta más describir su presencia o significado que hablar de su pérdida o carencia (Hooks, 2000, p. 24); y los textos que se ocupan de él carecen de una definición clara.

Comprendiendo la centralidad del amor como clave para construir una alternativa civilizatoria, en este trabajo adelanto una reflexión en torno a él. Me apoyo en lo que Maritza Montero (2006) ha definido como «episteme de relación», es decir, una perspectiva indo-afro-latinoamericana sistematizada en el último medio siglo por diversas expresiones del pensamiento crítico situado y contextualizado, en la que se articulan conocimiento, afectividad y mística, que redime y actualiza el amor al interior de la tarea científica y nos ayuda a no caer en el vacío espiritual y mantener viva la promesa de eternidad. Esta episteme se expresa en la educación popular, la teología de la liberación, la economía para la vida, la investigación-acción participativa y la filosofía-ética de la liberación, contribuciones originales al pensamiento crítico mundial que, al decir de Arturo Escobar (2003) y Luis Martínez Andrade (2019), se constituyen en antecedentes históricos y epistemológicos del llamado 'giro decolonial'.

Organicé mi exposición en tres partes: aproximaciones en torno al amor y al amar, algunas condiciones fundamentales que le son propias, y una tipología posible. Finalmente, dedico algunas líneas a unas ideas de cierre.

Aproximaciones

Lo primero que debo señalar es que amor y deseo son mellizos no idénticos. Zygmunt Bauman (2012) señala que el amor está guiado por un impulso centrífugo, pues busca «querer y preservar el objeto querido» (p. 17), mientras que al deseo lo mueve la fuerza centrípeta, ya que anhela consumir, devorar, ingerir, absorber y, aun, digerir al objeto querido. El amor busca preservar el deseo, y el deseo busca evitar el amor. Partiendo de esta diferencia, abordo el amor desde cuatro puntos de vista: como arte o proceso de subjetivación, procedimiento de verdad, epifanía y criterio ético-político.

Erich Fromm (2014) considera al amor como un arte, un oficio cotidiano para el que hay que entrenarse, prepararse y acometerse. No hay recetas, solo oficio y experiencia. El amor es uno de los cuatro caminos que hemos inventado para superar la angustia de la «separatividad» y puede tomar dos formas de unión interpersonal: simbiótica, de mutua dependencia, que imita la fusión madre-feto y que, por tanto, no respeta la identidad de las partes; y madura, que preserva la singularidad y busca potenciar y mantener vivas las cualidades de la persona amada, como un acto de donación, no como una renuncia, sacrificio, esfuerzo o negación de sí. En la forma madura, el amor es «un poder que produce amor» (Giraldo Moreno, 2016, p. 195).

Por esta lucha victoriosa contra la separación, Alain Badiou (2012) lo define como una «potencia subjetiva» (Badiou y Truong, 2012, p. 10), una suerte de «comunismo mínimo» (p. 27), una cualidad que da intensidad y significación a la vida, una aventura obstinada: *aventura*, porque no sabemos qué hay más allá, y *obstinada*, ya que

exige enfrentar y superar los riesgos, obstáculos, divergencias y aburrimientos que le son propios.

En tanto aventura obstinada, el amor se constituye en un proceso de subjetivación. Se trata de una elección que da reconocimiento, pues de la masa amorfa del mundo, yo elijo a alguien singular, definido, concreto y lo elijo para 'algo', y, a su vez, alguien me elige para 'algo'; es decir, yo convierto a alguien del mundo y alguien del mundo me convierte a mí en un *alguien definido con significación* para acompañar el camino. Así, el amor nos permite trascender nuestro propio yo para abordar al otro y a la otra tal cual es, en su diferencia, evitándonos caer en el desastre narcisista y asistir al nacimiento del mundo.

Pero Badiou (2012) va más allá y lo considera un *procedimiento de verdad*, igual que la ciencia, el arte y la política. Entonces, el amor es una experiencia que permite construir un cierto tipo de verdad nueva sobre la diferencia y, en el fondo, la posibilidad de construir la verdad histórica. La piedra de toque, la prueba material de la construcción de esa verdad es la corporalidad, pues el amor es un tipo de pensamiento que mantiene una relación estrecha y cotidiana con el cuerpo y por lo tanto, para dar vida a la verdad, se exige (ex)poner el cuerpo, encarnar la búsqueda, jugar-se.

Todo acto de amor permite que las personas comprueben que el mundo puede experimentarse más allá de la experiencia solitaria y, al mismo tiempo, toda declaración de amor puede verse como una «aprehensión del cuerpo por el lenguaje» y como el punto de partida de «una construcción de verdad» (Badiou y Truong, 2012, p. 14).

Apoyándose en Platón, Badiou (2012) define al amor no solo como una de las cuatro condiciones de la filosofía, sino como su punto de partida, y recuerda que dos modelos filosóficos distintos, y aun contradictorios, se han ocupado de él: la sospecha racional de Schopenhauer, que lo ve como una «extravagancia natural del sexo» (Badiou y Truong, 2012, p. 7) y la apologética de Kierkegaard, que lo aproxima al *élan* religioso. Y, retomando a San Agustín, señala que amamos el amor —que nos amen y que otras personas amen—, porque «amamos las verdades» (Badiou y Truong, 2012, p. 14), aunque no sepamos que las amamos.

El camino de construcción de la verdad de la diferencia a través del amor no es apacible y sosegado, pues se trata de una verdad existencial, construida con pasión en un régimen de contradicciones y violencias. Julio Cortázar (1995) lo expresó claramente en su *Rayuela*: «Como si se pudiese elegir en el amor, como si no fuera un rayo que te parte los huesos y te deja estaqueado en la mitad del patio» (p. 428).

Por otra parte, el amor se revela como una fijación del azar del encuentro que anuncia la eternidad. Un azar que deseo, acepto y asumo fijar, convertir en acontecimiento con condición de destino. La clave aquí está en su declaración, pues toda declaración de amor («Te amo») es una declaración de eternidad, «una irrupción de la eternidad en el tiempo» (Badiou y Truong, 2012, p. 16). La declaración de amor tiene efectos infinitos en la existencia de la otra persona, ya que implícitamente

carga el riesgo, el compromiso, la obstinación, la duración y la fidelidad; contiene «una intensidad casi insostenible» (Badiou y Truong, 2012, p. 15), haciendo que todo amor se declare eterno y demandando que se declare todas las veces que se necesite.

Entonces, el amor es una promesa dura y duradera, más allá del tiempo, el espacio y el mundo, una epifanía, una revelación que para ser alcanzada debe superar dos enemigos que la acechan cotidianamente: la «amenaza securitaria», es decir, la búsqueda de seguridad a toda costa, cuyo símbolo es «la seguridad del contrato de seguros», y el «hedonismo generalizado» que, refugiado en «la comodidad de los goces limitados», evitar «cualquier prueba inmediata y profunda de la alteridad, donde el amor se teje» (Badiou y Truong, 2012, pp. 5-6).

Esta condición epifánica indica que el amor es una experiencia única, definitiva, irrepetible, imposterizable, inapelable. El amor se asemeja al nacimiento y a la muerte en que es un acontecimiento sin historia propia y, por lo tanto, sin fórmula para aprender y replicar, pero se diferencia de estos, en que es recurrente y repetitivo, porque se puede «estar enamorado» más de una vez, aunque nunca se «aprende a amar» (Bauman, 2012, p. 12).

El amor parte de un impulso creador y creativo de dos personas que se encuentran y asumen el riesgo de avanzar ignorando el resultado final. De allí que sea una aventura meta-física, cercana a la trascendencia, un desafío, un viaje a lo ignoto en el que entramos a tientas, sin lámpara, brújula, mapa o baquiano, una internación en el misterio de la alteridad. Toda relación de amor es una total incertidumbre, en la que nadie tiene plena y verdadera seguridad de lo que debe hacer o decir, o si hizo o dijo lo correcto en el momento adecuado. Para cada una, la otra persona es una incógnita, siempre soberana, con derecho propio, y no eco, instrumento o extensión mía. Por eso su futuro es misterioso e inquietante, un esperar, un 'inédito viable', un imprevisible capricho del destino:

Amar significa abrir la puerta a ese destino, a la más sublime de las condiciones humanas en la que el miedo se funde con el gozo en una aleación insoluble, cuyos elementos ya no pueden separarse. Abrirse a ese destino significa, en última instancia, dar libertad al ser: esa libertad que está encarnada en el Otro, el compañero en el amor. (Bauman, 2012, p. 15)

Finalmente, en la Biblia judeocristiana se comprende el amor como criterio ético-político, desde el primer mandamiento de la ley mosaica: «Amarás a Dios sobre todas las cosas», hasta el undécimo pregonado por Jesús: «Amarás al prójimo como a ti mismo».

Aquí, el amor al prójimo (y la prójima) reconoce, admite, respeta y confirma la otredad, haciéndola única, irremplazable y no desechable. Comprender el valor de las diferencias enriquece el mundo, lo convierte en un lugar mejor y amplía todavía más «su cornucopia de promesas» (Badiou y Truong, 2012, p. 71). Así, el amor a la

otredad es la máxima ética, criterio último de posibilidad y fundamento de la dignidad humana, pues resume, condensa, contiene todos los demás mandamientos, porque solo puede amarse a Dios a través de la otredad, pues el amor de Jesús es comprometido, situado, localizado y parcial, no abstracto, ya que no era hippie (Haya, 2018).

Las primeras comunidades cristianas creían en Jesús, pero sobre todo creían en lo que él creía, y tenían plena claridad del sentido material del amor proclamado. Por ejemplo, el apóstol Santiago habla de la praxis como criterio de la fe (Santiago 2:17), y Pablo de Tarso, en su carta a los romanos, lo pone como fundamento de la acción cristiana y criterio ético auténtico del cumplimiento de la ley, para que la ley vuelva a ser divina y vitalista, pues atiende la racionalidad vida-muerte (Romanos 13:8). Franz Hinkelammert (2010) señala que el amor es lo contrario de la pasividad y de la codicia, es lo contrario del inmovilismo, del posibilismo, del capitalismo y de la propiedad privada.

Ahora bien, Sigmund Freud, Zygmunt Bauman y Emmanuel Lévinas, tres judíos, desarrollaron interpretaciones propias sobre el «como a ti mismo» del undécimo mandamiento de Jesús.

En *El malestar en la cultura*, Freud (1992) señala que el precepto del «Amarás a tu prójimo como a ti mismo» es irracional y contrario a la condición humana, pues considera que las personas como egoístas, individualistas, calculadoras y agresivas por naturaleza, y comprendemos a las demás como proyección propia, posibilidad de beneficio y objeto sexual, cuando no como enemiga. No obstante, para que este amor sea posible se requiere que la proximidad sea digna de amar, sea próxima en serio, sea afectivamente significativa o admirable; soy una persona injusta si no amo a este prójimo o prójima o si amo a alguien diferente, pero si llegase a amar a una persona extraña, solo podría ser en menor cantidad de lo que amo a *mi* prójimo o prójima, es decir, a mí mismo o a mí misma.

En el fondo, Freud concluye una interpretación narcisista: el «como a ti mismo», en realidad alude a ti mismo o a ti misma. Pero, paradójicamente, el precepto se constituye en un elemento que evita la disolución y promueve la cohesión impulsando a las personas «hacia identificaciones y vínculos amorosos de meta inhibida»; así, se constituye en uno de los fundamentos de la vida civilizada, uno de los «reclamos ideales (...) de la sociedad culta», un antídoto de la «hostilidad primaria y recíproca de los seres humanos» (Freud, 1992, p. 106).

Bauman (2012) sigue este razonamiento para considerar el apotegma como una respuesta completa en la que se concentran todos los mandamientos divinos, constituyéndose en la quintaesencia de la espiritualidad, en «el acta de nacimiento de la humanidad» (Bauman, 2012, p. 69), pues está guiado por un sentido recíproco de supervivencia humana: para poder amarnos necesitamos recibir amor, es decir que el amor propio se edifica sobre el amor que las demás personas nos ofrecen.

Lévinas se distancia de la mirada egocéntrica, fatalista y normativa de Freud, y profundiza la compleja y mutua implicación de Bauman (freudiana en el fondo). La

clave es que, en primer lugar, adopta fundamentalmente la traducción que hicieron Franz Rosenzweig y Martin Buber del «como a ti mismo»: «él es como tú», «tú mismo eres él». Así, queda claro que la otredad no puede salvarse sin ti y tú no puedes hacerlo sin ella (Hinkelammert, 2010, pp. 109-110). Y en segundo lugar, sigue la lógica judía del «regalo a escondidas» o «caridad secreta», el séptimo nivel de entrega de caridad al prójimo propuesto por Maimónides, el más difícil de todos, que alude a «regalar sin que quien da ni quien recibe conozca sus identidad» y sin que el entorno sepa «si el individuo ha dado algo o no» (Ginzberg, 2018, p. 71). Así pues, el precepto cristiano se universaliza, expresando lo mismo que el principio africano del Ubuntu que reza «Soy porque somos» o «Soy si tú eres».

