



Trabajo final de grado.

Sistematización de experiencia:

**Coordinación de un grupo de
adultos en un servicio de primer
nivel de atención en salud.**

**Estudiante : María Valentina Pietro
C.I: 5.082.394.1**

Tutoría: Prof. Adj. Mag. Mónica Lladó

Índice

Resumen:	2
Introducción :	3
Fundamentación:	3
Contextualización:	4
Referentes teóricos:	7
Objetivos y ejes:	19
Estrategias metodológicas:	19
Desarrollo de la experiencia:	20
Análisis crítico :	24
• Rol del practicante	
• Grupo - Coordinación grupal	
Voces de los participantes:	37
Consideraciones finales:	40
Referencias Bibliográficas:	42
Anexos:	45

Resumen :

La siguiente sistematización parte de una intervención realizada en el interior del país en un servicio de salud de primer nivel de atención. Esta, surge a partir de la inserción al servicio como practicante del programa de residentes y practicantes de Facultad de Psicología en convenio con ASSE. La intervención, consistió en la coordinación de un grupo de adultos y adultos mayores enfocado en la prevención y promoción de salud. El motivo de esta sistematización es poder pensar sobre las distintas dimensiones que atraviesan esta experiencia: Los grupos y la grupalidad, lo institucional, la comunidad, la salud, el rol de practicante y el rol del coordinador.

Sistematización de experiencia: Coordinación de un grupo de adultos en un servicio de salud de primer nivel de atención.

Introducción:

El siguiente trabajo, busca realizar una sistematización sobre una de las propuestas de intervención enmarcada en el programa de Residentes y Practicantes de Facultad de Psicología en convenio con ASSE. En la misma, se trabajó con un grupo de adultos de entre 52 y 76 años de edad, en el período de marzo - octubre 2017, con un enfoque basado en la prevención y promoción de salud. El siguiente texto, busca poder realizar una síntesis y análisis crítico de la intervención en base a distintos puntos de la misma. Se tomará como referencia distintos aportes teóricos que desarrollan los ejes temáticos que atraviesan a este trabajo. En cuanto al análisis, se realizará una breve contextualización para describir y entender el funcionamiento del lugar en el que ocurre la intervención y de las políticas públicas sanitarias que enmarcan la forma de abordaje de la salud en nuestro país. También se plantean los objetivos del programa de practicantes y residentes en psicología para visualizar dentro de qué marco se interviene. Finalmente, se realizará un análisis crítico de la intervención en sí, basado en los aportes de la teoría de grupos rioplatense, el cual buscará observar cómo se pusieron en juego las distintas líneas de acción y los diferentes actores involucrados, así como también pensar las debilidades y fortalezas de la misma.

Fundamentación:

La fundamentación de este trabajo tiene varios puntos, el primero es debido a un interés propio de crecimiento profesional. Ya que, el poder pensar sobre nuestras intervenciones nos permite crecer y ganar experiencia en estos ámbitos. Otro punto, es la importancia de la creación de material académico, el cual sirve como insumo para poder repensar las intervenciones y para crear nuevos lineamientos teóricos que estén en sintonía con el hoy. Es por esto, que desde la UdelaR se destacan los 3 pilares fundamentales de la educación pública universitaria, los cuales son: investigación, enseñanza y extensión, respecto a esto Giorgi (2001) plantea:

la extensión es una tarea permanente, en tanto se atiende, se asiste a la Comunidad, y hay un relacionamiento con ella, la investigación entendida como producción de conocimiento, también es una variable permanente que, aunque no siempre aparece respaldada, o

apoyada en una propuesta, de investigación sistemática, pero sí en una permanente revisión de las modalidades de intervención. (p.9)

Tomando lo anterior, si bien como estudiantes y profesionales conocemos la importancia de nuestras intervenciones en territorio, muchas veces estas actividades no son reconocidas profesionalmente ya que quedan en el mero hecho de la experiencia. Por ello, es de suma importancia dejar un registro de lo realizado, ya que, muchas veces esto se pierde y es una de las cuestiones que hace que el trabajo psicológico comunitario se vea invisibilizado o no se sepa cuál es el aporte de nuestra disciplina en estos lugares.

Otro motivo, es que como practicante pueda plasmar lo realizado para que el prestador de salud ASSE pueda visualizar cuales son nuestras intervenciones en los distintos lugares de inserción. Y a su vez, poder dejar insumos para las próximas generaciones de estudiantes.

Contextualización:

La experiencia se desarrolla en un servicio de salud correspondiente al primer nivel de atención, localizado en un barrio de una ciudad del interior del país. En el barrio, hay aproximadamente unos 1500 habitantes. Esta cifra no es oficial, pero fue recabada en setiembre de 2005 (cuando comenzó a funcionar el servicio) a través de un censo que realizó el médico de familia con el equipo de salud, con el objetivo de obtener datos sobre la comunidad con la que iban a trabajar. La mayoría de los pobladores del barrio tienen su casa propia en el mismo, por lo cual son residentes fijos desde hace muchos años. El barrio tiene una comisión formada por vecinos desde hace 30 años y estos fueron quienes fomentaron la implementación de un servicio de salud de primer nivel en la zona. Los usuarios que concurren a la policlínica son mayoritariamente adultos.

Mi inserción en el servicio, comenzó el primero de noviembre de 2016 y se debe al hecho de haber sido elegida para formar parte del programa de practicantes y residentes de Facultad de Psicología. “Su objetivo es desarrollar procesos de formación de psicólogos universitarios que se correlacionen, adecuan y ajusten a las necesidades de la reforma del sistema de salud en nuestro país” (Biancci, De la Cuesta, Gandolfi y Muniz p.1)

El mismo, se encuentra en el marco de un convenio entre ASSE (Administración de servicios de salud del Estado) y Facultad de Psicología, el cual otorga cargos de

practicantes (a estudiantes avanzados) y residentes (Licenciados en formación de posgrado) en diferentes servicios de ASSE en varias partes del país.

Para los practicantes, los cargos son por un año. A la vez que se desarrollan las actividades en el servicio (las cuales son guiadas por un psicólogo referente del mismo) una vez a la semana los docentes del practicantado imparten distintos plenarios a los que asistimos todos los practicantes. En los mismos, damos contenido teórico sobre diferentes temáticas y generamos intercambios de las distintas experiencias. También, con frecuencia semanal tenemos supervisiones para poder analizar las situaciones que se presentan en la práctica con más detenimiento, estas son de forma individual o en grupos más reducidos.

Para contextualizar la creación del practicantado es necesario visualizar algunos cambios que se fueron dando en el sistema sanitario Uruguayo específicamente en el área de la de salud mental :

En el año 2008, dentro del marco de la descentralización de ASSE, se creó la Dirección de Salud Mental de ASSE. La misma tiene como cometido gestionar la asistencia de todas aquellas personas usuarias de la institución, que padecen enfermedades mentales en el territorio nacional. También participar en el desarrollo y mantenimiento de la salud mental, y en aquellas actividades destinadas a la prevención de la enfermedad y a la rehabilitación de las personas que la padecen. Esta Dirección (...) trabaja conjuntamente con la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata. (Trillo, 2011, p.139)

Es en este contexto, que se crea un proyecto que propone integrar a profesionales de psicología a los Equipos de Área de Salud de la Red de Atención del Primer Nivel de ASSE, denominando a los mismos, psicólogos de área. Según Trillo (2011) estos profesionales debían tener un perfil acorde a lo que se espera del trabajo en ese nivel. Teniendo como principales actividades: Participar en la promoción y prevención, realizar diagnósticos, trabajar multidisciplinariamente ante las diferentes situaciones que se presenten (en caso de que sea pertinente). Orientar al usuario a través de estrategias con diferentes enfoques: individual, familiar y comunitario. Atender consultas psicológicas, focalizando la demanda puntual del usuario desarrollando mecanismos eficientes de referencia y contrarreferencia. Implementar seguimientos domiciliarios en casos necesarios, fortalecer las redes barriales realizando intervenciones comunitarias a través de abordajes múltiples (entrevistas, talleres, observación participante, grupos operativos).

A su vez es en el marco de esta incorporación que se comienza a pensar en el vínculo Facultad de Psicología - ASSE, para formar profesionales que tengan un perfil que se adecue a las características del nuevo sistema. Por lo cual se genera el Programa de practicantes y residentes. Respecto a este Giménez (2012) plantea:

La importancia y sentido que para la Psicología tiene el proyecto de residentados y practicantados en servicios de salud públicos se explica por sí mismo pero sobre todo en la coyuntura histórico política que le dio viabilidad. La inclusión de psicólogos y estudiantes de psicología en los servicios de ASSE, y la cooperación interinstitucional a través de proyectos académicos y profesionales conjuntos, ha sido una aspiración durante mucho tiempo jalónada por distintos avances y no exenta de dificultades de variado tipo. La implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) otorgó una nueva significación a tal objetivo y (...) la definición posterior del Plan Nacional de Salud Mental, incorpora adicionalmente un marco de prioridades y modalidades de atención que enriquece las oportunidades de cooperación interinstitucional. (p.1)

A su vez Biancci et al, destacan que la propuesta busca articular la teoría aprendida a lo largo de la carrera, con la inserción en escenarios donde podemos visualizar la realidad en la que nos vamos a insertar como futuros profesionales de la salud. Tomando en cuenta los distintos factores que esto implica, como el trabajo en equipo, interinstitucional e interdisciplinario. El ser parte de estos equipos y trabajar a la par de estos profesionales, implica una responsabilidad ética y formativa. Realizar estas intervenciones como estudiantes nos da el respaldo de la institución (Facultad) a la vez que nos posibilita el poder pensar, reflexionar y supervisar nuestras acciones con los recursos que esta nos ofrece.

Desde el practicantado, en una primera instancia se nos propone y se les pide a los referentes, que realicemos nuestra inserción de una manera en que podamos tener un período de familiarización con los servicios, el equipo técnico, la comunidad y las redes institucionales que comparten escenario con este. Luego (de acuerdo al lugar y al referente) comenzamos a insertarnos en los distintos escenarios de intervención.

Referentes teóricos:

Para poder pensar sobre esta experiencia, es fundamental analizar desde que posicionamientos teóricos se abordará la misma. La psicología, es una disciplina muy amplia que posee variadas líneas teóricas, ámbitos de inserción y formas de acción. Para este abordaje, tomaremos como punto de partida la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) planteada por la OMS en 1978. Aspectos de la Psicología de la salud desarrollada en Cuba, de la Psicología Sanitaria desarrollada por Saforcada así como consideraciones de la psicología social y de la teoría de grupos rioplatense. Y, aspectos teóricos y legales que enmarcan la realidad sanitaria de nuestro país.

La estrategia de APS, fue definida en la conferencia internacional de Alma Ata en 1978 organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y UNICEF. La misma, se creó en busca de mejorar la deficiencia e inequidad existentes a nivel mundial en el plano de la salud de ese momento, el cual se debía al panorama político y económico que se vivía a consecuencia de la guerra fría. La APS, se creó para llevar a cabo la estrategia mundial denominada "Salud para todos en el año 2000" la cual se propone lograr "la reducción de la mortalidad infantil, el incremento de la esperanza de vida, provisión de agua potable y saneamiento, acceso universal a la atención médica, inmunización Contra las principales enfermedades infecciosas, etc". (OMS, 1978)

Según la OMS/OPS (2007) la estrategia, toma como pilares fundamentales la integralidad, interdisciplina e intersectorialidad. Para lograrlos, se debió sustituir el modelo médico hegemónico basado en la enfermedad, para pasar a un modelo basado en la prevención y promoción de la salud adecuando cada servicio a la población y apostando a la participación de la comunidad.

La APS, busca lograr un mayor acceso de las poblaciones a los sistemas de salud y una mayor equidad para los usuarios de las mismas, reorganizando los recursos del sector. Para esto, se crearon los tres niveles de atención en salud. Los cuales, están ordenados por niveles de complejidad a la hora de abordar las distintas situaciones.

Según Vignolo (2011) el primer nivel, se localiza en las policlínicas barriales y es la puerta de entrada del usuario al sistema, ya que, en estos servicios se resuelven la mayor cantidad

de cuestiones vinculadas a la salud. Las mismas deben contar con los recursos básicos para la atención integral, como son la medicina familiar, enfermería, psicología, pediatría, ginecología entre otros. El objetivo fundamental de este nivel, es el de la promoción y la prevención de la salud. Se busca generar estrategias de intervención que intenten reeducar y empoderar al sujeto para que se posicione activamente sobre su salud. El segundo nivel, es el de los hospitales el cual posee mayor cantidad de especialidades, recursos humanos, y mayor nivel tecnológico. Atiende tanto cuestiones de urgencia como procesos más largos que requieren muchas veces de la internación de los usuarios en el servicio. El tercer nivel, se desarrolla en centros especializados, con objetivos específicos de rehabilitación. A su vez, estos niveles están conectados entre sí y tienen una comunicación constante a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La referencia es el proceso mediante el cual un nivel de salud deriva un usuario a otro más especializado. Y la contrarreferencia es la vuelta del mismo al nivel anterior luego de haber sido atendida la situación que ameritaba su derivación.

