



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología

## **Trabajo Final de Grado**

**Análisis del Rol del/la Psicólogo/a en  
el Primer Nivel de Atención en Salud  
a partir de una intervención realizada  
en la Escuela N° 139 “Calabria”**

**Estudiante: Pablo Escudero Cármenes**

**C.I. 4.319.807-8**

**Tutora: Prof. Adj. Lic. María Julia Perea**

Montevideo, 30 de Octubre de 2016

## ÍNDICE

Introducción _____	pág. 2
Objetivos _____	pág. 3
Descripción de intervención realizada en la Escuela N° 139 “Calabria” _____	pág. 4
Articulación de la intervención con conceptos teóricos _____	pág. 11
Rol del/la psicólogo/a en el Primer Nivel de Atención _____	pág. 11
Promoción de Salud _____	pág. 17
Intersectorialidad _____	pág. 22
Interdisciplina _____	pág. 24
Taller _____	pág. 27
Consideraciones finales _____	pág. 34
Referencias bibliográficas _____	pág. 37

## **INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo corresponde al Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. El mismo surge a partir del tránsito por el Practicantado de Psicología en el marco del Programa de Practicantes y Residentes correspondiente al Convenio entre la Facultad de Psicología y ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado).

En dicho convenio, firmado en el año 2009, se plantean los siguientes objetivos: por un lado, formar recursos humanos en salud, específicamente psicólogos, con los niveles de calidad y actualización requeridos por la sociedad y acorde a los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud; y por otro, producir conocimientos psicológicos en el campo de la salud, que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población. (ASSE, Facultad de Psicología UdelaR, 2009). De este modo, no se apunta a que esta experiencia quede solamente en la acumulación de conocimiento y aprendizajes personales, sino que se busca generar un trabajo en y con la comunidad provocando una sinergia importante entre ambos sectores.

Es gracias a este convenio que en Octubre del pasado año comencé a trabajar en las Policlínicas Artigas y Capra con Gabriela Korovsky como referente, quien trabaja aquí como Psicóloga de área. Los/as psicólogos/as de área dependen de los Equipos de Salud Mental y Dispositivos en territorio, que a su vez responden a la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables.

Dichas policlínicas dependen del Centro de Salud “Dr. Badano Repetto”, perteneciente a la RAP (Red de Atención del Primer Nivel) Metropolitana. Este Centro de Salud está ubicado en la calle Capitán Mateo Tula Dufort 4145 esquina Av. José Belloni, en el barrio Piedras Blancas, el cual se extiende desde el Norte de Maroñas al Sur del barrio Manga.

Tanto la policlínica Capra como Artigas pertenecen al Primer Nivel de Atención. La primera, en el año 2007, comenzó a funcionar en una parroquia religiosa ubicada en el barrio Capra, motivo por el cual lleva este nombre. Dos años más tarde se trasladó al actual edificio situado en calle C entre D y E, en un barrio alejado del centro urbano, denominado Nuevo Capra.

La policlínica Artigas está ubicada en Camino Cap. Pettirossi 5185, a una cuadra del cruce de Av. De las Instrucciones y Av. Don Pedro de Mendoza. A diferencia del barrio en donde se encuentra la policlínica Capra es una zona con mayor urbanización.

Ambas cuentan con médico/a general, pediatra, médica familiar y comunitaria, partera, enfermera, psicóloga, psiquiatra, conserje, auxiliar de servicio, nutricionista, practicante de psicología y residente de medicina.

En el presente trabajo se intenta conocer cuál es el rol de los/as psicólogos/as en el Primer Nivel de Atención en Salud. Las líneas de acción correspondientes a este nivel de atención son múltiples y variadas. Se realiza desde abordajes clínicos individuales, hasta actividades comunitarias de participación multitudinaria.

Se trabaja intersectorialmente, con equipos interdisciplinarios, priorizando actividades de prevención de enfermedades y promoción de salud, contribuyendo al empoderamiento de la población. Con esto se apunta a generar hábitos saludables y mejorar la calidad de vida. Se intenta reducir la intervención por parte del segundo y/o tercer nivel de atención, lo cual en última instancia permitiría generar un ahorro económico.

Para tal objetivo se describe una intervención llevada a cabo con el equipo de salud de la policlínica Capra en la Escuela N° 139 "Calabria", ubicada en Camino Repetto 3996. La misma consistió en un ciclo de talleres donde se realizaron acciones de promoción de salud mediante el abordaje de diferentes temáticas. Esta actividad es una de las líneas de acción posible en este nivel de atención.

Se utiliza esta descripción entonces, para reflexionar acerca del papel que cumplen los psicólogos/as en el Primer Nivel de Atención, profundizando en los conceptos de Promoción de Salud, Intersectorialidad, Interdisciplina, y de Taller como dispositivo de trabajo, ya que ha sido la metodología empleada en esta oportunidad.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

- Indagar acerca del rol del/la psicólogo/a en el Primer Nivel de Atención en Salud.

### **Objetivos específicos:**

- Describir las líneas de acción desarrolladas por los psicólogo/a en el Primer Nivel de Atención.
- Reflexionar acerca de las prácticas psicológicas en el Primer Nivel de Atención.

## DESCRIPCIÓN DE INTERVENCIÓN REALIZADA EN LA ESCUELA N° 139 “CALABRIA”

La experiencia que se describe a continuación consiste en una serie de talleres realizados por el equipo de salud de la policlínica Capra en la Escuela N° 139 “Calabria”.

Las actividades de promoción de salud en escuelas forman parte de las tareas comunitarias que son exigidas a los equipos de salud de las diferentes policlínicas dependientes del Centro de Salud Badano Repetto.

El año pasado el equipo de esta policlínica trabajó sobre la temática *bullying* con los dos sextos de esta misma escuela. Este año se trabajó con las dos clases de cuarto a las que asisten 27 alumnos a cada una, desde el mes de Marzo hasta el mes de Setiembre. Se plantearon los siguientes objetivos:

Objetivo general:

- Realizar acciones de promoción de salud en la Escuela N° 139 “Calabria”.

Objetivos específicos:

- Promover el cuidado y autocuidado desde una perspectiva integral realizando un abordaje desde las dimensiones biológica, psicológica y social. Tomando al sujeto como un todo.
- Generar una actitud de empoderamiento en niños y niñas acerca de las temáticas a trabajar.

Planificación: 4 etapas:

- Llevar adelante un primer contacto con la escuela para presentar la propuesta y escuchar sus opiniones en el intento de construir una demanda común para luego acordar una propuesta de trabajo.
- Realización de talleres. Abordar específicamente los siguientes temas: higiene, nutrición y alimentación saludable, sentimientos y emociones, vínculos, buen trato.
- Elaboración por parte de los alumnos, con ayuda del equipo, de una presentación con temáticas elegidas por ellos a partir de lo trabajado. Esto permite abordar un tema de su interés con mayor profundidad, generando en

ellos un rol activo que habilite una mayor implicación y apropiación de los conocimientos.

- Realización de un taller con familiares de los niños/as.

En el primer contacto se plantea ante la directora de la escuela la intención de trabajar sobre el autocuidado, abordando los temas ya nombrados. A partir de esto ella ve adecuado que se trabaje con los alumnos de cuarto año, mencionando que *nutrición* es central en el programa de este grado. Se acordó que se trabajaría una vez por semana, una hora con cada grupo.

A la semana siguiente se realizó el primer taller. Al preguntarles a las maestras si sabían sobre qué se iba a trabajar, la respuesta fue que no. Si bien la directora les había dicho que iban a ir en ese horario, desde la policlínica Capra, no sabían específicamente qué era lo que se pensaba hacer.

A posteriori se reflexionó acerca de lo sucedido con el equipo de salud, pues un contacto previo con las maestras, quienes poseen mayor conocimiento de estos grupos, habría contribuido en la elaboración de la planificación.

A pesar de esto, luego del primer taller se pudo mantener un breve intercambio con las maestras. Aquí se les contó cuál era la idea de trabajo y una de ellas no dudó en plantear que la sexualidad era un tema que a sus alumnos/as les generaba ansiedad y, aunque no lo transmitió explícitamente, ella no sabía cómo abordarlo. A partir de este pedido se consideró que era pertinente, además de incorporar este tema, incluir *género*, *pubertad* y *adolescencia*.

#### **Primer taller:**

Los objetivos de este taller fueron: conocerse, hacer una presentación conjunta, contar sobre qué se iba a trabajar, e indagar un poco sobre las fantasías y expectativas de los/as niños/as acerca de las temáticas a abordar.

En la presentación se pudo observar que la policlínica Capra era conocida por varios escolares. Se optó por una dinámica en la que todos tenían que decir el nombre, la edad, algo que les guste y algo que no. Esto pasó a ser la forma de presentarse ya que cuando concurrieron otros miembros de la policlínica que no conocían, ellos mismos les exigían que contaran estas características.

Luego se les comunicó que la idea era trabajar semanalmente sobre el *autocuidado* o el *cuidado de uno mismo*. Al preguntarles qué se imaginaban que era

esto, para sorpresa del equipo, además de la higiene corporal también incluyeron otro tipo de cuidados como la nutrición, las emociones, los vínculos, “sentirse bien en la salud, en todo” agregó una niña.

Se realizó un juego en el que se tenían que ir ubicando de un lado o del otro de una línea imaginaria según las consignas que se iban diciendo. Por ejemplo: “los que tienen hermanos o hermanas de un lado y los que no del otro”; “los que nacieron en Montevideo y los que no”. Este juego sirve como rompe hielo ya que resulta divertido y además permite conocer más a cada uno.