Para concluir este apartado, quiero señalar que el amor, independientemente de cómo sea comprendido (arte o proceso de subjetivación, procedimiento de verdad, epifanía o criterio ético-político), tiene que ser visto fundamentalmente como una acción cotidiana que construimos y no como un sentimiento o sustancia que alcanzaremos algún día, tal como lo sugiere Bell Hooks (2000), es decir, concebirlo más como un devenir que como un *ontos*. El amor es en realidad amar.

Algunas condiciones fundamentales

El amor demanda cuidados, reanudaciones y repeticiones, exige trabajo y no milagros. La felicidad en el amor es para Bauman (2012) una «recompensa inmanente» (p. 25) al trabajo, la negociación con uno mismo o una misma y con el otro o la otra y la praxis transformadora; por ello, tiene condiciones, fundamentos, requisitos y cualidades sin las cuales divagaríamos por el desierto. Fromm (2014) señala dos cualidades interrelacionadas del amor: 1) objetividad, pues es, necesariamente, una superación/negación del narcisismo (el otro o la otra no es una extensión del yo); y, 2) fe, ya que alude a una confianza plena en la otra persona. Considero que de estas cualidades pueden derivarse, por lo menos, cinco condiciones.

La primera condición es ética. Amar es un acción de humanización, de subjetivación, de desobjetualidad, porque se produce, al menos, entre dos personas y no entre 'alguien' y 'algo'; es decir, que exige reconocer plenamente a la otredad como diferente de mí, pero igual en dignidad y humanidad. Si amo no puedo 'entrar' en el ser de la otra persona para «hacer» lo que ella debe hacer. Paulo Freire (1970) señala que en el amar nadie puede manejar a la otra persona, ni prescribirle sus opciones, ni frustrar su derecho a actuar. Cada quien es sí mismo o sí misma. Así pues, la condición ética implica enfrentar los «cuatro jinetes del Apocalipsis» del amor referidos por Bauman (2012): el poder, la posesión, la fusión y el desencanto. El amor entonces es contrario a la dominación sadomasoquista presente en las relaciones verticales y unidireccionales, pues no admite control, dominio, cerco o encierro.

La segunda condición es coraje. Todas las relaciones de amor se desenvuelven en una cuerda floja, que las hace difíciles, frágiles, fisiparas y complejas, y las lleva al

límite de la derrota y la finalización. Con o sin nuestro acuerdo o deseo, toda relación de amor puede romperse en cualquier momento. Nunca hay certezas de correspondencia y nada asegura la permanencia. Por ello amar es un riesgo emocional.

«¡Te amo!», dice la amada al amado. ¿Cómo responder, qué hacer ante tan simple y casi cotidiana revelación? ¿Creo lo que me dice? ¿Desconfío? Puede engañarme, puede querer jugar conmigo. Responderle que yo también la amo es un riesgo; en dicho riesgo puedo perder el honor, la vergüenza y hasta la vida. ¿Qué debo hacer...? (Dussel, 2011, pp. 86-87)

Dado que la única certeza de las relaciones es que se terminan, en todos los casos la única alternativa que tenemos es no dejar de intentarlo y asumir los riesgos que esto acarrea. De allí que el coraje sea necesario para jugar, errar, exponerme y entregarme sin saber el resultado, y aceptar la desilusión y el dolor si aparecen. Gracias al coraje asumimos el camino de lucha que nos exigen las relaciones de amor y nos alejamos del deseo equivocado del nido amoroso idílico y sin peligros que advertía Estanislao Zuleta (2017). Por eso, con justeza canta Silvio Rodríguez: «Los amores cobardes no llegan a amores ni a historias, se quedan allí. Ni el recuerdo los puede salvar».

La tercera condición es fe. La fe es lo que está más allá de la razón, lo que se relaciona con la ética y la mística. Creer en la otra persona, «tener fe en ella», significa confiar en que su esencia personal, actitudes fundamentales y motivaciones básicas no son tornadizas, aunque cambie temporalmente de opiniones o conductas. Dice Enrique Dussel:

Aceptar la palabra del otro, porque él o ella la revela sin otro motivo que el respeto porque él o ella me merece confianza es lo que se denomina: fe; se cree en la veracidad del que lo enuncia. Lo que me revela no tiene otro criterio de certeza que la realidad misma del otro como otro. (...) Se lo acepta porque detrás de su palabra se encuentra la realidad misma de alguien, inmediatamente, abierto y expuesto (...). «Revelarse es exponerse al traumatismo — nos decía E. Lévinas —, como el que abre su camisa ante un pelotón de fusilamiento»: «¡Heme aquí!». Creer es como un arrojar al vacío confiando en el otro que ha afirmado que en el fondo del abismo hay agua (que no veo) y por ello no corro peligro. (Dussel, 2011, p. 87)

«Tener fe» en otra persona nos conduce a creer en la humanidad y a «construir un orden social gobernado por principios de igualdad, justicia y amor» (Giraldo Moreno, 2016, pp. 202-203). Esto significa tener fe en Dios o renovar el esperar.

La cuarta condición es diálogo. No se puede amar sin dialogar. El diálogo es una exigencia existencial, un acto creador, es un espacio común construido para que cada quien diga su palabra, pueda presentarse, despojarse y retroalimentarse,

donde se pone en juego la intersubjetividad y cuyo resultado es inesperado y no pertenece a ninguna persona en particular, sino a todas las que participen. Por ello, no es un ritmo de voces y silencios, donde a veces una persona habla y luego se calla para que otra hable, porque en ese acto no necesariamente hay implicación y reconocimiento. A veces quien se calla para afuera se está hablando para adentro, y no escucha auténticamente. El diálogo es un antídoto contra todo autoritarismo, dogmatismo y dominio, contrario a la imposición y la conquista de la otredad. El diálogo es el fundamento de nuestra «epistemología relacional» (Montero, 2006).

La quinta condición es gratuidad. Todo acto de amor es gratuito, significa que no espera ninguna retribución a cambio, que no se basa en los criterios de cálculo de costo-beneficio propio de la productividad capitalista. La entrega y el compromiso en el amor no calcula utilidad o «tasa de ganancia» afectiva, pues, aunque quiero recibir, la garantía de la reciprocidad previa no es un prerrequisito. Si amo me entrego.

Además de estas cinco condiciones, Bauman (2012) señala que toda relación de amor exige una articulación de compromiso, mutua disposición, responsabilidad y una tendencia a ciertos márgenes de seguridad y reciprocidad/correspondencia. Siempre se requiere de una mano que nos ayude cuando la necesitamos, que nos socorra en el dolor, acompañe nuestra soledad, nos ayude en los problemas, nos consuele en la derrota y nos aplauda en las victorias, y también nos ofrezca «una pronta gratificación» (Bauman, 2012, p. 20). Y, por su parte, Hooks (2002) adiciona la justicia, la honestidad/sinceridad, el amor propio, la espiritualidad, el sentido comunitario, la paciencia, el amor por la vida, la esperanza y la vocación de curación/sanación.

Una tipología posible

Para comprender las relaciones amorosas, Fromm (2014) propuso una tipología mínima de cinco amores que contienen las características y condiciones referidas: divino, propio, erótico, filial y fraterno.

- El *amor divino* es el amor a Dios, al valor supremo y bien más deseable que tenga la humanidad, que se expresa a través de la fe y la vivencia afectiva con y hacia la natura-humanidad, revelando nuestra condición metabólica.
- El *amor propio* alude a la autoestima y el autorreconocimiento, la base de todo amor, que no puede confundirse con el egocentrismo, el egoísmo o el narcisismo. «Nadie da de lo que no tiene», reza un antiguo proverbio que bien puede aplicarse a este tipo de amor.
- El *amor erótico* es el amor de amantes, que amalgama deseo sexual y erotismo, que en ocasiones no pasa de ser simple placer.
- El *amor filial* es el que establecen los padres y las madres con sus hijos e hijas. Es un amor materno del dar incondicional (de la cultura matrística) y un amor paterno, con sus rasgos egocéntricos y meritorios (propio de la cultura patriarcal).

Por último, está el *amor fraterno* (y *sororo*, agregaría) presente como una actitud o disposición hacia las hermanas y hermanos y que se expresa en la solidaridad y empatía, en especial hacia las personas que más sufren este sistema de dominación (empobrecidas, oprimidas o desvalidas) y que, por lo general, desconocemos.

Este amor puede tomar una forma política, deviniendo un amor político o una política amorosa, que permite la universalización del acto creador del encuentro de la diferencia. En la política se experimenta la felicidad, el placer y la alegría sobrenatural, pero también el vértigo de cualquier relación amorosa.

El amor político trasciende los clichés, los eslóganes y la fraseología del mercadeo, pues asume seriamente las cuatro exigencias del amar (crear, conocer, subjetivar y crear) e incorpora las cinco condiciones fundamentales aludidas. Este amor asume el imperativo categórico de defender la vida, denuncia el egoísmo estructural del capitalismo y anuncia un nuevo horizonte de relaciones humanas.

Para el papa Francisco (2020), el amor político es un amor social unido al compromiso con la verdad que impregna todas las estructuras sociales, que se expresa en «las macrorrelaciones, como las relaciones sociales, económicas y políticas» para conformar «un orden social y político cuya alma sea la caridad social» (Francisco, 2020, p. 48).

Quizás por esto mismo, Bell Hooks (2002) plantea que este amor se constituye en el *leitmotiv* de las proposiciones políticas revolucionarias y como ética de los grandes movimientos sociales. El propio Che Guevara (1977) señaló que el amor era la guía de la acción revolucionaria verdadera, que solo es posible por el amor a los pueblos y sus causas, pues trasciende la «pequeña dosis de cariño cotidiano» (p. 15).

El amor político acepta el desafío de promover, expandir y consolidar la democracia, su vivencia cotidiana, ya que promueve la confianza, la dignidad, el respeto mutuo y todo el conjunto de valores negados por la cultura patriarcal, aunque tenga ritos electorales, pues la democracia es, en la consideración de Maturana Romesin y Verden-Zöllner (1993), una manera expansiva de la cultura matrística. En consecuencia, este amor acuna y acompaña la emergencia de un nuevo tipo de juntanza, de liderazgos colectivos, articulados, con poder delegado y autoridad meritoria; liderazgos autónomos, honestos, cuidados, amorosos, independientes y vitalistas, que, desde el feminismo, Marcela Lagarde (2000) caracterizó como «entrañables».

A modo de cierre

Vivimos una coyuntura extrema: crítica, convulsionada, violenta, acosada por el hambre, el miedo, la xenofobia, las derrotas, la soledad, el aislamiento, la deshumanización y una suerte de «clandestinización del abrazo», como advierte en su reciente libro Mariano Algava (2021). Se trata de un tiempo propio de la cultura patriarcal, núcleo fundamental de la galopante crisis civilizatoria.

Nuestro momento histórico antimatrístico no da posibilidad al amor, y su carácter posmoderno presenta como quimeras los grandes relatos y desconfía de todas las instituciones, pero, al mismo tiempo, los «bolsones culturales» matrísticos impugnan las ideas hegemónicas del amor: el romántico en el amor erótico, el adultocéntrico en el amor filial, el egoísmo liberal en la democracia capitalista del amor fraterno y sororo.

Considero que una de las posibilidades para salir de la crisis está en sacar al amor del celofán sentimental, y vivirlo como acto artístico o proceso de subjetivación, epifánico, productor de verdad y criterio ético-político. Necesitamos re-vincularnos como una telaraña o como las fibras del corazón de un zapallo; hay que volver a ser familia y quebrar el antropocentrismo para construir y consolidar la relación metabólica con la madre tierra, la casa común, el útero mayor, el territorio que nos configura; hay que ser más *Homo vitalis* y menos *Homo consumens*, recuperando la ética cotidiana y el humanismo práxico.

Para torcerle el brazo a la emboscada que vivimos, urge la presencia efectiva y plena del amar en las camas, las casas, las aulas y las plazas. Debemos insistir en la corporalidad concreta en lugar de la incorporeidad virtual, abstracta, lejana y atemporal; priorizar el encuentro por encima del chat, el trino y el posteo, cambiando la interacción virtual frenética y frívola por la circulación de mensajes con contenidos y recuperar los abrazos, las miradas, los silencios y las pausas. Hay que arriesgarse a errar con la otredad en lugar del fútil acierto solitario.

Cotidianamente hay que perder el miedo al miedo, que confunde solidez y contextura con pesadez y tensión, que transforma las relaciones reales en conexiones virtuales y atemporales, que elude el compromiso de largo plazo y teme cerrar puertas para arriesgarse al desafío creador de la construcción del «inédito viable» en la vida personal y colectiva. Esto exige adquirir, reaprender y ejercitar las habilidades sociales no-virtuales, que han sido evitadas, olvidadas, desusadas o no-aprendidas. Se necesita desatar las poco anudadas conexiones virtuales que simulan vínculos, o que, en el mejor de los casos, construyen vínculos frágiles, dada su condición virtual de proximidad y distanciamiento, frenar la locomotora de la autoperpetuación de la lógica virtual y desarmar sus parámetros naturalizados que primero sustituyeron a la realidad-real y luego se convirtieron en lo real en-sí-mismo (o pretenden convertirse).

