



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA SALUD MENTAL**

CONSTRUYENDO ALTERNATIVAS AL DOLOR: REFLEXIONES SOBRE LA RESILIENCIA EN CASABÓ, CERRO DE MONTEVIDEO

Autor:

Teresa Menoni
Eloísa Klasse

Tutor:

Soc. María Bonino

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2006

Reconocimientos y agradecimientos

Nuestro más cálido agradecimiento a nuestros entrevistados, sin su colaboración y confianza no habría sido posible realizar este trabajo.

Agradecemos a los integrantes de las comunidades de las Villas de Las Piedras y del Cerro de Montevideo.

A la Comisión de Salud del Barrio Casabó.

A nuestros compañeros de trabajo del Dpto. de Enfermería Comunitaria de la Facultad de Enfermería, del Dpto. de Medicina Gral. Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina, a los integrantes de los equipos de salud donde hemos trabajado y en particular al Equipo de Salud de la Policlínica Municipal de Casabó.

A la Facultad de Enfermería por su Plan de Maestrías.

Al Programa Apex-Cerro de la Universidad de la República por su apuesta al desarrollo de la docencia, la investigación y la extensión universitaria en un barrio.

Gracias particularmente a nuestros compañeros docentes, a los estudiantes, a los funcionarios, a la Dirección y al Equipo Barrial Operativo de Casabó.

A los compañeros del CIER –Centro de Investigación y Estudios sobre Resiliencia- de Buenos Aires que nos recibieron y orientaron sobre el tema.

A la CSIC por el reconocimiento y la valoración otorgada a nuestro proyecto de investigación.

A nuestra tutora Maria Bonino por compartir con nosotros el proceso del trabajo y por todo su apoyo.

A nuestras familias por el acompañamiento, la confianza, el entusiasmo, la paciencia, por el amor.

El mundo es como aparece
 ante mis cinco sentidos,
 y ante los tuyos que son
 las orillas de los míos.
 El mundo de los demás
 no es el nuestro: no es el mismo.
 Lecho del agua que soy,
 tú, los dos, somos el río
 donde cuando más profundo
 se ve más despacio y límpido.
 Imágenes de la vida:
 a la vez las recibimos,
 nos reciben entregadas
 más unidamente a un ritmo.
 Pero las cosas se forman
 con nuestros propios delirios.
 El aire tiene el tamaño
 del corazón que respiro
 y el sol es como la luz
 con que yo le desafío.
 Ciegos para los demás,
 oscuros siempre remisos,
 miramos siempre hacia adentro,
 vemos desde lo más íntimo.
 Trabajo y amor me cuesta
 conmigo así, ver contigo:
 aparecer, como el agua
 con la arena, siempre unidos.
 Nadie me verá del todo
 ni es nadie como lo miro.
 Somos algo más que vemos,
 algo menos que inquirimos.
 Algún suceso de todos
 pasa desapercibido.
 Nadie nos ha visto. A nadie
 ciegos de ver, hemos visto.

Miguel Hernández¹

Palabras claves: resiliencia, participación comunitaria, APA, salud sexual.

¹ Miguel Hernández: Antología. Bs.As: Ed. Losada; 1960
 (1910-1942) Poeta español. Muere en prisión durante la Guerra Civil Española.

Resumen

La resiliencia es un concepto relativamente nuevo en los programas de promoción de la salud y se define como la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse, ser fortalecido o transformar activamente la realidad, habiendo vivido experiencias de adversidad. Las ciencias de la salud toman este término para describir a las personas que a pesar de nacer y vivir en condiciones adversas son capaces de sobreponerse y desarrollarse en forma adecuada.

Nuestro país atraviesa una profunda crisis económica que impacta en la población. Un porcentaje significativo y creciente de la misma vive en condiciones de pobreza. La pobreza en tanto fenómeno multicausal, que abarca aspectos económicos, sociales y culturales genera en la población una situación adversa e implica factores de riesgo que inciden negativamente en el proceso salud-enfermedad.

El objetivo de esta investigación es: Conocer el proceso de desarrollo de la resiliencia, en personas, residentes en un barrio de Montevideo, sometido a situaciones de adversidad.

Se realizó durante el año 2005 en la ciudad de Montevideo, en el barrio del Casabó del Cerro de Montevideo. La metodología desarrollada es de tipo cualitativa, se trata de un estudio exploratorio mediante entrevistas semiestructuradas, que busca profundizar en el relato de los entrevistados, conocer los acontecimientos que estas personas vivieron.

Los resultados de las entrevistas se detienen en dos aspectos primordiales: cómo identifican la adversidad y cuáles son los factores que intervienen en el desarrollo de la resiliencia.

Nuestros entrevistados señalaron como situaciones adversas: la pobreza, la falta y/o pérdida del trabajo, la dictadura militar, el fallecimiento de familiares, los accidentes que afectan la salud, las depresiones, la discriminación racial, de género y por discapacidad, la separación de la pareja, la violencia familiar y el abandono parental.

A partir del análisis de los resultados se concluye que los elementos que caracterizan la resiliencia son: el reconocimiento de la posibilidad de afrontar la adversidad, la lectura, los estudios, el humor, los vínculos familiares, las expresiones culturales y religiosas, el trabajo, el sentido de pertenencia y la participación comunitaria.

Consideramos que la interacción entre estos elementos que surgen de nuestros resultados y la posibilidad de vivir en un lugar que brinde servicios de educación y salud, habilite las posibilidades de participación y posibilite el acceso laboral, permite el desarrollo de las características resilientes.

Key words: resilience, community participation, APS (First Aid for Health), mental health.

Palabras claves: resiliencia, participación comunitaria, APS, salud mental.

Summary

Resilience is a relatively new concept in the programs of health promotion, and is defined as the human capacity to confront, rise above to be strengthened, or actively transform reality, after having lived adverse experiences.

Health sciences use this term to describe persons who, in spite of having been born and living in adverse conditions, are able to rise above, them and to develop adequately.

Our country is passing through a profound economic crisis which has an effect on the population. A significant and increasing percentage live in conditions of poverty. This poverty, in such a multicausal phenomenon, which includes economic, social and cultural aspects, generates in the population an adverse situation and implies risk factors that have a negative effect on the health illness process.

The object of this investigation is: to know the process of development of resilience, in a group of people who reside in a neighborhood of Montevideo that suffers situations of adversity. It was done in the year 2005 in the city of Montevideo, in the neighborhood of the Cerro.

The methodology developed is of the qualitative type. It is an exploratory study involving semi-structured interviews, which seek to analyze the stories of those interviewed, and to know the situations that these persons lived through.

The results of the interviews have concentrated on two principal aspects: how they identify adversity, and what are the factors that enter into the development of resilience. Our interviewed indicated as adverse situations: poverty, lack of or loss of work, the military dictatorship, death of family members, accidents affecting health, depressions, racial discrimination, in general and for disability, separation of the couple, family violence and parental abandonment.

After analyzing the results, it is concluded that the elements that characterize resilience are: recognition of the possibility of affronting adversity; reading; studying; humor; family relationships; cultural and religious expressions; work; the sense of belonging; and community participation.

We believe that the interaction between these elements that show up in our studies and the possibility of living in a place that offers education and health services, facilitates the possibilities of participation and makes possible the development of resilient characteristics.

Key words: resilience, community participation, APS (First Aid for Health), mental health.

Índice

Introducción	9
Capítulo 1: Antecedentes y Fundamentación	11
Capítulo 2: Marco conceptual	
2.1 Algunos conceptos centrales para analizar el proceso salud-enfermedad	13
2.2 Evolución del concepto de Resiliencia	16
2.3 Elementos que caracterizan la pobreza y la exclusión social	22
Capítulo 3: Objetivos y Metodología	
3.1 Objetivo General. Objetivos Específicos. Preguntas	26
3.2 Metodología	26
Capítulo 4: Área de estudio: El Cerro de Montevideo	
4.1 Características	30
4.2 Datos censales	31
4.3 Las organizaciones comunitarias	34
4.4 La Policlínica Municipal de Casabó	34
4.5 El Programa APEX-Cerro	35
4.6 El Practicante de Salud Familiar	36
Capítulo 5: Resultados y Análisis. Cómo se identifica la adversidad	37
5.1 La pobreza y la desocupación	38
5.2 La dictadura militar, los sucesos políticos	40
5.3 Fallecimiento de familiares, duelos	41
5.4 Accidentes que afectan la salud.	42
Enfermedades crónicas propias o de familiares	43
5.5 Depresión e intento de autoeliminación	43
5.6 Discriminación racial, de género y por discapacidad	45
5.7 Separación de la pareja	45
5.8 Abandono parental	46
5.9 Violencia intra-familiar	46
Capítulo 6: Resultados y Análisis.	
Factores que intervienen en el desarrollo de la resiliencia	47
6.1 Reconocimiento de la posibilidad de afrontar la adversidad	48
6.2 Lectura y estudios	51
6.3 Humor	54
6.4 Vínculos familiares	55
6.5 Expresiones culturales y religiosas	56
6.6 Trabajo	59
6.7 Sentido de pertenencia	60
6.8 Participación Comunitaria	64
Capítulo. 7 Conclusiones	70
Bibliografía	74

Teresa Menoni

Licenciada en Enfermería
Especialista en Enfermería Comunitaria
Magister en Primer Nivel de Atención a la Salud
Prof. Adj. del Departamento de Enfermería Comunitaria
Facultad de Enfermería
Universidad de la República
E-mail: tmenoni@adinet.com.uy

Eloisa Klasse

Licenciada en Psicología.
Magister en Salud Mental
Prof. Adj. del Departamento de Medicina
General, Familiar y Comunitaria
Facultad de Medicina
Universidad de la República
E-mail: eklasse@montevideo.com.uy

Introducción.

La resiliencia es un concepto relativamente nuevo en los programas de promoción de la salud y se define como la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse, ser fortalecido o transformar activamente la realidad, habiendo vivido experiencias de adversidad. La palabra resiliencia es un vocablo poco utilizado en la lengua castellana, proviene del término en latín "resilire", que significa saltar hacia arriba.

En inglés el vocablo "resilience" se aplica en ingeniería civil, especialmente en metalurgia, aludiendo a la capacidad de determinados materiales que después de estar sometidos a grandes presiones logran recuperar su forma natural.

Las ciencias de la salud denominan de esta manera a las personas que a pesar de nacer y vivir en condiciones adversas son capaces de sobreponerse a las mismas y lograr un desarrollo adecuado. Conocer las características del desarrollo de la resiliencia es de especial importancia para la estrategia de Atención Primaria de Salud, donde se considera la salud-enfermedad como un proceso dinámico, teniendo como objetivo la promoción y prevención de la salud en los tres niveles de atención. El aporte de la epidemiología permite identificar y describir aquellos factores que inciden en forma negativa en la salud de la población así como detectar los factores protectores que la fortalecen.

Las investigaciones sobre la resiliencia permiten pasar de un modelo de riesgo basado en las necesidades y la enfermedad, a un modelo de prevención y promoción basado en las potencialidades, los recursos y la capacidad de sobreponerse a la adversidad que el ser humano tiene en sí mismo y a su alrededor.

El interés en el estudio de la resiliencia se debe a la necesidad de conocer las características de aquellos individuos que logran un adecuado desarrollo a pesar de la constelación de factores negativos en la que se encuentran inmersos.

Nuestro país atraviesa una profunda crisis económica que impacta en la población. Un porcentaje significativo y creciente de la misma vive en condiciones de pobreza. Entendermos la pobreza no como un estado de situación sino como un proceso complejo multifactorial que incide negativamente en la salud-enfermedad.

El objetivo de nuestra investigación es conocer el proceso de desarrollo de la resiliencia, en personas de un barrio de Montevideo sometido a situaciones de adversidad. Se realizó un estudio exploratorio mediante entrevistas semiestructuradas a doce personas que viven en el barrio Casabó del Cerro de Montevideo. Estas entrevistas fueron grabadas y luego desgrabadas para realizar el análisis del contenido de las expresiones vertidas. A partir de esto se elaboraron categorías de análisis que permitieron aproximarnos al conocimiento de las situaciones adversas y los factores que contribuyen al proceso de la resiliencia.

Los resultados de las entrevistas se detienen en dos aspectos primordiales: cómo identifican la adversidad y cuáles son los factores que intervienen en el desarrollo de la resiliencia.

Nuestros entrevistados mencionaron una variedad de situaciones y acontecimientos vividos que fueron y son adversos, difíciles. En particular la pobreza, la falta y o pérdida del trabajo, la dictadura militar, el fallecimiento de familiares, los accidentes que afectan la salud, las depresiones, la discriminación racial, de género y por discapacidad, la separación de la pareja, la violencia familiar y el abandono parental.

Como factores que intervienen en el desarrollo de la resiliencia identificamos: el reconocimiento de la posibilidad de afrontar la adversidad, la lectura y los estudios realizados, el humor, la capacidad de reír y/o ridiculizar al opresor y/o a las situaciones

que afectan encontrando así alivio. La valoración y apoyo de las personas del entorno familiar, las expresiones culturales y religiosas, el trabajo tanto como medio para obtener recursos económicos como por la significación social que este le proporciona. El sentido de pertenencia, el arraigo al lugar donde se vive. Finalmente la participación en diferentes tipos de grupos organizados: barriales, políticos, de autoayuda, con estudiantes.