También se les pidió que luego de cada encuentro realizaran una producción, que podía ser un dibujo o lo que quisieran, con el fin de que les sirva como insumo para posteriormente armar una presentación sobre alguno de los temas que se abordarían.

### **Segundo taller:**

En este encuentro el objetivo fue trabajar sobre la higiene corporal, específicamente se abordó el lavado de manos, higiene bucal, piojos y pediculosis.

Para esto se separó a la clase en tres subgrupos y en la interna de cada uno se problematizaron estos temas mediante preguntas como: ¿Cuál es la importancia de lavarnos las manos? ¿Cada cuánto me debo lavar los dientes? ¿Cuál es la forma correcta de lavarnos? ¿Qué son los piojos y la pediculosis? ¿Cómo se previene? ¿Cómo se cura? Etc.

Luego se realizó una puesta en común, donde cada subgrupo pasó al frente a exponer lo trabajado.

### **Tercer taller:**

Aquí concurrió Gabriela, nutricionista de la policlínica, quien trabajó sobre la importancia de alimentarse saludablemente incorporando a la dieta todos los grupos de alimentos. También resaltó la importancia de desayunar, de tomar agua y hacer las cuatro comidas diarias. Se formaron grupos de cuatro integrantes y se les entregó una hoja con palabras sueltas (por ejemplo: manzana, escuela, auto, etc.) donde debían armar una historia que incluyera esas palabras. Para finalizar cada grupo compartió con el resto de la clase la historia creada.

### **Cuarto taller:**

Se trabajó sobre las *emociones*. Se comenzó utilizando una música relajante mientras que se invitaba a prestar atención a la respiración de manera que se iba tornando un ambiente tranquilo para poder pensar en diferentes emociones.

Luego se pidió que se juntaran en parejas y que dibujaran 4 caritas con diferentes emociones (feliz, triste, enojado, etc.). Cada pareja debía, a continuación, pasar al frente y hacer una dramatización en base a lo dibujado. No se podía hablar y el resto de la clase tenía que adivinar de qué se trataba.

A partir de esto se conversó sobre qué situaciones pueden provocar las diferentes emociones y se invitó a pensar cómo se comportan al sentir una u otra, y qué tan benéfico o no puede ser esas reacciones para uno mismo. Por ejemplo se problematizó situaciones en las que contaban que al enojarse reaccionaban rompiendo objetos.

Se buscó que pudieran expresar sus sentimientos, señalando que si bien existen emociones más agradables que otras, no está mal sentir algunas como enojo, furia, o tristeza, pero que sí era importante intentar pensar sobre ese sentimiento antes de actuar para no tener reacciones dañinas.

#### **Quinto taller:**

En el siguiente encuentro se trabajó sobre el *Buen trato*. Se solicitó que formaran subgrupos de cuatro integrantes y que pensarán en 2 situaciones de *buen trato* y 2 situaciones de *mal trato*. Estas últimas debían ser acompañadas de posibles soluciones.

Luego cada grupo debía elegir una de estas situaciones para compartir con el resto mediante una breve dramatización. Este recurso sirve para exteriorizar sentimientos o pensamientos que cada uno tiene interiorizado. Entonces, se problematizaron las diferentes escenas preguntando por ejemplo ¿qué hacer ante situaciones de mal trato? ¿Pedir ayuda? ¿A quién? ¿Cómo buscar un acuerdo? ¿Cómo nos sentimos ante diferentes situaciones ya sea de buen o mal trato? Etc.

#### **Sexto taller:**

Las temáticas de *género, sexualidad, pubertad y adolescencia*, se trabajaron en dos talleres en los cuales primero se hizo una introducción oral y luego se continuó con un juego en el que se formaron 4 grupos que debían tirar un dado e ir avanzando y contestando preguntas hasta llegar a la meta.

Se comenzó hablando con los/as niños/as sobre estos conceptos intentando aclarar y evacuar dudas emergentes. Fue así que se hizo hincapié en la diferencia entre *género* y *sexo*, marcando el género como una construcción social aprendida propia de cada cultura y el sexo como los rasgos innatos que diferencian a hombres y mujeres.

Con láminas y modelos se observaron los órganos genitales masculinos y femeninos, se repasaron sus partes y funciones.

Algunas de las preguntas del juego fueron: ¿Qué es el género? ¿Qué es el sexo? Y para trabajar desde una perspectiva de igualdad de género se hicieron preguntas como: ¿El color rosado es de mujeres? ¿Las mujeres son quienes deben llevar a sus hijos o hijas al médico? Para sorpresa del equipo esto no era un tema nuevo para ellos, “los colores no tienen ni pantalones ni polleras” aportó un niño.

#### **Séptimo taller:**

En este encuentro se comenzó proyectando un video llamado “El sueño de Daniel” en el que un niño tenía una polución nocturna y luego lo compartía con sus pares en la escuela. A partir de este video se trabajó sobre los cambios que ocurren en la pubertad y en la adolescencia. Se preguntó por ejemplo ¿qué es la menstruación? ¿Qué es el semen? ¿Qué es la fecundación? ¿Qué son las relaciones sexuales? ¿Por qué las personas tienen relaciones sexuales? ¿A qué edad se puede tener relaciones sexuales?

#### **Octavo taller:**

En este taller se repasaron todos los temas abordados y eligieron uno para trabajar con mayor profundidad. Para el repaso se utilizaron sopas de letras y acrósticos. A partir de esto una clase optó hacer un video sobre nutrición y alimentación saludable, mientras que la otra decidió realizar una filmación sobre la pubertad.

#### **Noveno taller:**

Aquí se pensaron los guiones de cada video y se acordaron los roles que cada uno iba a interpretar.

#### **Décimo taller:**

Se comienza a filmar las primeras escenas.

#### **Decimoprimer taller:**

Se culmina la filmación de ambos cortometrajes.

#### **Decimosegundo taller:**

Una vez terminados los videos se realizó un encuentro en el que se juntaron las dos clases y se proyectaron las dos películas propiciando el intercambio entre todos.

### **Decimotercer taller:**

Para este último taller fueron citados los familiares de los/as alumnos/as. Concurrieron cuatro madres y un padre. Se les mostró los videos y luego tres estudiantes de cada clase, seleccionados por las maestras, explicaron de qué trataban los videos, contaron cómo había sido el proceso de elaboración y también cómo había sido el trabajo realizado durante el año.

Posteriormente, ya sin la presencia de los/as niños/as, se abrió un espacio de intercambio de dudas, preguntas o inquietudes donde se plantearon, por ejemplo, dificultades para hablar de sexualidad con los hijos, sobre todo con los varones. Una madre expresó que “con las niñas es más fácil porque le explicas qué es la menstruación y es algo más natural, pero con los varones a veces no sé cómo hacerlo, me pone incómoda.”

Fue un espacio que sirvió para pensar entre todos cómo actuar ante ciertas situaciones y buscar diferentes alternativas. El padre que asistió, si bien se mantuvo callado gran parte del encuentro, al finalizar se acercó y expresó que se había quedado pensando en que no hablaba mucho con sus hijos, que tampoco compartían momentos juntos, y que esa reunión le había servido para reflexionar sobre esto.

Al finalizar, la maestra que había pedido que se trabajara sobre sexualidad, comentó que había notado una disminución de la ansiedad en niños y niñas, y dijo que “ya no se tocan la cola ni hacen ese tipo de jugueteos cómo hacían antes.”

Luego, el equipo de salud, se despidió de todos/as y se retiró.

## **ARTICULACIÓN DE LA INTERVENCIÓN CON CONCEPTOS TEÓRICOS**

### **ROL DEL PSICÓLOGO/A EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

A partir de la Declaración de Alma Ata, llevada a cabo en la Unión Soviética en Setiembre de 1978, queda establecida la Atención Primaria de Salud (APS).

En este documento se reconoce la necesidad, ante las desigualdades en el estado de salud de la población mundial, de producir cambios de forma urgente. Es entonces que, comprometiendo a la comunidad, pero más que nada a los gobiernos de todos los países del mundo, se establece la APS como estrategia a implementar para alcanzar la siguiente meta: "Salud para Todos en el año 2000". (OMS, 1978).

La APS queda aquí definida como

la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (OMS, 1978, párr. 7).

La APS supone entonces un cambio de postura ante el proceso de salud-enfermedad. La salud es considerada como un derecho humano fundamental, se la aprecia desde un punto de vista positivo y no únicamente cómo la ausencia de enfermedad, otorgándole importancia a las dimensiones biológica, social y psicológica. Esto genera que la responsabilidad de que toda la población pueda alcanzar niveles adecuados de salud, no recae únicamente sobre el sector sanitario sino que también es necesario el involucramiento de otros sectores económicos y sociales. (OMS, 1978).

Levcovitz (2011) señala que en la mayoría de los países latinoamericanos, en los años 80, se había generado una importante desigualdad de clases. El restablecimiento de los sistemas democráticos, posterior a largos períodos bajo regímenes de dictaduras militares, de alguna manera propició a que se dieran diferentes cambios. Fue una época de transición donde se hacía necesario pensar en la situación,

tanto política, económica como social, en que cada país se encontraba para poder generar nuevas formas de relaciones.

A pesar del aparente consenso a nivel mundial de la necesidad de la implementación de cambios en lo inmediato, el modelo médico hegemónico imperante dificulta que se concreten dichos cambios. Es así que entrado en el presente siglo comienza a reaparecer como prioritarias las problemáticas que tienen que ver con la desigualdad social, el aumento de la pobreza, exclusión, e inequidad. (Essayag, M., 2012).