Debemos rescatar el amor de la trivialidad, liberarlo de la lógica capitalista, mercantil y calculadora. Para esto, es urgente recuperar la fuerza del diálogo lento, la introspección, el tejido espiritual, la escucha activa del palpitar de la vida. El amor es una llama que no se apaga, una tremenda fuerza transformadora contra la que no han podido los conjuros del patriarcado, el capitalismo, la (pos)modernidad y la virtualidad. Amar es una clave fundamental para orientar el cambio civilizatorio que necesitamos como garantía de la supervivencia planetaria.

En términos del amor (político) fraterno y sororo, considero que la propuesta de amor eficaz de Camilo Torres Restrepo puede servir como arquetipo. Al decir

de Orlando Fals Borda (2008, 2017), Camilo Torres rodeó el amor de prudencia y «buen juicio» (frónesis), coherencia entre lo que dijo e hizo (praxis), claridad de propósitos (telesis), diálogo y compromiso, construyendo un ecumenismo político, una utopía pluralista dialógica y amorosa, en la que se articula el potencial estratégico de las diversidad y las clases subalternas establecen un consenso activo.

Referencias bibliográficas

- Algava, M. (2021). *El abrazo caracol. Vínculo, grupo y comunalidad en la educación popular*. (Manuscrito sin publicar).
- Amin, S. (2009). *La crisis: salir de la crisis del capitalismo o del capitalismo en crisis*. (1.ª ed.). El Viejo Topo.
- Badiou, A. y Truong, N. (2012). *Elogio del amor*. Paidós.
- Bauman, Z. (2012). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Fondo de Cultura Económica.
- Cortázar, J. (1995). *Rayuela*. Editorial Sudamericana.
- Crossan, J. D. (2016). *Cómo leer la Biblia y seguir siendo cristiano. Luchando con la violencia divina desde el Génesis al Apocalipsis*. PPC Editorial.
- De Sousa Santos, B. (2009). Una epistemología del sur: La reinención del conocimiento y la emancipación social. Siglo XXI.
- Dri, R. (2020). *Ethos, ética y sociedad*. Editorial Biblos.
- Dussel, E. (2011). *Filosofía de la liberación* (2.ª ed.). Fondo de Cultura Económica.
- Escobar, A. (2003). «Mundos y conocimientos de otro modo». El programa de investigación de modernidad/colonialidad latinoamericano. *Tabula Rasa* (1), 51-86.
- Fals Borda, O. (2008). *La subversión en Colombia. El cambio social en la historia* (4.ª ed.). Fundación para la Investigación y la Cultura.
- Fals Borda, O. (2017). De la pedagogía del oprimido a la Investigación participativa. Intervención de Orlando Fals Borda, en el acto de homenaje a Paulo Freire (Bogotá, 4 de mayo de 2005). En *Dimensión Educativa* (Ed.). *Aportes 61. Paulo Freire y Orlando Fals Borda, educadores populares* (pp. 127-137). Dimensión Educativa.
- Fornet-Betancourt, R. (2016). *Filosofía y espiritualidad en diálogo*. Wissenschaftsverlag Mainz.
- Freire, P. (1970). *La concientización. Principios, metodología, experiencias*. Instituto Agrario Nacional de Venezuela - Imprenta Nacional.
- Freud, S. (1992). *Obras completas: Vol. XXI*. Amorrortu.
- Fromm, E. (2014). *El arte de amar*. Paidós.
- Ginzberg, E. (2018). Las raíces hebreas en el pensamiento teopolítico de Camilo Torres. En L. Á. Rojas Barragán y N. A. Herrera Farfán (Eds.). *Camilo Torres Restrepo. Polifonías del amor eficaz* (pp. 47-74). Editorial El Colectivo - Fundación editorial y Escuela El perro y la rana - Editorial Caminos - Editorial Quimantú. <http://iealc.sociales.uba.ar/publicaciones/camilo-torres-restrepo-polifonias-del-amor-eficaz/>
- Giraldo Moreno, J. (2016). *Camilo, entonces y ahora frente a creyentes y agnósticos*. Impresol ediciones.
- Guevara, E. (1977). *El socialismo y el hombre nuevo* [J. Aricó (Ed.)]. Siglo XXI.
- Haya, V. (2018). *Descolonizar a Jesucristo*. Akal.

- Hinkelammert, F. (2010). *La maldición que pesa sobre la ley. Las raíces del pensamiento crítico en Pablo de Tarso*. Editorial Arlekin.
- Hooks, B. (2000). *Todo sobre el amor. Una nueva manera de pensar el amor* (1.ª ed.). Ediciones B.
- Houtart, F. (2008). *El camino a la utopía desde un mundo de incertidumbre*. Ruth Casa Editorial.
- Lagarde, M. (2000). *Claves feministas para liderazgos entrañables*. Puntos de encuentro.
- Maffia, D. (2008). *Contra las dicotomías. Feminismo y epistemología crítica*. Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género. Universidad de Buenos Aires. <http://dianamaffia.com.ar/archivos/Contra-las-dicotom%C3%ADas.-Feminismo-y-epistemolog%C3%ADa-cr%C3%ADtica.pdf>
- Martínez Andrade, L. (2019). *Ecología y teología de la liberación. Crítica de la modernidad/colonialidad*. Herder Editorial.
- Maturana Romesin, H. y Verden-Zöller, G. (1993). *Amor y juego. Fundamentos olvidados de lo humano*. Instituto de Terapia Cognitiva.
- Montero, M. (2006). *Hacer para transformar: El método en la psicología comunitaria*. Paidós.
- Papa Francisco. (2020). *Carta encíclica Fratelli Tutti del santo padre Francisco sobre la fraternidad y la amistad social*. Librería Editora Vaticana. https://www.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco_20201003_enciclica-fratelli-tutti.pdf
- Vega Cantor, R. (2019). *El capitaloceno. Crisis civilizatoria, imperialismo ecológico y límites naturales* (1.ª ed.). Teoría y Praxis.
- Wallerstein, I. (2005). *Las incertidumbres del saber*. Gedisa.
- Zuleta, E. (2017). *Elogio de la dificultad y otros ensayos*. Ministerio de cultura - Biblioteca Nacional de Colombia. http://kimera.com/data/redlocal/ver_demos/RLBVF/VERSION/RECURSOS/REFERENCIA%20ESCOLAR/2%20BIBLIOTECA%20BASICA%20COLOMBIANA/elogia_de_la_dificultad_bbcc_libro_pdf_69.pdf

Las comisiones de fomento barrial y la participación en un territorio en disputa. Experiencias del accionar desde la Universidad

Neighborhood Promoting Commissions and participation in a disputed territory. Action experiences from the University

Kail MÁRQUEZ GARCÍA

Palabras clave: Participación de la comunidad, organización social, desarrollo humano, prácticas interdisciplinarias, educación

Keywords: Community participation, Social organization, Human development, Interdisciplinary placement; Education

Resumen

Este relato de experiencia se propone difundir el trabajo propio realizado en el territorio del Cerro de Montevideo durante los años 2021 y 2022 como docente universitario en vínculo con las comisiones Vecinales (CV) de fomento barrial desde el Programa Aprendizaje y Extensión (APEX)-Cerro de la Universidad de la República. En particular, se integra lo actuado con las CV de los barrios Polvorines-Ansina, Estrella del Cerro y 30 de Marzo, las que realizaron sus respectivas elecciones en el período mencionado. La importancia de trabajar junto a este actor social organizado radica en el fortalecimiento de la democracia participativa y el desarrollo comunitario, ya que se persigue el bien común en la zona. El objetivo del trabajo es sistematizar la experiencia y comunicar los aprendizajes más relevantes para un programa universitario en vínculo con la comunidad como es el APEX. La metodología se basa en la lectura crítica de los diarios de campo personales y papelógrafos que han funcionado como registro de las distintas actividades realizadas, así como de fotografías que apoyan la visualización de los momentos. Entre los resultados más relevantes figuran la colaboración para la reactivación de organizaciones comunitarias democráticas a escala barrial y el espiral positivo de retroalimentación con la Universidad de la República para la orientación de prácticas estudiantiles de formación integral. A modo de cierre, se reflexiona la importancia de sostener procesos de extensión e investigación-acción, incluso sin estudiantes, como vía de generar las condiciones sociales para la inserción de estos.

Abstract

This narrative of an experience proposes to communicate the task performed on the territory of Cerro Town at Montevideo during 2021 and 2022 as a university professor linked to the Neighborhood Promoting Commissions from the *Aprendizaje y Extensión* Program (APEX) from the Republic's University. Particularly, it is integrated what was performed with the Neighborhood Promoting Commissions from the quarters of *Polvorines-Ansina*, *Estrella del Cerro* and *30 de Marzo*, who in the previously mentioned period of time had their correspondent elections. The importance of working with this socially organized actor lies in the empowerment of participative democracy and the communitary development, as the shared welfare in the area is the common goal. The work 's target lies in codifying the experience and communicating the most relevant learning for a university program linked to the community as APEX. The methodology is based on the critical reading of the personal field journals and flipcharts that worked as records of the different activities, as well as pictures which also support the visualization of the moments. Among the most relevant results are the collaboration for reactivation of the democratic organizations at neighborhood level, and the positive feedback spiral with the Republic's University for coaching of student practices within integral formation. Last but not least, it is pondered the importance of sustaining extension and investigation-action processes even without students as a way to generate the social conditions for the insertion of the latter.

Datos del autor

Kail MÁRQUEZ GARCÍA

Docente ayudante del Programa APEX y Comisión Sectorial de Enseñanza de la Universidad de la República.

Br. en curso de la Lic. en Desarrollo de la Facultad de Ciencias Sociales (Udelar).

Correo electrónico: kmgarcia0794@gmail.com

Introducción

Este artículo de relato de experiencia se propone comunicar el trabajo realizado en el territorio del Cerro de Montevideo durante los años 2021 y 2022 desde el rol de docente universitario, en vínculo con las Comisiones Vecinales (cv) de Fomento Barrial desde el Programa Aprendizaje y Extensión (APEX) de la Universidad de la República. En particular, se integra lo actuado con las cv de los barrios Polvorines-Ansina, Estrella del Cerro y 30 de Marzo, las que realizaron sus respectivas elecciones barriales en el período mencionado y se observa cómo fue la colaboración desde la extensión universitaria, en clave de integralidad. Participan de la experiencia que se relata otros docentes de APEX así como también estudiantes.

La estructura del artículo comienza con una sección de antecedentes y contexto, donde se explicita la dimensión institucional y social del objeto de la experiencia que es la interacción entre la Universidad —en territorio, mediante la extensión (práctica docente individual y colectiva) y la enseñanza (inserción de estudiantes)— y una organización social —con la participación de la comunidad barrial—. Luego, un apartado sobre los posicionamientos teórico-conceptuales y metodológicos así como los objetivos del análisis reflexivo. Después se expresan las particularidades de cada una de las tres cv seleccionadas en este trabajo más una experiencia transversal ocurrida durante un curso de educación permanente, mencionando el trabajo comunitario de la organización social, el aporte desde la extensión universitaria en territorio y la inserción de prácticas estudiantiles. Finalmente, se ofrecen algunas reflexiones finales que abren nuevas líneas de análisis sobre las prácticas integrales que se realizan en el programa APEX.

Antecedentes y contexto social e institucional

Articular la educación con la dinámica viva de los movimientos sociales y apelar a la transformación de la realidad al servicio de comunidades democráticas.

José Luis Rebellato, 1999

Para contextualizar, el equipo docente multidisciplinario desde el cual se ha realizado este relato de experiencia corresponde en la nueva estructura a la unidad académica temática sobre participación social y comunitaria en territorio del programa APEX de la Universidad de la República Oriental del Uruguay. Según el ordenamiento institucional aprobado en 2020, a esta unidad le compete llevar adelante las estrategias de articulación territorial-barrial, participar activamente en los acompañamientos a los procesos de organización barrial y comunitaria e identificar sus problemáticas y demandas (APEX, 2020). Según la Ordenanza del progra-

ma APEX (Udelar, 2014), el territorio de proyección es lo que en Montevideo se denomina 'Zonal 17', con proyección a todo el Municipio A (ver figura 1). En particular, los casos abordados en esta oportunidad refieren a tres barrios de las subzonas Casabó y Cerro Oeste: Polvorines-Ansina; Estrella del Cerro en Bajo Valencia; y 30 de Marzo. La figura 2 permite visualizar en el territorio las referidas cv.

Figura 1. Zonal 17 en el Municipio A



Fuente: <https://municipioa.montevideo.gub.uy/centro-comunal-zonal-17>

Figura 2: Ubicación de las cv en Casabó (inferior)-Cerro Oeste (superior); Villa del Cerro (derecha); zona productiva y cañada (izquierda).



Las marcas engloban los barrios de las comisiones de referencia. Izquierda: Estrella del Cerro. Centro: 30 de Marzo. Derecha: Polvorines-Ansina.