Pasando a un plano más específico, dentro de la psicología tomaremos aportes de varias corrientes teóricas. Una de ellas es la de Psicología de la Salud desarrollada en Cuba. Según Calatayud (1997) esta disciplina, surge a partir de la práctica y de los cambios que se produjeron en el ámbito de la salud de este país en los años 60 y 70 que demandaban abordajes psicológicos distintos a los que se venían ejecutando hasta ese momento. Por lo cual, estas intervenciones se fueron realizando sin una teoría demasiado fuerte que los sustentara, sin embargo toma como antecedentes a la psicología clínica, médica, conductual y comunitaria desarrolladas en Europa y Estados Unidos en el siglo XX. Pero al notar que estos abordajes no eran suficientes para explicar lo que se estaba dando comienza a surgir esta psicología de la salud. Años después de estas prácticas, los profesionales comenzaron a sistematizar, estudiar, analizar y modificar las mismas para un mayor crecimiento de la disciplina.

Este autor plantea que la psicología de la salud, no es una nueva psicología, sino una rama aplicada de la psicología más general. Se basa en la estrategia APS y le interesa todo lo que tenga que ver con las variables psicológicas que se dan en el proceso salud-enfermedad en general y no solo enfocado a la llamada salud mental. Toma en cuenta los factores multicausales que inciden en este proceso, como son lo político, económico, cultural entre otros.

Y propone dos ámbitos de inserción de la psicología de la salud. Primero desde un lugar de participación en la formulación de políticas públicas sanitarias y en la formación de recursos humanos para los servicios en los que se integra una orientación psicológica y segundo, desde la participación directa del psicólogo en las instituciones de salud. Respecto a este último, considera que en la atención primaria en salud las prioridades de trabajo son muy variadas y dependen de las características y problemas de cada comunidad, por lo cual es necesario realizar un buen diagnóstico de situación para abordar las mismas. A su vez estos abordajes deben buscar generar fomentar la calidad de vida de la población tanto a nivel individual como familiar, institucional y comunitario. Por lo cual considera importante que los equipos estén conformados por varias disciplinas.

En cuanto a las acciones que se realizan en la APS Calatayud (1997) toma como pilares los conceptos de promoción y prevención en salud. En cuanto a la promoción plantea que si bien desde mucho tiempo atrás los servicios de salud realizaban acciones que podrían considerarse como promotoras de salud en los últimos 20 años este concepto había tomado más fuerza. Y considera como punto de partida dos definiciones, una formulada en el documento de 1974 por el gobierno de Canadá titulado "A New perspective on the Health of Canadians", conocido como "Informe Lalonde".

Este documento enfatizaba a la promoción de salud como medio para enfrentar los problemas de salud que aparecían como significativos en la población de ese país, y la definía (a la promoción de salud) como "el proceso para capacitar a las personas para aumentar el control y mejorar su salud". (Calatayud, 1997, p.102)

La otra definición la toma de la llamada carta de Ottawa 1986, la cual plantea (entre otras cosas) que, la promoción de salud consiste en brindar a la población los medios necesarios para mejorar su salud y tener un mayor control sobre ésta. Y para lograrlo, el individuo debe ser capaz de satisfacer sus necesidades y de adaptarse al ambiente. La salud no es percibida como el objetivo sino como la riqueza de la vida cotidiana.

Lo que concluye el autor respecto a estas definiciones, es que para llevar a cabo la promoción de salud debe haber un abordaje multisectorial, multidisciplinario y debe existir un compromiso por parte de las autoridades políticas. En cuanto al trabajo del psicólogo en la promoción plantea que:

Las acciones promocionales necesitan apoyarse en conceptos puramente psicológicos tales como: hábitos, actitudes, motivaciones, interacciones personales y familiares, y habilidades. Se hacen seis recomendaciones para el trabajo de los psicólogos: 1) identificar los problemas que requieren atención prioritaria; 2) para esa identificación, la información sobre la comunidad es la fuente para la toma de decisiones, debiéndose usar datos seguros procedentes de registros continuos, investigaciones previas o investigaciones al efecto; 3) trabajar en equipo con profesionales de otras disciplinas, compartiendo el conocimiento que sea necesario compartir; 4) evaluar los resultados siguiendo un modelo de intervención (al menos "antes-después", y con grupos de control cuando sea posible); 5) utilización de diferentes procedimientos con un carácter creativo; y 6) estimular la más activa participación de los miembros de la comunidad, ya sea tomando en cuenta su opinión en la definición de las prioridades y las estrategias, ya sea como "multiplicadores", ya sea en la evaluación de los resultados. (Calatayud, 1997, p. 103)

Respecto a esto, cabe destacar que si bien algunas cuestiones son planteadas como el ideal frente al trabajo del psicólogo en la promoción de salud, no son sencillas de llevar a cabo en la práctica. Esto se debe a diversos factores que tiene que ver con el proceso de cambio hacia este modelo de atención. Algunos de ellos, se ven en la dificultad de trabajar interdisciplinariamente (utilizo este término porque me parece más adecuado que el de multidisciplinariedad que trae el autor) sea por cuestiones de tiempo, falta de interés o por concepciones de poder de unas disciplinas sobre otras. A su vez, en el sistema muchas veces prima la cantidad por sobre la calidad y se sigue pensando en un modelo asistencialista.

Morales Calatayud (1997) trae también el concepto de prevención y plantea que está fuertemente vinculado al de promoción y es muy difícil hablar de uno sin mencionar al otro. Sin embargo, la prevención está fuertemente ligada a las enfermedades y a los factores de riesgo que pueden llevar a las mismas. Aunque estos no son lineales sino que se dan a través de diversas causas. Algunas de estas causas pueden ser los factores psicológicos que influyen a la hora de enfermar. Si bien, hasta ese momento se habían dado respuestas más explicativas y empíricas respecto a estos factores, el autor plantea que se debe estudiar y realizar un análisis más profundo que permita conceptualizar algunos de estos riesgos, e intenta conceptualizar algunos de los cuales si bien son utilizados comúnmente no tiene una definición clara. Como por ejemplo el riesgo psicosocial, los acontecimientos de la vida, el estrés, el estilo de vida, aislamiento, entre otros. Definiciones en las cuales no

ahondaremos pero que el autor plantea que se pueden considerar como riesgo de enfermedad cuando varias de estas están presentes en la vida del sujeto y que dependen de los estilos de afrontamiento que el mismo tenga para cada una de ellas. Por lo cual, como profesionales de la psicología, debemos no solo conocer estas definiciones si no que estar atentos a las mismas y a cómo impacta en cada sujeto y en su círculo de personas.

Siguiendo con los aportes teóricos, en los años 80 en Argentina, surge la llamada psicología sanitaria. Saforcada (2012) plantea que la misma es un capítulo de la psicología de la salud cubana y que su objetivo principal es el de dar respuesta a los problemas que atravesaba la salud pública de la época en este país. Los mismos, se debían a variados factores, socioculturales, políticos, económicos. Desde la psicología notaron que para poder abordar todos estos factores, el profesional que trabajará en el sector salud debía estar muy bien capacitado a la hora de sus intervenciones y debía poder visualizar la multicausalidad de las mismas. A su vez, la psicología sanitaria buscaba incluir el trabajo con la población como parte fundamental de la salud ya que la mayoría de las problemáticas no se podrían resolver si no existía un cambio en los estilos de vida de los sujetos.

Siguiendo con los planteos de Saforcada (2012) a partir del siglo XXI en la región, se comenzó a pensar en instancias que pudieran permitir intercambiar las diversas experiencias que se estaban desarrollando en los países del Mercosur. Es así que en agosto de 2006 se llevó a cabo el “Primer Congreso Multidisciplinario de Salud Comunitaria del Mercosur” en San Isidro, Provincia de Buenos Aires y en los siguientes años siguieron consolidándose estos congresos en los demás países. En estos encuentros, cada vez se fueron integrando mayor cantidad de instituciones universitarias y vinculadas a la salud así como miembros de las poblaciones con experiencias en trabajos comunitarios sobre todo los Agentes comunitarios de salud. Es así que se comenzó a visualizar un nuevo paradigma de salud denominado salud comunitaria.

En base a este contexto sociopolítico y cambio de paradigma que se venía dando en la región, en el año 2008 en nuestro país, se realiza un cambio en el modelo de salud creándose la Ley 18.211 que enmarca la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). La exposición de motivos de dicha ley plantea que el objetivo fundamental de la reforma es asegurar el acceso universal a servicios integrales de salud orientado por los principios que propone la estrategia APS. Para llevar a cabo estas modificaciones, se

realizaron cambios en distintos niveles. El principal es en cuanto al modelo de salud, se busca sustituir el modelo médico hegemónico por uno que privilegie la prevención y promoción de la salud poniendo el énfasis en el primer nivel de atención ya que abordando las temáticas que competen a ese nivel se descomprimen los otros dos y se resuelven la mayoría de los problemas de salud de la población.

Este es, sin duda, el cambio que conlleva más tiempo y que necesita de un proceso. No basta solo con implementar políticas públicas que indiquen un énfasis en la prevención y promoción sino que se necesita reeducar tanto a los equipos de salud en su totalidad como a la población en general. Por lo cual, si bien hace casi 10 años que esto se implementó lo que plantea la teoría no siempre se ve reflejado en la realidad. A su vez, el hecho de que sea un proceso denota que las cuestiones no se dan linealmente, sino que tienen sus momentos donde se avanza y también se retrocede, esto puede generar que se cuestione si este modelo es el más adecuado, y si la prevención y promoción de salud son realmente factibles. Considero que en este momento en donde prima la inmediatez y la necesidad de resolver los problemas rápidamente, las cuestiones que conllevan un trabajo lento y con resultados a largo plazo no son bien vistas, ya que muchas veces la cantidad prima sobre la calidad en la atención. Por lo cual, como futuros profesionales de la salud y sobre todo de la psicología debemos seguir apostando al fortalecimiento de este modelo que creemos es fundamental para la mejora de la calidad de vida de los sujetos.

Los otros dos cambios según la Exposición de motivos de la Ley N° 18.211 se dan en:

el modelo de gestión, asegurando la coordinación y complementación de servicios públicos y privados en todos los niveles; la profesionalidad, la transparencia y la honestidad en la conducción de las Instituciones y la participación activa de trabajadores y usuarios. c) en el sistema de gasto y financiamiento del sector, que asegure mayor equidad, solidaridad y sustentabilidad a través de un fondo único administrado centralmente.

Las políticas públicas de cada país deben apostar a la mejora de la salud basados en un perfil epidemiológico de la población. Intentando fortalecer los sectores más vulnerables y tomando en cuenta los factores de riesgo a la hora de intervenir. Una de las características que destaca del Uruguay con respecto al resto de Latinoamérica es que es uno de los países con población más envejecida. Según el Ministerio de Salud Pública (MSP) (2005) en Uruguay un 17% de la población es mayor de 60 años, de los cuales el 13,4 % es mayor

de 65 años. Esto quiere decir, que los adultos mayores son una de las principales poblaciones en las que hay que apuntar a la prevención integral de la salud. Teniendo en cuenta que esta es una etapa de la vida como todas las demás pero con sus características específicas.

Es necesario fortalecer la capacidad del sector salud en materia de atención primaria para proporcionar una gama continua de servicios a lo largo de la vida. La estrategia de Atención Primaria de Salud, el cambio de modelo de atención y el fortalecimiento del primer nivel de atención, constituyen aspectos sustanciales de esta política. Es necesario reforzar las capacidades de las personas adultas mayores como un recurso para el desarrollo de ambientes sanos, favorecer la creación de una infraestructura para el apoyo de los miembros de la familia de las personas de edad, el desarrollo de alternativas comunitarias para las prestaciones institucionales y la promoción de programas intergeneracionales. (MSP, 2005 p.5)

Apostar a la salud de los adultos mayores implica también apostar a la participación y al envejecimiento activo. Ya que, uno de los factores de riesgo más destacados en esta edad es la falta de actividad y el aislamiento social, los cuales muchas veces van de la mano con el momento en que el adulto debe jubilarse. El trabajo es uno de los ambientes donde se crean vínculos sociales y donde hay más participación, a su vez es una de las actividades que ocupa más horas en el día. El pasar de trabajar muchas horas diarias a no hacerlo genera un gran cambio en la vida del adulto, el cual muchas veces se siente en un lugar pasivo sin saber qué hacer. A su vez la mayoría de estos se encuentran solos en sus hogares algunos porque directamente viven así, otros debido al hecho de que el resto de los familiares se encuentran fuera del hogar durante muchas horas.

Esta concepción de pasividad va de la mano con la ideología capitalista que existe hoy día, donde el que no produce y no factura no se considera parte del sistema. Se debe lograr un cambio de percepción y entender que los adultos mayores tienen mucho que aportar a la población. Es por esto, que es importante destacar la inserción a otros ámbitos que no tengan que ver específicamente con el trabajo.