En el Capítulo 1 están planteados los antecedentes y la fundamentación de este trabajo. En el Capítulo 2 se analizan diversos autores que con sus aportes constituyen nuestro marco conceptual. En el Capítulo 3 se definen cuales son los objetivos de esta investigación y la metodología que se utilizará para lograrlos. En el Capítulo 4 se describe el área de estudio: el Cerro de Montevideo y en particular Casabó, sus características, las organizaciones barriales, el servicio de salud de referencia y el Programa APEX- Cerro de la Universidad de la República desde donde trabajamos. En los Capítulos 5 y 6 encontramos los resultados. En el Capítulo 5 se analizan los elementos que han sido identificados por nuestros entrevistados como situaciones adversas en su vida y en el Capítulo 6 se analizan los factores que intervienen en el desarrollo de la resiliencia.

En el Capítulo 7, finalmente, las conclusiones. Las respuestas a las preguntas que nos planteamos al iniciar esta investigación en torno a la resiliencia.

El trabajo realizado tiene las limitaciones propias de un estudio exploratorio, donde se afinan hipótesis que podrán ser comprobadas en próximas investigaciones.

El Programa APEX trabaja conformando equipos con docentes y estudiantes, en estrecha relación con los servicios asistenciales, con las organizaciones comunitarias, instituciones educativas y otras del Estado y la población de la zona del Cerro, en el marco de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud. (Programa APEX- Cerro, 1993-1994-1995).

La población con la que trabajamos está sujeta a condiciones de vida sumamente adversas. Fundamentalmente dicha adversidad tiene como origen la situación socioeconómica, que va conformando características de desigualdad en la distribución de los bienes, el empleo, la vivienda, el aprovechamiento de los recursos de salud y educación y que produce exclusión social, situaciones de sufrimiento muchas veces crónicas cuyas consecuencias tienen gran impacto en nuestra sociedad. (INIB, 2004)

La violencia social a que conduce la pobreza, conlleva humillaciones y frustraciones constantes que amenazan la continuidad existencial y hacen necesario el desarrollo de recursos específicos para el mantenimiento de la vida. Esto requiere la conformación de

Capítulo 1.

Antecedentes y Fundamentación

A partir de la declaración de Alma Ata en 1978 se propone, para comenzar a implementar un cambio de paradigma en el campo de la salud, la Atención Primaria de la Salud, (APS) que será la estrategia esencial para alcanzar el objetivo de "Salud para todos en el año 2000". (OMS,1978-1986-1987). Esta estrategia reformula la concepción del rol de quienes trabajamos en el área de la salud pasando de una concepción de atención de la enfermedad a la promoción y la prevención de la salud. (San Martín, 1985-1986). La salud se convirtió en un compromiso intersectorial donde confluye el trabajo de diferentes sectores: salud, educación, vivienda, servicios, etc. Este cambio de paradigma incluye la necesidad de estudiar los factores de riesgo que influyen en el proceso de salud-enfermedad así como detectar los factores de protección y, en especial, los procesos que realizan aquellas poblaciones que padecen situaciones de adversidad para enfrentarla. La incorporación de los estudios sobre la resiliencia en los programas de promoción de la salud nos abre perspectivas esperanzadoras sobre las posibilidades de las personas y poblaciones que, a pesar de vivir en condiciones adversas, desarrollan nuevas capacidades.

Quienes realizamos esta investigación, una Lic. en Enfermería y una Lic. en Psicología, estudiantes respectivamente de la Maestría en Primer Nivel de Atención y la Maestría de Salud Mental del Centro de Postgrado de la Facultad de Enfermería trabajamos desde hace casi 20 años en el área de la salud comunitaria. En primer término en el Centro de Atención Primaria de Salud de las Villas de las Piedras, CAPS, donde integramos de un amplio equipo interdisciplinario pionero en el desarrollo de una experiencia piloto de APS en el Uruguay que comenzó en 1987. Allí compartimos las actividades en el área materno infantil y en el servicio de atención a las embarazadas y madres adolescentes, también participamos en los cursos de formación de los agentes comunitarios de salud, desarrollamos actividades en las Escuelas, el Liceo 18 de Mayo y en las diversas instituciones y servicios que integran la Red de la zona. Luego en el Programa Apex-Cerro, de la Universidad de la República, como docentes universitarias. Una Prof. Adj. de Enfermería Comunitaria y la otra como Prof. Adj. de Salud Mental del Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria compartimos la inserción curricular de los estudiantes en la Policlínica de Casabó y realizamos actividades de docencia, extensión e investigación, participando en el marco del Programa en una experiencia única en sus características de interdisciplina y extensión en el marco de la APS.

El Programa APEX trabaja conformando equipos con docentes y estudiantes, en estrecha relación con los servicios asistenciales, con las organizaciones comunitarias, instituciones educativas y otras del Estado y la población de la zona del Cerro, en el marco de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud. (Programa APEX-Cerro,1993-1994-1995).

La población con la que trabajamos está sujeta a condiciones de vida sumamente adversas. Fundamentalmente dicha adversidad tiene como origen la situación socioeconómica, que va conformando características de inequidad en la distribución de los bienes, el empleo, la vivienda, el aprovechamiento de los recursos de salud y educación y que produce exclusión social, situaciones de sufrimiento muchas veces crónicas cuyas consecuencias tienen gran impacto en nuestra sociedad. (INE, 2004) La violencia social a que conduce la pobreza, conlleva humillaciones y frustraciones constantes que amenazan la continuidad existencial y hacen necesario el desarrollo de recursos específicos para el mantenimiento de la vida. Esto requiere la conformación de

una nueva subjetividad y de nuevas formas de relacionamiento, así como dar un nuevo valor a las capacidades individuales y comunitarias que ya posee una población determinada.

Cuando nos encontramos realizando Maestrías en la Facultad de Enfermería, surge la inquietud de investigar en forma conjunta este fenómeno que atrapa nuestra atención y nos interpela. Los largos años de experiencia compartida tanto en el CAPS, como en el Programa Apex-Cerro han significado un verdadero aprendizaje de trabajo en equipo, y de trabajo interdisciplinario. Aparece como un nuevo desafío la posibilidad de realizar una tesis de Maestría en común que integre los requerimientos tanto de la formación en el Primer Nivel de Atención, como en Salud Mental con nuestra experiencia y nuestras prácticas cotidianas.

Entendemos la necesidad del abordaje interdisciplinario indispensable para la comprensión de los diferentes fenómenos. La mirada conjunta, el diálogo fecundo en el análisis de los resultados, la necesidad de compartir y decodificar los diferentes lenguajes son parte de una concepción de trabajo y de una concepción de las estrategias de conocimiento de la realidad. Esta, por su complejidad, hace indispensable la mirada interdisciplinaria, que no se limita a la enfermería y psicología sino que incluye a todas las ciencias antropológicas. Por este motivo la propuesta de realizar un trabajo conjunto surge como un devenir natural en dos profesionales que desde hace muchos años comparten actividades en el área de la salud y la docencia universitaria.

Esta investigación, además, forma parte de un proyecto que estamos llevando adelante con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica.

A lo largo de la bibliografía revisada y en nuestra experiencia profesional, tanto en el campo de la salud como en el de la educación, observamos cómo las personas, familias y comunidades que viven en condiciones de pobreza experimentan situaciones de carencia extrema y experiencias de frustración, no sólo en el plano material sino también en las posibilidades de desarrollo individual y en los vínculos interpersonales logran muchas veces sobrellevarlas estableciendo vínculos interpersonales valiosos y nuevos proyectos de vida.

La lucha por superar los obstáculos que enfrentan día a día exige poner en juego todas las capacidades y potencialidades. En estas oportunidades es que tanto los individuos, las familias y la comunidad encuentran nuevas formas y estrategias que ponen en duda muchos de los pronósticos desfavorables.

Es indudable que la adversidad genera heridas, muchas veces difíciles de cerrar, y que va dejando huellas que se transitan una y otra vez. El impacto en el psiquismo individual como colectivo de situaciones hondamente traumáticas deja una marca indeleble que acompaña por siempre. (Melillo, 2001) (Zukerfeld, 2003). Pero también la resiliencia, la búsqueda de superar la adversidad, abre el camino a nuevas fortalezas. (Cyrulnik, 2003)(Melillo, Suarez Ojeda, 2001). Se entiende a la resiliencia como un proceso, un devenir que se construye, se pierde y se reconstruye a lo largo de una trayectoria, en un espacio compartido y a través del tiempo.

Las potencialidades que permiten el desarrollo de estrategias para desafiar las duras condiciones de vida que se atraviesan, deben de ser conocidas y estudiadas por quienes trabajamos en el ámbito de la salud y tenidas en cuenta para la toma de decisiones en el desarrollo de políticas sociales. Es este el motivo que nos lleva a realizar una investigación con el objetivo de conocer el proceso de desarrollo de la resiliencia en un grupo de personas, en un barrio de Montevideo sometido a situaciones de adversidad.

Capítulo 2.

Marco conceptual

2.1 Algunos conceptos centrales para analizar el proceso salud-enfermedad.

La necesidad de acordar el concepto acerca de qué es lo que entendemos por salud, es frecuentemente el punto de partida de muchas reflexiones de quienes trabajamos en el sector salud, ya sea en la atención como en la docencia.

En 1946 se realiza la "Conferencia Internacional sobre la Salud" en la ciudad de Nueva York, donde 61 naciones firman el Acta Constitutiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que comienza expresando "La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez". Esto significó un cambio importante al integrar y vincular las dimensiones físicas, mentales y sociales. Estudios y trabajo posteriores han ido cuestionando, completando y complementando estas ideas y así tenemos la conceptualización dinámica de Salleras Sanmarti (Salleras,1985) quien incorpora una visión más sociológica de la salud – enfermedad, al contemplar la relación del individuo con el medio: "La salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad".

Otro autor, el médico argentino Floreal Ferrara, (Ferrara,1983) plantea que: "La salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos de la interacción con que su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esta lucha logra resolver conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla según necesidades y aspiraciones. De tal forma que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y la solución de los mismos". Sobre estas ideas continúa y profundiza Luis Weinstein (Weinstein,1989) al decir que el hombre expresa salud cuando tiene capacidad de reaccionar, de luchar frente a los conflictos que se le plantean, o sea cuando está presente la "capacidad de actuar" pudiendo identificar y satisfacer sus necesidades. La concepción dinámica entiende que la salud y la enfermedad coexisten en un proceso donde hay grados de salud en la enfermedad y grados de enfermedad en la salud. Las características de la sociedad influyen en este proceso, siendo el estado de salud de una persona, de una familia o de una población en un momento dado, el resultado de la interacción multifactorial a lo largo del tiempo.

En el Congreso de Alma Ata de 1978 (OMS,1978), la Atención Primaria (APS) fue definida y propuesta como la estrategia a seguir para obtener mejores logros en la salud expresando el nuevo paradigma implícito en la definición de salud adoptada por la OMS en el año 1946 y 1948. Los ejes conceptuales de la APS plantean que la atención a la salud tiene que ser integral, integradora, continuada y permanente, accesible y activa, prestada por equipos interdisciplinarios, con enfoque comunitario y participativo, programada y evaluable. Nos interesa resaltar que esta propuesta modifica sustancialmente la forma de encarar la salud, ya que propone revertir la distribución de los recursos sanitarios orientándolos hacia la promoción y la prevención, el cuidado y el mantenimiento de la salud. Uno de los componentes fundamentales de la APS es la Participación Comunitaria.

En la Declaración de Alma Ata (OMS,1978) se afirma que la Participación Comunitaria es el proceso mediante el cual los individuos y sus familias asumen la responsabilidad tanto de su propia salud y bienestar como de la comunidad, desarrollan la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y al de la comunidad. Se sostiene que la Participación es un valor de la comunidad que estimula la responsabilidad, facilita

posteriores desarrollos y resultados, garantiza la atención a necesidades percibidas, da protagonismo al individuo y a la comunidad. La participación comunitaria, (Vuori, 1987) en resumen, tiene un valor intrínseco para cada persona, actúa como catalizador de posteriores desarrollos, da origen al sentido de responsabilidad, es garantía de necesidad percibida, asegura que las acciones se realicen correctamente, libera de la dependencia de los profesionales y reduce la predominancia de éstos en la toma de decisiones.

El sistema de salud se puede analizar, por su nivel de complejidad y grado de accesibilidad, en niveles. Los niveles de atención a la salud son "una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de una población". (Etchebarne, 2001)

La determinación de los diferentes niveles se realiza teniendo en cuenta tres aspectos que hacen a la atención a la salud: los servicios que ofrecen, los procedimientos que realizan y el tipo de personal necesario para llevar adelante los puntos anteriores.

El Primer Nivel de Atención (Etchebarne, 2001) se define como "la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de la salud de una población determinada, debiendo ser accesible a la misma. Es la base del Sistema Nacional de Salud, donde teóricamente se puede resolver un 80 % de los problemas de salud de la población". Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. Trabajar con la estrategia de la Atención Primaria de la Salud en el Primer Nivel de Atención implica que los servicios de salud y las actividades en pro de la salud sean accesibles para toda la población, que éstas respondan a las necesidades de la población, que sean por lo tanto aceptados por la gente, que sean realizadas por personal capacitado y que se creen los espacios y se promueva la participación de la comunidad en todo el proceso desde la planificación a la ejecución de los programas y acciones. Es también la puerta de entrada al sistema para acceder a otros niveles de mayor complejidad en recursos humanos y tecnológicos.

La "Carta de Ottawa" (OMS, 1986) destaca la importancia de las acciones concretas de la comunidad en el establecimiento de prioridades en materia de salud, la adopción de decisiones y la planificación de estrategias y su implementación con el fin de mejorarla. El concepto de "empoderamiento" está íntimamente relacionado con estas propuestas de la carta de Ottawa. El "empoderamiento" para la salud es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que le afectan, es el proceso social, cultural y psicológico mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones y llevar a cabo acciones, políticas sociales y culturales, para hacer frente a sus necesidades. Las personas tienen entonces una relación más estrecha entre sus metas y el modo de alcanzarlas, una correspondencia entre sus esfuerzos y los resultados que se obtienen.