Los datos sociodemográficos del Zonal 17, según el Censo 2011 (INE, 2011) revelan que falta la información sobre necesidades básicas de los hogares insatisfechas del 30.4 % de la población; es decir que el ese porcentaje de hogares no fue relevado por distintos motivos (Alonso, 2022). En particular, la subzona sobre la que se ocupa este artículo está señalada en los planos censales como 'asentamientos irregulares'. En el caso de Polvorines-Ansina, aproximadamente el 75% de los hogares no fueron relevados, lo que representa una dificultad a la hora de construir evidencia para las políticas públicas.

Con respecto a las estadísticas disponibles para el Zonal 17 brindadas por la Intendencia de Montevideo, es posible mostrar algunos aspectos relevantes en términos de la realidad sociodemográfica. De las 41 668 personas que allí vivían en 2011, un 23,7% estaba en situación de pobreza y un 12% estaba en situación de desocupación, ubicándose ambos guarismos entre los peores números del departamento (IM, 2019).

En la coyuntura contemporánea, el período de estudio contempla la transición de un modelo de gobierno nacional-progresista hacia una administración de coalición liberal-conservadora, lo que en los territorios se ha traducido en un retiro de políticas sociales de cercanía, programas de trabajo en los barrios y con la comunidad, jóvenes y espacios de coordinación interinstitucional y multisectorial. Asimismo, otro factor externo ha sido el inicio, auge y transición de cierre de la emergencia sanitaria declarada por la pandemia ocasionada por el Sars-Cov-2, que significó en simultáneo una profundización de problemas de índole laboral y social, ya que un número de trabajadores informales vieron recortados sus ingresos sin compensación y debieron acudir a las emergentes ollas populares que surgieron en respuesta (Rieiro et al., 2022).

Ante toda esta situación, el despliegue de la universidad en territorio se ha ubicado junto a las organizaciones vecinales y sociales que desde la comunidad tejieron redes de sostenimiento y cuidado de la vida. Fue así que se multiplicaron ollas populares y huertas comunitarias, y resurgieron varias comisiones vecinales de fomento barrial. En distintos puntos del territorio en el cual actúa APEX, vecinas y vecinos se fueron organizando y solicitando apoyo a otros colectivos, redes institucionales, etcétera.

El presente artículo reconstruye parte de esta historia barrial reciente, recupera los aprendizajes mutuos y comunica los aportes en procura de continuar un proceso de retroalimentación. Comienza especificando las actividades en cada cv y cierra con algunas líneas comunes de análisis que se extraen como importantes de la experiencia.

Posicionamiento teórico-conceptual y metodológico

Hecha la introducción de antecedentes institucionales y estructurales al programa y al territorio, es importante mencionar lo que adelantara José Luis Rebellato (1996) en

sus aportes sobre la época neoliberal en la que se vive, a la cual define como el predominio de un modelo «productor de pobreza y de crecientes niveles de exclusión» (p. 94). Apoyándose en el economista alemán Franz Josef Hinkelammert, señala que «por causa de la lógica del mercado, en los países del Tercer Mundo vive una población superflua que se encuentra excluida de los procesos de producción» (p. 94). Entonces, entendiendo la democracia no como el solo acto de elegir gobernantes, sino desde una participación protagónica de los sectores populares, Rebellato señala algunas tareas para quienes trabajan desde la educación en comunidad. Una de ellas tiene que ver con construir poder local de forma dialógica y pedagógica.

Se toma para la práctica docente un posicionamiento de extensión crítica, donde el diálogo y la cooperación con actores sociales no busca extraer información con un trabajo de campo ni transferir conocimientos, sino aprender mutuamente y co-crear con los otros las herramientas que desarrollen dispositivos de participación de la comunidad y organización social. También, se apoya en un marco de desarrollo sustentable a escala humana, como plantea el economista chileno Manfred Max-Neef, donde las personas sean sujetos de acción y agentes activos de transformación en lugar de objetivos de intervención y pacientes pasivos (Max-Neef et al., 1986).

Con respecto a la metodología empleada, se trata de un análisis documental de fuentes primarias de información, como cartas escritas por las cv, diarios de campo personales de quien escribe y papelógrafos realizados en encuentros colectivos, así como de fotografías que apoyan la visualización de los momentos. En esta línea, los objetivos del artículo procuran sistematizar la experiencia y comunicar los aprendizajes más relevantes para un programa universitario en vínculo con la comunidad como es el programa APEX.

Desarrollo

Como espacio de organización social, las cv toman distintas formas y arreglos institucionales. Estas pueden ir desde una agrupación informal de vecinos hasta una asociación civil registrada en el Ministerio de Educación y Cultura, sujetas a las normas y reglamentaciones fijadas por el Estado, en particular, por la Dirección Nacional de Asuntos Constitucionales, Legales y Registrales. En este caso en particular, la cv Polvorines-Ansina no tenía personería jurídica, mientras que las cv Estrella del Cerro y 30 de Marzo sí, pero se encontraban inactivas, por lo que no habían participado en el último censo de asociaciones civiles.

Comisión vecinal de fomento barrial Polvorines-Ansina

En julio de 2021, dos barrios separados (y unidos) por una cañada entubada tomaron la decisión de formalizarse como grupo convocando a elecciones para la nueva

comisión vecinal. Se conformaron tras la presentación de una lista y del acto de votación y rápidamente se dispusieron a organizar actividades como el Día del Niño, reuniéndose periódicamente en el recientemente estrenado Centro Cultural Casa de la Pólvora, construcción colonial reformada por el Municipio A —que constituye el tercer nivel de gobierno en Uruguay—. Dicho ámbito se asume como gestión con grados positivos de participación y apertura hacia la cv del barrio.

Se realizaron visitas —el docente que redacta y el profesor adjunto Eduardo Alonso— para conocer la infraestructura física y el equipamiento urbano, los servicios existentes, y para ofrecer un aporte a la articulación brindando insumos sobre los actores con que se trabaja desde la institución universitaria.

En otro orden, un elemento para destacar, es la petición que hizo en diciembre de 2021 Tania Rodríguez, presidenta de la cv Polvorines-Ansina presentó al director Olivetti de APEX para realizar un censo barrial a modo de relevamiento para conocer la población exacta que habita en el territorio y cómo se componen las familias, a fin de evaluar el índice de pobreza. Para esto se conformó un equipo de trabajo en APEX con los docentes Alonso y Márquez y el asistente de la dirección Rafael Zeni, que brindó un análisis censal. La presentación del relevamiento se realizó en la Casa de la Pólvora en julio de 2022. Se comunicó que se identificaron vacíos en el trabajo del INE que fueron trasladados institucionalmente para que fueran subsanados y no se repitieran en el nuevo censo nacional planificado para 2023.

Cabe mencionar que tanto en esta cv como en las que se presentan *a posteriori* se trabajó junto a vecinos referentes (de ollas populares, concejales vecinales, etcétera) que aportaron solidariamente su conocimiento y tiempo educando tanto a su comunidad como también a los actores de la Universidad.

Comisión vecinal de fomento barrial Estrella del Cerro

Ante la situación de inactividad de la anteriormente existente cv, un grupo de vecinas y vecinos realizaron una serie de asambleas entre los meses de septiembre y octubre de 2021, con el objetivo de hacer un llamado abierto a elecciones. El Programa APEX, a través de su docente Márquez, fue convocado a participar para asesorar y apoyar en la organización de las asambleas, e integró la comisión electoral como institución neutral. En este proceso, se construyó un sentido de que se integraran en la comisión electoral vecinos residentes jóvenes para formarlos en la tarea.

Para la elección se eligió un método por plancha abierta en lugar de listas cerradas, lo que permite la postulación individual en lugar de requerir la conformación de grupos que compitieran por los votos. De esta manera, cada residente del territorio de la cv mayor de 16 años era elector de hasta seis personas residentes mayores de 18 años que se habían autoinscripto en la elección. Se tomaron consecuentes actas de apertura y cierre de urna, así como un acta de escrutinio y proclamación, las cuales quedaron como Libro de Actas refundante.

Una vez proclamada la nueva integración, la cv activó un conjunto de acciones

y planes para el desarrollo comunitario. Hasta entonces se contaba como salón vecinal solamente con el histórico Centro Comunitario El Tambo (co-gestionado con la organización no gubernamental Instituto de Promoción Económico Social del Uruguay -IPRU), ubicado José Caña 4037, en el Bajo Valencia sobre la rambla de Casabó, donde los días hábiles funciona un club de niños del Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU), que es gestionado por el IPRU. Luego de reponer la personería jurídica de la asociación civil —trámite ante el MEC—, se logró recuperar un espacio en el centro del barrio anteriormente ocupado por un jardín de infantes del Consejo de Educación Inicial y Primaria de la Administración Nacional de Educación Pública, que fue trasladado a otro sitio. El local fue reinaugurado y bautizado Espacio Alfredo Sosa. Se remodeló y se abrió una serie de talleres (karate, candombe, prevención de conducta suicida, mapeos participativos con adolescentes). Asimismo, se ubicó en el espacio el Centro Juvenil de Casabó del INAU gestionado por IPRU.

Durante el segundo trimestre de 2022 se desarrolló un proceso conjunto, a raíz de una petición que la CV realizó al director de APEX, Olivetti, respecto al trabajo con niñas, niños y adolescentes (NNA) del barrio. La petición solicitaba apoyo con la realización de talleres socioeducativos y recreativos los días sábados en el centro comunitario El Tambo y en el salón vecinal Alfredo Sosa como espacios de Infraestructura. A raíz de esta construcción de demanda social y de la configuración del problema de encuentro e intervención, el Espacio de Coordinación Académica de APEX determina la articulación con la unidad académica temática Ciclos de Vida —perfil Infancias y Adolescencias—, a través de su co-coordinador, profesor adjunto Carlos Torrado, para direccionar en apoyo un espacio de práctica integral. De esta manera, un grupo de estudiantes recibió una formación teórico-práctica de 60 horas con trabajo práctico en territorio sobre promoción de derechos de NNA con herramientas lúdico-expresivas en la mencionada institución educativa, con un reconocimiento curricular optativo. Allí, se realizaban dinámicas y juegos previamente planificados para trabajar conceptualmente los derechos y la participación. Las evaluaciones académicas y comunitarias fueron muy positivas, tanto en el aporte al barrio como al enriquecimiento de las estudiantes de grado que venían de orientaciones disciplinares muy dispares (como educación social, nutrición, enfermería, arquitectura, etcétera) pero que se constituyeron como equipo de trabajo multidisciplinario, recibiendo una importante sensibilización ética sobre los problemas sociales, así como una perspectiva de trabajo con y desde los vecinos.

Comisión vecinal de fomento barrial 30 de Marzo

El relacionamiento con esta CV es el menos extenso, ya que se inicia a mediados de marzo de 2022 y ocurre hasta julio de 2022. A raíz del vínculo de algunas vecinas del barrio con referentes de otros barrios, y ante la inactividad de la anterior CV, se convocan sucesivas asambleas para realizar nuevas elecciones, de forma que se

vuelva a utilizar el salón vecinal no solo para eventos familiares, sino también para actividades abiertas al barrio, talleres, etcétera. También en este caso APEX integró la comisión electoral junto con vecinos referentes. Se diseñó una estrategia de difusión combinada por afiches, reuniones abiertas, audio-carros parlantes, etcétera. Finalmente, la transición se activa entre fines de mayo e inicios de junio de 2022. La nueva cv comenzó organizando el Día del Niño, tardes de té para mujeres, clases de karate y baile, entre otros.

Curso Investigación Acción Participativa (IAP): abordajes territoriales

Entre los meses de junio y agosto de 2022, se llevó a cabo un curso de educación permanente en APEX llamado «Investigación acción participativa (IAP): abordajes teórico-prácticos en territorio», en formato de cátedra libre o abierta, es decir, no solo para profesionales, estudiantes, docentes y egresados universitarios, sino también para vecinos y militantes sociales. Este curso teórico-práctico de dos meses sobre la metodología IAP, coordinado por los docentes Tomassino, Bianchi y Gandolfo, se compuso de cuatro grupos motores distintos, uno de ellos con las cv del Casabó ampliado. Para esto, se recorrió las distintas sedes de las cv mencionadas, con un objetivo estratégico de aportar al proceso de construcción de una nueva unión de las comisiones barriales, y con un objetivo operativo de aplicar y aprehender el uso de herramientas vinculadas a la reconstrucción crítica de la historia local, mapeo de territorio, problemas y actores y el diseño de un plan de acción correspondiente.

A modo de síntesis, se vislumbran algunos problemas clave comunes y potenciales líneas de trabajo como, por ejemplo, la limpieza de residuos de las cañadas que atraviesan la zona, con sus respectivas dimensiones ambientales, sanitarias, educacionales y de trabajo. Se rescata el lugar ocupado por los vecinos de a pie, sin formación técnica ni profesional, con su saber militante, de igual a igual, participando y co-produciendo conocimiento útil para la planificación de acciones alineadas con la estrategia local de desarrollo humano.

Reflexiones finales

A modo de reflexiones finales se desprenden, por un lado, aprendizajes y, por otro, desafíos para el futuro del trabajo desde un programa universitario integral e interdisciplinario en el territorio del Cerro y subzonas adyacentes.