A partir de discusiones llevadas a cabo en el 2003, los países de América Latina y el Caribe vuelven a poner sobre el tapete la necesidad de implementar una estrategia de APS para alcanzar determinados objetivos. En el año 2005 en la ciudad de Montevideo, se realiza la Declaración Regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud. Aquí se establece que

Son iniciativas y esfuerzos de cambio profundo en el Modelo de Atención basados en la promoción de salud, un abordaje preventivo e integral, la calidad y dignidad del cuidado y el enfoque de género, que promueve la equidad, la universalidad, la solidaridad, la participación social, la intersectorialidad que permite lidiar con los determinantes sociales de la salud, y afirma y asegura el derecho universal a la salud. (Levcovitz, E. et al. 2011, p. 15).

Previo a esto, en Uruguay se mantenía un sistema de salud caracterizado por la desigualdad e inequidad, donde los usuarios accedían a determinada calidad de atención según las posibilidades económicas de cada uno. Los gastos e inversiones se dirigían más que nada al segundo y tercer nivel de atención, no existiendo una planificación a futuro sobre los usos, distribución y evaluación de los recursos. (Piñeiro, M., Trillo, J., 2011).

Benia, W. y Medina, G. (2011) mencionan que es en el año 2005, cuando por primera vez asume un gobierno de izquierda, que comienza a gestarse la reforma en el sector salud.

A partir de aquí, se plantea un cambio en la Atención, Gestión y en la Financiación, siendo los dos primeros los más difíciles de llevar adelante. Se establecen programas prioritarios, y metas prestacionales de índole preventiva, acordándose el pago de cuotas a las instituciones que cumplan con dichas metas. (Benia, W., Medina, G., 2011).

En el año 2007 se redacta la Ley N° 18211 del Sistema Nacional Integrado de Salud. Algunos de los objetivos planteados en este documento son los siguientes:

- Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población;
- Implementar un modelo de atención integral;
- Impulsar la descentralización de la ejecución;
- Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales;
- Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica;
- Fomentar la participación activa;
- Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud. (Ley N° 18211, 2007).

En el capítulo IV queda establecido que se implementará la APS como estrategia, priorizando el Primer Nivel de Atención, el cual

está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. (Ley N° 18211, 2007, párr. 56).

El hecho de que se aborde a la salud desde una perspectiva integral hace que también se incluya a la salud mental. De este modo resulta necesario incluir acciones de atención primaria en salud mental, de forma articulada, y en coordinación tanto con el resto de los actores del primer nivel como con el resto de los niveles. (Piñeiro, M., Trillo, J., 2011).

El Ministerio de Salud Pública (MSP) (2014), teniendo en cuenta que el Primer Nivel de Atención constituye el primer contacto o la puerta de entrada de los usuarios al sistema de salud, expresa que los Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención están conformados a su vez por dos equipos: Equipo de Proximidad y Equipo del Primer Nivel. El primero es fijo, común en todo territorio, y está compuesto por médico/a de familia y auxiliar y/o licenciada/o de enfermería o también se les puede sumar a estos un/a pediatra. Mientras que el segundo va a estar definido en función de las características

de la población que se trate, pudiendo estar integrado por psicólogos/as, nutricionistas, trabajadores sociales, odontólogos, etc.

Resulta llamativo que, siendo la psicología una disciplina que atraviesa transversalmente a todo el resto, no se la ubique en los equipos que constituyen la parte fija de esta estructura. ¿Se podría pensar que esto se deba a la influencia del todavía presente modelo médico hegemónico?

Conformando entonces, la Salud Mental, uno de los Programas Prioritarios planteados por el MSP, la Dirección de Salud Mental de ASSE, aprueba en el año 2008 la incorporación de psicólogos/as a los Equipos de Área de Salud de la Red de Atención del Primer Nivel de ASSE (RAP-ASSE).

Piñeiro y Trillo (2011) señalan que dicha incorporación tuvo como objetivo general brindar atención integral en salud de manera coordinada con los tres niveles de atención, primando la promoción y prevención, realizando una atención de los individuos en su medio, incluyendo a quienes padecen enfermedades mentales, y estableciendo enlaces con programas de rehabilitación y sociabilización.

Mientras que los objetivos específicos fueron:

- “Desarrollar y fortalecer a nivel comunitario la promoción y educación en hábitos saludables y la prevención de las problemáticas psicosociales.” (2011, p. 145).
- “Realizar la promoción, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, logrando una adecuada capacidad resolutive ante los motivos de consulta más frecuentes de la población, en los aspectos psicológicos.” (2011, p. 145).
- “Asegurar la atención continua y permanente a los pacientes con enfermedades mentales y sus familias.” (2011, p. 145).

Para conseguir dichos objetivos se establecieron diversas actividades a llevar adelante, las cuales los autores mencionados dividen en tres principales líneas de acción:

- 1- Actividades de Promoción, Educación, y Prevención;
- 2- Actividades por Programas vinculadas a Etapas Vitales y Problemáticas Psicosociales Prevalentes;

### 3- Atención Programada en Policlínica o en Domicilio (si la situación lo requiere).

Las primeras incluyen: mapeo de la zona y relevamiento previo de la situación de salud; fortalecimiento de las redes barriales realizando intervenciones comunitarias a través de entrevistas, talleres, observación participante y grupos operativos; participación en los Programas de Capacitación de Agentes y Promotores Comunitarios aportando pautas para la promoción y prevención en salud mental y detección precoz de factores de riesgo; integración a Programas Intersectoriales de Educación para la Salud en el ámbito comunitario, realizando talleres y ciclos informativos en escuelas, liceos, grupos, u organizaciones de la zona, fomentando estilos de vida saludables, fortalecimiento de la autoestima, promoción de hábitos de convivencia grupal y prevención del uso problemático de sustancias.

Las segundas refieren a los programas de Atención Integral al Niño y Adolescente articulado con el programa de la Mujer, Atención Integral al Adulto y Adulto Mayor, Asistencia a la Población Víctima de Eventos Críticos, Atención a Usuarios de Drogas, y programa de Capacitación Permanente.

Mientras que las Consultas Psicológicas, Acciones para la Rehabilitación Psicosocial, Registros y Actividades Administrativas, constituyen las actividades correspondientes a la mencionada Atención Programada. (Piñeiro, M., Trillo, J., 2011).

Si bien estas tres líneas de acción en la práctica muchas veces se entremezclan y los límites entre una y otra no quedan tan claros, se intentará determinar a cuál corresponde cada una de las actividades en las que ha participado el practicante en esta pasantía:

Dentro de las actividades de Promoción, Educación, y Prevención se puede ubicar a los talleres que se realizan en las escuelas de la zona, de los cuales forma parte la experiencia descrita en el presente trabajo. Los mismos son realizados por parte de los equipos de salud tanto desde la policlínica Capra como Artigas. Abordando diversas temáticas, se intenta realizar educación para la salud, prevención, promoción, y también se refuerza el vínculo con la escuela y con la comunidad.

Otra de las actividades que se ubicaría en esta primera línea de trabajo es la participación en la Mesa de Coordinación Zonal. La misma se reúne una vez por mes en la policlínica Capra. Participan integrantes del Socat de Manga, Jóvenes en Red, Caifs de la zona, funcionarios de la policlínica, concejales vecinales, vecinos del barrio,

y todo el que lo desee ya que es abierta a toda la comunidad. Este es un espacio de gran potencial en el que se pretende promover la participación de diversos actores del barrio, para que cada uno pueda: expresar opiniones, proponer o difundir ideas, discutir sobre diferentes temas, etc. Desde aquí se organizan actividades comunitarias para el mejoramiento del barrio y zonas aledañas.

El Nodo Familia también puede ser considerado en este punto. El mismo se realiza quincenalmente en el salón de la Plaza Manga, ubicada en el barrio homónimo. Aquí se reúnen técnicos de diversas instituciones de la zona, tales como los Socats de Manga y Puntas de Manga, Jóvenes en Red, Uruguay Crece Contigo (UCC), Caifs, Policlínicas, Escuelas y otros centros educativos de la zona.

Desde este espacio también se organizan actividades comunitarias promoviendo la participación de la población, y se conforman equipos focales multi e interdisciplinarios para abordar situaciones que así lo requieran.

Pasando a la segunda línea de acción podemos ubicar la participación en el grupo de niños y en el grupo de adultos mayores. El primero funciona quincenalmente en la policlínica Artigas, tiene objetivos terapéuticos, incluyendo prevención y promoción en salud. Se intenta crear un espacio donde los niños puedan generar algún cambio en lo que respecta a sus problemáticas personales. Se utilizan diferentes recursos expresivos como: juegos de mesa, dramatizaciones, dibujos, cuentos, videos, pinturas, cartas, etc.

También se incluyen talleres con familiares donde se busca implicar a estos actores con las problemáticas de los/as niños/as, y se realizan intercambios con las maestras de cada uno/a, lo cual resulta de gran importancia para poder lograr un mejor seguimiento de cada integrante.

En la misma policlínica se reúne todos los miércoles el grupo de adultos mayores "Los Ceibos". Cada 15 días parte del equipo de salud concurre a estas reuniones y lo co-coordina proponiendo diversas actividades que pueden comprender desde juegos, canto, o dinámicas disparadoras que permitan realizar acciones de prevención y promoción de salud acerca de algún tema específico. También se realizan paseos, salidas y bailes con la participación de otros grupos. Si bien el principal objetivo no es terapéutico no cabe duda que se logra este efecto.

Por otro lado, la atención clínica se realiza tanto en la policlínica Capra como en la policlínica Artigas. Se trabaja con todas las franjas etarias, existiendo la posibilidad de que los pacientes lleguen derivados por los diferentes profesionales del equipo de salud.

También consultan pacientes que son derivados de diferentes instituciones cercanas a las policlínicas como: Escuelas, Caif, Jardín de niños/as, UCC, etc.