El "empoderamiento" está relacionado también con la Educación Popular, desarrollada a partir del trabajo en los años 60 de Paulo Freire, (Freire, 1967). Es aplicable a todos los grupos vulnerables. Se refiere al proceso por el cual las personas acceden al control de los recursos materiales y simbólicos y refuerzan sus capacidades y protagonismo en todos los ámbitos. En opinión de Friedman (Friedman, 1992) el "empoderamiento" está relacionado al acceso y control de distintos tipos de poderes: social, político, de las relaciones próximas y colectivas.

La Carta de Ottawa plantea además el derecho a la salud como un derecho humano fundamental, con determinados requisitos que incluyen la paz, adecuados recursos económicos, alimentos, vivienda, un ecosistema estable y un buen aprovechamiento de los recursos.

La defensa de los derechos humanos, el "empoderamiento" para la salud, la participación de la comunidad en temas que le afectan directamente, son algunos de los procesos que interactúan cotidianamente y que conforman el llamado capital social. Todos los bienes, los recursos que se movilizan y se aprovechan para elevar el nivel de bienestar o para mantener el bienestar en situaciones amenazantes, conforman el capital social. Se refiere a la cohesión social existente en las comunidades, a los procesos entre personas que establecen redes, normas, compromisos sociales y facilitan la coordinación y cooperación en beneficio mutuo.

La promoción de la salud es un aspecto importante en las acciones comunitarias que desarrollan los equipos de salud trabajando estrechamente con la población y un elemento que permite a las personas incrementar el control sobre su propia salud y mejorarla. También la carta de Ottawa propone estrategias prioritarias para la promoción a saber: establecer una política pública saludable, crear entornos que apoyen la salud, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar las habilidades personales y reorientar los servicios sanitarios.

Posteriormente la Declaración de Yakarta (OMS,1997) identifica cinco prioridades de cara a la promoción de la salud en el siglo XXI, ellas son: promover la responsabilidad social, incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud, expandir la colaboración para la promoción de la salud, incrementar la capacidad de la comunidad para el empoderamiento de los individuos y garantizar una infraestructura para la promoción de la salud.

En el libro "¿Por qué alguna gente está sana y otra no?" (Evans, R et al,1994) escrito por varios autores canadienses, técnicos de distintas disciplinas discuten cómo se adquiere y se pierde la salud cuestionando la visión tradicional. Allí Renaud (Renaud,1994) plantea que la salud proviene en parte de "nuestra capacidad de adaptación y de la fe en el futuro que desarrollamos cuando niños, así como de la amistad y las redes de apoyo a las cuales tenemos acceso en el trabajo, el hogar y la comunidad". También plantea que estas oportunidades no son iguales para todo el mundo, que la diferencia de clases sociales está presente en las desigualdades, como se ha podido observar en la mayoría de las investigaciones en salud pública, pero que esta no es una "ley implacable". "Si las personas han tenido durante su infancia educación, un medio social generador de apoyo que les permite ir desarrollando la sensación de que tienen control sobre su propia vida, independientemente de las diferencias de clase, todas las personas pueden llegar a tener vidas satisfactorias, creativas".

En "Acción y Participación Comunitaria", (Bonino et al, 1992) se sistematizan cinco años de una experiencia de Atención Primaria en Salud con fuerte énfasis en la Participación Comunitaria entendiendo ésta como diferentes formas de protagonismo individual y colectivo. La estructura organizativa de este centro buscó y favoreció la participación y la integración de vecinos en la gestión y en distintos grupos comunitarios. Este involucramiento compartido es algo innovador aún hoy. En nuestro país el sistema de salud es hospitalocéntrico y centrado en la atención de la enfermedad. Con la asunción del nuevo gobierno en marzo de 2005 se plantea un cambio radical buscando crear un Sistema Nacional Integrado de Salud con énfasis en el desarrollo del Primer Nivel de Atención. El desafío está planteado y se busca una reorganización de los recursos en ese sentido.

La estrategia de Atención Primaria de Salud que tiene uno de sus pilares en la participación activa de la comunidad, promueve el desarrollo de las potencialidades de la población. Es en este sentido que consideramos la importancia de integrar el concepto de Resiliencia para el desarrollo de políticas sociales.

Salud Mental

Los cambios en los paradigmas de la Salud incluyen también a la Salud Mental. De una atención clínica centrada en el padecimiento del paciente individual ha ido progresivamente evolucionando hacia la atención a la comunidad. Ese proceso del campo de acción del trabajador de la salud mental ha llevado a la necesidad de redefinir su objeto de atención y también las herramientas con las que cuenta para su trabajo.

“El objeto de la Salud Mental no es de un modo exclusivo el individuo o los conjuntos sociales, sino las relaciones que permiten pensar conjuntamente al individuo y a su comunidad.” (Galende, 1997).

Realizar atención exclusivamente a la población que solicite sus servicios va cediendo paso a prácticas de promoción y prevención con una mirada integral de la salud que incluye al individuo, su familia y la comunidad donde el mismo habita. Debe también, en este proceso, ampliar sus conocimientos hacia estrategias que contemplen las nuevas necesidades sociales. Es en ese sentido que la posibilidad de realizar diagnósticos comunitarios de la población donde se trabaje, la inclusión de datos sociodemográficos y socioculturales así como la importancia de la epidemiología en el área de la salud mental abre posibilidades a nuevas perspectivas.

Los problemas de la salud mental hoy están íntimamente relacionados con los avatares de integración-inclusión y exclusión social y las repercusiones de esta dinámica es posible observarla en todos los niveles de la sociedad, no afecta solamente a los más desposeídos.

Entendemos que el abordaje de la Salud Mental hoy es fundamentalmente un ámbito de encuentro interdisciplinario desde donde poder trabajar en la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación en el análisis, la construcción y reconstrucción de los vínculos y el entramado social entre los individuos y la comunidad.

2.2 Evolución del concepto de Resiliencia

En el Área de la Salud numerosos estudios nos aproximan al concepto de lo que hoy denominamos Resiliencia.

Diversos autores consideran (Winnicott,1999)(Bettelheim,1983) que la enfermedad mental se origina cuando la vida pierde sentido, deja de ser valiosa y que esto ocurre cuando el individuo pierde la capacidad creativa de enfrentar la tensión entre, por un lado, sus deseos y necesidades, y por otro, la realidad. Frente a esta tensión hay diferentes opciones: la huida en retirada hacia el aislamiento y la omnipotencia mágica del delirio o la creación de un espacio intermedio donde tenga lugar el deseo y también la realidad. Esa creación comienza en ese pequeño espacio transicional, ni totalmente deseo ni totalmente realidad, que se origina entre el niño y el medio que lo rodea. Es a partir de ese espacio que se hace posible el tránsito entre el individuo y el mundo, entre la fantasía omnipotente y la realidad, entre lo subjetivo y lo objetivo. Como la aceptación de la realidad nunca es absoluta, esta zona intermedia nos ofrece

alivio, nos permite salud, creatividad y vitalidad. Es necesario ir domesticando la realidad, haciéndola habitable a partir de modificarla y a la vez aceptándola. Construimos a partir de la realidad pero no la aceptamos pasivamente, la cambiamos, tratamos de mantener la tolerancia de saber que nunca la vamos a adaptar totalmente a nuestros deseos.

Las características de inmadurez e indefensión del niño pequeño hacen necesario una íntima comprensión emocional del mismo por parte de la madre (y quienes cumplan esa función) para satisfacer las necesidades del bebé. Es a este tipo especial de relación emocional lo que Winnicott denomina "preocupación maternal primaria". Consiste en una condición psicológica especial que se produce en la madre a fines del embarazo y primera época del recién nacido, que permite la sensibilidad y percepción de las necesidades del niño. Es necesario que se establezca una identificación conciente e inconsciente entre ellos. Esta condición especial significa para la madre un estado de regresión afectiva propia del puerperio y necesita de determinadas características externas (del medio donde vive) para que se pueda producir. Sólo en este estado de regresión afectiva la madre puede identificar y comprender las primitivas necesidades afectivas de su bebé, pudiéndolas así satisfacer.

Para poder estructurar el aparato psíquico el niño pequeño debe realizar un proceso gradual de aceptación de la realidad y tolerar la frustración que esto significa. Winnicott considera central la existencia de una "madre lo suficientemente buena". En este período "un niño no tiene la menor posibilidad de pasar del principio del placer al de realidad...si no existe una madre lo suficientemente buena". Suficientemente buena como para... llevar a cabo una adaptación activa a las necesidades del niño. La forma en que se realiza el pasaje de ilusión y desilusión, la pérdida gradual de la omnipotencia mágica alucinatoria es central en este proceso.

"La tarea de la aceptación de la realidad nunca queda terminada, ningún ser humano se encuentra libre de la tensión de vincular la realidad interna con la exterior y el alivio de esta tensión lo proporciona una zona intermedia de experiencias, que no es objeto de ataques: la cultura, las artes, la religión, etc." Dicha zona es una continuación directa de la zona de juego del niño pequeño, es una zona de creación intermedia entre el niño y el mundo, que no pertenece al yo ni al no-yo, es un espacio que vincula el interior del sujeto con el exterior y permite la construcción de la subjetividad. Un espacio transicional, donde se desarrolla el juego y luego se constituye como espacio de creación de la cultura, las artes, la religión y la filosofía. Es en este espacio de interjuego subjetivo donde se va construyendo lo que posteriormente se denominó resiliencia.

El concepto de resiliencia surge a partir del estudio realizado por Emmy Werner, y Ruth Smith, denominado *Overcoming the Odds: High-Risk children from Birth to Adulthood*. (Werner, Smith, 1992). En dicho estudio epidemiológico social y longitudinal, se registra durante 32 años la vida de una cohorte de 505 personas en la Isla de Kauai (Hawai), desde su nacimiento en 1955 hasta su adultez. Dicha población atravesó a lo largo de su vida por múltiples situaciones de riesgo: pobreza extrema, maltrato, abuso, alcoholismo, disolución de los vínculos familiares, etc. Sin embargo muchos de ellos lograban sobreponerse a las adversidades y desarrollaban potencialidades para construir su vida. A partir de esta comprobación Werner y Smith realizan un estudio sobre cuáles son las características de la población que sostiene su desarrollo exitoso y denomina a dichas características: "pilares de la resiliencia".

La investigación realizada por Werner y Smith da origen a nuevas teorías basadas en dos corrientes de investigadores con interpretaciones diferentes de lo observado en las poblaciones:

- La primera, de origen genetista e individualista, considera que las condiciones que hacen que un individuo se sobreponga a la adversidad tienen como sustrato características básicamente congénitas, propias de dicho individuo. El eje del estudio identifica cuáles son las características individuales que permiten superar la adversidad, organizando dichas características en individuales, familiares y sociales.

- La segunda está basada en el vínculo, en la interacción, en la socialización, como componentes ineludibles del desarrollo humano. Considera a la resiliencia como un proceso a desarrollar, donde deben incluirse todos los vínculos interactivos que rodean al individuo: la familia, las instituciones, la comunidad, la cultura. Los investigadores, retomando el estudio de los primeros, proponen estudiar la dinámica de los factores que subyace en el proceso de la resiliencia.

- En nuestro marco conceptual realizamos una selección de autores e investigadores que a partir de la segunda corriente mencionada estudian el tema. Esta selección de autores configura una opción, implica un posicionamiento epistemológico y una forma de concebir nuestras prácticas profesionales.

Nuevas investigaciones realizadas en 1993 por Wolin S.J. y Wolin, S.: "The Resilient Self: How Survivors of Troubled Families Rise above Adversity" analizan críticamente los modelos en los cuales el sobreviviente es considerado una víctima y consideran la importancia de pasar de un "modelo de daño" a un "modelo de desafío". (Wolin, Wolin, 1993)

Posteriormente la dinámica de la resiliencia fue investigada por Michel Rutter en: "Resilience: Some Conceptual Considerations" donde desarrolla la importancia de los mecanismos protectores. Edith Grotberg, en "The International Resilience Project: Promoting Resilience in Children", estudia la dinámica de interacción de dichos factores protectores. (Rutter, 1991) (Grotberg, 1995)

Boris Cyrulnik, neuropsiquiatra y etólogo francés, autor de varios libros sobre resiliencia, incorpora el oxímoron en su análisis (Cyrulnik, 1999, 2001, 2003). El oxímoron "es una figura retórica que consiste en reunir dos términos antinómicos": A través de esta figura se expresa la condensación de una antítesis. El oxímoron nos muestra cómo el cielo y el infierno son parte del proceso de la resiliencia. "La desgracia nunca es algo puro, tampoco la felicidad". La posibilidad de representar el sufrimiento a través de la simbolización permite la expresión de los afectos: convertir el golpe en palabras, música, poesía, expresiones plásticas, compartir con otros su significado, permite desplegar el dolor, humaniza el horror de lo intolerable, el sufrimiento cobra sentido y habilita el camino de la reconstrucción.

Hay mecanismos de defensa propios de la resiliencia. La denegación de la realidad permite imaginar refugios maravillosos, el humor permite reír de la propia desgracia y dejar de ser víctima. "Protegerse de una realidad que nos arremete y extraer del imaginario algunas razones para transformarla constituye un mecanismo de defensa resiliente".

Stefan Vanistendael y Jacques Lecomte en "La felicidad es posible" (Vanistendael, 1994, 1995, 2003) analiza los procesos de desarrollo de la resiliencia en la infancia. "Todos conocemos niños y familias que a pesar de haber atravesado condiciones de vida difíciles logran superar los obstáculos, integrarse socialmente, mientras que otros en las mismas condiciones se pierden y se hunden. Pero nuestra percepción está tan deformada que tendemos a insistir una y otra vez sobre lo que no va, ignorando a los que sí pueden salir de situaciones difíciles."