Como preámbulo, cabe reforzar primero la idea del necesario vínculo con la comunidad, instituciones, vecinas y vecinos organizados y no organizados que tiene APEX, ya que no se busca solo relocalizar las actividades universitarias en la periferia reproduciendo una relación hegemónica del conocimiento en la relación academia-sociedad, sino avanzar en la democratización del conocimiento más allá

del acceso y apropiación, sino también en la co-producción para la transformación social. Este ejercicio requiere de espacios de reflexión metodológica y de debate de perspectivas ético-políticas sobre las prácticas del personal docente, así como de comunicación de las actividades realizadas para ser sometidas a la crítica y autocrítica. En segundo lugar, la importancia fundamental de la inserción estudiantil, ya que aun cuando la ordenanza aprobada otorga una relativa amplia autonomía institucional de APEX, este se debe a la Universidad, y esta a sus estudiantes con la enseñanza como función sustantiva (Universidad de la República, 2014). Esto no quita que los procesos de vínculo con la comunidad dispongan de un acople y sincronización entre los tiempos institucionales y curriculares con los tiempos comunitarios, que no son los mismos y que están en tensión. En ciertos espacios, es necesario que el personal docente genere las condiciones para la integralidad en los dispositivos previo al ingreso de estudiantes, así como en otras ocasiones, son las y los estudiantes organizados quienes llevan a cabo sus proyectos de extensión-acción en los barrios que reciben luego apoyos institucionales y académicos.

Entre los aprendizajes obtenidos, se rescata la importancia de contar con grupos de vecinas y vecinos que se formalizan, se autoconvocan y promueven la participación democrática de base, sin distinciones sectoriales, político-partidarias ni religiosas. Esta es una gran fortaleza. Luego, se constata la importancia de una escucha activa en cuanto a lo específico de las formas más efectivas para acercarse a los vecinos entre sí por causas comunes, sin forzar las situaciones, generando escenarios comunitarios donde encontrarse desde la horizontalidad. No siempre las formas académicas dominantes de participación son las más efectivas en los barrios populares; por eso es importante que el diálogo de saberes sea real y no se imponga una visión normativa que sesgue las acciones. Estos procesos demuestran algunas de las imperfecciones de la democracia moderna: ciudadanos que no han sido invitados a ser parte de la toma de decisiones que hacen a su entorno más cercano, o a pensar y proyectar futuros escenarios barriales que permitan soñar alternativas posibles a las necesidades insatisfechas que existen y desenvolver toda la potencia que yace en las propias experiencias de organización y resistencia a los modelos dominantes de desarrollo.

Se muestra aquí como la colaboración para la reactivación de organizaciones comunitarias democráticas a nivel barrial genera un espiral positivo de retroalimentación con la Universidad de la República para la orientación de prácticas estudiantiles de formación integral. Es importante mencionar que sostener procesos de extensión e investigación-acción, incluso sin estudiantes, se entiende como vía de generar las condiciones sociales para la inserción de estos a futuro.

Finalmente, en cuanto a los desafíos sobre los cuales es necesario profundizar *a posteriori*, es importante mencionar la articulación territorial y la ética de la autonomía en la educación popular.

En tanto la articulación territorial, diversos estudios como Rebellato (2011) y Vairo y Linares (2011) marcan que

la participación articulada, a través del impulso a las redes sociales del territorio, también propone el ejercicio de un mayor control por parte de los actores involucrados sobre los procesos que allí suceden. En definitiva, vecinos, organizaciones e instituciones que trazan, o fortalecen, lazos de comunicación para incidir en determinados aspectos que hacen a la construcción del territorio como tal. (Rebellato, 2011, p. 3)

Si bien son necesarias evaluaciones institucionales y académicas del proceso de los Servicios de Orientación, Consulta y Articulación Territorial (SOCAT), el cierre y reestructura de dicho programa durante el período de la experiencia por parte del Ministerio de Desarrollo Social, así como de sus mesas de coordinación zonal, ha resentido en la participación y coordinación local muy fuertemente. Para esto, contar con organizaciones vecinales autónomas coordinadas entre sí es un enorme desafío para la población, pero también para los aportes que pueda realizar a ese proceso la propia Universidad de la República.

Finalmente, con respecto a la ética de la autonomía, cabe tomar los aportes de Casas et al. (2009), quienes la contraponen a la ética del mercado, focalizando en el sujeto, su resistencia, sus potencialidades y capacidades de tener iniciativa popular para cambiar la historia. Con esa orientación, estas prácticas han promovido la organización vecinal y la unión de los distintos barrios, buscando superar la fragmentación del territorio.

Referencias bibliográficas

- Alonso, Eduardo (2022). *Presentación estudio censal del barrio Polvorines-Ansina y el Programa APEX-Udelar*. Sin publicar.
- Programa APEX (2020). *Propuesta de organización institucional*. Aprobado por la Comisión Directiva. Udelar.
- Casas, A., González, L., Machado, G., Brenes, A. y Burgueño, M. (2009). Los aportes de José Luis Rebellato en la construcción de un proyecto ético político liberador en Fronteras 5, 105-113. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/7275>
- Intendencia de Montevideo (2020). Información Física y Sociodemográfica por Centro Comunal Zonal. Montevideo. Unidad de Estadística. Servicio de Gestión Estratégica. Departamento de Desarrollo Sostenible e Inteligente. <https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/biblioteca/informetipoccz2019vf.pdf>
- Max-Neef, M., Elizalde, A., Hopenhayn, M. (1986). Desarrollo a escala humana, una opción para el futuro. Santiago. Cepaur Fundación Dag Hammarskjöld. https://www.daghammarskjold.se/wp-content/uploads/1986/08/86_especial.pdf
- Rebellato, F. (2011). *La participación en la Mesa de Coordinación Zonal (SOCAT) desde la perspectiva de los actores en el territorio. Los casos de Florida y La Cruz de Carrasco entre 2004 y 2008* [Tesis de grado]. Udelar. Facultad de Ciencias Sociales.
- Rebellato, José Luis (1996). El aporte de la educación popular a los procesos de reconstrucción de poder local. *Revista de la Multiversidad Franciscana de América Latina*, 6, 23-39.

Rebellato, José Luís (1999). Democracia radical, ética y educación. Tres claves del pensamiento de Henry Giroux. *Revista Regional de Trabajo Social*, 16, 13-20.

Rieiro, A., Castro, D., Pena, D., Veas, R y Zino, C. (2021). Tramas solidarias para sostener la vida frente a la covid-19. Ollas y merenderos populares. *Revista de Estudios Sociales*, 10(78). <http://journals.openedition.org/revestudsoc/50534>

Universidad de la República (2014, 1.º de julio). Ordenanza del Programa APEX Cerro. Consejo Directivo Central. Resolución n.º 6.

Vairo, R. y Linares, F. (2011). *Espacios de articulación territorial Santa Catalina. Hacia la renovación de la enseñanza y la curricularización de la extensión*. Udelar. Programa Apex. <https://apex.edu.uy/wp-content/uploads/2014/12/espaciosdearticulacion.pdf>

La vacancia total de la Psicología de la Salud en Argentina: causas y consecuencias

The total vacancy of health psychology in Argentina: causes and consequences

Enrique SAFORCADA
Francisco MORALES CALATAYUD

Palabras clave: psicología de la salud, psicología en Argentina, psicología en la aps

Keywords: health psychology, psychology in Argentina, psychology in aps

Resumen

Se trata el devenir histórico de la psicología en Argentina diferenciando las dos etapas del mismo con su muy diferente naturaleza y orientación: la primera fue de naturaleza científica, orientada hacia la investigación y la educación; la segunda, iniciada diez años después, fue solo de naturaleza especulativa y fundamentalmente orientada a la clínica y la atención individual de pacientes en el modelo de consultorio privado con marco teórico-práctico hegemónico psicoanalítico freudiano hasta finales de 1970 y lacaniano con posterioridad. Este último enfoque no es del campo de la psicología sino de la filosofía y totalmente ajeno al ámbito de la salud.

Estas distorsiones de la psicología fueron acompañadas de la generación de todo un sistema de prejuicios obturadores de casi todas las vertientes de especialización de la psicología que no fuera la clínica, dando lugar inclusive a la aparición de formaciones terciarias legalmente avaladas de la psicología social y el asesoramiento (*counseling*), verdaderas prácticas ilegales de la profesión amañadamente legalizadas.

Las abundantes distorsiones de la psicología en su segunda etapa tienen su raíz intelectual e ideológica en el enfrentamiento entre el positivismo y el antipositivismo que emergió hacia el final del siglo XIX y comienzos del XX con dominio final por parte del mal denominado *antipositivismo* que tal como lo señaló Berta Perelstein debió ser denominado *irracionalismo*. El desarrollo de la psicología en Argentina ha resultado, en contraste con lo logrado por esta disciplina casi en todo el resto del mundo, en un proceso y resultado irracionales.

Abstract

It deals with the historical development of psychology in Argentina, differentiating its two stages with their very different nature and orientation: the first was of a scientific nature, oriented towards

research and education; the second, started ten years later, was only speculative in nature and deeply oriented towards the clinic and individual patient care in the private practice model with a Freudian psychoanalytic hegemonic theoretical-practical framework until the late 1970s and Lacanian afterwards. This last approach is not from the field of psychology but from philosophy and totally alien to the field of health.

These distortions of psychology were accompanied by the generation of a whole system of blinding prejudices of almost all aspects of specialization in psychology that were not clinical, even giving rise to the appearance of legally endorsed tertiary formations in social psychology and advice (counseling), true illegal practices of the profession rigged legalized.

The abundant distortions of psychology in his period have their intellectual and ideological roots in the confrontation between positivism and antipositivism that emerged towards the end of the 19th century and the beginning of the 20th century with final dominance by the second misnamed antipositivism that, as said that Berta Perelstein should be called irrationalism. The development of psychology in Argentina has resulted, in contrast to what has been achieved by this discipline in almost the rest of the world, in an irrational process and result.

Datos de los autores

Enrique SAFORCADA

Facultad de Ciencias Humanas y de la Conducta de la Universidad Favaloro, Doctor en Psicología
Correo electrónico: enrique.saforcada@gmail.com

Francisco MORALES CALATAYUD

Licenciado en Psicología, Especialista en Psicología de la Salud, Doctor en Ciencias de la Salud, Polo de Salud Comunitaria, Sede Paysandú de Centro Universitario Regional del Litoral Norte, de la Universidad de la República
Correo electrónico: fmorales@cup.edu.uy

Introducción

El desarrollo de la psicología en Argentina tuvo particularidades positivas —las menos— y negativas —las más— que la diferencian de todos los procesos de surgimiento e implantación de esta disciplina en el resto de los países del mundo.

Se distinguen claramente dos períodos: *a)* el desarrollado en sus inicios, hacia fines del siglo XIX, en general de manos de médicos y educadores; *b)* el de institucionalización académica, con el surgimiento de las carreras de grado de psicología en facultades de filosofía.

Estos dos períodos estuvieron separados por un intervalo de aproximadamente diez años, desde que el primero se extinguió por jubilación o muerte de sus tratadistas e investigadores al segundo en que surgió de manos de educadores egresados de profesorado normales, de médicos y médicas y de egresados de facultades de filosofía que luego se dedicaron a cuestiones de la psicología o vinculando psicología con pedagogía.

Etapa de desarrollo inicial

Este período se inicia en los últimos veinticinco años del siglo XIX pudiendo tomarse como un indicador la creación, en 1892 en San Juan, por parte de Víctor Mercante —educador egresado de la Escuela Normal de Profesores de Paraná—, de un laboratorio de psicofisiología orientado hacia la psicología pedagógica. Unos años después, ya siguiendo el modelo del laboratorio de psicología experimental creado por Wilhelm Wundt en Leipzig en 1879, en 1898 Horacio Piñero, médico, crea el Laboratorio de Psicología Experimental en el colegio Nacional de Buenos Aires dependiente de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Este centro de investigación pasa en 1901 a la Facultad de Filosofía y Letras de esta universidad a donde Horacio Piñero dictaba un curso de Psicología Experimental.

Este grupo inicial de desarrollo de la psicología en el país —formado por médicos, educadores y filósofos— estuvo integrado por Víctor Mercante, Horacio Piñero, Francisco de Veyga, Enrique Mouchet, Juan R. Beltrán, José Nicolás Matienzo, José Ingenieros, Carlos Rodríguez Etchart, Coroliano Alberini, Rodolfo Senet, Horacio P. Areco, Alfredo Domingo Calcagno, entre otros.

Otra cuestión importante a tener en cuenta es que el quehacer psicológico inicial se vinculaba mayoritariamente con la medicina o con la educación y que la mayoría de sus cultores adherían al positivismo como posición epistemológica llegando, en 1924, a fundar el Comité Positivista Argentino que editó hasta 1938 la revista «El positivismo. Orden y Progreso», de la que fue su director inicial Víctor Mercante.

Quienes se abocaron a la psicología crearon en 1908 la Sociedad de Psicología de Buenos Aires, presidida inicialmente por H. Piñero, institución que dejó de

funcionar en 1913. En 1930, a instancias del médico Enrique Mouchet, se fundó la Sociedad de Psicología de Buenos Aires que se extinguió sin fecha fija constatable.