Se habilita un espacio en donde el consultante pueda pensar acerca de su propio padecimiento, apuntando a realizar un diagnóstico situacional, abordar la problemática para orientar y/o resolver la misma. Si el caso lo requiere se pueden llevar adelante visitas domiciliarias, así como también abordajes interdisciplinarios y/o derivaciones pertinentes.

Se destaca como característica de la actividad clínica en el primer nivel de atención la posibilidad real de llevar a cabo un trabajo multi e interdisciplinario. Se trabaja en red ya que las derivaciones, mencionadas anteriormente, que ocurren desde diferentes centros o técnicos, no quedan solo en la derivación sino que se establece un seguimiento conjunto de cada situación. Por ejemplo puede ocurrir que desde UCC se detecte la necesidad de realizar alguna consulta psicológica y/o controles médicos. Entonces, derivarán a la policlínica a uno o varios miembros de una de las familias con las cuales trabajan. A partir de este momento esta familia va a contar con atención y seguimiento médico, psicológico, y de UCC, por lo menos.

## **POMOCIÓN DE SALUD**

Parece difícil encontrar algún autor, posterior al año 1986, que hable acerca de la promoción de salud y pase por alto la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. En esta carta queda documentado por primera vez el concepto de Promoción de Salud, y se establecen varias líneas de acción para mejorar la salud de toda la población. A continuación se intentará contestar las siguientes preguntas: ¿Cómo y por qué se llega a la elaboración de esta carta? ¿Qué impacto ha tenido en Uruguay? ¿De qué manera ha influido en los talleres realizados en la Escuela N° 139? ¿Corresponden estos talleres a actividades de Promoción de Salud?

### **Antecedentes a la Carta de Ottawa:**

El concepto de Promoción de Salud va a variar en función del concepto de Salud que se considere en un determinado tiempo y lugar. Es decir, va a depender del momento socio-histórico-cultural que se trate. A su vez estos conceptos van a estar en íntima relación con las creencias y con las causas que se atribuyan a las enfermedades.

Considerando desde mediados del siglo XVIII se distingue una primera etapa denominada “ambiental” donde la atención fue puesta en los problemas de salud surgidos por el fenómeno de urbanización de la población, siendo una característica de

este período la facilidad con que se transmitían las enfermedades. Luego aparece la fase “preventiva o bacteriológica” donde los avances de la microbiología e inmunología hicieron que se destinaran mayores recursos a sueros, vacunas y hospitales. Posterior a esta etapa surge, a fines de la década del 30, la “terapéutica”, en la cual se invierte en investigaciones, infraestructura y materiales médicos, consiguiendo la desaparición de enfermedades infecto-contagiosas, pero descuidando muchas otras crónicas degenerativas cuyas causas se relacionan con los hábitos o comportamientos de las personas. (Castro, A., 2011).

Milton Terris (1992) señala, como antecedente a la Carta de Ottawa, al profesor escocés William P. Alison quien en el año 1820 asoció a la pobreza con la enfermedad, manifestándose en contra de las acciones que en aquel entonces se llevaban a cabo para combatir ciertas enfermedades, ya que no se ocupaban de las costumbres y condiciones de vida de la gente más pobre de Escocia.

En 1840 Louis René Villermé, publicó en Francia una encuesta en la que demostraba que las muertes prematuras de los obreros de una fábrica de algodón se debían a las condiciones de vida de estos. En Alemania, Rudolf Virchow en 1847, obtuvo como resultado de una investigación sobre una epidemia que las causas no eran sólo físicas, sino que también se veían involucrados factores económicos y sociales. (Terris, 1992)

Terris (1992), al igual que Restrepo (2001), afirma que el término *Promoción de Salud* fue utilizado por primera vez por Henry Sigerist en 1945, cuando definió que la promoción de salud, la prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación, conformaban las cuatro principales funciones de la medicina.

Ya en este año Sigerist declaraba que la promoción de salud consistía en brindar educación para todos, mejorar las condiciones de vida y de trabajo, dándole importancia también al ocio y a la recreación. (Restrepo, H. 2001).

Todo esto da cuenta de cómo el concepto biomédico va perdiendo terreno, dando paso a un paradigma que considera a la salud como un concepto que abarca varios aspectos y dimensiones. (Restrepo, H. 2001). Consecuencia de esto es la declaración de la OMS donde, en 1948, define a la salud como “un estado de completo bien estar físico, mental, y social, y no solo la ausencia de enfermedad.” (Castro, A., 2011). Si bien esta definición ha sido muy criticada y reinventada a lo largo del tiempo, su concreción marcó un punto de quiebre importante ya que por primera vez se define

a la salud positivamente, es decir que no es considerada sólo como la ausencia de enfermedad, y también se incluyen aspectos que van más allá de lo biológico.

Restrepo (2001) menciona al informe redactado por Lalonde y la declaración de Alma Ata como dos de los antecedentes más significativos y próximos a la Carta de Ottawa.

En 1974 el gobierno de Canadá hace público un informe del entonces Ministro de Salud y Bienestar Nacional de dicho país, Marc Lalonde, en el cual hace manifiesta la necesidad de definir el “campo de la salud”, con el afán de ampliar el concepto de salud. Aquí establece que el campo de la salud está conformado por cuatro componentes. Estos son: biología humana, medio ambiente, estilo de vida, y organización de la atención en salud. (Lalonde, 1974).

El estilo de vida estaría asociado a las decisiones que cada persona toma en cuanto a su salud, siendo el componente sobre el cual se puede ejercer mayor control. También resalta y critica que a pesar de que las causas de las enfermedades y muertes en Canadá se asocian en un mayor porcentaje a la biología humana, al medio ambiente, y a los estilos de vida, las mayores inversiones económicas se han dirigido hacia la organización de la atención sanitaria. (Lalonde, 1974).

La declaración de Alma Ata es un documento surgido a partir de la conferencia internacional llevada a cabo en 1978 en Kasajistán. En ella se destaca la importancia de la atención primaria en salud como estrategia para mejorar los niveles de salud de la población. De aquí surgió la meta “Salud para Todos en el año 2000”. (Restrepo, 2001).

### **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud:**

Es a partir del escaso y lento avance en salud, que surge en 1986 la necesidad de realizar la Conferencia Internacional de la Salud en Ottawa, Canadá, organizada por la OMS, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá. En esta conferencia, que reunió a 200 delegados de 38 países, se elaboró la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, la cual es considerada el documento más importante y significativo en cuanto a la Promoción de Salud. (Restrepo, 2001).

Aquí se establece que

La promoción de salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de

satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. [...] Dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 21 de Noviembre de 1986; párr. 1).

Como se puede apreciar en esta definición, se consolidan varios aspectos que ya se venían planteando por parte de algunos referentes citados anteriormente. Es importante subrayar que la promoción trata de brindar los medios para que la población pueda mejorar y controlar su salud. Es decir, se busca dar herramientas que sirvan para que cada uno pueda hacerse cargo de sí mismo. Se intenta empoderar a la gente para que pueda tomar sus propias decisiones para favorecer su salud, tanto individual como de toda la comunidad.

La responsabilidad se descentraliza del sector sanitario. En este tiempo ya estaba por demás demostrado que existe una cantidad de factores determinantes que van más allá de los alcances de este sector.

Del mismo modo que en su momento Villermé, Virchow, Sigerist y otros plantearon, en la carta se establece como prerequisites para la salud “la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.” (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 21 de Noviembre de 1986; párr. 2). Estas son entonces, condiciones necesarias para lograr una mejoría de la salud.

El objetivo de la elaboración de la carta, además de generar un documento en donde queden asentadas ciertas definiciones y conceptos, es comprometer a los países a emprender determinadas acciones para generar las mejores condiciones que permitan efectuar cambios en favor de la salud de toda la población.

Para esto se requiere de “la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación [...] individuos, familias y comunidades.” (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 21 de Noviembre de 1986; párr. 5). Es decir, es necesario llevar adelante un trabajo intersectorial.

Se establecen cinco campos imprescindibles para realizar acciones de promoción de salud:

- Construcción de Políticas Públicas Saludables.
- Creación de ambientes favorables.

- Reforzamiento de la acción comunitaria.
- Desarrollo de las aptitudes personales.
- Reorientación de los servicios de salud.

Si bien ninguna de estas áreas funciona de manera aislada, se realiza esta discriminación que genera un orden y posibilita cierto nivel de análisis por separado. Esto permite elaborar las siguientes preguntas: ¿Cuál o cuáles de estos campos pueden haber tenido incidencia en los talleres realizados en la Escuela N° 139 “Calabria”? ¿De qué manera han incidido?

La reorientación de los servicios sanitarios, según lo que se establece en la Carta, implica que se trabaje en conjunto con distintas personas y grupos, tanto dentro del sector como fuera. Es decir, se debe trabajar intersectorialmente, de forma articulada con diferentes actores como los gobiernos, grupos comunitarios, profesionales y otros.

También se menciona la necesidad de que el trabajo vaya más allá de la atención clínica y médica. O sea, que se trabaje más a nivel comunitario considerando al individuo desde una perspectiva holística, atendiendo las necesidades de la comunidad prestando atención a la cultura en la cual se encuentre.

Estos planteamientos de alguna manera han hecho eco en la reforma del sistema sanitario de Uruguay, y es por esto que se puede apreciar su vigencia hoy en día. Es un reflejo de esto el hecho de que las policlínicas donde se ha llevado adelante la pasantía son de primer nivel de atención. Esto implica el trabajo en equipos interdisciplinarios de salud, también incluye la coordinación con diferentes instituciones, priorizando las necesidades básicas de individuos, familias y comunidades en su contexto social. Entonces, se genera que diferentes técnicos y profesionales realicen tareas comunitarias, fuera de los consultorios y de los centros de salud.