En cuanto a los equipos de salud no hay mejor prevención que ésta. Ya que, la participación comunitaria y en diversas actividades, no solo previene el aislamiento la tristeza y la depresión si no en una mejora de la calidad de vida general. Igualmente esto es algo un

poco difícil de demostrar, ya que no es una cuestión lineal de causa-consecuencia si no que esto afecta en varias áreas de la vida del sujeto que a su vez impactan positivamente en su salud. Por lo cual muchas veces el trabajo de prevención del psicólogo no es medible y es difícil visualizar y sistematizar estos efectos.

Respecto a los problemas de salud mental el MSP (2005) afirma que aproximadamente 10% de los adultos mayores padecen depresión, siendo aún mayor en la población institucionalizada (15% a 35%) o internada en hospitales (10% a 20%)". (p.6)

Lograr estos cambios no dependen solamente del persona sino también de las medidas de promoción de salud que poseen los servicios y a su vez del trabajo integral junto con las familias y generar redes para el adulto.

Según Morales Calatayud (1997) dentro de los enfoques de prioridades del trabajo en atención primaria uno de los que destaca es el del trabajo con adultos mayores . Destacando dentro de las acciones para el abordaje plantea :

realización de observaciones y estudios dirigidos a conocer los comportamientos nocivos para la salud más frecuentes entre los adultos mayores, así como las circunstancias del ambiente familiar y social que favorecen esos comportamientos o que incrementan las posibilidades de dificultar la adaptación a los cambios y situaciones de la vida típicos de la etapa 2) pesquiasaje de los individuos con mayores dificultades y con comportamientos que afectan la evolución de sus enfermedades crónicas o pueden constituir riesgo para las que aún no han debutado, y ofrecimiento de acciones de ayuda psicológica, incluso de nivel terapéutico, apropiadas, incorporación de acciones psicológicas en los servicios de tratamiento médico que se brindan a estas personas 3) intervenciones a nivel de las familias cuyas dificultades de funcionamiento afecten los comportamientos de salud de sus adultos mayores 4) fomentar programas dirigidos a la formación y fortalecimiento de redes de apoyo social, que incluyan, además, acciones dirigidas a mejorar la eficiencia física y la evolución de las enfermedades 5) ofrecimiento de servicios de atención psicológica de fácil acceso para estas personas (consultas, grupos terapéuticos, servicios por línea telefónica, etc. 6) asesoramiento y capacitación de los demás miembros del equipo de trabajo de atención primaria, en relación con los problemas psicológicos de este grupo de edad. (p.130)

Respecto al punto 5, el abordaje grupal es uno de los principales para el trabajo de prevención y promoción en salud comunitaria. Videla (1993) plantea que tanto la prevención

como la promoción de la salud están asociados a la libertad de los sujetos, por lo cual toma los aportes de varios autores que a través de sus distintas disciplinas contribuyeron a una concepción de salud comunitaria y al abordaje grupal. Como Paulo Freire, José Bleger, Enrique Pichón Riviére y Gerald Caplan. Respecto a este último destaca su propuesta en el año 1964 desde la psiquiatría, sobre el modelo de prevención por niveles, (prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria) planteando que la organización social de una comunidad funciona como contenedora de factores benéficos o perjudiciales para la salud mental.

Siguiendo esta línea, según Videla (1993) Bleger intentó formular un rol del psicólogo que se corriera del lugar de psicoanalista hacia un quehacer social y comunitario. Entre sus ideas, resalta la importancia del trabajo interdisciplinario y destaca la prevención como fundamental en el trabajo del psicólogo buscando correr la mirada del concepto de enfermedad al de salud. Realizó grandes aportes hacia una mejora de la salud mental propuesto en varias etapas, primero buscó mejorar las instituciones asistenciales proponiendo servicios que apunten a los tratamientos breves de las mismas y no solo enfocados en los centros monovalentes, luego dio énfasis a la importancia del desarrollo de un diagnóstico precoz. En tercera instancia destaca la importancia de la psicoprofilaxis como parte de los procesos psicológicos preventivos. La cuarta etapa hace referencia a la rehabilitación (similar a la prevención terciaria de Caplan) social y familiar. Y la quinta es la promoción de la salud. Sin embargo, sus aportes más importantes son los que tienen que ver con el psicólogo trabajando en la comunidad recalcando que este debe ocuparse de los factores psicológicos que se pongan en juego en la cotidianeidad y en la resolución de necesidades. También propone un psicoanálisis operativo que se basa en la aplicación de esta teoría al ámbito comunitario, realizando intervenciones en la vida cotidiana de los sujetos y buscando generar modificaciones en lo que allí ocurre. Esta intervención se lleva a cabo a través de diferentes acciones, interpretando las relaciones, la tarea los procedimientos y las organizaciones etc.

Por último, la autora plantea los aportes de Paulo Freire. Si bien, este no se dedicó al área de la salud, su pedagogía educativa, se corre de la forma clásica donde existe un sujeto que posee el conocimiento y otro que lo recibe. Busca empoderar a los individuos para que posean herramientas hacia un pensamiento crítico y liberador que les permita aplicar estos saberes a su vida cotidiana y repensar constantemente sus acciones. Este, es uno de los

puntos en común que podemos encontrar entre la pedagogía de Paulo Freire y el quehacer del psicólogo de la salud que trabaja con la comunidad, el cual no debe posicionarse en un lugar de saber ni asistencialista. Se debe conocer y entender cuáles son las cuestiones que a cada población les parece importante abordar, aportando herramientas para que sean ellos mismos quienes puedan buscar estas soluciones.

EL siguiente autor que Videla 1993 considera pionero de esta concepción de salud es el Dr Enrique Pichón Riviere quien en sus primeros años como profesional se dedicó a la psiquiatría y psicoanálisis hegemónico, para luego orientarse hacia el campo de lo social. Su origen remarcado en dos culturas, ya que nació en Ginebra - Suiza pero a la edad de 4 años se trasladó junto con su familia al chaco argentino, le hacen ver el valor del hombre, la cotidianeidad y la sabiduría popular.

En su juventud se muda a Buenos Aires y a través de su acercamiento al arte, escritores y poetas de la época Pichón Rivière comienza a tomar contacto con la ideas de marginación, delincuencia y locura. Esto, hace que a partir de ahí comience a pensar sobre cómo la sociedad coloca al sujeto marginado como responsable de la problemática. En 1932 comienza su práctica psiquiátrica en el Asilo de Torres con oligofrénicos. Para la reducción de estos cuadros, crea las primeras experiencias de inclusión de los oligofrénicos en grupos. Este autor afirma que la pertenencia a un grupo y el trabajo en equipo son formas de dar un lugar social a los débiles mentales y, por lo tanto, operar en términos de salud con ellos. En 1936 ingresa como psiquiatra en el Hospital de las Mercedes, donde se encuentra con la realidad del abandono de los enfermos y “entiende que no puede encerrarse en consultorio a intervenir sobre cada paciente, en el “uno a uno” de la psiquiatría clásica” (Adamson, 2005 p.30)

A partir de esta situación, se propone instruir a los enfermeros para que puedan pensar en equipo sobre las diversas situaciones y para que puedan dar respuesta a las demandas de los pacientes como de los familiares. Es en este contexto, que las prácticas hospitalarias se volvieron un lugar de descubrimiento donde a través de la instrucción de una lectura psicosocial de la problemática del hospicio, da lugar a la concepción de comunidad terapéutica y posteriormente crea la técnica de grupo operativo.

“Concibe al sujeto como un anudamiento singular de complejas tramas de relaciones que van desde el primer vínculo con la madre y la estructura edípica hasta las condiciones institucionales, comunitarias, políticas y socio históricas incluyendo al azar” (Adamson 2005 p.8). Por lo que plantea que todos somos seres sociales los cuales tenemos necesidades que solo se satisfacen a partir del vínculo con el otro. Por lo cual siempre formamos parte de algún grupo. Siendo la familia el primer grupo de referencia del niño y la forma en que este se desenvuelva en ella y el rol que ocupe allí impactará en sus vínculos posteriores. A su vez el grupo familiar posee una forma determinada de estar en sociedad lo cual le otorga una dimensión institucional.

Uno de sus más grandes desarrollos teóricos fue el de la teoría del vínculo donde pasa de una teoría psicoanalítica intrapsíquica a una psiquiatría social.

El vínculo configura una estructura dinámica en continuo movimiento, que incluye características tanto normales como patológicas. resultando de ello una determinada conducta que tiende a repetirse. Se expresa en el mundo interno (del cual se ocupa el psicoanálisis) y el mundo externo (objeto de la psicología social). (Videla, 1993 p.91)

Por lo cual los vínculos internos y externos se integran en un espiral dialéctico constante. Esto, lo lleva a plantearse que la psiquiatría clásica realiza un abordaje autoritario de la enfermedad porque comprende al paciente como el equivocado al que hay que acomodar. Considera que esta posición hace que los técnicos sean correctores de la personalidad del paciente y así establecen una relación dominador-dominado que no logran concretar un vínculo dialéctico que sea operativo y transformador.

El aparato de dominación tiene sus representaciones en psiquiatras, psicólogos y otros trabajadores del campo de la salud que vehiculizan precisamente, una concepción jerárquica autoritaria, dilemática y no dialéctica de la conducta, son líderes de la resistencia al cambio, condicionante de la cronicidad del paciente a quien tratan como un equivocado racional. (Videla, 1993 p.93)

Pichón Rivière (1971) plantea el concepto de adaptación activa, el cual, es un muy importante y significativo para poder pensar sobre la salud mental, ya que considera a la adaptación como un proceso activo y no pasivo. Para explicar a qué se refiere con esto, pone el ejemplo de lo que ocurre muchas veces en la práctica psiquiátrica, donde, un

paciente que (luego de un tratamiento) es capaz de realizar determinadas actividades de la vida cotidiana (como vestirse correctamente, comer bien etc.) es dado de alta, tomando en cuenta estas conductas normativas como indicadores de curación. Sin embargo, no se consiguen en el sujeto cambios profundos, ni tampoco una adaptación activa, ya que, esta, se da cuando el sujeto es capaz de realizar movimientos internos importantes que impactan y modifican la estructura familiar y la cual luego vuelve a impactar en el sujeto.

Este concepto va de la mano con la pedagogía de Freire y con el concepto que este plantea sobre conciencia crítica. Que implica reconocer las propias necesidades y las de la comunidad en las que se está inserto acompañado de la formación de vínculos que permitan resolver dichas necesidades que sirven como marco teórico para el trabajo del psicólogo en salud comunitaria. El sujeto sano es quien logra aprehender la realidad de forma integral y puede transformar esa realidad transformándose a la vez a sí mismo.

Por lo cual Videla 1993 considera a la lucha por la salud como un proceso de liberación, ya que no se combate la enfermedad si no las causantes de la misma. Con respecto a las políticas sanitarias Pichón Rivière plantea que estas no pueden ser independientes de la educación y de la economía ya que estos factores que influyen directamente en esta, por lo cual apuesta a pasar del abordaje de la asistencia intrahospitalaria a un trabajo con la comunidad.

La comunidad y los conjuntos sociales se organizan en unidades para alcanzar mayor seguridad y productividad. El grupo es así un conjunto restringido de personas, ligadas entre sí por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna, que se propone en forma explícita o implícita una tarea, que constituye su finalidad. (Videla, 1993 p.97)

Dentro de sus aportes teóricos para el trabajo grupal Pichón Rivière plantea la técnica de grupo operativo. La cual tome como base para el desarrollo de esta experiencia. Este, es un grupo de individuos cuya finalidad es la de trabajar en torno a una tarea específica. Para luego, a partir de esta poder pensar el para qué y el porqué del mismo y así, en el transcurso de los encuentros ir observando reflexionando y analizando el funcionamiento y la dinámica grupal en torno a la tarea. Esta reflexión, se hace en conjunto con los integrantes del grupo para poder pensar su quehacer y a la vez, a lo largo de los encuentros poder ir reformulando (si es necesario) los objetivos. Esta técnica no se centra en las

individualidades de cada sujeto, aunque los identifica como parte fundamental del proceso y si el coordinador debe abordar determinadas características del individuo lo hace en función del grupo y la tarea. “El coordinador tiene como trabajo la relación del grupo con el tema específico, es decir, que la labor del coordinador y del observador no es la del grupo, si no visualizar el vínculo entre grupo y tarea.” (Bauleo et al, 1975, p.65)

Objetivos y ejes

Objetivo general de la intervención:

- Promover y promocionar la salud.

Objetivos específicos:

- Fomentar la participación activa de todos los participantes del grupo.
- Proporcionar herramientas para la comunicación grupal.
- Proporcionar herramientas para la toma de decisiones grupales.
- Poner en palabras los acuerdos y desacuerdos respecto a las actividades.

Estrategias metodológicas.