Estos autores consideran que la mirada científica en las ciencias humanas ha estudiado más profundamente los factores de riesgo que los que favorecen el bienestar.

En el estudio retrospectivo de toda persona que presenta serias dificultades vinculares, violencia o maltrato, es fácil encontrar que en la mayoría de los casos los padres también han sido maltratados, pero los estudios no nos permiten comprender el proceso realizado por quienes han superado exitosamente la adversidad.

La resiliencia es una construcción que ellos comparan con una pequeña casa. El suelo sobre el que se construye está representado por las necesidades materiales elementales como la comida y los servicios básicos. Los cimientos son las redes de contactos informales, la familia, los amigos, vecinos, compañeros de escuela y compañeros de trabajo. En la planta baja se sitúa la capacidad de encontrar el sentido a los acontecimientos y a la vida, en el primer piso lo ocupan varias habitaciones comunicadas entre sí, donde se sitúa la autoestima, las aptitudes personales, las competencias y también el humor. Por último el desván y el techo representan las nuevas experiencias a descubrir.

En Latinoamérica tenemos los aportes realizados por Aldo Melillo, médico, psicoanalista, ex secretario de Salud y Medio Ambiente de la Ciudad de Buenos Aires y Elbio Néstor Suárez Ojeda, consultor regional sobre salud materno-infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y director del Centro Internacional de Información y Estudio de la Resiliencia, quienes compilaron "Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas" (Melillo, Ojeda, 2001). En este trabajo se relacionan los estudios sobre resiliencia con la promoción de salud. Se pone el énfasis en el desarrollo de las potencialidades más que en las carencias. Se destaca la importancia de utilizar el concepto de resiliencia en las acciones sociales, educativas y de salud donde se fortalezca la interacción entre el individuo, la familia, la comunidad y la cultura. Estos autores plantean los componentes que deben estar presentes en el concepto de resiliencia: la noción de adversidad, de trauma, de riesgo o de amenaza al desarrollo humano; la adaptación positiva o superación de la adversidad.

En el tercer capítulo "Una concepción latinoamericana: la resiliencia comunitaria" Suárez Ojeda (Suárez Ojeda, 2002) analiza los pilares propios de los factores de resiliencia comunitaria: autoestima colectiva, identidad cultural, humor social y honestidad estatal.

La autoestima colectiva se define como la vivencia de pertenencia, el orgullo que generan tanto las bellezas naturales como aquéllas creadas por el hombre y la cultura del lugar donde se habita. La identidad cultural representa el conjunto de elementos propios, que recogen la tradición y la historia de ese grupo humano. Está compuesta tanto por el idioma como por hábitos, costumbres y expresiones artísticas. Es un hecho comprobado que aquellos pueblos que respetan y mantienen los elementos que conforman su identidad tienen mayor fuerza en los momentos de adversidad. A través del humor social los grupos humanos tienen la posibilidad de manifestar su condición peculiar. Es notable observar cómo, a través de diferentes momentos históricos, la capacidad de ridiculizar al opresor ha permitido la posibilidad de liberarse del mismo. La honestidad colectiva o estatal valora el ejercicio de la función pública en forma honesta. También describe "antípodas" de estos valores: el fatalismo, el autoritarismo y la corrupción.

El Dr. Aldo Melillo en "Sobre la necesidad de especificar otro pilar de la resiliencia" (Melillo, 2002) cuestiona el concepto de "adaptación social positiva" como enlazado al de resiliencia, considerando que "adaptación social" no alude al carácter del individuo que como agente de cambios participa en la construcción de su sociedad y la transforma. A partir de su formación psicoanalítica analiza que "las variaciones adaptativas de un sujeto atravesado por las demandas de su cuerpo y del campo intersubjetivo pueden ser cuatro: adaptarse (transformar activamente), desadaptarse

(síntomas), sobreadaptarse (adecuarse formalmente) y paradaptarse (desafiar confusamente)". Solamente la adaptación que permite transformar activamente la realidad es, para este autor, compatible con el concepto de resiliencia. Analiza diversas situaciones históricas donde se exterminó o excluyó a enormes sectores sociales y considera que "la cuestión de la adaptación complica innecesariamente el concepto de resiliencia y le quita transparencia, neutralidad y universalidad" dado que existe siempre una connotación ideológica unida al concepto de adaptación positiva.

Francisca Infante considera la necesidad de "la adaptación positiva sobre la base de la cultura específica donde el sujeto está inserto y no sólo a través de categorías definidas por la psicología dominante" (Infante, 2002). Las categorías políticas de la sociedad van a estar en juego y es diferente el sentido de la "adaptación positiva" en una sociedad abierta y democrática que en una dictadura.

Zukerfeld, diferencia el concepto de adaptación positiva del de conformidad social. (Zukerfeld, 2002) El conocimiento de la realidad externa debe de incluir la posibilidad de realizar acciones para transformarla. Considera que la capacidad de pensamiento crítico es otro pilar de la resiliencia y no acepta el "statu quo" social como un destino social inexorable. Este autor en "Procesos terciarios: creación, resiliencia y prácticas sociales transformadoras" (Zukerfeld, 2003) analiza desde una perspectiva psicoanalítica la resiliencia como objeto de estudio para la comprensión y la promoción de respuestas al hecho traumático. El pensamiento psicoanalítico denomina procesos primarios y secundarios a aquellos correlativos entre el principio del placer y el de realidad, la energía libre y la energía ligada. El aparato psíquico -la subjetividad- funcionaría predominando preferentemente uno u otro. Zukerfeld plantea la constitución de un proceso creador, un sistema capaz de organizar el caos, con poder modificador sobre el mundo al que se denominará proceso terciario.

Aquellos que han padecido situaciones traumáticas relacionadas con la violencia, la muerte, la pobreza, realizan mecanismos de escisión de aquellas situaciones irrepresentables que presentan un carácter doloroso. Esto, irrepresentable, escindido, mantiene sin embargo su eficacia para producir efectos necesitando de un trabajo psíquico y un gasto de energía. El impacto en el psiquismo de las experiencias personales de pérdidas y violencias de distinto tipo, así como la exclusión socioeconómica, la injusticia, hacen necesario considerar lo escindido como mecanismo que en determinadas condiciones incrementa la vulnerabilidad somática y el pasaje al acto.

Finalmente define como: "La labor analítica tratará de recuperar la representación inconciente y vincularla con el afecto correspondiente y se prestará especial atención a aquello que nunca fue representado y tendrá que ser inscripto en el inconciente"... "La novedad de la tarea analítica que al generar nuevas inscripciones produce nueva subjetividad." "Cuando existe otro que actúa de sostén de esos excesos de excitación y que puede otorgar significación a lo irrepresentable, recién entonces lo irrepresentable podrá ser presentado ante el sujeto adquiriendo la cualidad de lo nuevo." La creación como nueva significación, nueva subjetividad, es inconsciente. Este proceso requiere la presencia de otro y es claro que ambos se modifican porque algo de lo irrepresentable adquiere una representación que nunca tuvo. Es un verdadero proceso creador para el psiquismo en el sentido de lo nuevo generador de nueva subjetividad. Se denomina "proceso terciario" porque se trataría de invertir lo nunca investido.

La creación está en relación con los recientes descubrimientos sobre la resiliencia, implicaría la capacidad del psiquismo de capturar lo traumático -gracias a algún soporte vincular- creando condiciones psíquicas nuevas. Considera entonces Zukerfeld a la resiliencia como proceso terciario, que mediante la creación construye lo nuevo, como

consecuencia de vínculos intersubjetivos que se crean como redes de contención, reivindicación y transformación.

Emiliano Galende (Galende, 2004) estudia el proceso de construcción de la subjetividad a partir de las diversas teorías que analizan cómo se constituye para el niño la experiencia del otro, partiendo de los conceptos freudianos sobre las experiencias de satisfacción e insatisfacción, la constitución del deseo y la fantasía como central en la conformación del aparato psíquico. Considera a la capacidad resiliente como un fenómeno subjetivo, no como una capacidad previa que poseen algunos sujetos. Las circunstancias adversas para unos, producen en otras condiciones subjetivas para actuar sobre la realidad. Partiendo de los conceptos de Freud (Freud, 1973) respecto a las pulsiones de vida y muerte, Eros y Tánatos, considera que “el sujeto resiliente es quien ha tenido éxito en esta lucha, se ha afirmado en Eros para un encuentro activo y placentero con el mundo que habita.” “La pregunta acerca de por qué algunos fracasan bajo las mismas circunstancias de vida en las que otros logran superación y enriquecimiento personal, debe llevarnos a indagar sobre las condiciones en que la subjetividad produce capacidades de acción racional y pensamiento crítico sobre las cuales el sujeto se apoya para superar la adversidad y adquirir un nuevo conocimiento y poder sobre ella.” (Galende, 2004). Coincide con otros autores en considerar que “El sujeto resiliente no es un adaptado y menos aún un inadaptado, es un sujeto crítico de su situación existencial, capaz de apropiarse de los valores y significados de su cultura que mejor sirvan a la realización de su propio anhelo o ambición.”

Uno de los factores promotores de la resiliencia es el humor. Daniel Rodríguez (Rodríguez, 2002) (Rodríguez, 2004) considera al humor como: “Un recurso creativo que permite encontrar respuestas nuevas para situaciones que parecen no tener salida y ese elemento de novedad da cuenta de la ligazón entre la resiliencia y el sentido del humor, permitiendo trazar algunos paralelismos interesantes que revelan las razones de dicho vínculo.”

El humor constituye un recurso simbólico que ocupa un lugar significativo en la subjetividad como fortalecedor de la resiliencia. Tiene como característica particular la posibilidad de establecer lazos con el otro, construyendo vínculos que cuestionan una visión única de la realidad. Interpela aquellos fenómenos naturalizados por la vida cotidiana y promueve en el sujeto una mirada activa y profunda, cuestionadora de la autoridad. Ocupa un papel de relevancia en los países bajo regímenes totalitarios ya que a partir del humor es que se corroe a la autoridad y se generan lazos solidarios.

Maria Angélica Kotliarenko, es autora de numerosas publicaciones donde recoge su experiencia con poblaciones en situación de riesgo social. En “Estado de Arte en Resiliencia” (Kotliarenko, 1998) estudia diversos conceptos vinculados con la misma, en especial los procesos de vulnerabilidad y protección. Considera a la pobreza como una situación de privación y estrés: “El enfoque de la resiliencia parte de la premisa de que nacer en la pobreza, así como vivir en un ambiente psicológicamente insano, son condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de las personas”. Analiza cuáles son los factores que promueven la resiliencia, tanto en los procesos transgeneracionales como desde la teoría del vínculo, entendiendo la importancia de contemplar los conocimientos que brinden las investigaciones sobre resiliencia para el diseño de las políticas sociales. Vamos a tomar estos conceptos para la comprensión y el análisis de las expresiones de nuestros entrevistados.

La Resiliencia es un concepto complejo, la definición que hoy planteamos es una construcción a partir de diversos autores seleccionados.

“La Resiliencia es la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse, ser fortalecido y transformar activamente la realidad, habiendo vivido experiencias de adversidad”.

La enfermería y la resiliencia

La promoción de la resiliencia en el trabajo con personas, familias y grupos por parte de enfermería debería estar naturalmente incorporada en el trabajo del cuidado, en la promoción de salud en las distintas etapas del ciclo vital de las personas, del ciclo vital familiar y en el trabajo con los grupos comunitarios. Es necesario entonces favorecer la autonomía, cuidar las personas en los momentos en que no pueden hacerlo por sí mismos, promover el protagonismo en la preservación de su salud, incentivar la participación activa en los diferentes lugares de pertenencia: escuelas, centros de estudio, trabajo, comisiones barriales, el ejercicio de la ciudadanía. En el respeto por las personas sea cual sea las circunstancias en que se encuentren y la defensa por el reconocimiento de sus derechos ciudadanos apuntando a la educación, el derecho a la información sobre diagnósticos y tratamientos y a optar informadamente entre distintas posibilidades.

La valoración y rescate de las potencialidades de las personas y de los grupos aún en las mayores condiciones de exclusión o marginalidad contribuiría al desarrollo de la resiliencia y a reducir inequidades en la sociedad.

En el ejercicio profesional de enfermería y de los otros integrantes del equipo de salud frecuentemente se trabaja en condiciones muy duras, enfrentando adversidades derivadas de las situaciones de las personas a quienes cuidamos, así como malas condiciones ambientales de trabajo, rutina, trabajo inestable, bajas remuneraciones, mala comunicación con los responsables de los servicios, condicionamientos económicos que van en desmedro de la calidad de la atención que se le brinda a la gente y en esas situaciones es importante la búsqueda de estrategias que promuevan la resiliencia también en el personal de salud.

2.3 Elementos que caracterizan la pobreza y la exclusión.

Investigaciones en torno a la situación de la población que vive en condiciones de pobreza destacan que la misma es determinante como situación adversa y de riesgo para la salud. En el año 1989 el CLAEH – UNICEF bajo la dirección de Juan Pablo Terra publica la investigación “Creciendo en condiciones de riesgo. Niños pobres en el Uruguay”. (Terra, 1989) donde se caracteriza la pobreza como un fenómeno multicausal, donde confluyen aspectos económicos, sociales y culturales. Considera que si bien el ingreso económico que percibe una familia es un indicador operativo y simple para identificar la pobreza, este dato fluctúa a lo largo de la vida familiar y adquiere un significado distinto si se posee o no patrimonio y bienes de uso.