Por otra parte, con el desarrollo de las aptitudes personales, se busca generar opciones para que la población pueda elegir lo que considere mejor para su salud. Es decir, se busca empoderar a las personas y comunidades de manera que puedan ejercer un mayor control sobre su propia salud.

Esto se logra proporcionando información adecuada, y realizando educación para la salud, “a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario” (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 21 de Noviembre de 1986; párr. 16).

Varias características de las prácticas de promoción de salud, que se han planteado hasta aquí, pareciera que se han contemplado en los talleres realizados. Esto

se puede apreciar teniendo en cuenta que, por un lado, se trabajaron los siguientes temas: higiene, nutrición y alimentación saludable, sentimientos y emociones, vínculos, buen trato, género, sexualidad y adolescencia. Esto se hizo intentando hacer un abordaje holístico, es decir tomando a los sujetos como un todo, considerando tanto las dimensiones social, biológica y psicológica.

También se produjo la conjunción de múltiples saberes ya que se trabajó interdisciplinariamente con profesionales de distintas ramas, lo cual enriqueció la tarea y aumentó la capacidad transformadora de la intervención. Además de capacitar y educar en salud, se promovió la participación activa de los/as niños y niñas en el intento de empoderarlos/as y fomentar su autonomía. Esto adquirió mayor notoriedad al confeccionar los videos finales, donde se intentó habilitar el despliegue de sus capacidades de elegir y tomar decisiones

Resulta pertinente resaltar que, para llevar adelante acciones de promoción de salud, es imprescindible el trabajo interdisciplinario e intersectorial. Y, cómo ya se mencionó anteriormente, uno de los principales objetivos es empoderar a la población y así lograr que cada persona pueda tomar decisiones para el mejoramiento de su salud. Entonces, cabe que se planteen las siguientes preguntas, que se intentarán contestar en las secciones que siguen:

¿A qué refiere el trabajo intersectorial? ¿Qué implica el trabajo interdisciplinario?  
¿Se llevó a cabo un trabajo verdaderamente interdisciplinario, o fue multidisciplinario?  
¿Es útil la metodología de taller empleada para capacitar en salud y promover la autonomía?

## **INTERSECTORIALIDAD**

La salud es considerada como un sistema altamente complejo debido a que influyen en ella una cantidad muy grande de factores. No existe ninguna enfermedad que sea provocada por una única causa. Por lo tanto los factores determinantes de la salud van a ser múltiples y variados.

Al tratarse de problemas complejos que están determinados por varios factores, no se podrá conseguir soluciones adecuadas si se realiza un abordaje parcial o si se actúa desde un único sector, y mucho menos desde una única disciplina. Es decir, que el denominado sector salud, por sí sólo va a ser incapaz de resolver todos los problemas que hoy en día se consideran de salud.

Aparece entonces, la intersectorialidad como una respuesta a los problemas de salud de la población, requiriendo la acción organizada por parte de la sociedad.

Castell Florit Serrate, P., la define como: "intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida." (2007, p. 2).

Se busca evitar que se lleven a cabo acciones por parte de diferentes sectores de la sociedad de forma aislada. Se intenta aunar esfuerzos, trabajar con un orden y coherencia, de manera que se genere una sinergia importante a partir de la coordinación de diversos sectores. Esto es lo que se intenta al diseñar un sistema de salud nacional. Que se establezcan estrategias de manera que las acciones dirigidas a mejorar la salud, estilos y calidad de vida, ya sea que se trate de prevención, tratamiento, o rehabilitación, se vean acompañadas de políticas nacionales acordes. (Castell Florit Serrate, P., 2007).

Para que el trabajo intersectorial se concrete es necesario que se den ciertas condiciones previas, tales como: voluntad política por parte del gobierno, reformas adecuadas del sector sanitario, descentralización en salud, recursos humanos motivados, inversión tecnológica, y una sociedad organizada y responsable. (Castell Florit Serrate, P. 2006).

Castell Florit Serrate, P. (2007), menciona la importancia de que el trabajo intersectorial, abocado a la salud de la población, apunte a promover la participación de la misma. Sostiene que, de producirse un acercamiento a la comunidad, involucrándola en la toma de decisiones y en la elaboración de estrategias, incrementaría la posibilidad de que cada comunidad sea capaz de tomar sus propias decisiones en temas que repercuten en la salud.

En la intervención realizada en la escuela se produce la convergencia de por lo menos dos sectores, el sector sanitario que estaría representado por el equipo de salud de la policlínica Capra, y el sector educativo, del cual forma parte la escuela. Si bien no se trató de una investigación, lo cual hubiera requerido que entre los dos sectores se delimitara un objeto de estudio común, si se analiza tanto desde el punto de vista de la escuela o del equipo de salud, esta población objetivo constituye un recorte de la población con la cual se trabaja habitualmente. Este recorte hace viable la intervención puntual.

Sin embargo, este trabajo va más allá de este ciclo de talleres ya que al estar en contacto con los miembros de la dirección, algunas maestras de la institución y gran

cantidad de niños y niñas, se refuerza el vínculo entre la escuela y la policlínica. Se fomenta la participación, se establecen contactos, se extienden redes, propiciando un escenario adecuado para un trabajo en conjunto a futuro.

Luego de constatar que el sector sanitario por sí solo no es capaz de abordar todo lo referido a la salud, resulta lógico que una sola disciplina tampoco pueda. Por lo tanto, se abre la necesidad de realizar un trabajo en donde se produzca la conjunción de varias disciplinas.

## **INTERDISCIPLINA**

Ribes-Iñesta (2005), señala que una disciplina se caracteriza por poseer un determinado objeto de conocimiento. Dicho objeto necesita estar debidamente definido, lo cual implica que se va a tratar de un recorte de la realidad, necesario para su estudio.

Delgado, C. y Sotolongo, P. (2006) y Ribes-Iñesta (2005), coinciden en que el término multidisciplinaria alude a la convergencia de más de una disciplina en torno a un problema. Es decir, cuando varias disciplinas indagan acerca de un mismo conjunto de problemas u objeto de estudio.

Por otra parte, la interdisciplina incluye a la multidisciplinaria ya que en la primera también es necesario que varias disciplinas realicen indagaciones en función de un problema u objeto de estudio común, pero aquí se debe conseguir como resultado *cuotas de saber* sobre un objeto nuevo. Entendiendo por cuotas de saber, un conocimiento extra, un plus de conocimiento diferente a lo que se podría obtener si cada disciplina trabajase de manera aislada. Esto va a generar que también se produzca un objeto de estudio nuevo, ya que al ser delimitado interdisciplinariamente también se va a producir algo del orden de lo novedoso en comparación con las definiciones que cada disciplina podría realizar por separado. (Delgado, C., Sotolongo, P., 2006).

Es a partir de problemáticas sociales que se genera un determinado encargo, y es en respuesta a este que se va conformar la interdisciplina. (Ribes-Iñesta, 2005). Se produce entonces, una aceptación de no poder afrontar determinado problema por una disciplina sola y se apela a la conjunción de varias, intentando reorganizar el conocimiento integrando diversos saberes. (Gandolfi, A., Cortazar, M., 2006).

La psicología, como disciplina, no es ajena a todo esto y tampoco es capaz de solucionar muchos de los problemas actuales por sí sola. Entonces va a tener que

vencer eventuales temores y resistencias, y aceptar los aportes que puedan hacer diferentes disciplinas. (Parisí, E., 2006).

Resulta necesario estar abierto al diálogo entre saberes, lo cual implica asumir que el otro tiene algo para enseñar y a su vez que uno tiene algo que aportar. Para este intercambio es imprescindible la escucha y también expresarse mediante códigos que sean comprensibles por todas las partes participantes. De este modo se intentará no caer en hegemonías o saberes totalizadores. (Delgado, C., Sotolongo, P. 2006).

Sin embargo, por más que exista consenso a nivel teórico acerca de la necesidad y utilidad de trabajar interdisciplinariamente, a la hora de ponerlo en práctica no resulta tan sencillo. Gandolfi, A. y Cortazar, M. (2006), señalan que además de constituir, el trabajo interdisciplinario, un espacio de encuentro y diálogo, el hecho de que se traspase los bordes o límites de cada disciplina puede generar tensiones y conflictos.

Para intentar evitar dichos conflictos y tensiones se debe establecer algunos acuerdos previos al trabajo que implican:

una concepción de Salud integral, un posicionamiento ético-ideológico que enmarque las acciones en una perspectiva de derechos humanos en general y especialmente de equidad en Salud, una actitud de respeto hacia las personas y comunidades destinatarias de las acciones, y una ubicación del saber disciplinario en un contexto de diálogo con otros saberes. (Gandolfi, A., Cortazar, M., 2006, p. 4).

Esto sería sentar algunas bases comunes que harían viable la posterior conjunción de los diferentes aportes que se realicen. Una vez más se destaca la importancia que se le debe dar a la comunidad y los saber que de allí surjan para lograr un trabajo que se adapte a las características de cada población.

Ribes-Iñesta (2005), menciona que al ser el conocimiento de la psicología tan diverso, esta puede operar en diferentes ámbitos sociales y esto genera que tenga un vínculo cercano con diferentes profesiones.

Gandolfi, A. y Cortazar, M. (2006), siguiendo planteos de Viera, E., distinguen: la capacidad de asombro, la tolerancia, la aceptación de límites, la capacidad de reconocer diferencias y aceptar otros saberes como válidos, el cuestionar los saberes ya establecidos; como características o actitudes propias de psicólogos/as, que favorecerían el trabajo interdisciplinario.