Las metodologías utilizadas fueron el taller y las técnicas participativas pero las mismas encuadradas dentro de una concepción teórica de la educación popular. Esta:

constituye el proceso diversificado, conflictivo y dialógico de construcción del ser humano como persona. Siendo éste el único ser que se caracteriza por la indeterminación de su naturaleza, requiere, tanto para sobrevivir como para desarrollarse, entrar en relación e intercambio con otras personas y con la realidad. Nacer y evolucionar como persona supone necesarias e imprescindibles relaciones e interacciones que tienen lugar dinámicamente, a lo largo de toda la vida” (Gre, 2011 p.6).

Es decir, el ser humano aprende constantemente en su relación con otros y esto se corre de la idea de educación como exclusiva del ámbito académico. Por lo cual, para que el sujeto pueda hacerse cargo de su salud y bienestar necesita del encuentro con el otro y de la construcción colectiva de saberes. A su vez estos se van transmitiendo y modificando a lo largo de los años.

Estas metodologías desarrolladas desde este marco teórico, sirven para el trabajo en salud desde una perspectiva de APS y sobre todo para el abordaje en el primer nivel de atención, ya que las mismas apuestan al trabajo con la comunidad. Sin este marco teórico las metodologías se vuelven meras técnicas que no pretenden generar una verdadera transformación.

En cuanto al taller, Etchebehere et al (2007) plantea que el mismo fomenta la construcción grupal, ya que, en el encuentro con el otro se produce el intercambio de saberes. Se genera la posibilidad de repensarse a uno mismo en cuanto a los roles sociales y familiares que cada uno ocupa. Privilegia el saber popular y otorga voces a los actores de la comunidad, a la vez que esto converge en un accionar desplegado en el trabajo grupal. Los conocimientos aquí generados son por lo tanto prácticas sociales que se realizan con y para la comunidad ya que, no son obra de una conciencia singular sino de una producción colectiva.

Por lo general los talleres constan de 3 momentos

- Planificación
- Desarrollo, el cual a su vez se divide en 3 partes
 - Inicio
 - Desarrollo
 - Cierre
- Evaluación

En cuanto a las técnicas participativas, tomo los aportes de García. D (1997) quien plantea que “se habla de técnicas participativas o juegos participativos en el sentido de que, con ellos, se estimula la reflexión y la acción de los integrantes de un grupo a partir de las relaciones intersubjetivas”(p.48)

A su vez para el desarrollo óptimo de las mismas la postura del tallerista o en este caso del coordinador de grupo es fundamental para habilitar estas acciones.

Desarrollo de la experiencia

El grupo de adultos cuenta con aproximadamente 12-14 integrantes (el número ha ido variando a lo largo del año habiendo llegado a las 20 personas) entre 52 y 76 años de edad

de las cuales solo hay un hombre y el resto son mujeres. Los encuentros son todos los martes de 14 a 15y30 en el salón comunal del barrio, que se encuentra al lado de la policlínica. El mismo, se formó en el año 2013, aunque no comenzó siendo un grupo de prevención y promoción de salud, si no, una propuesta de talleres de dibujo para adultos de la comunidad. Los talleres, comenzaron a funcionar debido al hecho de que tanto la psicóloga del servicio como el médico de familia, observaron que la mayoría de los consultantes eran adultos o adultos mayores quienes manifestaban implícita o explícitamente sentirse aislados, solos, tristes y con pocas actividades y vínculos sociales. Por lo cual, decidieron ponerse en contacto con redes e instituciones que pudieran aportar actividades al barrio.

Así fue que contactaron con el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), y este les ofreció la participación de un profesor de dibujo. Al año siguiente, surgió la posibilidad (también a partir del MEC) de insertar los talleres del PAS (Programa Aprender Siempre) el cual era dirigido a la población adulta y coordinado por educadoras sociales. Este programa, se mantuvo por 2 años y desde la policlínica solo se realizaban las derivaciones correspondientes para la participación de los talleres, los mismos estaban basados en la realización de actividades de memoria y cognición el cual era un tema que interesaba a los integrantes. A comienzos del 2016, debido al hecho de que el PAS no se llevó a cabo, por iniciativa de algunos miembros del grupo, se siguió con los encuentros coordinados por la practicante de psicología (quien se había insertado al servicio a fines del 2015) y dos agentes comunitarias del barrio que a su vez, eran parte del grupo. Esa, fue la primera vez que por parte de la policlínica y desde el equipo de psicología se participaba directamente en la coordinación del mismo.

Debido a esta intervención es que, en marzo del 2017, comienzo la coordinación del grupo. Pero ya no en conjunto con las agentes comunitarias, porque, desde el equipo de psicología me plantean que el año anterior se había dificultado la coordinación con estas debido a varios factores. Uno de estos, era la doble inserción que tenían en el grupo (ya que eran parte del mismo pero a la vez lo coordinaban). Otro punto de conflicto se daba entre las integrantes de la coordinación, ya que se planificaban actividades o dinámicas que luego, debido a propuestas repentinas de una de las coordinadoras, no se llevaban a cabo. A su vez, a comienzos del año antes de empezar los encuentros una de estas coordinadoras falleció de forma repentina, lo cual evidentemente generó impacto en los integrantes del grupo, no solo por su participación en el mismo, sino también porque la mayoría de ellos

son vecinos del barrio. Por lo cual, desde un principio nos planteamos con la psicóloga referente, que este suceso debía ser abordado en el grupo en algún momento, pero que sería cuando ellos lo trajeran como emergente (explícita o implícitamente).

Antes de comenzar los encuentros, la referente me plantea que este año era importante realizar un cambio en la forma de intervenir y por lo tanto en los objetivos de la propuesta. Los objetivos debían apuntar a la participación, autonomía y a la creación desde la grupalidad. Para esto, se había pensado dividir la intervención en dos instancias. En la primer parte buscar generar contacto y confianza con el grupo y permitirles a los integrantes conocerse entre ellos y luego de que este clima esté armado buscar actividades que fomentaran la independencia y participación. En la segunda parte del año se utilizaría la propuesta de intervención “Mi aula es un retablo”. Pero con algunas modificaciones, ya que su objetivo general es: Generar espacios de intercambio y reflexión, propiciando el clima para analizar críticamente la problemática de las adicciones, promocionando estilo de vidas disfrutables. Si bien, la propuesta original está dirigida a trabajar las adicciones, de ella se tomaría la dinámica, que consta en la creación de una historia, la cual luego será representada con títeres que también deben realizar los participantes. Esta propuesta permitiría al grupo realizar una tarea colaborativa de acuerdo a sus intereses. Según Recto (2015) :

la incorporación de los títeres como núcleo de aprendizaje, permite incluir las vivencias, jerarquizar los puntos clave, fomentar la capacidad analítica , desarrollar la creatividad, incrementar la autoestima y participar de un proceso en el que todos serán responsables de la toma de decisiones. (p.18)

Antes de comenzar los encuentros, debíamos planificar junto con la psicóloga referente cómo iba a ser la primer parte del año de trabajo, para poder pensar juntas qué actividades y dinámicas podían cumplir con los objetivos planteados. A lo largo de los talleres esto se hacía difícil, ya que la poca experiencia que tenía como coordinadora y el hecho de que el grupo estuviera acostumbrado a determinadas tareas influía a la hora de elegir propuestas que los convocara.

En los primeros encuentros me enfoque en conocer al grupo, encuadrar mi intervención y proponerles que pudieran definir objetivos y reglas. Los objetivos servían para poder construir con ellos la demanda, y las reglas, para delimitar lo que estaba permitido y lo que

no dentro del grupo. En este taller, fue muy poco lo que ellos pudieron concretar con respecto al hecho del porqué y para que participaban de los encuentros y hacia dónde querían llegar. Dentro de los objetivos lo que más surgió fue el hecho de compartir y pasar un buen momento, y dentro de las reglas no faltarle el respeto a los compañeros.

Hacia fines del mes de mayo, noté que cada vez se hacía más difícil el trabajo en el grupo. Las propuestas no lograban su cometido, y estaban surgiendo situaciones con una integrante del mismo que no permitía cursar adecuadamente los encuentros, se generaban momentos de conflicto que yo no sabía cómo manejar y el grupo me demandaba solucionar. A su vez, la muerte estaba muy presente en los encuentros, ya sea por el recuerdo de la compañera fallecida, por añoranzas de familiares o por el miedo constante a la disolución del grupo. Por lo cual, luego de supervisar y pensar la situación en conjunto con la referente y las dos residentes decidimos realizar una intervención desde dos lugares. Primero, desde un cambio de posicionamiento en mi rol como coordinadora ya que, esta integrante que estaba causando los conflictos estaba acaparando los encuentros. Por lo cual, comencé a tomar pequeñas acciones que me permitiera posicionarme desde otro lugar y lograr que las actividades se llevarán a cabo y que se cumplieran los objetivos. A su vez, utilizamos un taller para poder poner en palabras lo ocurrido con la muerte de la compañera. Este encuentro fue bastante intenso, ya que salieron a la luz muchas cosas que se tenían guardadas, como dolor y enojo. Fue a partir de aquí que se pudo visualizar el comienzo de un proceso de cambio en la dinámica grupal.

Para poder introducir la dinámica de “Mi Aula es un retablo” Recto (2015) que se nombró anteriormente, pensamos en la importancia de trabajar los diferentes tipos de escritura o texto para ver diferentes formas de generar historias. Para la construcción de la historia a desarrollar con los títeres, como no surgió una temática específica se formaron en 3 grupos y a partir de imágenes de un cuento ellos debían formular una historia. Si bien, el cuento fue elegido al azar algo de lo inconsciente se jugó en mí ya que él mismo tocaba la temática de lo grupal y la inclusión de lo diferente. Esto, a pesar de que en las imágenes no estaba explícito de alguna manera impactó en los integrantes ya que de una forma u otra apareció en las 3 historias. Por lo cual antes de pasar a la construcción de los títeres realizamos un análisis de los cuento e hicimos una analogía con los procesos del grupo. Al final, de las 3 historias surgió una, en la cual se perdió la singularidad de ese niño o niña diferente al resto que aparecía en el cuento original y en las 3 historias creadas. Pero si apareció el trabajo en equipo para lograr un producto final (en la historia era hacer una pintura, en el grupo la

unión y compromiso para realizar la obra). Luego de esto armaron un guión y decidieron que preferían realizar una obra actuada por ellos en lugar de los títeres. A partir de allí, comenzaron los ensayos de la misma y la producción de todo lo necesario para llevarla a cabo, escenografía, vestuario etc. La presentación de la obra fue utilizada como cierre del grupo. Invitaron a algunos familiares, ex integrantes que habían tenido que dejar por temas de trabajo y a compañeras de expresión corporal. Una semana después tuvimos el último encuentro que fue un taller de evaluación y devolución del proceso del año.

Análisis crítico: interpretación crítica de la experiencia

Rol del practicante

En principio, considero importante analizar el rol de practicante y cómo impacta este en las actividades realizadas en el servicio. Desde facultad y ASSE desde un principio se nos dejó claro que nuestra inserción no pretendía cubrir puestos de profesionales o “tapar” los agujeros que posee el sistema. En mi experiencia, esto se cumplió, mi rol era el de una estudiante que iba a aprender y las funciones cumplidas tenían que ver con una práctica pre profesional.

El ingreso al servicio y la adaptación al mismo dependen de variados factores. Primero que nada las reglas y vicisitudes de cada lugar que se ponen en juego constantemente a la hora de intervenir. Estas, no siempre son explícitas y se manifiestan como una especie de código que está, pero no es dicho por nadie, sin embargo todos conocemos.

En la policlínica lo institucional se jugó básicamente en el rol de la psicología referente. Todo el año trabajamos en equipo y las intervenciones realizadas eran a la par del equipo de psicología. Al comienzo, la referente me planteó que si bien, como estudiantes a punto de egresar poseemos herramientas para desarrollar determinadas aptitudes, en un principio estas debían ser acompañadas para de a poco ir generando autonomía, aunque siempre en constante intercambio y reflexión sobre lo realizado. Puedo recalcar, que gracias a esto la experiencia fue grata y de un gran aprendizaje. Ya que, como lo dice la palabra tener a un profesional como modelo referente (con quien se trabaja a la par y se comparten saberes) sirve tanto para el buen desempeño de las intervenciones como para el crecimiento profesional.

Respecto a esto me gustaría destacar una idea que Etchebehere et al (2001) plantea en cuanto a la docencia en servicios, de Facultad de Psicología:

...no solo se enseña desde el decir, si no desde el hacer, por lo que el docente se constituye también en referente (modelo) para ese accionar, y es permanentemente interpelado por las interrogantes que el estudiante plantea. Ahora bien, es tarea también del docente el promover un proceso de autonomía que le permita al estudiante ser protagonista en la búsqueda de alternativas creativas frente a los requerimientos que el miedo nos plantea. (p.18)

Si bien desde el convenio se especifica que los referentes del servicio no cumplen un rol de docente, en mi caso, considero que el acompañamiento de ésta en las distintas instancias si auspicio de docencia, al menos en la forma en que se plantea en la cita tomada anteriormente. Ya sea por interés propio o por su compromiso con ambas instituciones (ASSE, Facultad de Psicología) su referencia no solo me guio en el accionar cotidiano sino que también me ayudó a pensar sobre las situaciones y en muchos casos se me recomendaba bibliografías y aportes para seguir profundizando en lo teórico.