El nivel cultural y la educación operan en la sociedad moderna también como patrimonio que incide en las relaciones sociales y en la capacidad de cada individuo de inserción en el mercado laboral. Este estudio analiza el lugar que ocupa la salud como elemento central y la incidencia de la desnutrición en un insuficiente desarrollo prenatal, así como el retraso psicomotor con sus repercusiones en el aprendizaje y por ende en las posibilidades de inserción social y laboral. Las prácticas y creencias de las personas también conforman una subcultura de la pobreza.

En síntesis, frente a la compleja multidimensionalidad de la pobreza, este trabajo considera que la misma “no es un fenómeno económico con repercusiones sociales, culturales, biológicas y psicomotrices, aunque el aspecto económico sea muy importante. Para admitir esa interpretación, habría que aceptar que lo económico es siempre causa, y el resto, los efectos. Pero todas las evidencias lo niegan. A lo largo del

análisis realizado se multiplican los ejemplos de características educativas, sociales, culturales, nutricionales, psicomotrices que presumiblemente operan como condicionantes de la pobreza económica.”

“Es un estado global, a la vez económico, social y cultural, a lo que se agregan componentes biológicos y psicomotores. Es una carencia grave en el conjunto de ingresos-patrimonio (sin eso no le llamamos pobreza) asociada a ciertas formas de inserción en el sistema económico y en la sociedad global y asociada, en forma tendencial aunque fluctuante, a carencias de vivienda, de instrucción, de relaciones familiares, de alimentación y nutrición, de salud y desarrollo psicomotor, todo ello vinculado a creencias y prácticas que completan una subcultura de la pobreza.”

Uno de los aspectos más interesantes y estimulantes de esta investigación es el análisis que realiza sobre las posibilidades de evasión de la pobreza. En este sentido considera qué sucede en aquellos niños y en aquellas familias que logran realizar una bifurcación y cortar los círculos causales. Como resultado de la propia multicausalidad de sus orígenes, no es sencillo determinar los mecanismos de evasión que se producen, pero queda claro que la lucha contra la pobreza no tiene un solo frente. Las formas de superación de la condición de pobreza incluyen cualidades personales, grupales, educativas y la implementación de políticas sociales adecuadas.

En 1996, partiendo de los datos de la investigación anterior, el GIEP, Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales, dirigido por Ricardo Bernardi, realiza una investigación que se denomina: “Cuidando el potencial del futuro”. (GIEP,1996). Considera, como primera hipótesis, que “la pobreza constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo psíquico de los niños”. Ahora bien “¿Qué factores, dentro de la situación de pobreza, afectan qué aspectos del desarrollo y cómo lo hacen?”. Las conclusiones son sumamente reveladoras logrando encontrar factores de riesgo directamente asociados con dificultades en el desarrollo infantil. Propone, para salvar el potencial de los niños, establecer políticas sociales con una estrategia bipolar, de apoyo a los niños (en especial a partir de un diagnóstico preciso de los puntos críticos que inciden en su desarrollo) y apoyo a sus familias. Concluye que: “Es más útil ayudar a la familia a que pueda ayudar a su hijo, que suplantarla en lo que ella misma puede hacer”.

Bonino y Goiriena en “Barrido otoñal. Aportes para políticas de género y de inclusión social” (Bonino.Goiriena,2005) analizan la importancia de definir los conceptos de pobreza y su relación con la exclusión social. El trabajo considera que: “Si bien la pobreza ha estado tradicionalmente asociada a la privación de ciertas necesidades materiales consideradas básicas (alimentación, vivienda, salud, etc.), existe un consenso cada vez mayor de incluir otras dimensiones no materiales, como las carencias en torno al ejercicio de derechos o de libertades, a capacidades de realización, a tener “poder para llevar una vida gratificante.” Asimismo entienden que aquellos enfoques relacionados con una sociedad más igualitaria y democrática incluyen otras dimensiones no tangibles o subjetivas como las relacionadas con los derechos económicos, sociales y culturales. La exclusión social es analizada en su multidimensionalidad: Institucional (el trabajo, la seguridad social, la legalidad vigente). Social (los grupos y redes como la familia, las organizaciones sociales, los sindicatos). Cultural (las pautas de comportamiento y entendimiento de la sociedad como las normas y creencias socialmente aceptadas).Espacial (el territorio y la ubicación geográfica). Colocando el problema desde una perspectiva relacional y dinámica, valorando los mecanismos por los cuales se excluye o integra a determinados sectores de la población.

Consideramos que la multiplicidad de las definiciones sobre la pobreza están íntimamente ligadas con conceptos políticos e ideológicos, el momento histórico y el

lugar geográfico en que se estudien. La implementación, planificación y evaluación de políticas sociales para combatirlas, tendrá entonces estrecha relación con la definición a la que uno adhiera.

Irma Arriagada expresa: "La pobreza queda definida en su versión más amplia por los ingresos bajos o nulos; la falta de acceso a bienes y servicios provistos por el Estado, como seguridad social y salud, entre otros; la no propiedad de una vivienda y otro tipo de patrimonio; nulos o bajos niveles educativos y de capacitación, y la carencia de tiempo libre para actividades educativas, de recreación y descanso, todo lo cual se expresa en falta de autonomía y en redes familiares y sociales inexistentes o limitadas." (Arriagada, 2005)

La incorporación de aspectos no materiales, relacionados con las condiciones subjetivas, con las vivencias en torno a las condiciones de vida, las características culturales y las potencias y estrategias de sobrevivencia poco a poco van integrándose a la comprensión de quienes estudian el tema.

Es necesario incluir también los aspectos éticos en el análisis de la pobreza y la importancia de los principios de igualdad y libertad tanto en los criterios de distribución como en la posibilidad de respetar los derechos, valores, prácticas culturales y la búsqueda por construir una vida digna con el conjunto de la sociedad.

En un estudio realizado por el autor hindú Amartya Sen, "Tener, amar, ser: Una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar" (Nussbaum, Amartya Sen, 1993) plantea, frente al modelo que busca medir la calidad de vida como el "dominio de los individuos sobre los recursos en forma de dinero, posesiones, conocimiento, energía mental y física, relaciones sociales, seguridad y otros por medio del cual el individuo controla y dirige conscientemente sus condiciones de vida" que el énfasis en los recursos sería demasiado restrictivo y lleva a atender en forma unilateral a las condiciones materiales. Para eso se requiere un enfoque basado en las necesidades básicas que se concentra sobre las condiciones sin las cuales los seres humanos no pueden sobrevivir, evitar la miseria y el aislamiento. Amartya Sen se vale de las palabras: Tener, amar y ser, palabras que impactan, que llaman la atención sobre las condiciones necesarias centrales para el desarrollo y la existencia humana. Se supone que hay necesidades humanas básicas tanto materiales como no materiales, y que es necesario considerar ambos tipos en un sistema de indicadores para medir el nivel actual de bienestar de una sociedad.

Tener, se refiere a las condiciones materiales que son necesarias para la supervivencia y para evitar la miseria. Cubrir las necesidades de nutrición, de aire, de agua, de protección contra el clima, el ambiente, las enfermedades, etc. En los países pobres o del tercer mundo los indicadores medirían, en algunos casos, la mera disponibilidad de alimentos, agua y vivienda.

Amar, se refiere a la necesidad de relacionarse con otras personas y de formar identidades sociales. Se puede medir por: arraigo y contactos con la comunidad local, apego a la familia y los parientes, patrones activos de amistad, relaciones y contactos con compañeros miembros en asociaciones y organizaciones y relaciones con los compañeros de trabajo.

Ser, se refiere a la necesidad de integrarse a la sociedad y vivir en armonía con la naturaleza. El lado positivo se puede caracterizar como el desarrollo personal mientras que el negativo sería el aislamiento. Se mide por: hasta donde una persona participa en las decisiones y actividades que influyen en su vida, las actividades políticas, las oportunidades para realizar actividades recreativas, las oportunidades de una vida significativa en el trabajo, oportunidades de disfrutar la naturaleza, contemplación o activamente (pesca, jardinería, paseo).

Otro aspecto destacado por Amartya Sen en el estudio comparativo mencionado es que allí se utilizaron indicadores subjetivos y objetivos complementariamente creando grillas de seis campos como el siguiente:

	Objetivos	Subjetivos
Tener (necesidades materiales e impersonales)	Medidas objetivas del nivel de vida y condiciones ambientales	Sentimientos subjetivos de insatisfacción/ satisfacción con las condiciones de vida
Amar (necesidades sociales)	Medidas objetivas de las relaciones con otras personas	Sentimiento de infelicidad/felicidad en las relaciones sociales
Ser (necesidades de desarrollo personal)	Medidas objetivas de la relación de las personas con a) la sociedad b) la naturaleza	Sentimientos subjetivos de aislamiento/ desarrollo personal.

Capítulo. 3

Objetivos y Metodología

3.1 Objetivo general

Conocer el proceso de desarrollo de la resiliencia, en personas residentes en un barrio de Montevideo, sometido a situaciones de adversidad.

Objetivos específicos

- A. Conocer los procesos individuales que permiten el desarrollo de la resiliencia.
- B. Conocer los procesos comunitarios que permiten el desarrollo de la resiliencia.

Preguntas

1. ¿Cómo se expresa la resiliencia en determinadas personas sujetas a condiciones de adversidad?
2. ¿Cuáles son los diferentes elementos de la vida comunitaria que coadyuvan al desarrollo de la resiliencia?
3. ¿Con qué aspectos de las trayectorias de vida de las personas se pueden asociar las características de la resiliencia?

3.2 Metodología

Esta investigación es un estudio exploratorio donde se busca identificar, en una determinada población, el proceso de desarrollo de la resiliencia. La metodología desarrollada es de tipo cualitativa, la técnica es la entrevista semi-estructurada buscando indagar en los relatos de los entrevistados. Conocer los hechos, los acontecimientos sociales que estas personas vivieron, lo que de ellos recuerdan, lo que de ellos cuentan y cuales fueron los recursos propios y /o del entorno social que les fueron de utilidad, de valor para superarlos; nos permitirá construir hipótesis más afinadas sobre los factores externos e internos que inciden en los procesos resilientes. El interés por conocer el significado explica la opción metodológica.

Siguiendo a Ruiz Olabuénaga (Ruiz Olabuénaga,1989) la estrategia de una investigación cualitativa va orientada a descubrir, captar y comprender una teoría, una explicación, un significado. La investigación cualitativa impone un contexto de descubrimiento y exploración.

A partir del marco conceptual y de las entrevistas se construyeron las categorías de análisis para ordenar el material. Estas categorías generan nuevos conocimientos que dan cuenta en forma más exhaustiva de los procesos resilientes. La categorización, según (Bardin,1988), "es una operación de clasificación de elementos constitutivos de un conjunto por diferenciación, tras la agrupación por analogía".

Un aspecto central dentro de la concepción metodológica de la investigación es analizar cuál es el rol del investigador.Cuál es la postura epistemológica en la relación entre el investigador y el investigado. Entendemos al investigador como un sujeto comprometido con la realidad que pretende conocer y analizar. Es importante señalar que en esta investigación se explicita la intencionalidad ética en la cual consideramos

que el investigador participa de la realidad sociocultural que va a estudiar y está comprometido con la misma. En el rol del investigador un aspecto ético es la aceptación de su subjetividad. (E. Galende, 2004)

Edgar Morin (Morin,1993) analiza el problema de la separación del sujeto y el objeto de estudio entendiendo como problema fundamental el retorno al sujeto reflexivo como propio del espíritu humano “ la exclusión del sujeto se efectuó sobre la base de que la concordancia entre experimentaciones y observaciones realizadas por distintos investigadores permitía llegar a un conocimiento objetivo. Pero se ignoró por completo que las teorías científicas no son el puro y simple reflejo de realidades objetivas, sino que son co-productos de estructuras del espíritu humano y de las condiciones socioculturales del conocimiento.”

La elección de los entrevistados

Se seleccionan personas que a criterio de las investigadoras presentan características resilientes a partir del marco conceptual, es decir:

- Reconocer haber pasado o pasar por una situación adversa. En la presente investigación consideramos como situación adversa a la pobreza, entendida ésta como fenómeno multicausal y no meramente como un fenómeno económico. (Terra, 1989). Estas personas habitan en un barrio del Cerro, Casabó.
- Realizar un proceso activo para afrontar esa adversidad, a partir de los mecanismos descritos como propios de la resiliencia a saber: Mecanismos de adaptación que permitan transformar activamente la realidad (Melillo, 2002)
- Tener capacidad de pensamiento crítico, no aceptar el “statu quo” social como destino inexorable. (Zukerfeld, 2002)
- Participar en grupos colectivos. Tener autoestima colectiva, sentido de pertenencia, identidad cultural, humor social. (Melillo,Ojeda, 2001).

Para la elección de las personas a entrevistar se consultó la opinión de los integrantes del Equipo Barrial Operativo, (EBO) del Programa APEX- Cerro y de la Comisión de Salud de Casabó. En la reunión semanal de la Comisión de Salud donde participa el EBO presentamos nuestro ante proyecto de investigación, recibimos sugerencias y aportes y compartimos los criterios respecto de las personas a entrevistar. Allí surgieron propuestas sobre quienes podían ser los entrevistados y se realizó la selección final de los mismos.

A todas las personas entrevistadas las conocíamos previamente, manteníamos un vínculo de confianza. Se les solicitó su participación voluntaria, garantizando el anonimato. Estas personas habitan en el barrio Casabó, del Cerro de Montevideo, participan en grupos colectivos, se encuentran insertos en las redes que mantiene la Policlínica del Casabó y más especialmente el Practicante de Salud Familiar (PSF) del Programa Apex-Cerro en sus vínculos con la población.