Ahora bien, en la experiencia que se ha descrito ¿hubo verdaderamente un trabajo interdisciplinario?

Las personas que, de una manera u otra, participaron fueron: médica familiar y comunitaria, partera, nutricionista, maestras, directora, psicóloga, practicante de psicología, y los/as alumnos/as de la escuela.

La primera instancia de trabajo, la planificación inicial, fue realizada por la médica y por el practicante de psicología. Fue una etapa en donde, a partir de la consigna de tener que ir a la escuela a realizar talleres, se discutió y se acordaron los objetivos, algunas temáticas a ser abordadas, y la forma de trabajo incluyendo horarios y frecuencia. En esta primera etapa también se estableció el primer contacto con la directora donde se comunicó la idea de trabajo y a partir de esta se llegó a un acuerdo acerca de qué temas se iban a tratar y con qué grupos se iba a trabajar.

La presencia de estas dos disciplinas a la hora de la planificación generó que una de las consignas establecidas fuese considerar a los sujetos como seres bio-psico-sociales, intentando realizar un abordaje integral. Si dicha planificación hubiera sido realizada únicamente desde la psicología o desde la medicina seguramente hubiera sido otro el alcance pretendido.

Tanto con la directora como con las maestras se produjeron intercambios puntuales. Sin embargo, los breves encuentros que se establecieron resultaron muy productivos. Recordemos cómo luego de un planteamiento realizado por una de las maestras al equipo de salud, se incorporaron las temáticas de género, sexualidad, pubertad y adolescencia, enriqueciendo la actividad y permitiendo una mayor adaptación a los requerimientos de la población con la que se trabajó.

A partir de esto se puede pensar que si se hubiera llevado a cabo un trabajo interdisciplinario desde el principio, es decir si las maestras hubieran participado desde la planificación, seguramente el trabajo y los resultados habrían sido otros.

Luego de esta etapa la médica familiar debió abandonar el trabajo por licencia maternal. Continuaron en la planificación y ejecución de cada taller la partera, la psicóloga y el practicante de psicología. Nuevamente se daba el diálogo entre diferentes saberes lo cual enriquecía cada instancia de trabajo.

Por otro lado, en el caso del taller sobre nutrición y alimentación saludable sucedió lo siguiente: se llama telefónicamente a la nutricionista de la policlínica, con la cual no se tenía contacto previo debido a que no coincidían los horarios ni los días de trabajo, y se le plantea la idea de realizar un taller sobre esta temática. Muy amablemente accedió pero, lejos de planificar conjuntamente, decidió hacerlo sola y encontrarse con el equipo en la escuela el día del taller. Y así fue que el practicante de

psicología, en total desconocimiento de la dinámica que se iba a realizar, acompañó a la nutricionista a la escuela, sin ser más que un presentador y espectador del taller.

En esta ocasión, claramente, se dio una práctica multidisciplinaria, ya que el trabajo de la nutricionista fue puntual y aislado del proceso del equipo de salud. No se produjo ninguna instancia de debate, discusión, o de pensar conjuntamente qué hacer y qué no. Es decir que no se consiguió trabajar interdisciplinariamente.

En un principio no se tuvo en cuenta los saberes, preguntas o demandas de los/as niño/as, sino que se planificó según las posibilidades y recursos del equipo de salud, y desde los supuestos previos acerca de sus necesidades. Sin embargo, cabe resaltar cómo luego del sexto taller, donde se comenzó a trabajar sobre género y sexualidad, se pudo considerar preguntas y dudas surgidas en ese encuentro para pensar la planificación del siguiente. Fue a partir de esto que se decidió utilizar un video como disparador para trabajar con preguntas como: ¿Qué es la menstruación? ¿Qué es el semen? ¿Qué es la fecundación? ¿Qué son las relaciones sexuales? ¿Por qué las personas tienen relaciones sexuales?

## TALLER

¿Por qué el taller cómo metodología de trabajo? ¿Qué cualidades posee el taller?

Se comenzará por citar algunas definiciones de Taller.

La Real Academia Española (RAE) define al taller como:

- “1. m. Lugar en que se trabaja una obra de manos.
2. m. Escuela o seminario de ciencias o de artes.
3. m. Conjunto de colaboradores de un maestro.” (RAE, 2014).

Cano, A. nos dice que el taller es

Un dispositivo de trabajo con grupos, que es limitado en el tiempo y se realiza con determinados objetivos particulares, permitiendo la activación de un proceso pedagógico sustentado en la integración de teoría y práctica, el protagonismo de los participantes, el diálogo de saberes, y la producción colectiva de aprendizajes, operando una transformación en las personas participantes y en la situación de partida. (2012, p. 33).

Careaga, A., Cirillo, A., Da Luz, S., Sica, R. por su parte, diferencian al taller de un seminario, remarcando que en el taller “...se aprende desde lo vivencial y no desde

la transmisión. [...] donde los conocimientos se adquieren a través de una práctica concreta [...] Es una metodología participativa en la que se enseña y se aprende a través de una tarea conjunta.” (2006, p. 5).

Se puede apreciar cómo la práctica es un elemento común en estas definiciones. Es decir el hacer, el poner el cuerpo en movimiento y realizar alguna acción. La praxis aparece como característica de esta metodología alternativa a lo que conocemos como educación tradicional. Educación tradicional refiere al modelo clásico escolar, liceal y hasta en niveles terciarios, en donde un maestro/a o profesor/a es quien se para delante de una clase a transmitir su conocimiento. Se da un par saber-no saber, donde quien está parado/a adelante posee un saber que lo transmite de diversas formas a quienes están sentados en el lugar de no saber, dispuestos a recibir información y llenar esos vacíos.

De esto también se desprende una concepción de saber. Aparece el saber como algo que se tiene o no se tiene, como si fuera un objeto que uno puede agarrar, tocarlo y guardarlo, así como también pasárselo a otro tal cual está. Esto coloca al saber y al poder en íntima relación. Adquiriendo poder quien posee un determinado saber, mientras que del otro lado alguien lo recibe pasivamente.

Estrategia, Metodología, y Técnica son conceptos que se requiere tener en claro para llevar a delante un taller tanto a la hora de planificar como de ejecutar o evaluar lo realizado. (Cano, 2012)

Estrategia es definida por la RAE como:

“1. f. Arte de dirigir las operaciones militares.

2. f. Arte, traza para dirigir un asunto.” (RAE, 2014)

Tiene un origen militar y refiere a la manera en que se organizan las diferentes acciones que se llevarán adelante. Está en íntima relación con los objetivos que se pretenden alcanzar, ya que es en función de estos que se va a determinar la estrategia. (Cano, 2012).

Por otro lado, Marradi, A. et al. definen al método cómo “camino para conseguir un fin.” (2007, p. 47).

A diferencia de la estrategia la cual alude al diseño, el método refiere ya a modos de organizar, es decir a dispositivos de trabajo más concretos como lo es el taller.

También deberá estar en relación de dependencia con los objetivos, de lo contrario no existirá orientación estratégica, es decir no habrá coherencia entre lo que se haga y a lo que se quiera llegar. (Cano, 2012).

En cuanto a las técnicas, Kaplan expresa que son

Los procedimientos específicos empleados en una ciencia, o por un particular género de investigaciones dentro de una ciencia [...] Son las formas de cumplimentar el trabajo de una ciencia que son considerados, por razones más o menos convincentes, aceptables por una comunidad científica. [...] (Kaplan 1964; 19). (Marradi, A. et al. 2007, p. 55).

Es decir que, las técnicas son las herramientas o dispositivos específicos a cada situación que le otorgarán viabilidad al diseño metodológico. Refiere a acciones específicas que conforman al método tales como técnicas de integración, de presentación, entre otras. (Cano, 2012).

En relación con estas aparece el procedimiento metodológico el cual refiere a las formas específicas en que se aplican las técnicas. Para esto es imprescindible tener en cuenta aspectos del contextos como lo son el tiempo que se tiene para realizar el taller, las características de la población, etc. (Cano, 2012).

Tener claros y diferenciados estos conceptos no es solo para hablar correctamente o conocer el lenguaje universal que nos permite la comunicación con terceros, sino que resulta útil para darle un orden lógico al trabajo. Los talleres se pueden dividir en tres etapas:

- A) Planificación,
- B) Desarrollo, el cual a su vez se divide en: 1- apertura, 2- desarrollo, 3- cierre,
- C) Evaluación, que se realiza en dos instancias: en el taller con los participantes y a posteriori con el equipo coordinador. (Cano, 2012).

Para planificar un taller es de gran importancia tener en cuenta dos aspectos fundamentales, por un lado los objetivos que se quieren alcanzar, los cuales van a determinar las técnicas a utilizar y demás características del taller, y por otro lado se requiere poseer conocimiento de las personas con las cuales se va a trabajar. En cada situación las características de los sujetos van a ser diferentes por lo que no se puede repetir un mismo taller en dos poblaciones que sean distintas entre sí. Adquiere relevancia el hecho de poder saber cuáles son los conocimientos previos que ya tienen los integrantes acerca de alguna determinada temática para que tenga sentido la realización del mismo. (Cano, 2012).

Entonces, los objetivos son lo primero que se debe establecer y dejar en claro para que actúen como guía de todo el posterior trabajo que se realice. Es decir que a partir de estos se va a determinar tanto la estrategia, como los métodos y las técnicas a emplear.