A su vez, el hecho de trabajar con dos compañeras residentes hizo que pudiéramos formar un equipo de psicología muy sólido y que tuviéramos variados aportes y puntos de vista a la hora de abordar lo que se nos presentara.

Considero que así como es positivo planificar, discutir, pensar y evaluar las acciones junto con los profesionales con los que se realizan las mismas, los espacios de supervisión sirven justamente para tener la mirada de un profesional que (además de su bagaje teórico en determinadas líneas de acción) posee la distancia necesaria para analizar cuestiones que nosotros no podemos visualizar de la misma manera debido a nuestra implicación en las mismas.

Igualmente, a la hora de intervenir, el peso de la experiencia del referente y su responsabilidad frente a la institución (como representante tanto de los practicantes como de los residentes) juegan un papel muy importante.

Sin dudas los lineamientos de la referente fueron los que desde un principio marcaron mi intervención en el grupo, lo cual, tenía sentido debido a que yo desconocía totalmente el funcionamiento del mismo y no poseía demasiada experiencia en el manejo del trabajo con

grupos. Así como tome en cuenta los objetivos que ella esperaba para ese año, decidimos que era de suma importancia ir planificando y pensando juntas los encuentros, lo cual algunas veces no sucedía debido a los tiempos institucionales además de que el grupo era solo una de las intervenciones llevadas a cabo. Fue este, uno de los motivos que nos llevó a pensar juntas la posibilidad de utilizar los recursos de facultad y conseguir un docente para supervisar al grupo. Esto se unió con mi interés por realizar el trabajo final de grado sobre esta experiencia por lo cual utilice a la docente como tutora y como supervisora del grupo.

Esto, me permitió avanzar en el proceso grupal y visualizar además las cuestiones que tenían que ver con el lugar de practicante. Por ejemplo, el hecho de que el año anterior las dos agentes comunitarias se animaran a volver a rearmar el grupo y solicitaran ayuda de la policlínica, habla de un sentido importante de participación. Y si bien, esto generó algunas asperezas, hubiera sido positivo que este año se les permitiera participar nuevamente. Lo que había que lograr, era poder generar un diálogo y solucionar las diferencias para trabajar en equipo. Esto es algo que pude visualizar luego de un proceso de supervisión, ya que, en un principio entendí la postura de la referente y estuve de acuerdo. Porque en su momento consideramos que esta sería la mejor acción a realizar tanto para el grupo como para mi rol como coordinadora. De esto me parece importante recalcar cómo, en determinadas ocasiones la implicación no nos permite ver y analizar con objetividad algunas cuestiones.

También sirve para pensar cómo desde lo institucional muchas veces se quieren realizar determinados cambios, pero cuando estos suceden por no ser fáciles de manejar se hacen a un lado y no se trabaja sobre los mismos. Es decir, querer que el grupo sea más participativo pero eliminar la participación de la coordinación es contradictorio. También sucedía, que en algunas actividades o dinámicas que proponía, la referente me planteaba el hecho de tener mucho cuidado con lo que se podía desplegar y que tratara de no movilizar demasiado al grupo ni generar conflictos entre los participantes. Esto se daba sobre todo, con algunos participantes que tenían rasgos de personalidad bastante complejos. El mandato era no hacer una cosa u otra por si debido a esas acciones se desplegaban estas características. El problema es que, se dejaba de abordar algunas cuestiones o trabajar algunos temas por no movilizar a uno o dos integrantes. Respecto a esto, entiendo que el planteamiento de la referente buscaba cuidarme como practicante ya que, el movilizar al grupo y sostener eso no es nada fácil para el coordinador, pero a su vez, es algo necesario para el proceso grupal y más aún tomando en cuenta el objetivo principal de la intervención de este año.

Evidentemente el rol del psicólogo referente no es fácil, ya que, estos están dispuestos a otorgar un espacio al practicante pero a la vez (dependiendo del perfil de cada uno) son responsables en cierta medida del mismo. Y a su vez deben otorgar respaldo y contención para sostener determinadas situaciones.

Grupo - Rol de coordinador

Algunas de las prácticas que se realizan en base a la prevención y promoción de la salud, se llevan a cabo a través de la formación de grupos. Dentro de estas se encuentran los grupos de adultos mayores, los cuales buscan generar un espacio para abordar las diferentes temáticas que atraviesan esta etapa de la vida. Aunque también, tienen como fin en sí mismo la creación de espacios de participación que fomenten redes vinculares para quienes concurren a estos. Ya que el aislamiento y la falta de vínculos sociales es uno de los mayores factores de riesgo que inciden en la calidad de vida de los adultos .

Ahora bien, podríamos preguntarnos si esto es suficiente para avanzar en la salud, o si deberían fomentarse otras prácticas que faciliten la incorporación de los sujetos a estos lugares. Puesto que, si tomamos a la salud desde una perspectiva socio histórica como lo hace la APS, sabemos que todas las áreas de la vida influyen en ella (como lo político, económico, la educación, lo cultural etc) por lo cual, es importante que los sectores e instituciones que se encargan de estas áreas puedan generar nexos con los grupos para abordar las diferentes temáticas y necesidades de las poblaciones. La importancia del trabajo en red es fundamental , según Arias (2009) para la psicología este concepto y el de apoyo social se aplican a diversas prácticas preventivas como por ejemplo el trabajo con grupos. Ya que, este abordaje aporta una visión y una respuesta multidimensional de los distintos fenómenos.

Dentro del área de la salud, también es importante que estos grupos tengan su visibilidad y que el trabajo que se realiza apueste realmente a un intercambio de saberes, no que se base en la proporción, por parte de los técnicos, de meras charlas informativas sobre diferentes temáticas.

En el caso de los adultos mayores, es importante generar un cambio de paradigma en cuanto al concepto de vejez. Ya que, el estigma social sobre esta concepción afecta

directamente en la salud de los sujetos. E impacta en sus relaciones sociales, económicas, psíquicas y fisiológicas.

Como plantea Brigeiro (2005) muchas de las concepciones que se desarrollan a nivel de promoción de salud en cuanto al envejecimiento exitoso, consideran que esta tarea depende puramente del adulto en cuestión. Sin embargo este autor plantea que el envejecer saludablemente no dependen únicamente del sujeto sino de otro factores como sus “condiciones de vida, el acceso a la educación, al trabajo y al descanso, bienes materiales y culturales dignos, políticas públicas inclusivas, etc.” p 5 .

Es decir, si realmente queremos generar un cambio a nivel paradigmático sobre esta población. Debemos, en primera instancia basarnos en un concepto de vejez totalmente diferente al que está vigente hoy día. Por lo cual, es necesario capacitar técnicos que puedan realizar los distintos abordajes desde una perspectiva de envejecimiento activo y participación.

También es importante destacar, que el envejecimiento es un proceso continuo parte fundamental del ciclo vital. Desde que nacemos ya estamos envejeciendo. Y, si bien se entiende que por cuestiones epistemológicas las ciencias diferencian las distintas etapas de la vida, cabe destacar que los sujetos somos tan únicos y particulares que a veces estas divisiones son demasiado universales. Por lo cual, no reflejan la realidad y dejan por fuera algunas cuestiones. En el caso del adulto mayor, esta categoría tan generalizada debería considerar las variaciones de las distintas culturas y lugares. Y también, comprender que si se quiere realizar un abordaje preventivo de la vejez, hay que visibilizar y apostar a estos cambios desde etapas anteriores de la vida. Respecto a esto Berriel y Lladó (2004) plantean :

Ningún colectivo humano es homogéneo, sino que más bien que se expresan en una diversidad de estilos de vida y modelos relacionales e identificadorios diferentes, pero que también son afectados por un imaginario social que produce “maneras dominantes de ser”.
(p.3)

A su vez, volviendo nuevamente a los espacios grupales, para poder pensar los abordajes y procesos del mismos, es importante tener en cuenta las particularidades y características de cada grupo que lo hacen diferente a otro. Con respecto a este grupo en particular, una de las características es el barrio en donde funciona, ya que en él viven muchos adultos mayores, por lo cual es una población que tiene mucho peso a nivel de comunidad, y por

ende las necesidades o problemáticas de la misma podrían estar relacionadas a los intereses de esta etapa vital. A su vez, hace más de 30 años existe una comisión barrial muy activa que colabora constantemente con el servicio (en cuestiones edilicias, informativas etc) e impulsa actividades en el salón comunal y trabaja constantemente para la mejora de los espacios públicos del barrio. Lo cual nos habla de una población barrial bastante participativa en cuestiones comunitarias.

Otra de las características del grupo es la fuerte impronta de género femenino en el mismo. Considerando el objetivo inicial del grupo que buscaba fomentar la creación de vínculos sociales podemos preguntarnos porque estos fenómenos de aislamiento, soledad, tristeza y depresión se daban más en las mujeres. Esto puede asociarse al hecho de que según Susana Ronga (2008, ponencia sobre feminización del envejecimiento) muchas mujeres adultas que siempre se dedicaron al ámbito doméstico y a la crianza de los hijos y nietos, cuando estos crecen y se van del hogar quedan sin actividad en las horas dedicadas a esa tarea. A su vez, el hecho de dedicarse al trabajo dentro del hogar reduce los vínculos sociales que se podrían generar si trabajaran fuera del mismo.

A pesar de la homogeneidad en la cuestión de género, en otros aspectos el grupo es bastante heterogéneo. Como por ejemplo, el hecho de que no todos los adultos saben leer y escribir lo cual también debía ser tenido en cuenta a la hora de la planificación. Aunque, en este grupo ya saben como manejarse en este tema y siempre uno de los integrantes ayudaba al otro a transmitir sus ideas cuando debíamos escribirlas. Otro de los puntos que caracteriza a este grupo es la franja etaria de quienes concurren, ya que esta va desde los 52 años a los 76 por lo cual no todos entrarían en la categoría establecida de adulto mayor que se cuenta de los 65 años en adelante.

Todas estas características y la historia del grupo hacen a su complejidad e impactan en la forma de abordaje del mismo. Ya que, no se puede reducir a una categoría o segmento etario. Lo cual no lo veo como algo negativo, sino como la posibilidad de ver más allá de las características y concepciones que envuelven a determinada población según nuestras ideas para poder pensar sobre este grupo, sus particularidades y necesidades .

Cuando más adelante, planteo que la historia del grupo repercutió en la forma de abordaje también debo tomar en cuenta lo que nombre anteriormente. Esto es el hecho de cómo las instituciones y los técnicos que participan de estas , aunque muchas veces apuntan a una

inclusión del adulto mayor, lo hacen desde una lógica que sigue perpetuando el modelo anterior en cuanto a la concepción de la vejez. “Hablábamos de cómo los efectos de un imaginario social prejuicioso incidían a la hora de intervenir o realizar propuestas hacia los adultos mayores, reproduciendo modelos que no permiten el cuestionamiento o el conflicto, sosteniendo una postura que infantiliza o tranquiliza” (Berriel, Lladó, 2004, p.3) En el caso de este grupo el abordaje por parte del MEC en el programa PAS, sigue una lógica infantilizada y escolarizada.

Adentrándonos en la coordinación del grupo específicamente uno de los puntos a analizar sobre la coordinación es la forma de pensar la intervención a lo largo de los talleres. Si bien, el objetivo principal estaba claro, me era difícil pensar cómo hacer para que las actividades y dinámicas apuntaran al mismo. Tratar de realizar un cambio en la modalidad grupal, fue un desafío muy grande y presentó muchas resistencias por parte del grupo. Esta situación, se debió a varios factores, algunos que tenían que ver con los procesos grupales y otros relacionados la coordinación. Considero que hubiera sido interesante poder contar con otro coordinador, ya que, no es sencillo posicionarse solo frente a un grupo de tantas personas y poder manejar todas esas transferencias (tanto las de los integrantes con el coordinador, como las que se dan entre ellos). Además, el ser dos, permite rotar los roles y generar instancias donde uno es más participativo y el otro se posiciona en un rol de observador atento a los detalles y a todo lo que surge tanto verbal como no verbal. A su vez, ese rol le permite al coordinador generar una distancia para ver y detectar lo no explícito y la implicación de quien está en ese momento ejecutando el rol más activo. Ser dos también aporta a la hora de la lectura y análisis de emergentes los cuales sirven como insumos para seguir pensando la intervención.