El intervalo

Todos estos emprendimientos y realizaciones iniciados en la última década del siglo XIX y, aproximadamente, el primer tercio del siglo XX no tuvieron proyección o una continuidad expansiva, quedaron solo en laboratorios aislados, cátedras en algunas carreras universitarias de grado en facultades de filosofía y letras o de filosofía y humanidades, en institutos, gabinetes, asociaciones y publicaciones que se fueron cerrando o diluyendo y que, para el inicio de la década de 1940, ya carecían del relieve necesario para el desarrollo de una disciplina que transitaba en el mundo por vertientes filosóficas —las de menor envergadura— y científicas, estas últimas, sobre todo, en Alemania y en el mundo anglosajón.

En 1943 las fuerzas armadas dan un golpe de Estado instalando un gobierno militar que tuvo continuidad ideológica con el gobierno surgido de la elección democrática de 1946, que le dio el triunfo a Juan Domingo Perón, militar de orientación nacionalista de centro-derecha. Su gobierno implicó un gran desarrollo de la justicia social: incorporación de la clase obrera a la vida política del país, desarrollo de la seguridad social —jubilaciones en todas las ramas laborales, instauración de la carpeta médica laboral, los convenios colectivos de trabajo, el Estatuto del Peón Rural, entre otros logros—, la expansión y democratización de la educación y la gratuidad en las universidades del Estado, el voto femenino en las elecciones nacionales, un salto positivo y excepcional en el campo de la salud pública, entre otras realizaciones que se podrían mencionar. Luego, Perón vuelve a ganar las elecciones de 1952, pero no llega a completar el mandato al ser depuesto por el golpe militar de septiembre de 1955.

En esta década ampliada (1943-1954) los ámbitos universitarios estuvieron en permanente agitación y enfrentamiento del profesorado y el estudiantado con el gobierno nacional. Para la elección del año 1946, a la candidatura de Perón se opuso un frente político que abarcaba todo el espectro partidista, desde la izquierda —Partido Comunista y socialistas— hasta la derecha conservadora y la embajada de Estados Unidos de Norteamérica (EE. UU.).

Tal vez, esta permanente situación político académica conflictiva, con huelgas y tomas universitarias antecedidas o seguidas de intervenciones de las universidades por parte del gobierno nacional, expulsión de profesores y profesoras, renunciaciones y designaciones de reemplazo sin concursos públicos explica que en Argentina, durante esta década del siglo XX, no se pasara de la mera presencia de disciplinas sociales y humanísticas como la antropología, la sociología y la psicología —algunas de ellas existentes solo a través de cátedras aisladas o algún instituto universitario— a carreras formales de grado. Por otra parte, sin que esto que se va a decir

signifique una afirmación rotunda o suficientemente fundada de modo objetivo, los gobiernos de corte nacionalista de derecha o centro derecha suelen ser refractarios a las especialidades que, como la psicología o la sociología, brindan conocimientos y herramientas de indagación que generan y posibilitan pensamiento crítico y permiten desvelar las falacias de las verdades a medias tan usadas en el mundo de la política y la economía política.

De aquel pujante desarrollo de la psicología en Argentina, iniciado en el siglo XIX y continuado durante el primer tercio del XX, para la década de 1940 solo quedaba lo que se puede considerar unos pocos vestigios o remanentes generalmente vinculados con la psicotecnia y la orientación vocacional relacionadas con el trabajo y la educación.

Hacia el cierre de la década señalada se habían dado tres circunstancias relevantes que debilitaron significativamente al gobierno del General Perón:

- económico políticas: por ejemplo, entre otras, los ataques de EE.UU. que logró hacer excluir los productos agropecuarios argentinos de los mercados europeos a través del Plan Marshal; desequilibrios en la distribución de la riqueza que en la primera presidencia habían sido fuertemente progresistas; etcétera.
- coyuntural sorpresiva: tal como fue la muerte por enfermedad de su esposa, Eva Perón, en julio de 1952, figura políticamente esencial para el vínculo del gobierno con la clase trabajadora y los sectores pobres de la sociedad, la tercera edad y la infancia;
- sociopolíticas: sobre todo, el duro y creciente enfrentamiento con la iglesia católica y su feligresía de clase alta y media.

En este escenario de conflictividad y progresivo debilitamiento político del gobierno se dieron otras tres circunstancias que pueden haber llevado al posicionamiento de la psicología en una nueva perspectiva académico profesional:

- En diciembre de 1951 se crea en México la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP) y designa a su primer presidente, función que recae en el representante argentino, Dr. Eduardo Enrique Krapf, profesional y docente universitario de gran prestigio nacional e internacional;
- La SIP decide realizar en diciembre de 1953 el Primer Congreso Interamericano de Psicología, que se llevó a cabo en Santo Domingo. En este congreso se marcó con fuerza que la psicología era una disciplina esencial para el logro y el incremento del bienestar humano;
- Como señala Antonio Gentile (1997): «El 'Estado de bienestar' era un valor ideológico-cultural muy consistente en esa época y atravesaba por igual a las ideologías políticas más encontradas. En esa función trascendente de la Psicología coincidieron en la Argentina peronistas y antiperonistas» (p. 162), posibilitando que en marzo de 1954 se promoviera con apoyo del Estado y de las universidades públi-

cas —dado que políticamente al gobierno le resultaba positivo aliviar tensiones con la Iglesia y la clase media— la realización del Primer Congreso Argentino de Psicología, organizado por la Universidad Nacional de Tucumán (UNT).

Etapa del resurgimiento y la expansión

En este congreso llevado a cabo en Tucumán y en Salta tuvieron preponderancia temas que vinculaban la psicología con la educación; luego los temas relacionados con el psicodiagnóstico, sobre todo desde la perspectiva psicodinámica —pruebas de bases proyectivas— y, en tercer lugar, la psicología aplicada en el campo médico, preponderantemente en enfoques clínicos.

Gentile (1997) resume así las prominencias temáticas y de aplicación en este congreso:

En el Primer Congreso Argentino de Psicología se hizo manifiesto el interés por las aplicaciones educativas, la exploración psicológica y las aplicaciones médicas —«clínicas»- de la psicología; esta relación psicología-educación-clínica será una característica de la psicología en la Argentina (p. 171).

Esto aporta comprensión causal con respecto al porqué de los lugares o las orientaciones con las que se crearon las carreras de psicología. En la Universidad Nacional del Litoral (UNL), a instancias de la Prof. Erminda Benítez, decana de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación, se instituye la primera Licenciatura en Psicología en 1955.

La segunda, en 1956, se crea en la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), como Licenciatura en Psicología y Pedagogía, de cinco años de duración y tesis de licenciatura, generando en 1958 un nuevo plan de estudios de orientación científica a través del cual se accedía al título de Licenciado en Psicología, sin que se desactivara el anterior y dando opción al alumnado para seguir en el plan inicial o pasarse al nuevo, siendo que sus diplomas finales eran equivalentes para el ejercicio de la profesión. También ese año se crea la carrera de psicología en una universidad privada confesional, la Universidad del Salvador, de la orden jesuítica.

En cuarto lugar, se instituye en 1957 la carrera de psicología en la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA. Al año siguiente lo hacen las universidades nacionales de Cuyo (UNCuyo) y la Plara (UNLP); en 1959 la UNT y 1966 la Nacional de Mar del Plata (UNMDP).

En general, todas estas carreras iniciales de psicología se crearon en facultades de filosofía y humanidades o letras, donde también estaban o fueron creadas las carreras de ciencias de la educación, no se instituyeron en facultades de medicina o de derecho y ciencias sociales, ni en facultades de ingeniería.

Como se señaló antes, se debe tener presente que, en sus inicios, la psicología en Argentina fue pensada antes que todo en términos de sus aplicaciones vinculadas con la pedagogía y como ciencia básica de este campo disciplinar; algunos de los pioneros de aquel movimiento iniciático, como Calcagno en el primer tercio del siglo pasado en la Universidad de La Plata, fueron profesores de cátedras de psicopedagogía.

Para comenzar a reflexionar sobre la orientación epistemológica de las carreras de esta disciplina —la psicología—, cuando se las comenzó a crear a partir de 1955, es necesario retroceder en el tiempo y analizar un proceso de gran relieve e impacto académico que se dio entre finales del siglo xix y comienzos del xx: la lucha intelectual en los claustros universitarios y otros ámbitos de la cultura entre positivistas y antipositivistas.

El positivismo en Argentina tiene su cuna más institucional en la Escuela Normal de Paraná, fundada por Domingo Faustino Sarmiento en 1870. En esta institución se formaron varios de los educadores que integraron el movimiento de desarrollo de la psicología en la etapa inicial —siglo xix—, Víctor Mercante fue uno de ellos. Mucho más tarde estudia y se recibe en esta misma escuela Raúl Piérola, que fue quien dio origen a la carrera de psicología en la Universidad Nacional de Córdoba y que de inicio la creó, como se señaló anteriormente, como licenciatura en psicología y pedagogía.

No es pertinente, ni a los fines de este escrito ni por limitaciones de espacio, entrar en los detalles del conflicto señalado entre esas dos corrientes de pensamiento —positivismo y antipositivismo. Sintetizando se pueden señalar dos figuras que lideraron la disputa, ambos médicos psiquiatras y de gran relevancia en cada uno de los campos epistemológicos en pugna: José Ingenieros (1877-1925) y Alejandro Korn (1860-1936). Este último adhirió inicialmente al positivismo hasta que cambió sus apreciaciones y fundamentos, tal vez influido por modas francesas propias de algunas intelectualidades argentinas e impactado, principalmente, por los desarrollos de Henri Bergson (1859-1941).

El antipositivismo, para el primer cuarto del siglo xx se impuso al pensamiento supuestamente adverso y, relevantes figuras de la filosofía como Francisco Romero (1891-1962) lo dieron por muerto. Lo importante y negativo de este proceso y su finalización es lo que, lúcida y fundamentadamente, señala Berta Perelstein (2022) en su excelente libro *Positivismo y antipositivismo en Argentina*:

...los adversarios del pensamiento científico y materialista fueron creando el hábito de incluir bajo el rótulo de «positivismo» a todo cuanto se refiriera a la investigación o cualquier consideración científica sobre los hechos de la naturaleza o de la sociedad. (p. 47)

Plantearon el problema de la espontaneidad del espíritu y el carácter original de la vida; a la concepción «naturalista» le opusieron el devenir irracional. Volvieron

al dualismo de materia y espíritu, relegaron la inteligencia para el estudio pragmático del mundo inorgánico y proclamaron la «autonomía de las vivencias» y las «componentes del valor» en las ciencias del espíritu, o la intuición bergsoniana que apareció paralelamente a ellas, para ofrendar los datos de las cualidades puras de nuestra vida interior (p. 55).

Hablando con propiedad, la de fin de siglo es una lucha antimaterialista y anti-cientificista, pero no antipositivista (p. 57).

Este supuesto antipositivismo se enseñoreó en las facultades de filosofía en las que a mediados de la década de 1950 crearon las carreras de psicología, situación que hizo posible la irrupción y progresiva cooptación que el psicoanálisis argentino —en general de mano de médicos— estableció en los claustros universitarios de la psicología en las universidades nacionales más grandes —en cuanto a las de mayor cantidad de alumnas y alumnos— como la UBA y la UNR.

En la Universidad Nacional de La Plata, que también se cuenta entre las universidades grandes, lo intentaron a través de Ángel Garma —médico español—, pero no pudieron dado que antes se llamó a concurso y lo ganó la Dra. Fernanda Monasterio, médica española formada al lado de Gregorio Marañón, que le dirigió su tesis de doctorado. Monasterio tenía una concepción científica de la psicología que se contrapuso y bloqueó las concepciones «antipositivistas» de Garma que se esforzaba por orientar la psicología hacia el psicoanálisis. No obstante, tiempo después y ya no estando Monasterio en esta universidad, la UNLP finalmente también fue cooptada.

En Argentina, en el ámbito del psicoanálisis, hay que diferenciar algo así como dos conjuntos:

- uno, el de las y los psicoanalistas rigurosos que delimitaban con claridad y precisión el abanico de problemas de salud a los que podían aportar solución o intentos de solución —que eran pocos y en general dentro del campo de las neurosis— y cuáles otros no podían y no debían afrontar, a la vez que diferenciaban también con rigor el psicoanálisis como teoría y práctica de la psicología como disciplina y profesión;
- el otro, el de quienes hicieron y hacen docencia universitaria del psicoanálisis basados en la pura especulación y con la finalidad de utilizar el espacio académico para obtener pacientes para sus consultorios desde el mismo alumnado o de los miembros del equipo docente de la cátedra, supervisiones de profesionales jóvenes o clientes para formación psicoanalítica en sus instituciones privadas.

Desde los inicios de esta apropiación se trabajó con mayor o menor disimulo, pero con indudable éxito, en lograr construir un verdadero sistema de prejuicios que impidió eficazmente que ingresen a los planes de estudio las perspectivas científicas de la psicología y, especialmente, se bloqueó el ingreso al mundo académ-

mico de algunas de las vertientes más importantes de esta disciplina, por ejemplo, entre otras: teoría de la personalidad, psicología social, psicología de la salud, psicología ergonómica, psicología económica, psicología ambiental.