En la experiencia llevada a cabo en la Escuela N° 139, se planteó a priori el objetivo general de realizar acciones de promoción de salud y los objetivos específicos de a) promover el cuidado y autocuidado desde una perspectiva integral realizando un abordaje desde las dimensiones biológica, psicológica y social. Tomando al sujeto como un todo; y b) generar una actitud de empoderamiento en niños y niñas acerca de las temáticas a trabajar. Si bien esto estaba claro desde el principio cabe reparar en el mencionado hecho de que las actividades de promoción de salud en escuelas forman parte de las tareas comunitarias que son exigidas a los equipos de salud de las diferentes policlínicas dependientes del Centro de Salud Badano Repetto.

¿A qué responde esta exigencia?

En la Carta de Ottawa de 1986, ya aparecían las escuelas como uno de los escenarios adecuados de intervención:

La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud. [...] Esto se ha de hacer posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario. [...] (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 21 de Noviembre de 1986, párr. 14).

A su vez, en el Artículo 3° de la Ley N° 18211 del Sistema Nacional Integrado de Salud, se puntualiza como uno de los principios rectores a “la promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.” (Ley 18211, 2007, párr. 4).

Esta ley es consecuencia del proceso de reforma del sistema de salud en Uruguay que comenzó en el año 2005. Esta reforma conlleva cambios en los modelos de gestión, atención y financiamiento. Para lograr instrumentar un nuevo modelo de atención se establecieron Programas Prioritarios (Piñeiro, M., Trillo, J., 2011). Dentro de estos se encuentra el Programa Prioritario de Atención a la Salud de la Niñez, donde también se incluye a las escuelas dentro de los espacios de mayor pertinencia para llevar a delante acciones de promoción de salud, fomentando el trabajo interdisciplinario e interinstitucional. (Programa Prioritario de Atención a la Niñez, 2006).

Siguiendo estos Programas Prioritarios se establecen Metas Asistenciales, cuyo cumplimiento va a significar el pago de Cuotas Salud acordadas. (Piñeiro, M., Trillo, J., 2011). Es decir que si los prestadores de los servicios de salud alcanzan determinados objetivos asistenciales se harán acreedores de ciertas recompensas.

Con esto vemos como las exigencias planteadas desde el Centro de Salud responden a políticas, no solo nacionales sino también internacionales de salud.

De esta forma la realización en sí de los talleres en las escuelas forma parte de los objetivos de la dirección del Centro de Salud. Siguiendo la línea de lo planteado hasta ahora cabe que nos preguntemos: ¿Le importa a la dirección del Centro de Salud los contenidos de los talleres, o simplemente forman parte de objetivos administrativos?

Los Equipos de Salud deben lograr diferenciarse de esto, para poder plantear objetivos concretos de promoción de salud. Si esto no sucede, si los talleres se realizan por inercia, y se diseñan estrategias o se escogen métodos sin tener en cuenta los objetivos es posible que se desarrolle lo que Cano llama “espontaneísmo”. O sea, una práctica en la que no se piensa previamente por qué se hace lo que se hace. Teniendo como resultado una praxis sin capacidad transformadora, y por ende no se va a actuar en congruencia con las políticas de salud, perdiéndose el foco de la promoción de salud. De esta forma se actuaría el “espontaneísmo” donde los medios que se utilizan no estarían en sintonía con los fines que se pretende alcanzar, y los talleres pasarían a ser un fin en sí mismo.

Por otro lado, ya entrando en la puesta en práctica de los talleres como metodología educativa, Hounie, A. (2003) señala que, en un marco universitario, a diferencia del modelo tradicional de enseñanza en el cual lo importante son los contenidos que se aborden, el taller corresponde a una modalidad diferente en la cual lo que adquiere relevancia son los emergentes que surjan en el transcurrir de los procesos mismos de los talleres.

Sin embargo, Cano expresa que en la educación se da cierta contradicción ya que “por una parte, tiene a su cargo la transmisión intergeneracional de un determinada acervo cultural y de conocimientos; y al mismo tiempo también le compete la recreación, invención y transformación del mismo.” (2012, p. 25).

Es decir que se da un choque entre lo permanente y lo transformador. Al mismo tiempo que se pretende generar una actitud de empoderamiento que permita cierta apropiación que a su vez habilite a un posicionamiento crítico, se produce la transmisión

de conocimiento que, respondiendo a discursos hegemónicos de ideologías dominantes, reproduce rasgos culturales que se mantienen en un determinado tiempo.

Entonces caben aquí las siguientes interrogantes: ¿Qué de la intervención realizada en esta escuela corresponde a lo permanente? ¿Qué discursos hegemónicos han atravesado esta práctica? ¿De qué manera ha incidido lo cultural? Por otro lado, ¿Han servido estos talleres para generar una actitud de empoderamiento? ¿Han tenido una capacidad transformadora?

El hecho de que se haya trabajado la temática de género y desde una perspectiva igualitaria es correlativo al momento socio-histórico-cultural que se desarrolla hoy en día. La igualdad de género está en boca de todos, se ve en los diarios, en internet, en los informativos, se escucha en la radio y hasta en charlas informales en la calle o en pasillos de cualquier institución. También está en la agenda de muchos grupos activistas.

Es decir que en el año que corre, en Uruguay, está moralmente bien que se hable desde una perspectiva igualitaria de género, está bien que se interrogue los actos que no se condicen con este punto de vista. Existen políticas de inclusión y esto es lo que se debe promover hoy, en el año 2016. Si estos talleres se hubieran llevado a cabo hace 50 años, seguramente esto no hubiera sido un tema a tratar ni a poner en tela de juicio, pero hoy a nadie le llama la atención que un equipo de salud de una policlínica de ASSE promueva la igualdad de género.

Sin cuestionar se emprenden actividades en las que se divulga y se reproduce normas morales que dictaminan qué es lo correcto, qué es lo adecuado y qué no. En otras palabras, se transmite a otra generación parte del discurso hegemónico. Pero al mismo tiempo, a través de esta transmisión, se intenta empoderar a esta nueva generación, se pretende que se dé un proceso de asimilación e interiorización de estos saberes. ¿Y con esto que se logra? Lo que se puede lograr es un posicionamiento crítico, ya sea para cuestionar el saber que se les quiere transmitir o para que, a partir de este saber interiorizado, puedan cuestionar otro tipo de saberes, otro tipo de posturas. He aquí el choque, he aquí la contradicción. Por un lado un discurso que le da permanencia al paradigma actual, un hacer que responde a discursos que se repite. Pero al mismo tiempo se busca que esto sea útil para generar transformaciones, tanto individuales como colectivas.

Entonces, gracias al cruce que se da entre la teoría y la práctica, el taller como método adquiere relevancia para alcanzar un efecto transformador:

La práctica (la experiencia) es la fuente fundamental de la reflexión teórica, la cual -por su parte- posibilita nuevas miradas sobre la intervención, e incidirá en esta en un proceso espiralado de retroalimentación dialéctica de teoría y práctica. De este modo teoría y práctica se integran en la acción de comprensión de la realidad y en los procesos de enseñanza y aprendizaje, en una perspectiva superadora de la división entre teoría y práctica planteada por la enseñanza tradicional. (Cano, 2012, p. 37).

Hounie, A. (2003) afirma que la falta de compromiso con la experiencia se va a corresponder con el olvido de conceptos teóricos. Dicho de otro modo, la experiencia va a ayudar a generar cierto grado de implicación de los sujetos, necesario para la interiorización de la teoría.

En la experiencia analizada se ha intentado que, a través de la confección de los videos, se genere una apropiación de los conocimientos por parte de los/as alumnos/as. Es una etapa en la que debían pensar, reflexionar y poner el cuerpo. Tenían que encarnar esos personajes, comprometerse con la creación de los videos. Ya sea actuando, filmando, buscando una imagen en internet o pensando qué música se podía usar. De una manera u otra todos/as participaron y, sin duda, esto ayuda a la apropiación de los conocimientos. Fue una instancia en la que la teoría y la práctica se entremezclaron generando una sinergia importante.

¿En qué medida se han podido apropiar de los conocimientos trabajados estos/as alumnos/as? ¿Cuánto ha sido el poder transformador de esta intervención? ¿Qué nivel de implicación se ha generado? ¿Se habrá generado actitudes de empoderamiento? Son parte de las preguntas que quedarán sin responder.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Tanto internacionalmente como a nivel regional y nacional se evidencia la preocupación y los esfuerzos por el mejoramiento de la salud de toda la población. Disminuyendo la influencia del tradicional modelo médico hegemónico, se ha venido incrementando la consideración de factores determinantes de la salud que tienen que ver con hábitos y conductas saludables, estilos de vida, condiciones ambientales, y otros que marcan cómo la salud es reconocida de manera integral, teniendo en cuenta no solo una dimensión biológica sino también social y psicológica.

Esto coloca a la APS como estrategia principal, la cual prioriza el trabajo en el Primer Nivel de Atención en Salud, enfatizando las acciones de prevención de enfermedades y promoción en salud.

El proceso de reforma del sistema de salud, en Uruguay, que conlleva la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, implica cambios importantes en cuanto a la atención, la gestión y el financiamiento. Se apunta al acceso universal de la atención a toda la población del país, intentando una distribución de recursos justa y homogénea. La salud pasa a ser un derecho y bien público, siendo el estado el responsable de brindarle cobertura a todos los ciudadanos.

Este proceso de reforma influye directamente en el rol y las funciones del/la psicólogo/a en el sistema de salud, haciendo que la psicología poco a poco vaya ganando terreno. Incluso, la Salud Mental pasa a ser considerada por el MSP como uno de los Programas Prioritarios.

De todas formas cabe preguntarse ¿de qué forma es que la psicología se va abriendo paso? O dicho de otro modo, ¿cuál es el lugar que se le va dando a esta en el sistema sanitario? La influencia del modelo médico hegemónico, ¿hace que la psicología tenga que modificarse para adaptarse a los requerimientos actuales?