Otro hecho que influyó en la intervención, es la historia del grupo, y lo estático de este. Ya que, si bien se creó con determinados objetivos el mismo debió haber ido transformándose a lo largo de los años (debido a que se mantenían casi siempre los mismos integrantes). Fassio (2001) tomando ideas de Hannan y Freeman 1988 plantea que las condiciones en las que se funda una organización tienen un impacto y efecto que persiste durante largo tiempo en su estructura y conducta. Por lo cual son difíciles de modificar. Y a los integrantes de las misma les cuesta tomar decisiones que apunten a este cambio.

A su vez en el grupo, los diferentes actores involucrados en las propuestas de coordinación no tuvieron en cuenta esta movilidad. Esto puede tener que ver con la posición del

coordinador y la concepción que este tiene sobre su rol en el grupo. Respecto a esto Bauleo et al (1975) plantea:

Al mostrar implícitamente el coordinador que su función es limitada y no de apropiación permanente, lleva al grupo a elaborar esa misma situación frente a la tarea: ellos tampoco son los propietarios del tema, tampoco lo agotaron y tendrán que reelaborarlo constantemente si quieren comprender más sobre él (el grupo recupera así una historicidad que de otra manera le estaría negada cuando se organizan vínculos eternos, fuera del tiempo y del espacio). (p.67)

Es claro que la modalidad anterior no tomaba en cuenta estas cuestiones y el rol del coordinador era el de un sujeto poseía la información para pasarla a un otro. No se generaba aprendizaje porque no había un cuestionamiento en lo que se hacía. Contrario a esto, Quiroga (1998), toma de Enrique Pichón Rivière que en los grupos operativos, el aprendizaje es visto como una crisis, ya que, algo de lo conocido (de lo viejo) se debe desestructurar para poder generar lo nuevo. Por lo tanto, en ese cambio, no solo se desestructuran cuestiones de lo grupal si no que esto impacta en cada individualidad. Es por esto, que tal vez, al grupo le costaba tanto adaptarse a las propuestas nuevas, es la normal resistencia al cambio, que lleva su tiempo. A su vez, todo esto imprime en cada sujeto un monto determinado de ansiedad.

Esta autora plantea que en el grupo se dan dos tipos de ansiedades, una depresiva por la pérdida de lo conocido y luego la ansiedad persecutoria por el temor a lo desconocido. Si estas no se procesan adecuadamente, pueden escenificarse y generar situaciones de incomodidad que se presentan inconscientemente a través de distintas defensas, las cuales pueden significar un obstáculo para la tarea. A su vez, si estas ansiedades no son manejadas de forma adecuada, pueden evitar que haya aprendizaje y generar que se ejecute un círculo vicioso volviendo a lo mismo una y otra vez. Esto, fue algo que sucedió con frecuencia en el grupo, debido a la rigidez del mismo fue muy difícil lograr que estas ansiedades (tanto grupales como individuales) permitan una movilidad. Igualmente, en algunas cuestiones decidí no insistir ya que el grupo no se encontraba preparado para procesarlas.

Como ya nombramos anteriormente, la tarea es fundamental para la realización de un grupo operativo. La misma, puede estar dada de dos formas: o propuesta por el coordinador (según el eje de intervención por el cual éste convoque al grupo) o por los mismo

integrantes, los cuales pueden ser convocados por las características que comparten en común. Muchas veces, sucede que la tarea elegida por los integrantes es manifestada de forma consciente pero no ha sido aceptada o procesada de forma inconsciente. Es decir, se genera una contradicción entre lo que se debe hacer y lo que se puede hacer, respecto a esto Quiroga (1998) plantea :

en el interior de esas contradicciones (..) se despliegan las vicisitudes de la tarea y la pre - tarea. La pre tarea implica un proceso de ambivalencia ante el cambio que genera proyecciones múltiples, para poder correrse de la pre tarea y pasar a la tarea es necesario integrar los aspectos disociados (bueno-malo) y re introyectar lo proyectado en el otro. (p.120)

En el caso del grupo, la pre-tarea fue comprender que mi rol como coordinadora no era venir a destruir lo que ya estaba armado. Si no (además de proponer actividades) fomentar la participación activa y hacer de intermediario e interlocutor en las cuestiones grupales. Con esto, estaba tratando de mostrarles nuevas formas de trabajo y de intervención lo cual generó ambivalencia. Ya que, por un lado, estaba lo positivo de tener una coordinadora para el grupo, y por otro lado, el hecho de que yo no me posicionara en el rol que ellos esperaban. A su vez ellos se desenvuelven como un grupo bastante autogestivo pero no pueden visualizarse sin un coordinador que los guíe. Sin embargo en el momento en que el coordinador plantea las actividades tampoco están de acuerdo con las mismas, lo cual hace que su accionar muchas veces sea contradictorio.

En los encuentros semanales ellos comprendía mi rol como el de una profesora (denominándome así) pero esto no tenía solo que ver con la denominación si no con las expectativas y acciones depositadas en ese rol. Primero que nada, el hecho de delegar responsabilidades y decisiones que pertenecían a lo grupal hacia la coordinación, no pudiendo resolver entre ellos los conflictos o la toma de decisiones. En este sentido, siempre traté de correrme del lugar de poder que genera el tener que tomar las decisiones y dejar esa responsabilidad al grupo. Tratando de transmitirles, que eran ellos quienes debían decidir y que mi rol era más bien el de ser un mediador. De igual manera es entendible que se diera en ellos esta asociación, y depositaran esas fantasías en la coordinación ya que, como sociedad nos han enseñado que el profesor es quien tiene el saber y que además este es universal y se transmite. Sin embargo la idea de horizontalidad y construcción colectiva es difícil de apropiar.

En todos estos procesos, se dio que algunos integrantes del grupo se posicionaron en determinados roles. Por ejemplo al comienzo, una de las integrantes tomó el lugar de chivo emisario, este concepto es uno de los más importantes en la teoría de grupo Pichoniana y refiere a uno de los roles que se dan en los grupos. El chivo emisario, es en quien se depositan las ansiedades y miedos grupales. Por lo general el sujeto que encarna ese rol, es señalado como generador de conflicto y es dejado en evidencia o corrido hacia un lado por los demás integrantes. Esta integrante que se vio posicionada en su rol, era muy activa, pero tenía actitudes muy impositivas y tomaba decisiones por sí sola sin consultar a los demás. A pesar de esto, es importante recalcar que ella lograba tener esa posición en el grupo porque el resto de los integrantes se lo permitían. Respecto a los roles Bello (1997) plantea que “Los roles se van desarrollando como “unidades de conducta”, desde las conductas más simples hasta las más complejas, y siempre en relación con un otro u otros, de manera que cada rol tiene su complementario” (p.163) Es decir, el grupo en su pasividad permite la imposición de esta integrante, que en si lo que deseaba era que las cosas salieran adelante.

A su vez, esto se pudo haber dado, porque no llevé adelante la coordinación de la forma en la que el grupo lo esperaba y si bien, ellos no lo ponían en palabras, se notaba su disconformidad lo cual generaba que toda la responsabilidad recayera sobre esta integrante. También debo señalar, que mi inseguridad y la falta de herramientas para la coordinación permitieron que esto se cursara. Si bien, no era la idea que me desempeñara desde un lugar de liderazgo, había determinados límites que debía marcar para poder llevar a cabo los talleres. A su vez, el lugar de que toma esta señora no es ajeno y coincide con las actitudes que tenía la señora que falleció (que era una de las co-coordinadoras del grupo). Por lo cual podemos pensar que ante la ausencia de algo ya conocido y la negación de la pérdida, esta integrante toma ese lugar y se posiciona de la misma forma. Fue a partir de esta visualización, y de otras nombradas anteriormente, que se genera el taller para elaborar el duelo de la pérdida de la compañera. Este, no solo permitió cursar el duelo como grupo y que este dejara de estar enquistado en los encuentros, sino que permitió otras movi­lidades. Al poder posicionarme desde otro lugar, esta integrante se molestó mucho y generó varios conflictos tanto dentro como fuera del espacio grupal, lo cual molestaba bastante a los demás integrantes. A su vez hubo un par de encuentros donde esta señora tuvo actitudes muy extrañas que me hicieron dudar de su estabilidad psíquica. Frente a esta situación opté por hablar con mi referente quien atiende a esta integrante de forma

individual en la policlínica. Se generó una interconsulta con la médica, la cual le indicó un psicofármaco, le subió la dosis del anterior y le planteó que quizás le podía hacer bien irse unos días a Montevideo a visitar a su hija y a su nieto. Esta acción no se debió solo a mi apreciación de sus comportamientos grupales, la psicóloga también había percibido en consulta, actitudes que estaban generando daño y conflicto en la vida cotidiana de la mujer. A pesar de que, como ya dijimos, las responsabilidades grupales que no son aceptadas por estos se depositan en el chivo emisario, en ella se pusieron en juego otros factores como rasgos de personalidad y cuestiones estresantes de la vida cotidiana. Luego de esto, la integrante accedió a irse unos días a la casa de su hija y en este tiempo el grupo logró percibir lo sucedido desde un lugar de compasión “está enferma” o “está mal”. Esto fue trabajado con ellos y se planteó que a pesar de las vicisitudes de la vida y características de cada uno, en las cuestiones grupales todos somos responsables de lo que pasa. No desde un lugar de culpabilizar a los integrantes, sino para comprender que en ella, se depositaban muchas cuestiones que no tenían que ver con su persona sino con lo que se daba grupalmente. Luego de un par de encuentros, la integrante retomó y participó de los talleres sin ningún inconveniente, con otra postura, trabajando bien con los demás y haciendo buenos aportes. Esta intervención por parte del equipo de la policlínica, fue de suma importancia, tanto para el funcionamiento del grupo como para la salud de esta señora. Aquí se puede visualizar el trabajo en red, es decir, el espacio grupal me permitió visualizar esta situación, plantearla a la referente y esta la recibió e hizo una intervención con el equipo médico al respecto.

Luego de que esta señora se recuperara y se moviera de ese rol, otra integrante tomó el lugar de chivo emisario. Ya que, todo el tiempo estaba cuestionando la forma de trabajo, las intervenciones en el grupo y planteando su disconformidad con la misma, argumentando que esa no era la forma que tenían de trabajar anteriormente y que no cumplía con los objetivos del grupo (que según su concepción era la de hacer tareas para mejorar la memoria).

Con esta integrante sucede lo mismo que con la interior, el grupo se molesta, se enoja, pero no puede posicionarse y plantearle esto. Desde la coordinación siempre argumente el porqué de mis acciones y cuando había que tomar decisiones devolvía la responsabilidad al grupo para que ellos eligieran. Lo cual pasó pocas veces y la mayoría del tiempo, se hacía lo que ella quería, o bien, lo que yo consideraba que era mejor para el resto del grupo. En este rol, ella intenta generar una preservación del grupo tal cual es y se carga de

ansiedades, genera conflicto con quien viene a abrir esa estructura rígida y cerrada. A pesar de que pude posicionarme desde otro lugar con esta integrante, cabe destacar que por momentos fue muy grosera y violenta a la hora de hacerme saber su opinión sobre determinadas cuestiones y yo no lograba hacer nada frente a eso, me quedaba paralizada. Todo esto se dio por la dinámica que manejaba este grupo, donde hay poca o nula participación de la mayoría de los integrantes. Solo unos pocos participan pero sin tomar en cuenta la opinión de los demás. Si bien, es normal que en un grupo se vayan formando roles de líderes, es importante que el resto pueda cuestionar y aportar con lo que están de acuerdo o no. Este grupo particularmente nunca aceptó demasiado los liderazgos, considerándolos como un ataque al resto, ya que, muchas veces estos eran demasiado impositivos. Pero ellos tampoco sabían cómo llegar a un acuerdo de ideas o propuestas y cómo expresar su sentir y su opinión.

Otro punto importante a destacar es la inserción de nuevos participantes al grupo. Desde un principio ellos decidieron que fuera un grupo abierto donde a cualquier altura del año podría ingresar gente nueva. Al comienzo hubo varios integrantes nuevos. Hubo dos integrantes que derivamos desde el equipo de psicología de la policlínica. Una de ellas, fue un par de veces pero no le interesó. La otra fue hasta fines del mes de julio pero luego dejó, esta señora no era del barrio si no que vivía al otro lado de la ciudad y venía a los encuentros caminando. Se adaptó enseguida a pesar de ser bastante introvertida, pero sin embargo en una de las consultas con la psicóloga referente le planteó lo siguiente: “ Yo veo que Valentina trae muchas actividades y cosas interesantes para hacer, pero siempre hay una o dos que tiran todo para atrás”, este no fue el motivo por el que ella me planteo no seguir en los encuentros, si no por lo lejos que le quedaba. Pero me parece interesante destacar su percepción sobre la dinámica grupal, sobre todo siendo una nueva integrante. Considero que en cierto punto el grupo excluye a los nuevos integrantes (al menos observando lo que se dio este año) y creo que se debe a la falta de comunicación y de toma de decisiones que recaen siempre en las mismas personas. Solamente una de las nuevas integrantes llegó hasta el final, pero tuvo varios enfrentamientos con las compañeras que no trabajaban grupalmente. Considero que su presencia fue fundamental para poder generar más participación en el resto del grupo. A su vez, ella visualiza que todo esto la ayudó a cambiar algunos aspectos de su personalidad.