Progresivamente el psicoanálisis se fue dogmatizando en Argentina y ha tratado y trata, aunque ahora es totalmente ineficaz en esta búsqueda, de que nada distrajera al alumnado y a las y los graduados jóvenes de aquello que no fuera la clínica con el modelo de consultorio privado y, esta actividad, solo con soporte psicoanalítico. Esto lo ha sostenido y trata infructuosamente de sostenerlo hoy por razones de dogma y por razones económicas clientelistas.

No obstante, la gran mayoría de las psicólogas y psicólogos insertos en el Primer Nivel de Atención de los subsistemas públicos de los sistemas de atención de la salud de Argentina, sobre todo en las áreas metropolitanas de las ciudades más grandes del país —Buenos Aires, Rosario, La Plata, Córdoba, Mendoza— que albergan aproximadamente el 50% de la población total del país y seguramente no menos del 70% del total de la matrícula de las y los profesionales de la psicología, trabajan con marco teórico psicoanalítico con el modelo de consultorio privado de atención personalizada individual, lo que genera colas de espera en la atención de la demanda y una elevadísima tasa de abandono por falta de adhesión a los tratamientos.

Esta situación ha sido objeto de tentativas de cambio por parte de algunas secretarías o ministerios de salud de las correspondientes administraciones públicas, pero los intentos han resultado infructuosos: el marco teórico-práctico señalado ha resultado inamovible.

Esta realidad aberrante y contraria a toda norma ética, dado que estas condiciones implican la violación a los derechos humanos atinentes a la mitigación del sufrimiento por trastornos de manifestación mental que es posible solucionar con otros marcos teóricos y otras estrategias de acción de carácter grupal o estrategias intracomunitarias participativas, tal como recomienda la Atención Primaria de Salud y desarrolla fundamentadamente la Psicología de la Salud.

Llama la atención que, en Argentina, a pesar de la difusión que ha tenido y tiene en el mundo desde hace más de medio siglo no exista —hasta la información que se ha podido recolectar— ni una sola cátedra de grado de psicología de la salud en ninguna universidad pública; pareciera que en las privadas tampoco.

Para reflexionar con rigor sobre este tema se debe tener en cuenta la situación geopolítica con la que se ha ido configurando el mundo desde la década de 1970 en el escenario del colonialismo anglosajón que tanto ha perjudicado y perjudica a Nuestra América. No son las mismas psicologías las que necesitan las diferentes configuraciones de países dadas las pugnas de dominación y liberación en general y, en particular, con relación al hecho de haber entrado la enfermedad y las industrias que generan sus insumos diagnósticos, terapéuticos y preventivos como un factor financiero, económico político, bélico y de dominación de primer orden —al respecto, no hay más que pensar e indagar con relación a la pandemia de covid-19—.

Nuestra América requiere la más amplia psicología posible, con una fuerte prevalencia de las orientaciones sociales y comunitarias, dada la importancia que tiene el tejido o entramado social y las estructuras colectivas —familia, redes afectivas, cooperativas, etc.— contrapuestas al individualismo neoliberal y que son elementos fundamentales para los procesos de autodeterminación de los países y de lucha por la descolonización mental.

Fue justamente Cuba el país pionero en el desarrollo de la psicología de la salud, varios años antes que lo que registra habitualmente la historia de esta especialidad que la ubica en su nacimiento en EE.UU., señalando como hito algunos artículos de Joseph Dominic Matarazzo de la década de 1970.

La psicología de la salud en el mundo emergió en Cuba, hacia mediados de la década de 1960 con un claro enfoque orientado prioritariamente al primer nivel de atención y en el contexto del pujante proceso de instalación de un sistema nacional de salud volcado a la satisfacción plena de las necesidades salubristas de la población, que la entendió en el entramado de toda la sociedad.

El enfoque programático para los primeros centros del primer nivel de atención en los que se integraron psicólogas y psicólogos, desarrollado por el Grupo Especial de Psicología del Ministerio de Salud Pública de Cuba en 1969, tiene un indudable carácter precursor de la psicología en el campo de la salud en la región y en el mundo.

Esta línea de su desarrollo en Cuba responde al paradigma social-expansivo de concepciones y prácticas de salud, que se centra en todo el proceso de salud haciendo hincapié en su protección y promoción, sin descuidar la atención de la enfermedad; a su vez, su unidad de análisis y acción es de naturaleza social —familia, comunidad, redes sociales, etc.— integrándose perfectamente con los lineamientos de la Atención Primaria de Salud (APS) tal como la explicó quien fuera el organizador de la Conferencia de Alma-Ata en nombre de la Organización Mundial de la Salud, el gran salubrista peruano Dr. David Tejada de Rivero quien se quejaba de cómo había sido tergiversada tanto la denominación de esta estrategia de acción en salud como su práctica. Tejada de Rivero (2003) decía, con respecto a la denominación que debió tener y a lo que debió implicar la APS, que era el: «cuidado integral de la salud para todos y por todos -multisectorial y multidisciplinario, promocional y preventivo, participativo y descentralizado» (p. 3).

La puesta en acción de esos presupuestos y su progresivo y sostenido desarrollo en todo el país, en permanente enriquecimiento hasta la fecha, da cuenta no solo del apoyo institucional con que ha contado la psicología de la salud en Cuba, sino también del accionar creativo, práctico y teórico de numerosas psicólogas y numerosos psicólogos a lo largo y ancho del país, como puede apreciarse en la literatura científica en las contribuciones que documentan diversos momentos de esa experiencia, tales como las realizadas por quienes fueron protagonistas de la misma, como Lourdes García Averasturi (1980), Jorge Díaz González (1987), Ada Casal Sosa (1987) y Reynaldo Pérez Lovelle (1987), señalando solo algunas de ellas y algunos de ellos.

Otros desarrollos de la Psicología de la Salud en Cuba, en la perspectiva más clínico asistencial en hospitales y otros centros, resultan más cercanos a las tendencias internacionalmente dominantes de esta área del conocimiento psicológico que responden más al paradigma individual-restrictivo centrado en la enfermedad, en la mirada y el accionar clínico individual.

Sin embargo, ambas líneas de surgimiento y evolución no dejan de mostrar la impronta de una salud pública nacional que no se subordina al mercado de la enfermedad y que brinda el espacio para lo multidisciplinar, la participación comunitaria y la integralidad de la atención.

La primera de estas dos líneas resulta esencial para este momento histórico de Nuestra América en el escenario de la peligrosa, necesaria e inevitable disputa por lograr terminar con el mundo unipolar que plantea el universo anglosajón y pasar a un mundo multipolar en que nuestra región pueda desarrollarse en toda su potencialidad anteponiendo los valores y derechos humanos en forma integral.

Para finalizar, es importante dejar sentada la preocupación de muchas y muchos colegas de Argentina por la ausencia de esta especialidad en el país y el agrado y conveniencia palpable en cuanto a que la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (Alapsa) organice y promueva una filial argentina de la asociación, desde la cual sería posible avanzar en una acción coordinada para que en el país, muy extenso territorialmente y con muchas universidades dispersas en varias de sus provincias, se comiencen a crear cátedras de grado de esta especialidad y actividades de formación de posgrado que den origen a la aplicación de sus desarrollos en el país.

Referencias bibliográficas

- Casal Sosa, A. (1987). Sobre algunos aspectos de la aplicación de un plan de actividades de Psicología en la Atención Primaria. Trabajo en comunidad e investigación. En *Psicología de la Salud en la Atención Primaria*, pp. 55-65. La Habana: Palacio de las Convenciones.
- Díaz González, J. (1987). Los orígenes de la integración de la Psicología a la Atención Primaria en Cuba. En *Psicología de la Salud en la Atención Primaria*, pp. 35-48. La Habana: Palacio de las Convenciones.
- García Averasturi, L. (1980). Psychology and Health Care in Cuba. *American Psychologist*, 35 (12), 1090-1095
- Gentile, A. S. (1997). El Primer Congreso Argentino de Psicología. 1954. *Cuadernos Argentinos de Historia de la Psicología*, 3 (1/2), 159-173.
- Perelstein, B. (2022). *Positivismo y antipositivismo en Argentina*. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata. doi:10.24215/978-950-34-2136-9
- Pérez Lovelle, R. (1987). Perspectivas de la profesión del psicólogo de la salud. *Revista Cubana de Psicología*, 4(2), 3-8.
- Tejada de Rivero, D. (2003). Alma-Ata: 25 años después. Perspectivas de Salud. *Revista de la Organización Panamericana de la Salud*, 8(1), 1-7.

Fuentes de los datos históricos

- Ferrari, F.; Ayrolo, I.; Torres, A.; Kabalin, F. y Fruttero, J. A. (2016). Inicios de la Psicología en Córdoba, Argentina: Psicología Experimental, Clínica y Social (1895-1918). *Revista de Historia de la Psicología*, 37, 35-45.
- Gotthelf, R. (s/f). *Historia de la psicología en la Argentina*. Sin datos de edición https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4325/65-cuyo-1969-tomo-05.pdf
- Klappenbach, H. (2006). Periodización de la psicología en Argentina. *Revista de Historia de la Psicología*, 27, 109-164.
- Maluf, M. R. (2012). Sociedad Interamericana de Psicología: historia, trayectoria y proyectos. *Revista de Psicología*, 30(1), 2015-220.
- Ostrovsky, A. E. (2008). La Sociedad de Psicología en Argentina (1908-1913) Treinta y nueve hombres y una mujer. *Revista de Historia de la Psicología*, 29(2), 55-67.
- Piñeda, M.A. y Jacó-Vilela (2014). Ciencia psicológica y profesionalización en Argentina y Brasil: 1930-1980. *Universitas Psychologica*, 13(5), 2015-2033.
- Ventura, A. C.; Gagliardi, R. y Moscoloni, N. (2012). Contextualización histórica e institucionalización académica de la psicopedagogía en Argentina. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12(2), 648-662.

Normas de publicación de *Revista IT*

Laura ARISPE / Nicolás BRUM / REVISIÓN: Víctor BARRANCO

En *Revista IT*, revista científica del Programa APEX-Cerro, se publicarán con prioridad los artículos de notable interés científico que sean resultado de investigaciones sobre cualquier área de las profesiones universitarias nacionales y extranjeras, relacionadas con la sociedad y la salud. También tendrán prioridad los profesionales integrados al programa que demuestren originalidad y se ocupen de los temas menos tratados, que comuniquen resultados de investigaciones académicas en los ámbitos de la sociedad y que estén comprendidos específicamente dentro del ejercicio de la extensión universitaria en la comunidad. Se requiere aplicar la exigencia de los parámetros adecuados en una estructura que siga los pasos de una investigación científica. Para ello se debe requerir una introducción que refleje el propósito que se persigue, con sus objetivos, y definir el problema de investigación, su importancia y la situación actual del tema a estudiar. Se expondrán las contribuciones de otras investigaciones relevantes y se hará hincapié en aquellas en que se basan para definir los objetivos y las hipótesis de investigación, presentado en forma razonada. Se expondrá el tipo de método seguido y se explicará la elección y el diseño de la herramienta metodológica a emplear. Se indicará la población y muestra seleccionada y el sistema elegido para disponer de las unidades de análisis.

Habrà una referencia al instrumento elegido para captar la muestra, se asegurará su rigor y validez científica y se razonará por qué se eligió. De tratarse de un sistema original, se explicarán sus características.

Sus resultados expondrán los hallazgos obtenidos y mostrarán si dan respuestas a las preguntas de investigación formuladas. A su vez, se comparará con otros resultados de investigaciones semejantes; se deberá exponer nuevas vías de investigación para otras pesquisas y se deberá finalizar con las conclusiones de forma escueta y determinante.

Las referencias bibliográficas deberán tener como mínimo diez entradas. El 70 % de las referencias

serán de los últimos años, a excepción de aquellas temáticas que no lo hagan recomendable.

Se incluyen en consideración para su publicación diferentes categorías de contribuciones que se explican en el inciso 3.

1. Aspectos generales

- Se recibirán contribuciones en cualquiera de los idiomas oficiales de la revista: español, portugués o inglés.
- La revista se compromete a publicar todas las contribuciones aprobadas. Los trabajos recibidos serán sometidos a un primer proceso de revisión en el seno de la Comisión de Redacción para comprobar su pertinencia con la línea académica de la revista, que sean de notable interés y que se adecuen a sus normas de estilo.
- Se podrán presentar trabajos originales, reseñas de libros o traducciones de artículos de interés.
- Todo dato o idea tomada de otro autor se ha de referenciar. Lo contrario es plagio. Este extremo será condición radical para rechazar un artículo.
- No se podrá atribuir a un autor ideas o palabras que no ha expresado ni interpretar maliciosamente la cita elegida.
- Se evitarán palabras de otros idiomas cuando son innecesarias y existe una voz semejante y aceptada en el idioma del artículo.
- Cuando se incluyan términos en otros idiomas por imperativo del contenido, se escribirán en cursivas.
- Se evitarán referencias espacio-temporales abstractas: expresiones como «en nuestro país», «este año», pues esta revista se difunde por diferentes países y su consulta podrá ser posterior al año de publicación.
- Se publicarán artículos de investigación, revisiones bibliográficas, informes de desarrollo de investigaciones, ensayos científicos, propuestas y modelos e innovaciones educativas, productos de elaboración de tesis de grado, tra-

bajos de ascenso o proyectos institucionales. Los trabajos presentados deben ser un aporte para el campo de las ciencias sociales, con énfasis en la educación, la salud y la sociedad.