Las personas entrevistadas son doce: siete mujeres y cinco varones cuyas edades se encuentran entre los 24 y los 74 años. El nivel de instrucción también es heterogéneo: hay una profesional universitaria, personas con estudios secundarios completos, con secundaria incompleta, con primaria completa y con primaria

incompleta. Algunas personas han vivido en el Casabó toda su vida, todos viven allí desde hace más de diez años.

Las entrevistas

Las entrevistas son semiestructuradas. Se solicita la autorización para la grabación, lo que permite un análisis minucioso de las expresiones vertidas y facilita la escucha y la mirada atenta durante la misma sin necesidad de registrar el contenido. Se brinda a los entrevistados la posibilidad de elegir el lugar donde son realizadas. El criterio es ofrecer condiciones que permitan y posibiliten la expresión, en un clima de confianza y apertura.

Se confecciona una guía semiestructurada donde además de los datos patronímicos de los entrevistados se plantearon las siguientes preguntas, manteniendo una escucha abierta y respetuosa al proceso de cada uno de ellos en la configuración de la respuesta.

1. ¿Qué situaciones adversas, difíciles, ha atravesado en su vida?

2. ¿Qué elementos le fueron de valor para afrontarlas?

- Elementos de su experiencia vital
- Elementos del entorno barrial y la vida comunitaria

A partir de la respuesta de estas preguntas se configura un espacio de reflexión sobre los aspectos de la vida de los entrevistados que los mismos consideren necesario abarcar.

El lugar

El lugar de las entrevistas fue elegido por los entrevistados y este fue uno de los elementos relevantes de nuestro encuadre de trabajo. Contribuye al clima de confianza y nos permite observar y conocer mejor al entrevistado.

Cinco entrevistas tuvieron lugar en el domicilio, lo que nos permitió conocer características de la vida cotidiana que muchas veces no se expresaban en el desarrollo de éstas. Cuatro en el local de comisiones barriales de vecinos, en el mismo los entrevistados nos recibían en "su" ámbito de participación. Una en la Plaza de Casabó, que operó como escenario cotidiano propio del entrevistado, los vecinos que pasaban saludaban y expresaban muestras de simpatía. Una en la Policlínica de Casabó y una en el local del Programa Apex-Cerro.

Nombre (*)	Lugar de la entrevista
Lilián	Programa Apex-Cerro
Andrés	Plaza de Casabó
Anita	Jardín de su domicilio
Julián	Com.Fomento
Nicolás	Domicilio
Mercedes	Merendero
Nino	Domicilio
Carlos	Domicilio
Gloria	Domicilio
Rosa	Com.Fomento
Marisa	Com.Fomento
Iris	Policlínica Casabó

(*) los nombres de los entrevistados son ficticios

El rol de las investigadoras

Consideramos indispensable la realización de entrevistas en forma conjunta, que permitieran la observación y el contacto con las personas por parte de las investigadoras. Esta doble mirada enriquece luego el análisis de los contenidos verbales y no verbales, el entorno, las condiciones de vida, el clima en que se realizó la misma, así como los afectos transferenciales y contratransferenciales que se generaron.

Luego de cada una de ellas se mantuvo un espacio de reflexión por parte de las entrevistadoras acerca tanto de los conceptos vertidos, como de los afectos que las mismas nos provocaron desde nuestras experiencias vitales, y desde nuestras prácticas profesionales, generándose un intercambio que luego nutre el análisis de cada categoría.

La Villa del Cerro se construye en torno a la "Plaza de la Inmigración" donde observamos, en bronce, la escultura que representa un inmigrante en el momento en que desciende del barco. La Comunidad Cerreña nació basada precisamente en la integración que se produjo a partir de los diversos inmigrantes, de origen predominantemente español, italiano, armenio, griego, lituano, polaco y yugoslavo y se caracterizó porque sus colectividades, si bien tenían sus organizaciones y mantenían sus tradiciones y costumbres, nunca perdieron la voluntad de contacto con los demás. Las denominaciones de las calles con nombres de países dan también a este origen migratorio.

Los terrenos, adjudicados en un principio a los trabajadores fabriles, resultaron no solo apropiados para la vivienda, sino que permitían la plantación de huertas y el mantenimiento de animales domésticos, completando el ciclo de abastecimiento familiar, junto con los 2 kg. de carne por día que la Industria Frigorífica daba a sus obreros como parte del pago.

La pertenencia a los mismos lugares de trabajo, los Frigoríficos Antigas, Swift y Nacional, así como la concurrencia de los niños a la Escuela Pública fue forjando una identidad común. En la vida colectiva se incorporaron los aspectos de esparcimiento, vida cultural y vida cívica. Se podía sentir el espíritu de la Villa del Cerro, desde sus pobladores. La calle Grecia, por donde transita el tráfico más intenso, es indiscutido del comercio y las edificaciones culturales y deportivas.

Los inmigrantes europeos también trajeron consigo sus tradiciones y costumbres, que se caracterizaron por el pensamiento de los obreros industriales europeos.

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Capítulo 4.

Área de estudio: El Cerro de Montevideo

4.1 Características

En la fundación de Montevideo, la zona del Cerro no constituyó un lugar de interés para sus pobladores. Para llegar era necesario cruzar los arroyos Miguelete y Pantanoso por medio de balsas. La Fortaleza del Cerro, mirador que controlaba la Bahía y la Ciudad, estaba rodeada de tierras destinadas a la caballada del Rey.

La gran “vaquería del mar” que constituía la Banda Oriental del Río Uruguay, con la producción de carne y cuero, se ve transformada en el S. XIX con la aparición de la Industria del Saladero, productora de tasajo para la exportación. En 1771 se instala el primer saladero, próximo al arroyo Miguelete, la zona comienza a poblarse con sus trabajadores y en 1834 se decreta la fundación de Villa Cosmópolis para organizar su alojamiento. Las industrias consideradas insalubres, los saladeros, las fábricas de jabones y velas son ubicadas al oeste de Montevideo, con el mismo criterio con que posteriormente se instalan también las usinas de UTE y ANCAP.

A comienzos del S. XX la Industria Frigorífica proporciona nuevos sistemas a la conservación de carne y la tecnificación va convirtiendo al peón rural en obrero industrial. Estos cambios coinciden con el arribo de grandes contingentes migratorios provenientes de Europa como consecuencia de los conflictos bélicos, la crisis económica y las persecuciones raciales y políticas. La Industria Frigorífica proporciona trabajo, vivienda y servicios a sus empleados, ocupando hacia 1911 un 53 % de mano de obra extranjera. El trabajo en los frigoríficos y los arroyos que separan la ciudad al oeste, perpetúan las características que constituyen al Cerro en una zona aislada del resto de la ciudad de Montevideo.

La Comunidad Cerrense

La Villa del Cerro se construye en torno a la “Plaza de la Inmigración” donde observamos, en bronce, la escultura que representa un inmigrante en el momento en que desciende del barco. La Comunidad Cerrense nació basada precisamente en la integración que se produjo a partir de los diversos inmigrantes, de origen predominantemente español, italiano, armenio, griego, lituano, polaco y yugoslavo y se caracterizó porque sus colectividades si bien tenían sus organizaciones y mantenían sus tradiciones y costumbres, nunca perdieron la voluntad de contacto con los demás. Las denominaciones de las calles con nombres de países aluden también a este origen migratorio.

Los terrenos, adjudicados en un principio a los trabajadores fabriles, resultaron no solo apropiados para la vivienda, sino que permitían la plantación de huertas y el mantenimiento de animales domésticos, completando el ciclo de abastecimiento familiar, junto con los 2 kg. de carne por día que la Industria Frigorífica daba a sus obreros como parte del pago.

La pertenencia a los mismos lugares de trabajo, los Frigoríficos Artigas, Swift y Nacional, así como la concurrencia de los niños a la Escuela Pública fue forjando una identidad común. En la vida colectiva se incorporaron también características comunes de esparcimiento, vida cultural y vida cívica. Se podía nacer, vivir y morir en el Cerro, decían sus pobladores. La calle Grecia, por donde transitaba el tranvía, era el eje indiscutido del comercio y las edificaciones culturales y deportivas.

Los inmigrantes europeos también trajeron consigo sus ideales y conformaron sindicatos que se caracterizaron por el pensamiento de los obreros industriales europeos

de principios del siglo XX: anarquistas, comunistas, socialistas, consolidando una tradición de participación y lucha por las conquistas sociales.

De esta dualidad inmigración e industria surge la Comunidad Cerrense, ubicándose en la Villa Cosmópolis y dándole características propias a la zona.

Ruptura de un equilibrio

Alrededor de la década del 50 en la zona del Cerro encontramos un equilibrio donde se satisfacían las necesidades de vivienda, trabajo y esparcimiento. Los Frigoríficos Artigas, Nacional y Swift proporcionaban trabajo estable a más de 10.000 obreros. El cierre de la industria frigorífica y el aumento de la desocupación cambian radicalmente las características de la zona. Poco a poco fue convirtiéndose en ciudad dormitorio cuyos habitantes trabajaban en el centro de la ciudad y más adelante comienza la instalación de asentamientos. En la búsqueda de encontrar nuevas estrategias de sobrevivencia frente a la crisis económica, se producen movimientos de migración interna y se van ocupando terrenos fiscales, municipales y privados, poblándose el entorno del Cerro (Casabó, La Paloma, La Boyada, Cerro Oeste).

Las condiciones de vida marginal y la exclusión social empiezan a caracterizar a los pobladores de la zona, quienes aparecen muchas veces en la "crónica roja" de los medios de comunicación, poco a poco se asocia la condición de cerrense con la delincuencia, la violencia y el narcotráfico, estigmatizando a todos sus habitantes por igual.

El barrio Casabó

El barrio donde se desarrolla esta investigación es el Barrio Casabó, se encuentra "detrás" de la Fortaleza del Cerro, sobre la costa, al suroeste del Departamento de Montevideo. Sus límites son: al Norte, Camino Burdeos; al Oeste, el arroyo Tala (Cañada Bajo Valencia); al Sur, el Río de la Plata y al Este, Camino Cibils.

Está compuesto a su vez, por diferentes barrios. El Barrio Jardín Antonio Casabó comenzó a ser construido en 1920, en torno a la llamada "Frigorífica Uruguaya", que posteriormente sería el Frigorífico Nacional. El Barrio Obrero Número 2, destinado a los obreros del Frigorífico, se construyó en 1939. A partir de 1960 aproximadamente, como consecuencia de la migración interna desde otros barrios del Cerro, del resto de Montevideo y del Interior del país, se fueron conformando asentamientos precarios a partir de la ocupación de terrenos fiscales: Punta de Sayago (antiguo poblado de pescadores), Villa Esperanza, Nuevo Casabó, Ansina I, Ansina II, Estrella del Cerro y 4 de Marzo.

En ellos habitan familias que en su mayoría trabajan fuera del barrio Casabó y del Cerro.

4.2 Datos Censales

Población de Casabó de acuerdo a los datos de los Censos de los años 85, 96 y 2004, así como del Censo de las Zonas Críticas del año 2004.(Programa Apex-Cerro,2004)

La zona del barrio Casabó presenta una importante inmigración interna, así como un rápido crecimiento si comparamos las cifras intercensales. En 1996 vivían allí 13.703 personas, en 3.576 hogares. Ocho años después, de acuerdo al Censo de 2004, se contaban 17.254 personas en 4668 hogares, lo que significa un crecimiento de casi

26% de la población total. El perfil demográfico es mucho más joven que el resto de la población de Montevideo.

Censo 1996. Distribución de la población por franjas etarias

Años	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Válidos	Acumulado
0 a 14	4590	33,5	35,4	35,4
15 a 19	1402	10,2	10,8	46,2
20 a 24	1233	9,0	9,5	55,7
25 a 29	989	7,2	7,6	63,3
30 a 64	4672	34,1	36,0	99,3
Más de 65	90	,7	,7	100,0
Válido total		94,7	100,0	
Missing	727	5,3		
Total	13703	100,0		

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas. Censo 1996. Elaboración de las autoras a partir de los micro datos censales de los segmentos 12, 13, 48,49,50 y 51 de la Sección 13 de Montevideo.

La población de 0 a 14 años era en el año 1996, para todo Montevideo de 294.822 personas, un 22% del total del departamento. En Casabó, esa franja etaria representaba, como se ve en el cuadro, el 35, 4% de la población del barrio. En el año 2004 era aún el 33,9% .

Las familias eran numerosas y con muchos niños. La media de integrantes del hogar era de 3,83 en 1996 y de 3,7 en el 2004.

En ese año el 13,2% de las personas no tenía ninguna cobertura de salud, mientras 52,8% tenía cobertura del MSP. Sólo 23,2 era afiliada a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Esto refleja un nivel alto de desocupación y trabajo informal ya que DISSE es la forma de acceder a las IAMC por parte de la población trabajadora.

De un total de 3.639 personas, el 26,6 % del total de la población vivían en condiciones de hacinamiento (3 o más personas por habitación para dormir), el 61,9 % de los hogares carecía de calefón para la ducha, el 24,1 % de los hogares no contaba con refrigerador, el 16 % de los hogares eran monoparentales. El 69,3 % de los adultos de 30 a 64 años tenía como nivel educativo más alto sólo educación primaria.

El 39,8 % de los hogares realizaba la evacuación de excretas directamente en la cañada.

El 53,5% carecían de teléfono.