En el momento en que comenzamos a ensayar la obra de teatro, estas cuestiones mermaron bastante y pudimos lograr un punto medio entre las dos intervenciones. Sin duda,

la obra (encontrar la tarea adecuada) fue lo que llevó a que esto se diera y que no existiera ese tire y afloje constante, se dispusieron como grupo a sacarla adelante aunque también con algunas fluctuaciones en cuanto a la constancia de la participación. En estas instancias, se comenzó a visualizar el cambio de proceso del grupo. Ya no había conflictos, todos se dispusieron a trabajar en equipo para sacar adelante la obra. Todos los integrantes participaron activamente, las cuestiones en que no estaban de acuerdo se hablaban en conjunto y se llegaba a un acuerdo. A pesar de esto, los roles dentro de la obra fueron muy simbólicos. La integrante que había tenido conflictos en el grupo y luego se integró, actuó como “espantapájaros” de la huerta, un papel (propuesto y elegido por ella) que si bien en lo estético era diferente y resaltaba frente a los demás no tenía aportes verbales. Solo estaba ahí estático. Sin embargo, en otra escena participó como líder de un jurado y era quien tenía la palabra.

Las personas más extrovertidas y que siempre tuvieron un rol más participativo en el grupo conformaron los personajes principales del mismo. Pero también realizaban otros personajes secundarios en determinados momentos.

El día de la interpretación, se dieron dos bajas en la obra dentro de los personajes principales. Una de ellas fue por enfermedad, pero la otra fue porque la participante se molestó porque no pude atenderle una llamada telefónica y decidió no ir. Esta integrante es la que nombré anteriormente que era muy violenta y conflictiva. Si bien, tenía un personaje que destacaba, faltó mucho a los ensayos y cuando iba no se incluía a estos. No se aprendió su papel y no aportaba a la construcción grupal. Con lo cual, indirectamente ella se fue aislando y el grupo no la pudo volver a integrar. Creo que en parte, su aislamiento se debía a la forma en que estaba funcionando el grupo, donde todos opinaban y se llegaba a un consenso y estos ya no le daban importancia a lo que ella trataba de imponer.

En el último encuentro constó de una evaluación y devolución del año. Para ello, les otorgue 4 cartas de baraja española a cada integrante, cada una de diferente palo en las cuales debían escribir. En el oro, debían poner con dos o tres palabras algo positivo del proceso grupal o lo que más les gusto, en el basto lo contrario. La espada, hacía referencia al rol de la coordinación y debían escribir una debilidad y una fortaleza y la copa hacía referencia al futuro, un “brindo por” y lo que esperaban del grupo más adelante. Este encuentro, me permitió percibir varias cuestiones de las plasmadas anteriormente en este trabajo, ya que, hasta ese momento me había quedado con una visión parcial de lo sucedido en el año que

no había sido muy positiva. Sin embargo, surgieron planteos muy interesantes que ellos pudieron visualizar como cambios positivos tanto a nivel grupal como personal. A su vez, la misma dinámica del encuentro me permitió ver estos cambios. Participaron muy activamente y cada uno expresaba sus opiniones sin problema, pudieron visualizar los conflictos como parte del proceso grupal y parte del aprendizaje, a la vez que destacaron lo positivo. Lograron hacer críticas constructivas al rol de coordinación, pero a la vez rescataron que el posicionamiento del mismo aportó a que se dieran estos movimientos. Y pueden visualizarse a futuro de una manera más independiente y fortalecida.

Voces de los participantes: Análisis por parte de los integrantes del grupo sobre el proceso del año.

En el último encuentro, realizamos una evaluación grupal en cuanto al proceso del año. Este se basó en 3 ejes:

1. Proceso grupal:

- Lo negativo
- Lo positivo

2. Coordinación:

- Debilidades
- Fortalezas

3. Expectativas a futuro

En cuanto al primer punto surgieron cosas interesantes, la mayoría de los integrantes observó dos momentos en el proceso grupal. Una primera parte bastante conflictiva que luego mejoró. Algunas de esas apreciaciones fueron:

“A lo primero no nos entendíamos, no había buena coordinación”

“Al principio hubieron muchos contratiempos no logramos entendernos”

“Al principio yo pensaba uno sale con esfuerzo ¿iré no iré?. No, tengo que ir. Y llegas y paf una bomba. Y piensas ¿y a que vine?”

“A parte como que salís de tu casa y querés otra cosa

“Y la idea era venir a pasarla bien”

A su vez atribuían estos conflictos a dos cuestiones:

“Había sido muy difícil al principio y a veces hasta tenso, y me parecía que era por la pérdida de una compañera”

“Al principio me molesté mucho con una compañera, con el tiempo supe que es bueno no exigir demasiado a nadie”

“Actitudes de alguna compañera que no me gustaban y me ponían triste”

También surgieron algunas apreciaciones respecto a qué hacer para tener un mejor clima de trabajo:

“Si nos sentimos incómodos o molestos por alguna actitud debe plantearse en y dentro del grupo, no con habladurías que dan para malos entendidos. Lo digo porque eso pasó”

“A mí me pasaron cosas que me dolieron, más allá que veníamos con una pérdida importantísima de un duelo y nos costó volver a adaptarnos un poco. Pero nos pasaban cosas mínimas que a uno lo lastiman, y a veces estás tan sensible que lo más mínimo... por eso puse que si el problema era acá habría que hablarlo acá. A mí me parece que por ejemplo con esto del viaje, lo mejor es venir y decir tenemos estas posibilidades, no que alguien diga vamos a tal lado y lo hacemos, vamos a tener tantas posibilidades y vamos a elegir entre todos, porque somos un grupo”

“Me parece que venir a decir todo sí, sí, no tiene sentido. Yo he estado en muchos grupos y siempre hay diferencias, es parte del grupo, es imposible que en un grupo nos llevemos todo preciosos y todo bien”

“Porque no todo es perfecto, como en las parejas, hay que tener respeto, hay que hablar las cosas”

“Te tocó un grupo complicado, problemático”

“Los grupos son todos difíciles porque somos todos diferentes y pensamos diferente”

“Yo era la primera vez que venía a un grupo y entendí muy bien lo que es el grupo”

Con respecto a lo positivo del proceso destacaron:

“Somos todas muy compañeras”

“Me encantó que trabajáramos para hacer el cuento de la escuela”

“Me sentí cómoda con los juegos y entretenimientos”

“Participé y me gustó mucho”

“Muy bueno en general, compañerismo y amistad”

Algunos destacaron y observaron cambios a nivel personal:

“El grupo me ayudó a mejorar mi personalidad”

“Yo una vez actué mal y grosera, pero puede cambiarlo, se lo dije a la persona y a las compañeras, además pensé: no me voy a perder el grupo por algo que me molesta” “Yo lo dije con respeto pero con bronca, pero después hice un cambio de verdad conversando con la persona, ayudándole”

“Si y te acordás aquella vez que yo me fui y vos me dijiste no te enojés”

“El grupo es algo para llevarse para la vida cotidiana en serio yo recapacite y dije yo tengo que ser diferente y cambie y la persona conmigo también, hablamos normal y todo”

“Hay llevarlo siempre primero a uno mismo, ver qué hice yo para que esto pasara”

En cuanto a la coordinación visualizaron

Dentro de las fortalezas :

“Buena actitud y buena disposición”

“Mucha humildad y entendimiento”

“Una compañera más muy agradable y sencilla”

“Muchas expectativas buenas”

“Me pareció una buena asistente y compañera”

Debilidades:

“Falta de autoritarismo para frenar al grupo, en mucho éramos muy groseras”

“Estamos agradecidas, a veces medio en desacuerdo pero ta...”

“Tiene que vencer la timidez”

Algunas reflexiones en cuanto a la coordinación :

“En todos los años este ha sido el único año que hubo una misma coordinadora”

“Tenemos que aprender que hoy en la coordinación estuviste tú y el año que viene va a venir otra persona diferente”

“Vos ayudaste muchísimo porque si no te hubieras puesto en el rol que te pusiste más de una no hubiéramos seguido”

“Se hubiera desarmado”

“Hubo un momento que cuando recalcaste lo que era el grupo por segunda vez, se cambió”

Expectativas a futuro :

“Deseo que el grupo siga porque a mí me ayudó y es la primera vez que vengo a un grupo, no te creas que fue fácil”

“Terminamos el año esperando seguir por muchos años más juntos porque veo que estamos cada vez más fortalecidos”

Consideraciones finales:

Para finalizar considero importante destacar varias cuestiones. En primer lugar la importancia de esta experiencia en general. El programa de practicantes es sin duda uno de los mayores aprendizajes que me llevo de la enseñanza de grado. Creo que se debería considerar el insertar estas prácticas preprofesionales en varios ámbitos psicológicos y no solo en el de la salud. Y así, poder formar profesionales aptos para enfrentar la realidad de nuestro país hoy.

Con respecto al área de la salud, creo que hay que seguir apostando al cambio de modelo del cual hoy día en la práctica aún estamos muy lejos. Apostar al trabajo en red, interdisciplinario, intersectorial e interinstitucional. Fomentar la investigación y la sistematización de experiencias para formular nuevas teorías que se adapten a los modelos de intervención de la actualidad.

Trayéndolo a esta experiencia en particular, apostar a una mayor formación en abordajes de grupos y destacar la importancia y el efecto que estos tienen sobre la salud de las comunidades. El encuentro con el otro y los otros, permite generar procesos de subjetivación que no se dan en otros ámbitos de intervención.

Respecto a este grupo en particular creo que se encuentra en una etapa de transición, en la cual hay que seguir trabajando y apostando a un cambio.

En un principio se creó con fines preventivos, se entendía por parte del servicio que las actividades comunitarias aportarían a la salud de los adultos del barrio y a la creación de vínculos sociales. Ese objetivo fue superado con creces, ya que los talleres siempre tuvieron muy buena participación y muy buena adhesión. Y para la mayoría de ellos este espacio es percibido como lugar de encuentro y como un momento de bienestar que les permitía olvidar por ese rato los problemas y malestares de la vida cotidiana. A pesar de esto, considero que se estancaron en la modalidad de trabajo implementada en los primeros

años y consideraban que debían realizar si o si esas actividades para que el grupo funcionara y seguir adelante con los encuentros.

Desde el equipo de psicología la propuesta siempre fue ir más allá. Y que el grupo pudiera generar otro tipo de actividades que no se redujeran sólo algo cognitivo, que pudiera ir mutando y transformándose para tener propuestas nuevas que impliquen un compromiso e interés de los mismo. Pero para eso fue necesario empoderar a los integrantes respecto a la participación activa, la implementación de nuevas propuestas y la toma de decisiones grupales.

Con respecto al análisis del año me gustaría señalar un aspecto muy importante que creo se está implementando en este grupo que es lo que Pichón Rivière plantea como adaptación activa, él dice que un grupo ha conseguido esto cuando puede visualizar ciertos aspectos de su estructura y dinámica y adapta sus aspiraciones a lo real. Logrando mantenerse en un constante aprendizaje social y en una relación dialéctica con el medio.

Los procesos que se dieron este año, a pesar de ser lentos (aún se debe seguir trabajando en ello) han logrado realizar un cambio significativo en la dinámica grupal e incluso en alguno de los integrantes. Esto es algo de lo que ellos son capaces de visualizar y apropiarse. Sería interesante analizar con ellos hasta donde estos cambios han podido generar movimientos en su entorno más cercano como las familias.

Se logró generar una buena comunicación grupal que fomentara en el futuro la toma de decisiones y resolución de conflictos de manera más participativa. Sin embargo considero que en las próximas intervenciones se debe seguir trabajando en esta línea y que la policlínica debe apostar a generar mayores redes con el grupo , para poder trabajar en conjunto. A su vez sería importante poder pensar en generar mayores nexos entre los integrantes del mismo y los técnicos, para sostener determinadas situaciones como lo que sucedió con una de las integrantes planteada anteriormente.

En cuanto a mi transición por esta experiencia debo admitir que no fue fácil, pero el enfrentarme semana a semana a nuevos retos y desafíos es parte fundamental del aprendizaje. Poder pensar sobre la intervención, mis debilidades y fortalezas permite seguir trabajando en las mismas para apostar a una mayor profesionalización y a una formación permanente.

Referencias Bibliográficas

Adamson, G. Sapia, P (2005) *Psicología social para principiantes*. Buenos Aires - Argentina. Era Naciente SRL.

Arias, J (2009) *LA RED DE APOYO SOCIAL EN LA VEJEZ. APORTES PARA SU EVALUACIÓN*. Revista de Psicología da IMED, vol.1, n.1, p. 147-158.

Bauleo, A. Caparrós, A . Caparrós, N. Díaz, S. Labrucherie, N. López Ornat, S. marrero, S. Pavlovsky, E (1975) *Psicología y sociología de grupo*. Madrid .Editorial Fundamentos.