- Se entenderá por *artículo de investigación* aquel trabajo que comunique resultados de investigación originales. Solo se admitirán ensayos o estados de la cuestión en casos muy especiales y relevantes.
- Solo serán admitidos trabajos originales e inéditos. Es decir, los artículos no pueden haber sido publicados a través de ningún medio impreso ni electrónico.

2. Extensión de las contribuciones

- Los artículos de investigación deberán tener un máximo de 25 páginas (tamaño A4, márgenes de 2,5 cm, doble espaciado, fuente Times New Roman tamaño 12).
- Ensayo, opinión, reporte y miscelánea deberán tener un mínimo de 2 páginas y un máximo de 15 (tamaño A4).

3. Categoría de las contribuciones

- Ensayos: interpretación crítica y original de cuestiones relativas a la práctica asistencial, temas sobre la docencia, de investigación y la extensión en la salud o áreas afines que contribuyan a la profundización del conocimiento.
- Reflexión: análisis de aspectos teóricos de las especialidades de la salud o áreas afines, producto de un proceso de reflexión, discernimiento y consideración atenta del autor que pueda contribuir a la profundización de temas profesionales.
- Relato de experiencia: descripción de alguna experiencia de asistencia, docencia, investigación y extensión en salud o áreas afines.
- Revisión crítica: evaluación crítica y sistematizada de la evolución científica de un tema de la salud o áreas afines, fundamentada en la literatura considerada pertinente. Deberán estar establecidos el tema, los procedimientos utilizados, la interpretación del autor y las conclusiones.
- Biografías: historias de vida de personas que hayan contribuido en el Programa APEX-Ce-

rro, así como personalidades nacionales y extranjeras que se hayan destacado en el plano que trata esta revista.

- Historias: relatos de hechos relevantes para la historia de la institución, de las ciencias médicas y sociales.
- Reseñas: síntesis crítica o análisis crítico-interpretativo del contenido de alguna obra publicada en los últimos dos años.
- Resúmenes de disertaciones y tesis: disertaciones y tesis concluidas que impliquen aspectos de salud, aprendizaje o áreas afines presentadas en los últimos dos años.
- Entrevistas: entrevistas realizadas a personalidades destacadas, especialistas o investigadores cuyos aportes sean relevantes y de interés para la comunidad científica. Las entrevistas serán evaluadas por el Comité Editorial de Revista IT.
- Información: documentos e informes breves acerca de la situación de la salud, a nivel nacional o internacional, o de eventos de interés para la comunidad profesional, tales como jornadas, congresos o cursos.
- Investigación: relato de investigación original y concluida referida a la salud o ciencias afines, siguiendo la estructura convencional establecida para las investigaciones.

Los artículos deberán estructurarse de la siguiente manera:

- a. Título del trabajo.
- b. Datos del autor: nombre, centro de trabajo, títulos académicos, dirección personal y de la institución donde trabaja, teléfono, correo electrónico, código postal y fecha de presentación.
- c. Resumen y Abstract: en idioma original e inglés con un máximo de 250 palabras. Los resúmenes darán a conocer los objetivos del trabajo, la metodología utilizada, los resultados más relevantes y las conclusiones.
- d. Normalización de descriptores: se aceptarán entre 5 y 7 descriptores (palabras clave), cuya existencia en español, portugués e inglés debe ser confirmada por el autor en la dirección electrónica de descriptores de Bireme: <http://>

- decs.bvs.br o a través de tesauros generales o específicos de cada disciplina.
- e. Título, resumen y descriptores en idioma original y en inglés (obligatorio para todos los artículos).
 - f. Introducción: cuerpo o desarrollo del artículo, la numeración de la estructura del artículo o documento solo en números arábigos. En caso de presentación de ilustraciones, tablas o figuras, se deberán identificar adecuadamente e ir acompañadas de leyenda explicativa que aclare símbolos y abreviaturas, así como el origen de datos o imágenes.
 - g. Texto: deberá presentar una secuencia lógica, organizando el desarrollo del trabajo en distintas secciones.
 - h. Conclusiones: se desarrollarán según el tipo de trabajo presentado.
 - i. Bibliografía y citas: se recomienda la utilización de las normas APA (*Publication Manual of the American Psychological Association*) 7.^a edición para la citación, los registros bibliográficos y usos de estilo.

4. Formato de la presentación

Las contribuciones deberán ser presentadas en archivo electrónico en formato DOC o RTF o en versión impresa por triplicado a la redacción de la revista. Las contribuciones deberán ser escritas de acuerdo a las reglas de la gramática y la sintaxis del idioma de origen.

5. Lista de comprobación de envíos

Como parte del proceso, se les solicita a los autores que indiquen que su envío cumple con todos los requisitos anteriores y que acepten que aquellos que no cumplan con estas indicaciones puedan ser devueltos al autor.

6. Copyright

La propiedad intelectual de los artículos publicados en esta revista pertenece a los autores, y los derechos de edición y publicación se conceden a la *Revista IT*.

7. Declaración de Privacidad

Los datos personales del autor introducidos en

esta revista se usarán exclusivamente para los fines declarados y no estarán disponibles para ningún otro propósito u otra persona.

8. Otras informaciones

Información y consideraciones de interés para el autor

- Es importante resaltar que la consignación del trabajo no implica compromiso alguno de publicación. Esta solo será efectiva a través de la Comisión Editorial de Revista IT.
- El trabajo aceptado que tenga observaciones, según el criterio de los evaluadores, será devuelto a su autor o autores para que se realicen las correcciones pertinentes. Una vez revisado por el autor, deberá ser entregado a la Comisión Editorial de Revista IT en un lapso no mayor a los 30 días.
- El trabajo no aceptado será devuelto al autor o autores con las observaciones correspondientes y no podrá ser evaluado nuevamente.
- Queda entendido que, una vez enviado el artículo a la revista e iniciado el arbitraje, el autor acepta este proceso y, en consecuencia, se compromete a publicarlo solo en la *Revista IT*.
- El autor o los autores recibirán cinco ejemplares de la revista en la que aparezca publicada su investigación.

Información para el lector

Se recomienda al lector que se registre enviando un correo electrónico a it@apex.edu.uy

Este registro le permitirá recibir la tabla de contenido o sumario por correo cada vez que se publique un nuevo número de la revista (*Currents Contents*).

La *Revista IT* no es responsable de las opiniones dadas por los autores de los artículos que en ella se publican.

La correspondencia de carácter científico y académico habrá de dirigirse a:

Comisión Editorial de Revista IT
Universidad de la República
Programa APEX-Cerro
Haití 1606, código postal 12800
Montevideo, Uruguay
Correo electrónico: it@apex.edu.uy

Blanca Acosta

Licenciada en Servicio Social - Universidad del Salvador, Buenos Aires
Posgrado en Dirección, Coordinación y Gestión de Programas e Instituciones de Alfabetización y Educación de Jóvenes y Adultos - Universidad Autónoma de Barcelona y Centro de Altos Estudios Universitarios
Ex docente grado 4 de la Udelar

María Teresa Almaraz

Doctora en Odontología - Udelar
Posgrado en Gestión de Servicios de Salud - Universidad Católica del Uruguay
Diploma en Educación Popular - Multiversidad Franciscana de América Latina
Magíster en Ciencias - Multiversidad Franciscana de América Latina

Virginia Aquino

Licenciada en Enfermería - Udelar
Magíster en Servicios de Salud y Doctoranda en Ciencias de la Salud - Udelar
Profesora agregada de Facultad de Enfermería - Departamento de Salud del Adulto y Anciano, Udelar

Claudia Bang

Licenciada en Psicología - Universidad Nacional del La Plata
Doctoría en Psicología - UBA
Magíster en Salud Pública Internacional - ENS, España

Andrea Berra

Licenciada en Psicología - UBA
Magíster en Género, Sociedad y Políticas - Flacso
Diplomada en Género y Políticas Públicas - Flacso

Delia Bianchi

Licenciada en Psicología - Udelar
Magíster en Integración de Personas con Discapacidad - Universidad de Salamanca
Prof. Agregada del Polo de Salud Comunitaria - Facultad de Psicología, CENUR Litoral Norte, Udelar

Martín de Lellis

Licenciado en Psicología - UBA
Magíster en Administración Pública - UBA
Profesor titular regular en la Facultad de Psicología de la UBA

Raquel Galotti

Licenciada en Psicología - Udelar
Magíster en Derechos de Infancia y Políticas Públicas - Udelar
Doctoranda en Psicología - Udelar

Virginia García Dos Santos

Doctora en Medicina - Udelar
Médica de Familia - Internista, Diabetóloga - Udelar
Docente del Posgrado en Diabetes de la

Universidad Católica del Uruguay (UCU)
Presidente del Comité de Educación Médica Continua de la Sociedad de Diabetología y Nutrición del Uruguay

Mario González Sobrero

Maestro de Educación Primaria
Magíster en Salud Pública. Educador para la Salud - Esc. de S. P. U. de Chile
Ex profesor adjunto de Facultad de Enfermería - Udelar
Ex representante del Cono Sur de la Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud (UIPES)
Ex consultor nacional de OPS/OMS, Unicef, FAO y Help Age International en Uruguay

María Paula Juárez

Licenciada en Psicopedagogía - Universidad Nacional de Río Cuarto
Magíster en Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Río Cuarto
Doctora en Psicología - Universidad Nacional de San Luis

Ana Kemayd

Doctora en Medicina - Udelar
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria - Udelar
Ex profesora agregada del Dpto. de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina - Udelar
Especialista en Psicología Familiar y Sistemática - UCU

Esther Lacava

Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria - Udelar
Magíster en Gestión de los Servicios de Salud - Udelar
Profesora de Facultad de Enfermería de la Udelar

Francisco Morales Calatayud

Licenciado en Psicología - Universidad Central de Cuba
Doctor en Ciencias de la Salud - Universidad de Ciencias Médicas de La Habana - Cuba
Profesor titular del Polo de Salud Comunitaria en el CENUR Litoral Norte, Udelar

Miguel Olivetti

Licenciado en Ciencias de la Comunicación - Udelar
Magíster en Información y Comunicación - Udelar
Director del Programa APEX- Cerro - Udelar

Joselí Otegui

Doctora en Medicina, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria - Udelar
Especialista en el Tratamiento de Adicciones Tóxicas y No Tóxicas
Profesora Adjunta del Dpto. de Medicina Familiar y Comunitaria - Udelar
Coordinadora Docente UDA - APEX, Facultad de Medicina - Udelar
Licenciada en Psicología - Udelar

Raquel Palumbo Durán

Licenciada en Nutrición - Udelar
Profesora agregada titular del Departamento de Educación de la Escuela de Nutrición, Udelar
Profesora adjunta titular de la Unidad Académica Temática Ciclo de Vida y Comunitaria- Vejez - Programa APEX - Cerro
Diplomada en Responsabilidad Social Universitaria, con formación en Educación Popular

Pablo Pereira

Licenciado en Nutrición - Udelar
Magíster en Derecho de Infancia y políticas públicas - Udelar
Profesor Agregado del Programa APEX- Cerro - Udelar
Coordinador de Salud Comunitaria - Programa APEX- Cerro

Susana Rudolf

Licenciada en Psicología - Udelar
Magíster en Psicología Social y Comunitaria - Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata

Enrique Saforcada

Doctor en Psicología
Profesor titular de Psicología Sanitaria - Universidad Favaloro
Prof. consulto titular de Salud Pública y Salud Mental de la UBA
Ex vicedecano de la Facultad de Psicología - UBA

Humberto Tommasino

Doctor en Medicina y Tecnología Veterinaria - Udelar
Doctor en Meio ambiente e Desenvolvimento - Universidade Federal de Brasil
Magíster Extensão Rural - Universidade Federal de Santa Maria, Paraná, Brasil

Graciela Umpierrez

Licenciada en Enfermería - Facultad de Enfermería - Udelar
Doctora en Ciencia de la Salud - Facultad de Enfermería - Universidad Federal de Pelotas Brasil
Magíster en Atención a la Salud en el Primer Nivel - Facultad de Enfermería - Udelar
Especialista en Enfermería Comunitaria y Hemato- Oncología - Facultad de Enfermería - Udelar
Directora del Centro de Posgrado y Unidad de Extensión Facultad de Enfermería, Udelar

Rodolfo Vázquez

Doctor en Medicina - Udelar
Magíster en Epidemiología - Udelar
Especialista en Accidentología Vial y Laboral - Fundación Mapfre
Diplomado en Gestión de los Servicios Sanitarios - AECI
Diplomado en Salud Pública - Udelar



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

latindex



9 771688 797001