Censo 2004

En el año 2004, en 4.668 hogares se distribuía la población de 17.254 personas, de acuerdo a las siguientes franjas etarias:

Total	2746	94,5	100,0
No válidas	160	5,5	
Total	2906	100,0	

Censo 2004. Distribución de la población por franjas etarias

Años	Frecuencia	Porcentaje	Porc válidos	Acumulado
0 a 14 años	5517	32,0	33,9	33,9
15 a 19 años	1579	9,2	9,7	43,6
20 a 24 años	1552	9,0	9,5	53,2
25 a 29 años	1501	8,7	9,2	62,4
30 a 64 años	6013	34,8	37,0	99,4
más de 65	103	,6	,6	100,0
Total	16265	94,3	100,0	
Missing System	989	5,7		
Total	17254	100,0		

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas. Censo 1996. Elaboración de las autoras a partir de los micro datos censales de los segmentos 12, 13, 48, 49, 50 y 51 de la Sección 13 de Montevideo

1º Censo de Salud de Casabó-Oeste

En el mes de junio del año 2004, el Equipo de Investigación de las Zonas en Situación Crítica Sanitaria del Programa APEX-Cerro realizó el "1º Censo de Salud de Casabó-Cerro Oeste" en las zonas ubicadas a los lados de las cañadas que atraviesan el barrio y consideradas críticas o de mayor riesgo desde el punto de vista sanitario y social.

Los datos preliminares muestran que en esa zona había 720 hogares y vivían 2.906 personas, un promedio de más de 4 personas por hogar. Sólo 52 % de esos hogares utilizaba la recolección municipal de residuos. Un 15,2% reconocía que vertía los mismos directamente en la cañada.

Algunos datos significativos: El 13,9% de los hogares no tenía inodoro en el baño, el 30,5 % no tenía duchero, el 60% no contaba con calefón para calentar el agua, el 41,5 % no tenía heladera, el 35,6% no tenía televisión color, el 60,3 % tenía cobertura de MSP, el 10,6% no tenía cobertura de salud y el 13,9 % tenía cobertura a través de las IAMC.

Censo Zonas Críticas 2004. Población por franjas etarias

Franjas Años	Frecuencia	Porcentaje	Porc válidos	Acumulado
0 a 14 años	1073	36,9	39,1	39,1
15 a 19 años	279	9,6	10,2	49,2
20 a 24 años	280	9,6	10,2	59,4
25 a 29 años	228	7,8	8,3	67,7
30 a 64 años	883	30,4	32,2	99,9
más de 65	3	,1	,1	100,0
Total	2746	94,5	100,0	
No válidas	160	5,5		
Total	2906	100,0		

Fuente: Equipo de investigación zonas en situación crítica sanitaria. Programa APEX-Cerro. "1º Censo de Salud de Casabó-Cerro Oeste".2004. Elaboración de las autoras a partir de los micro datos censales preliminares.

4.3 Las organizaciones comunitarias

La participación comunitaria propia de la Villa del Cerro caracteriza también al Barrio Casabó. Un importante número de vecinos participa activamente en las diversas organizaciones de la zona en procura de la mejora del Barrio. Las Comisiones de los barrios Villa Esperanza, 4 de marzo, Estrella del Cerro y Puntas de Sayago son las que mantienen un funcionamiento más regular. Estas mantienen desde hace ya 15 años una coordinación para la elaboración de propuestas conjuntas de solución a los problemas, necesidades y requerimientos de los vecinos. En este marco se ha conformado la Comisión de Salud de Casabó en la que participan delegados de las Comisiones Barriales, vecinos promotores o de referencia para los temas de salud y el Programa Apex- Cerro de la Universidad de la República a través del Equipo Barrial Operativo (EBO) de Casabó. Esta Comisión se reúne semanalmente los días miércoles a las 18 hs en el Salón de Usos Múltiples de la Policlínica Municipal ubicada en Liberia y Continuación Charcas.

Los vecinos a través de su participación activa en las Comisiones de Fomento Barriales y, desde el año 1995, en la Comisión de Salud de Casabó, así como del reclamo ante distintos organismos oficiales han ido logrando mejoras en la infraestructura del barrio. Se construyó un Centro Educativo que incluye Jardín de Infantes, Escuela de Tiempo Completo y Liceo, se amplió la Policlínica Municipal, se realizaron mejoras en el alumbrado público y en las líneas de transporte colectivo, se repararon calles, etc. Continúa pendiente el saneamiento del barrio, la reparación de algunas calles, y sobre todo la regularización de los terrenos y el realojamiento de decenas de familias asentadas en terrenos inadecuados, márgenes de la represa y cañada que atraviesa el barrio.

4.4 La Policlínica Municipal de Casabó

La Policlínica Municipal de Casabó es el único servicio de atención de la salud del barrio. Es un servicio del Primer Nivel de Atención que atiende a todos los vecinos del barrio sin excepción y en forma gratuita.

Algunos de los Programas que se implementan en la Policlínica son:

- Programa de Inmunizaciones.
- Plan Aduana.
- Programa de Atención Integral a la Mujer.
- Programa de Promoción de la Lactancia materna.
- Control de crecimiento y desarrollo del niño.
- Control Prenatal.
- Programa de Atención de la Embarazada Adolescente.
- Programa de Atención a las patologías predominantes: diabetes e hipertensión arterial.
- Atención Psicológica de niños.
- Policlínica de Atención Integral de los Adolescentes (por parte de docentes y becarios estudiantes universitarios del Programa Apex-Cerro).

- La atención domiciliaria y extramural en general, en escuelas, jardines y liceo de la zona, se desarrolla coordinadamente por parte de estudiantes de las diferentes disciplinas que desarrollan sus prácticas en la Policlínica y diferentes integrantes del Equipo de salud.

La Policlínica Municipal de Casabó es un centro de práctica de estudiantes universitarios que en el marco del Programa APEX-Cerro desarrolla subprogramas, algunos de ellos son el Practicante de Salud Familiar (PSF), La Policlínica de Adolescentes y el Subprograma de Adultos Mayores. Todos estos programas y actividades se coordinan a través del Equipo Barrial Operativo del Casabó (EBO-Casabó).

Desde 1993, hasta la actualidad, a partir del trabajo de estudiantes y docentes se reúne en la Policlínica un grupo de personas con diagnósticos de Hipertensión Arterial y/ o Diabetes. Este grupo ha tenido un crecimiento muy importante y cuenta con el apoyo del Equipo de Salud de la Policlínica. Tiene presencia en todos los acontecimientos del barrio, organizando excursiones y participando en exposiciones y festivales del barrio, para lo que cuenta con el apoyo de estudiantes y docentes que desarrollan sus prácticas en el Casabó.

4.5 El Programa APEX-CERRO

El Programa APEX-CERRO es un Programa de la Universidad de la República de integración docente-asistencial-multiprofesional que tiene entre sus objetivos el contribuir al desarrollo de la Atención Primaria de la salud en la zona del barrio Cerro, habitada por unas 120.000 personas. En este programa participan docentes y estudiantes de diferentes profesiones tanto de los planes de pre y postgrado como en la realización de trabajos de investigación.

El nombre del programa resulta de la unión de las dos primeras letras de las palabras aprendizaje y extensión. Fusionando la docencia con la proyección de la universidad al servicio de la comunidad. Participan las Facultades de Medicina, Enfermería, Psicología, Odontología, Ciencias Sociales, la Licenciatura de Ciencias de la Comunicación, las Escuelas de Nutrición y Dietética, Tecnología Médica, Tecnología Odontológica, de Parteras, de Música y de Bellas Artes.

El APEX es un programa que promueve la participación comunitaria en la gestión, administración y uso eficaz de la red de servicios de salud a su disposición, en un proceso de educación continua para una comprensión más amplia e integral de los problemas que afectan a la salud. Para descentralizar la operación del programa, incrementar la participación de la comunidad y coordinar las acciones de un programa complejo, se constituyeron Equipos Barriales Operativos que constituyen la Dirección local del Programa en los diferentes barrios priorizados.

La coordinación entre las instituciones de atención a la salud, las organizaciones barriales, los vecinos promotores de salud, la extensión de la Universidad al medio y el desarrollo de diferentes subprogramas que atienden la salud de los niños, los adolescentes, los adultos, los adultos mayores, las mujeres, la salud mental, los discapacitados, la recreación y actividades culturales, la atención odontológica, la alimentación y nutrición son algunos de los logros de este programa que está operando en la zona del Cerro de Montevideo desde el año 1993. (Carlevaro, 1994)

4.6 El Practicante de Salud Familiar

Se trata de un subprograma del Programa Apex-Cerro, que propone la conformación de equipos de docentes y estudiantes de enfermería, medicina, psicología, trabajo social, parteras, odontología, nutrición y registros médicos. Se implementa a nivel local, a partir de las Policlínicas Municipales de La Paloma y Casabó y en los barrios en que se encuentran las Policlínicas Comunitarias "Tito Borja", "La Capilla" y "Covicenova" y con la intervención de vecinos "referentes" y promotores de salud.

El Practicante de Salud Familiar tiene como sujeto de atención a la familia y para ello considera importante establecer un contacto directo con ésta en el hogar para valorar la situación familiar, la relación entre sus integrantes, realizar un control de salud, detectar eventuales problemas o dificultades, brindar apoyo, información y educación adecuados a la situación, fomentando el auto cuidado y la participación de todos los miembros en el cuidado de la salud familiar.

Los estudiantes cuentan con el apoyo y supervisión de sus respectivos docentes. Actúan estrechamente ligados a los vecinos del barrio: vecinos referentes y Promotores de Salud. Promueven la atención correcta a sus pacientes y, en caso necesario, facilitan el proceso de internación en el hospital y realizan el seguimiento cuando regresan con el alta, acompañando su evolución y recuperación. (Carlevaro, 1994)

Sus acciones apuntan al cuidado y la protección de la salud en un sentido integral siendo apoyados por el Equipo Barrial Operativo del Programa Apex-Cerro.

- Trabajan con niños, maestros y padres.
- Trabajan con los adolescentes del liceo.
- Captan a las embarazadas precozmente para su atención integral.
- Cuidan el embarazo y la nutrición de las madres.
- Captan a los niños para el control de su crecimiento y desarrollo, así como para cumplir con el esquema de vacunaciones de acuerdo a su edad.
- Participan activamente en el fomento de la lactancia materna.
- Participan en programas de prevención y diagnóstico precoz del cáncer y en la detección temprana de enfermedades para un mejor pronóstico.
- Se integran y participan en los trabajos de las Comisiones de fomento barriales, los merenderos, los distintos grupos de auto-ayuda.

Capítulo 5

Resultados y Análisis

Caracterización de los entrevistados

Nombre (*)	Edad	Vive en Casabó hace	Lugar de la entrevista	Trabajo
Lilián	47 años	16 años	Programa Apex-Cerro	Casera
Andrés	59 años	28 años	Plaza de Casabó	Recolector
Anita	46 años	42 años	Domicilio	Artesana
Julián	24 años	17 años	Com.Fomento	Honorario
Nicolás	68 años	30 años	Domicilio	Changas
Mercedes	58 años	11 años Casabó nacida en el Cerro	Merendero	Honorario
Nino	42 años	16 años	Domicilio	Changas
Carlos	74 años	Toda la vida	Domicilio	Jubilado
Gloria	64 años	35 años	Domicilio	Jubilada
Rosa	45 años	Toda la vida	Com.Fomento	Honorario
Marisa	38 años	Toda la vida	Com.Fomento	Modista
Iris	25 años	13 años	Policlínica Casabó	Empleada

(*) Los nombres de los entrevistados son ficticios.

Los entrevistados fueron 7 mujeres y 5 hombres, cuyas edades oscilan entre los 24 y los 74 años, todos viven en el barrio del Casabó, del Cerro de Montevideo desde hace más de 10 años.

Cómo se identifica la adversidad

A partir de las expresiones de nuestros entrevistados y de nuestro marco conceptual, construimos las categorías de análisis que nos permiten ordenar cómo se identifica la adversidad: Identifica, reconoce, expresa tener noción de adversidad, trauma, riesgo o amenaza al desarrollo humano.

- 5.1 La pobreza y la desocupación
- 5.2 La dictadura militar, los sucesos políticos
- 5.3 Fallecimiento de familiares, duelos
- 5.4 Accidentes que afectan la salud. Enfermedades crónicas propias o de familiares
- 5.5 Depresión e intento de autoeliminación
- 5.6 Discriminación racial, de género y por discapacidad
- 5.7 Separación de la pareja
- 5.8 Abandono parental
- 5.9 Violencia intrafamiliar

¿Cómo identifica la adversidad?

Lilián	Discriminación racial. Separación. Dictadura.
Andrés	Desocupación. Recolección de basura. Dictadura. Pobreza.
Anita	Discriminación racial. Violencia. Machismo. Falta de apoyo familiar y social. Depresión. Dictadura. Pobreza.
Julián	Desocupación. Pobreza
Nicolás	Accidente laboral y secuela. Fallecimiento de la madre y abandono paterno. Violencia. Dictadura. Pobreza.
Mercedes	Discapacidad por accidente de tránsito. Desocupación. Hijo alcoholista. Hija prostituta. Duelos. Pobreza. Depresión
Nino	Pobreza
Carlos	Accidente vascular encefálico. Secuela. Discriminación. Desocupación. Pobreza.
Gloria	Enfermedad del padre. Intolerancia. Dictadura. Pobreza
Rosa	Desocupación del padre. Pérdida embarazo por malformación. Desocupación y depresión del esposo. Pobreza.
Marisa	Duelo por fallecimiento de la madre. Crisis 2002. Pobreza
Iris	Abandono paterno. Pobreza. Depresión materna.

5.1 La pobreza y la desocupación

En la elección de nuestros entrevistados consideramos como condición de adversidad común a todos ellos, el hecho de vivir o haber vivido en situaciones de pobreza. Esta particularidad atraviesa a los vecinos habitantes del Barrio Casabó, ubicado en el Cerro de Montevideo, según los datos mencionados anteriormente que se desprenden de los Censos del Instituto Nacional de Estadísticas. (INE, 1985, 1996, 2004) y del 1° Censo de Salud de Casabó-Cerro Oeste (Programa APEX-Cerro, 2004) en sus datos preliminares.