Bello, M (2002) *Jugando en serio. El psicodrama en la enseñanza, el trabajo y la comunidad*. Editorial pax México, México. D.F

Berriel, F. Lladó, M. *LA PARTICIPACIÓN Y LAS VICISITUDES EN LA PRODUCCIÓN DE AGENTES DE CAMBIO: LOS ADULTOS MAYORES* Ponencia presentada por los autores en el II Congreso Uruguayo y Congreso Regional de Gerontología y Geriatria el 6, 7 y 8 de Mayo de 2004.

Bianchi, D. De la Cuesta, P. Gandolfi, A. Muniz, A *Primer Congreso Latinoamericano de salud: determinantes sociales y participación ciudadana Formación de psicólogos para el sistema de salud. Programa de Practicantados y Residencias*. Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Recuperado de : http://eva.psico.edu.uy/pluginfile.php/59051/mod_resource/content/1/Primer%20Congreso%20Latinoamericano%20de%20salud%20-%20Practicantado%20en%20ASSE%20-%20Bianchi%20De%20la%20Cuesta%20y%20Gandolfi.pdf

Brigeiro M (2005) *“Envejecimiento exitoso” y “tercera edad”: Problemas y retos para la promoción de la salud*. Invest Educ Enferm 2005; 23(1): 102-109. Recuperado de : <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v23n1/v23n1a09.pdf>

Cano, A *La metodología de taller en los procesos de educación popular* ReLMecS, julio-diciembre 2012, vol. 2, no 2, pp.22-52. ISSN 1853-7863 Recuperado de : <http://www.relmeecs.fahce.unlp.edu.ar/>

Coordinadora de servicios Facultad de psicología (2001) *La docencia en los servicios de Atención a la comunidad en la formación del psicólogo :hacia una conceptualización basada en diez años de experiencia*. Psicolibros Montevideo Uruguay.

Etchebehere, G. Cambón, V. De León, D. Zeballos, Y. Silva, P. Fraga, S (2007) *La educación inicial. Perspectivas, desafíos y acciones*. Psicolibros. Montevideo - Uruguay.

Fassio, A (septiembre 2001) *REDES SOLIDARIAS ENTRE PARES. ¿UNA ALTERNATIVA DE INCLUSIÓN SOCIAL PARA LAS PERSONAS DE EDAD?* Ponencia presentada en el III Encuentro de la Red Latinoamericana y del Caribe de la Sociedad Internacional de Investigación del Tercer Sector, Buenos Aires.

García, D (1997) *El grupo. Métodos y Técnicas participativas*. Editorial Espacio. Buenos Aires.

Giménez, L (2012) *Practicantados para estudiantes avanzados de psicología en el campo de la salud, en los servicios de la administración de servicios de salud del estado ASSE*. Recuperado de : http://eva.psico.edu.uy/pluginfile.php/59052/mod_resource/content/2/Propuesta%20para%200Practicantado%20Luis%20Gimenez.pdf

Ley N° 18211 sala de sesión de la cámara de senadores Montevideo - Uruguay 2007.

Morales Calatayud, F (1997) *Introducción a la psicología de la salud*. Editorial UniSon y Secretaría General Administrativa de la Universidad de Sonora. Sonora, México.

MSP (2005) Programa nacional del Adulto Mayor. DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD, DIVISIÓN SALUD DE LA POBLACIÓN. Recuperado de : http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Programa_Adulto_Mayor%5B1%5D.pdf

OPS/OMS (2007) *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Washington, D.C: OPS. Recuperado de : <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-178.pdf>

Piñeiro, M., Trillo, J. (2011). Integración de Psicólogos a los Equipos de Área. En Levcovitz, E., Antonioli, G., Sánchez, D., Fernández, M. (Eds.) *Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*. OPS. (pp. 134-162). Montevideo. Prontográfica S.A.

Quiroga, A (1998) *Crisis procesos sociales sujeto y grupo . Desarrollos en psicología social a partir del pensamiento de Enrique Pichon Rivière* . Ediciones Cinco.

Recto, G (2015) *Mi aula es un retablo. Guía para la implementación del programa de información y educación preventiva del uso problemático de sustancias y promoción de la salud en primer nivel de atención*. Montevideo. Psicolibros.

Rivière, E (1971) *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. Nueva Visión.
Ronga, S (2007) Ponencia: La feminización del envejecimiento En FORO DE LA SOCIEDAD CIVIL SOBRE ENVEJECIMIENTO. CONFERENCIA MINISTERIAL DE LA ONU SOBRE ENVEJECIMIENTO

Saforcada, E (2012) *PSICOLOGÍA SANITARIA. HISTORIA, FUNDAMENTOS Y PERSPECTIVAS*. PSIENCIA. REVISTA LATINOAMERICANA DE CIENCIA PSICOLÓGICA 4(2) 120-130.

Videla, M (1991). Prevención. *Intervención psicológica en Salud comunitaria*. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Cinco.

Vignolo, J. Vacarezza, M. Álvarez, C, Sosa, A (2011) *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud Levels of care, prevention and primary health care*. Prensa Médica Latinoamericana. ISSN 0250-3816 - Printed in Uruguay - All rights reserved.

Anexos

Cuento

Había una vez en una escuela rural, un grupo de niños de 4to año. Un día mientras estaban en clase la maestra comentó que el próximo mes la casa de la cultura de la ciudad iba a realizar un concurso de pintura para todas las escuelas del departamento y le preguntó a los niños si querían participar. Leo y Ana fueron los primeros en decir que si. Marcos, dijo que quería participar pero no sabía dibujar. Entonces a Julia se le ocurrió que podía invitar a su abuela Juana que era profesora de dibujo para que los ayudara. A los pocos días, llegó la abuela es su fitito negro y estaba muy contenta con poder ayudar a la clase de su nieta. Cuando comenzaron a hablar del concurso, la abuela, le propuso a los niños que eligieran algo que identificara a la clase para poder hacer la pintura sobre eso. Y los niños decidieron pintar la huerta que ellos tenían en el patio con el espantapájaros incluido. Luego de que todos estuvieron un buen rato colaborando con la pintura (algunos dibujaban, otros pintaban, y otros compañeros ayudaban con los materiales) llegó la hora del recreo y cansados de pintar salieron emocionados al patio a jugar a la pelota. En un momento se escuchó un estruendo. Leo en uno de sus pelotazos sin querer había roto el vidrio del auto de la abuela.

¡Pero que macana! - Dijo la abuela Juana.

Leo vino corriendo a pedirle disculpas a la abuela, pero no sabía que iba a hacer con ese vidrio roto.

La maestra pensó que (como había que enmendar el daño de alguna manera) si ganaban el concurso de pintura con algo del dinero del premio podían pagar el auto, pero para eso debían trabajar en equipo y esforzarse para poder ganar el concurso.

Y así fue, los niños trabajaron durante 2 semanas en la pintura con la ayuda de la abuela y cuando se presentaron en el concurso ganaron el primer premio, con lo cual compraron otro vidrio para el auto de la abuela.

Para celebrar el triunfo con el resto del dinero realizaron el viaje de fin de curso. FIN

Obra de teatro : Escuela Rural N°44

Personajes :

Maestra

Abuela Juana
Espantapájaros
Funcionario de casa de la Cultura
Presentador del concurso

Niños:

Marcos

Leo

Julia

Ana

Otros

Jurado

Escenografía

Fitito negro

Escuela : Biombo, sillas y cartel con el N°

3 dibujos tamaño cartulina

1 sobre para el sorteo

Frutas y verduras para la huerta

1 pelota

Había una vez en una escuela rural una maestra con sus alumnos :

Maestra :

- Buen día niños ¿cómo están? ¿cómo han pasado?. (los niños responden lo que quieran improvisando).

- Bueno me alegro.

- Bueno silencio que voy a pasar la lista . Marcos, leo, Julia, Ana, Dolores, Marta, Nelida. (todos los nombrados dicen presente).

Bueno veo que vinieron casi todos, ahora vamos a corregir los deberes.

Golpea las manos funcionaria de Casa de la Cultura . La maestra le dice adelante.

Funcionaria – Permiso, buen día niños ¿cómo están? trabajo en la casa de la cultura de Florida y les vengo a comentar a ustedes y a la maestra que en 3 semanas va a haber un concurso de pintura donde pueden participar todas las escuelas del departamento y los veníamos a invitar a ver si les interesaba.

¿Qué les parece la idea?

Ana- A mi si me gustaria participar

Otros niños - A mi tambien

Marcos – Yo no sé pintar

Leo Yo quiero pintar pero no se

Julia – Mi abuela Juana es profesora de dibujo y sabe pintar le puedo decir que venga a ayudarnos.

Todos - Si, que bueno.

Funcionaria Bueno me alegro que les haya interesado. Ah les comento que la idea es que cada escuela pueda dibujar algo que los identifique, los esperamos en 3 semanas. Saluda a la maestra y se va.

Maestra (Sara) : Me parece una buena idea que participen en el concurso pueden conocer más niños y si la abuela de Julia nos ayuda seria mejor. Ustedes ya pueden ir pensando qué van a dibujar y mañana lo vemos. Hasta mañana.

SONAR CAMPANA

Al día siguiente .

Maestra : - Hola niños ¿cómo están? . Responden bien.

Pasa la lista y cuando termina :

Niños: ¿Qué es ese ruido? Miran por la ventana. Viene la abuela en el auto.

Julia: Es mi abuela que viene en el fitito.

La abuela golpea las manos y la maestra la hace pasar.

Abuela – Buen día ¿cómo están? Yo soy Juana la abuela de Julia, me dijo que estaban invitados a un concurso de pintura y me pregunto si yo los podía ayudar.

Por eso vine hoy.

Maestra : Muchas gracias por venir Juana están muy contentos con lo del concurso.

Abuela : Que bueno Julia me dijo que tenían que elegir un tema que represente a la escuela, ¿ya pensaron que podía ser?

Ana – A mi me parece que podríamos dibujar la huerta, con el espantapájaros.

Todos los niños – Si, Si esta buena la idea.

Abuela – Bueno que les parece si ya empezamos.

Maestra – Acá en el mueble tenemos hojas, colores y pintura . Mientras dice eso se acerca a una mesa y les lleva los materiales. Todos se ponen a dibujar mirando la huerta con el espantapájaros por unos segundos. **Suena el timbre y salen a jugar al recreo. Juegan a la pelota.**

De pronto se escucha un ruido muy fuerte. (Leo le había dado un pelotazo al auto de la abuela)

Ana – Maestra , maestra Leo rompió el vidrio del auto.

Leo – Fue sin querer maestra

Maestra – Bueno niños tienen que jugar con más cuidado. Ahora vamos a tener que ver cómo hacemos para pagar los arreglos del auto entre todos. Tendremos que esforzarnos para ganar el concurso y con el premio pagarlo.

Abuela – Bueno no se preocupen despues vemos como hacemos.

3 semanas después

Lugar: casa de la cultura . Mesa con 3 sillas y los jurados.

3 niños sosteniendo un dibujo cada uno.

Presentadora - Buenas tardes hoy nos encontramos reunidos para finalizar el concurso de pinturas de las escuela del departamento. Tenemos a las 3 escuelas finalistas . La escuela N° 108 , N°51, y La N°44. Para decidir quien va a ser el ganador tenemos a los 3 jurados. Rosa Representante de la casa de la Cultura, Susana inspectora de primaria, y Jorge representante de la comisión fomento de las escuelas de Florida. Bueno jurado ahora les toca tomar la decisión.

El jurado habla en secreto sobre la decisión y escriben en una hoja el resultado final. La presentadora toma el sobre.

Presentadora - Bueno acá tenemos el resultado, antes que nada quisiéramos agradecer a todos los niños y maestros que participaron de este concurso y decirles que ya todos son ganadores. Y recordarles que el premio será un dinero en efectivo que el grupo podrá utilizar para lo que desee.

Bien, y la escuela ganadora es : La escuela rural N° 44

Todos festejan y se abrazan y la maestra recibe el premio.

Al día siguiente .

Maestra – Buen día niños, ¿están contentos de haber ganado?

Todos – Siiii

Maestra - Bueno recuerden que una parte del dinero debemos entregársela a la abuela de Julia que además de ayudarnos sin querer le rompimos el vidrio.

Justo ahí llega la abuela.

Abuela – Permiso, felicitaciones por haber ganado el concurso.

Todos – Gracias.

Abuela - Les quería comentar que el vidrio ya lo arregle con un conocido que es mecánico y no me cobro nada, así que el dinero lo pueden gastar en lo que quieran.
Todos Gritan y saltan de felicidad.

Maestra – Bueno niños ahora tenemos que pensar que vamos a hacer con ese dinero .

niña – Podemos usarlo para irnos de viaje de fin de año.

Todos – Si es una buena idea.

Unas semanas después

En algún lugar del viaje están haciendo una merienda compartida e invitan a todo el público a comer con ellos.

FIN