Denominar a la psicología de este modo, en singular, puede generar confusiones ya que existen múltiples ramas, enfoques y especialidades que hacen que haya una gran variedad de sectores y niveles en los cuales resulta pertinente su participación.

En el Primer Nivel de Atención en Salud los/as psicólogos/as realizan actividades de promoción, educación, y prevención, actividades por programas vinculados a etapas vitales y problemáticas psicosociales prevalentes, atención programada en policlínica o en domicilio.

Aquí la atención clínica adquiere ciertas particularidades. Muchas veces se dan situaciones en las que se trabaja con pacientes o familias que son abordadas al mismo tiempo y de forma coordinada con médico/a, partera, o cualquier integrante del equipo de salud, o incluso con técnicos de otras instituciones. Es decir, se trabaja interdisciplinariamente.

Son las problemáticas actuales y complejas que demandan que se trabaje intersectorial e interdisciplinariamente.

En el trabajo en equipos interdisciplinarios se espera que se produzca un complemento entre disciplinas, pero además que se genere una sinergia que mejore los resultados de los trabajos que se lleven a cabo. Si bien esto es así, muchas veces también se generan conflictos y choques entre las diferentes disciplinas.

El trabajo interdisciplinario requiere poder escuchar al otro, estar abierto a nuevas perspectivas, poder reconocerse en el error, asumir que se precisa la intervención de otros saberes, así como también estar dispuesto a realizar aportes desde los conocimientos y saberes propios.

Se apunta a empoderar a la población brindando las herramientas para que cada individuo y cada comunidad pueda hacerse cargo de su salud y de su vida, participando, tomando decisiones, interviniendo en el diseño de estrategias, o sea, adquiriendo un rol activo. El saber proveniente de la propia comunidad es tan o más importante que el resto de los saberes. Es fundamental tenerlo en cuenta para pensar cualquier intervención y así poder implementar estrategias acordes a cada comunidad en un determinado momento histórico-socio-cultural.

Para trabajar en el primer nivel de atención, todo esto debe ser compartido por los integrantes del equipo interdisciplinario. Cabe entonces que nos preguntemos ¿todos los centros de estudio están formando gente para esto? Las políticas nacionales apuntan a generar este tipo de atención, pero ¿la formación de profesionales es acorde a estas políticas?

De la psicología, al trabajar en equipos interdisciplinarios, se espera que realice aportes desde su especificidad pero que también actúe como mediador entre las diferentes disciplinas.

El trabajo en el Primer Nivel en Atención en Salud requiere de un acercamiento a la comunidad, se espera que los técnicos salgan de los consultorios y vayan al encuentro con el otro afuera, en la calle, en los barrios, pudiendo conocer los contextos en que vive la población. Ha quedado demostrado que las tareas y acciones posibles

son muchas y variadas, por esto es necesario que no se pierda de vista el objetivo de empoderar a la población, buscando que los individuos dejen de ser objeto de atención y puedan ser participantes activos, que puedan tomar decisiones y asumir responsabilidades.

En este sentido, la intervención que se ha descrito en el presente trabajo realizada en una Escuela, adquiere el tamaño simbólico de un granito de arena contribuyente a movimientos que pretenden cambios sociales a nivel macro.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ASSE, Facultad de Psicología UdelaR. (2009) *Convenio entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Universidad de la República-Facultad de Psicología*. Montevideo, Uruguay. 30 de Diciembre de 2009. Recuperado de: <http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/Convenio%20ASSE.pdf>
- Benia, W., Medina, G. Construcción de una red continente: APS y Primer Nivel en el Cambio de Modelo de Atención en Montevideo. Uruguay. 2005-2006. En Levcovitz, E., Antoniol, G., Sánchez, D., Fernández, M. (Eds.) *Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*. OPS. (pp. 100-133). Montevideo. Prontográfica S.A.
- Cano, A. (2012). La metodología de taller en los procesos de educación popular. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 2(2), 22-51. Recuperado de: <http://www.relmecs.fahce.unlp.edu.ar/article/view/RELMECSv02n02a03>
- Careaga, A., Cirillo, A., Da Luz, S., Sica, R. (Octubre, 2006). *Aportes para diseñar e implementar un taller*. Trabajo presentado en 2das Jornadas de Experiencias educativas en DPMC (Desarrollo Profesional Médico Continuo). Llevado a cabo en Facultad de Medicina de la UdelaR, Montevideo. Recuperado de: [http://www.dem.fmed.edu.uy/Unidad%20Psicopedagogica/Documentos/Fundamentacion\\_talleres.pdf](http://www.dem.fmed.edu.uy/Unidad%20Psicopedagogica/Documentos/Fundamentacion_talleres.pdf).
- Castell Florit Serrate, P. (2006). La intersectorialidad en la práctica social del sistema cubano de salud pública. (Tesis de doctorado). Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana.
- Castell Florit Serrate, P. (2007). Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21433209>
- Castro, A. (coord.). (2011). *Los usos de las drogas y su abordaje en la Educación. Educación inicial y primaria: Orientaciones para la Promoción de Salud y Prevención*. Montevideo. Fanelcor S.A.
- Delgado, C., Sotolongo, P. (2006) La complejidad y el diálogo transdisciplinario de saberes. En: *La revolución contemporánea del saber y la complejidad social*. Buenos Aires: CLACSO. Cap. IV, págs. 65-77. Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/soto/Capitulo%20IV.pdf>

- Gandolfi, A., Cortazar, M. (2006) *El desafío de la Interdisciplina en la formación de los Profesionales de la Salud*. Trabajo presentado en VIII Jornadas de Psicología Universitaria. A medio siglo de la Psicología Universitaria en el Uruguay, Facultad de Psicología, UDELAR, Montevideo. Recuperado de [http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/apas\\_El%20desafio-de-la-interdisciplina.pdf](http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/apas_El%20desafio-de-la-interdisciplina.pdf)
- Hounie, A. (Junio, 2003). *El Aprendizaje en Talleres: Saber Crear-se Sujeto*. Trabajo presentado en Psicología en la Educación: Un campo epistémico en construcción, Jornadas. Congreso llevado a cabo en Facultad de Psicología de la Udelar, Montevideo. Recuperado de: [http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/taller\\_2dociclo\\_saber\\_pdf\\_17212.pdf](http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/taller_2dociclo_saber_pdf_17212.pdf)
- Lalonde, M. (1974). El concepto de "Campo de la Salud": Una perspectiva canadiense. En OPS (1996). *Promoción de la Salud: una antología*. (pp. 3-5). Washington D.C. Publicación científica N° 557.
- Levcovitz, E. (2011). Atención Primaria de Salud Renovada: Un análisis de Economía Política sobre los procesos de cambio de los sistemas de salud. En Levcovitz, E., Antoniol, G., Sánchez, D., Fernández, M. (Eds.) *Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*. OPS. (pp. 12-23). Montevideo. Prontográfica S.A.
- Ley N° 18211. *Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo, Uruguay. 13 de Diciembre de 2007. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp745615.htm>
- Marradi, A., Archenti, N., Piovani, J. I. (2007). *Metodología de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires. Emecé editores.
- MSP (2006). *Programa Prioritario de Atención a la Salud de la Niñez*. Redactado por Programa Nacional de la Salud de la Niñez, Red de Atención Primaria (RAP-ASSE), e IMM- División Salud. Montevideo, Uruguay. Recuperado de: [http://www.saintbois.com.uy/innovaportal/file/732/1/programa\\_atencion\\_ninez.pdf](http://www.saintbois.com.uy/innovaportal/file/732/1/programa_atencion_ninez.pdf)
- MSP (2014). *Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención*. Elaborado por División de Recursos Humanos del SNIS/MSP. ISSN: 1688-8235. Recuperado de: [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/Doc.3\\_Equipos%20de%20Salud%20del%20Primer%20Nivel%20de%20Atenci%C3%B3n.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Doc.3_Equipos%20de%20Salud%20del%20Primer%20Nivel%20de%20Atenci%C3%B3n.pdf)

- OMS. (1978). *Declaración de Alma Ata*. En Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. Recuperada de: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19004&Itemid=270](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270)
- OMS. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. En Conferencia Internacional auspiciada por la OMS y la Asociación Canadiense de Salud Pública. Toronto, Canadá. Recuperada de: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- Parisi, E. (2006). Psicología, interdisciplina y comunidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(2) 373-384. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211212>
- Piñeiro, M., Trillo, J. (2011). Integración de Psicólogos a los Equipos de Área. En Levcovitz, E., Antoniol, G., Sánchez, D., Fernández, M. (Eds.) *Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*. OPS. (pp. 134-162). Montevideo. Prontográfica S.A.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23° ed.). Consultado en: <http://www.rae.es/>
- Restrepo, H. (2001). Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud. En Málaga, H. Restrepo, H. (2001) *Promoción de la Salud: Cómo construir una vida saludable*. (pp. 15-23). Bogotá. Editorial Médica Internacional.
- Restrepo, H. (2001). Conceptos y definiciones. En Málaga, H. Restrepo, H. (2001) *Promoción de la Salud: Cómo construir una vida saludable*. (pp. 24-33). Bogotá. Editorial Médica Internacional.
- Ribes-Iñesta, E; (2005). Reflexiones sobre la Eficacia Profesional del Psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(1) 5-14. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020643001>
- Terris, M. (1992). Conceptos de la Promoción de Salud: Dualidades de la teoría de la Salud Pública. En OPS (1996). *Promoción de la Salud: una antología*. (pp. 37-44). Washington D.C. Publicación científica N° 557.