La adversidad identificada por los entrevistados mayoritariamente es la pobreza y sus consecuencias, las vivencias de inclusión y exclusión que la misma genera.

Andrés:

“Lo que yo considero más difícil, fue cuando yo quedé sin trabajo, porque en las empresas como que ya no tenía cabida, ese fue el momento más crudo de mi vida ¿no? Perdí mi padre, perdí mi madre, fueron cosas difíciles, pero difícil como eso de tener que meter la mano en un tacho de basura pa traer pan para mis hijos, había días que ni dormía pensando, esa fue la parte más dura. Sufrí la separación con mi señora, eso si bien es cierto, me golpeó un poco ¿no?, pero creo que fue un golpe más, no fue tan duro como haber quedado sin trabajo, pero después, lo superé, no tuve mayor problema, para mí lo más duro fue haber quedado sin trabajo...”

En estas expresiones queda de relieve el impacto generado por las pérdidas: de trabajo, fallecimientos de familiares, así como la pérdida del vínculo matrimonial. Pero se destaca como adversidad que genera repercusión mayor, la desocupación, que coloca al individuo en una situación de exclusión social y que está unida con la necesidad de realizar un trabajo como recolector de basura, tarea denigrada, que le genera, en un principio, intenso sufrimiento. Para ello necesita realizar un proceso de duelo, pérdida y reacomodación que implica superar y sobrellevar sentimientos arraigados, y realizar un trabajo desvalorizado socialmente. La desocupación deja de ser un estado temporario y pasa a ser una marca de identidad.

Anita:

"....Pero el dinero no alcanza y terminé siendo prostituta, yo sabía que ese no era el camino, pero a veces cuando el hambre golpea, creo que es el oficio más antiguo..."

La búsqueda de recursos de sobre vivencia frente a la pobreza ubica a la entrevistada en otro rol relacionado con la exclusión social y la marginalidad. Aparecen diferentes estrategias de sobre vivencia frente a las situaciones límites, según el género, la edad y las características personales.

Mercedes:

"Yo, para poder comer los primeros tiempos, tuve que vender todo lo que tenía acá, porque digamos, como obrera, siempre tuve lo necesario. Primero, un televisor negro, después el televisor a color, las estufas, los ventiladores, las colchitas lindas, sábanas lindas. Ahora tengo sábanas con cada remiendos así, bueno, tá, lamentablemente tuve que desprenderme de todo eso. Porque hasta las toallas, toallones, fui vendiendo por menos de nada, porque mis nietos no tenían que comer. Yo de repente con un mate me arreglaba, pero mis nietos no, ¿saben por qué?. Porque yo aprendí lo que nunca en 50 y pico de años: el ruido grande que hace la barriga y lo mal que uno se siente cuando tiene hambre."

Iris:

"Nosotros pasamos hambre y frío y eso te marca y a la vez te empuja de adentro, yo esto no lo quiero para mí, entonces, bueno, la luchás de otra manera."

La pobreza extrema, el hambre es una marca que, en la expresión de las entrevistadas, las ubica en el límite de la sobre vivencia.

Rosa:

"Arrancaría más o menos que yo me acuerde a los 17 años, que papá se quedó sin trabajo y tuvimos que salir a trabajar mi hermana y yo, tuvimos que ser el sostén de la familia, que me dolió, porque no pude terminar de estudiar..."

Julián:

"Tenía 18 años, voy a salir a buscar un trabajo. Y no me daban ni para costearme los boletos y la comida, querés empezar a trabajar para ganar, no mucha plata, no, lo mínimo para vivir, lo indispensable."

La pobreza en nuestra sociedad genera vergüenza, la inclusión social está dada tanto por la posibilidad de adquirir bienes de consumo como por la significación que

proporciona el trabajo, este es un elemento fundamental de inclusión en la sociedad que proporciona significado, ubicación y pertenencia. Frente a la pérdida de trabajo, los entrevistados atraviesan en primer término por una etapa de duelo y pérdida, no sólo de los bienes materiales sino fundamentalmente de su identidad, del rol que ocupan en la sociedad ubicándose en una zona de frontera entre la pobreza y la exclusión social, llegando a realizar actividades desvalorizadas socialmente. El proceso que realizan a partir de ese momento va a condicionar la adaptación a la nueva realidad y la lucha por mantener mecanismos que permitan su integración social.

5.2 La dictadura militar, los sucesos políticos

El proceso político del Uruguay en la década del 70, la dictadura militar que disuelve el Parlamento en el 73, la instalación de un régimen de Terrorismo de Estado, comprende un período donde la falta de libertad, la falta de seguridad, la pérdida del estado de derecho, la desconfianza, el miedo a la represión y el control generan vivencias de extrema vulnerabilidad, aislamiento, indefensión y sufrimiento.

Gloria:

"La dictadura, lo peor. Criar un hijo adolescente en dictadura para mí fue lo peor. No sabías en quién podías confiar, era horrible, sabíamos lo que estaba pasando, del 73 al 80 eran años muy terribles, de no saber, cómo, dónde y con qué gente nos mirábamos, caminaba y no hablaba nada, por el miedo."

El control de la vida social, el estímulo a la delación, la intimidación, así como el concepto de peligrosidad, promovían el aislamiento y el temor.

Lilián:

"Sabía cual era la situación y el fastidio, los militares, eso estaba muy instalado en mi casa, se hablaba mucho de toda la situación, nos juntábamos una vez en casa de uno y, una vez en casa de otros, para poder escuchar algo de música, se quemaron muchas cosas, muchas cosas se pusieron en cajones bajo tierra, pero yo ya era grande y entendía que era así. Cuando raptaron a ... lo primero que hicieron fue entrar en todas las casas y pateando todo, muebles, se llevaron todo, eran cosas que yo veía como que no podíamos hacer nada. Una chica desapareció que vivía a una cuadra, yo no tenía contacto con ella porque era mayor, desapareció y fue la primera vez que yo sentí que se estaban llevando gente que no aparecía, que se la llevaban. Entonces ahí ya empecé a tomar conciencia que esto iba para años."

El Terrorismo de Estado en América Latina se caracterizó por la utilización de un sistema de violencia cuyo objetivo fundamental era originar miedo, aislamiento, intimidación, intentando de esta forma desalentar toda forma de oposición, toda actitud crítica que promoviera un pensamiento libre y la defensa de los derechos de los ciudadanos. La instalación de un sistema de terror en el Uruguay estuvo basada justamente en el castigo de aquellos que se rebelaran por medio de la prisión, la tortura y la desaparición, generando mediante la arbitrariedad y la violación de los derechos humanos la instalación del miedo, la vivencia de absoluta incertidumbre.

Vemos en los relatos de nuestros entrevistados como se relaciona la ausencia de un estado de derecho con la ocupación de roles de exclusión social y miseria económica.

Andrés:

"Yo nunca me les callaba la boca y estábamos saliendo de una dictadura, entonces: - a ése no lo quiero más, a ése no lo quiero más- y se me fue cerrando, cerrando, entonces ahí, al quedar sin trabajo, ahí, fue el momento más difícil que corrí en la vida mía..."

La dominación por medio del terror opera no sólo para impedir toda resistencia al régimen dictatorial, necesita también del temor que genera el miedo a la miseria que se establece a partir de la arbitrariedad y la inobservancia de los derechos elementales de los trabajadores.

Los sufrimientos ocasionados por la dictadura militar causan heridas que dejan profundas huellas que aparecen incluso en pleno período democrático.

Anita:

"...Pero viene el famoso balotaje del Frente Amplio y todo lo que uno ve y todo lo que uno milita y todo lo que iba a salir, hasta cuando iba a ver los cambios y ahí a los 6 meses hice un shock. Porque veía que no iba a poder resistir más. Porque iban a venir mis nietos, iba a venir el hambre, multiplicada diez veces más. Lo veía, veía la gente con las bandejas, veía la gente pidiendo. Cuando el 99, 2000, caí en la cama, me trataron por hepatitis, no me encontraban nada. Yo llamaba a mis familiares, a mis hijos, a mis nietos, me vino el pánico, no quería que lo que yo viví, lo vivieran ellos. No, mis hijos no, ellos no. Quería un cambio pero era ansiosa, ya lo quería."

El impacto generado por la nueva situación política genera en la entrevistada una depresión que está relacionada con la experiencia vivida. Los sucesos políticos impactan en el psiquismo individual y en la vivencia subjetiva de esperanza o desesperanza.

5.3 Fallecimiento de familiares, duelos

Mercedes:

"Enviudé, se me juntaron muchas cosas, perdí a mi abuela, después de haberla cuidado mucho tiempo, porque tenía cáncer de los dos senos. Las perdí en el término de un año las dos abuelas por la misma enfermedad. A mi marido lo perdí después que a mi abuela, y perdí también dos tíos muy queridos. Todo fue repentinamente porque en 5 años perdí las 3 cosas."

Marisa:

"Yo perdí a mi mamá hace 6 años y es algo que todavía no he superado del todo. Me cuesta y pienso que para mí, mi papá falleció cuando mi mamá estaba embarazada, yo no lo conocí y me crié con mi madre."

Las pérdidas, los duelos por fallecimiento de familiares fueron mencionados como situaciones muy difíciles de superar, que se recuerdan y reviven con dolor aún después de haber transcurrido mucho tiempo. Es necesario un proceso de duelo para realizar el trabajo psíquico necesario hasta lograr una nueva acomodación a la realidad.

Este proceso está condicionado a cómo se han realizado los desprendimientos más tempranos, a sucesos y experiencias vividas previamente. En esta población afectada por otras pérdidas (trabajo, ubicación en la sociedad, migraciones) las pérdidas de familiares colocan a las personas en una situación de mayor vulnerabilidad.

5.4 Accidentes que afectan la salud. Enfermedades crónicas propias o de familiares

El padecimiento de accidentes graves que genera limitaciones físicas permanentes produce un impacto en la identidad, en la vida cotidiana, que exige realizar un difícil proceso de reacomodación.

Nicolás:

"La parte más brava mía fue cuando tuve el accidente. Con 21 años me reventé contra un andamio y me caí al suelo de 8 metros. Me fracturé la cadera y parte de la columna. Estuve 8 meses en la casa donde estaba sin trabajar, sin nada y yo salí, aprendí solo, porque yo me crié sin padre y sin madre, sin hermanos, sin nada, sin una familia, y yo salí al frente, digo¿ no? Tengo que seguir, tengo que salir, tengo poca escuela¿ no? Tengo dos años de escuela primero y segundo y segundo no lo terminé del todo..."

Mercedes:

"Hace 3 años atrás, tuve este accidente, para mí espantoso, porque yo siempre digo, me dejó viva, pero me mató. Me mató, ahora ya como que he cambiado un poco el pensamiento, pero de verme un año enyesada, sin poder moverme. Saber que quien sabe si iba a caminar, ya sabía que nunca más iba a poder trabajar. Y yo tenía una familia a mi cargo."

Cuando sucede la situación traumática, se siente sólo dolor, la herida abierta, el sufrimiento. Luego de transcurrido el tiempo se podrá iniciar el proceso resiliente. La vida y la muerte como antítesis que son parte de la vida misma.

Otro entrevistado narró su experiencia de haber sufrido un accidente vascular encefálico a los 47 años de edad. La rehabilitación le llevó muchos años y aún hoy camina con dificultad. Fue declarado incapacitado para trabajar y pasó a ser jubilado por enfermedad. Entre las consecuencias, se encuentran el deterioro de la situación económica y el cambio de roles dentro de la familia.

Carlos:

"Me desmayé y aparecí en la sala como todo enfermo. Y fue un mes y medio bastante complicado, porque cuando ya me di cuenta de lo que me había pasado y lo que iba a pasarme de ahí para adelante y yo lo que hacía de ahí para atrás eso era para enloquecer. Una cosa que incluso pensé hasta matarme. Porque no concebía que me había pasado eso."

Estos aspectos vinculados al proceso de resiliencia deben ser tomados en cuenta en los programas de prevención terciaria. Las nuevas situaciones, la adecuación de las condiciones del hogar, los cambios de roles en la familia, los altibajos que pueden tener los procesos prolongados de rehabilitación son momentos donde los equipos de salud del primer nivel de atención tienen particular importancia.

5.5 Depresión e intento de autoeliminación

La depresión e intento de autoeliminación, aparecen en las expresiones de nuestros entrevistados descriptas como una de las adversidades que han padecido. El relato de nuestros entrevistados revela sentimientos de sufrimiento y también el intento de superación de esta situación.

No analizaremos si las causas que las producen son endógenas o exógenas, dado que nuestras categorías de análisis se remiten a cómo es la vivencia personal de adversidad.

Anita:

"Yo tomo medicamentos antidepresivos y ansiolíticos, vos sabés, yo andaba a full como dicen los gurises y el año pasado a mi marido le dio un infarto y le dio ahí al lado mío y lo socorrí yo y ahí caí de nuevo, miedo a morirnos, nos vamos a morir todos, tal vez miedo a que todavía no cumplí ciertas, quizás me dio miedo, yo lo analizo porque iba a quedar sola, yo ya crié a mis hijos, iba a quedar sola y ahí me volvió el cuadro de vuelta, me volvieron a meter la sertralina."

Iris:

"La salud de mi madre, depresión crónica. La enfermedad de mi madre que siempre sabés que va a estar..."

Mercedes:

".....La persona que comete suicidio no sé, porque no puede hablar más, pero la persona que ha intentado suicidarse y tuvo la dicha de vivir y no cometer el suicidio, es la que te puede decir el porqué pueden haber tantos suicidios. Primero, porque tiene que haber sentido un dolor muy, muy grande por algo y no saber como amortiguar ese dolor, segundo, porque se cansó de un montón de golpes que le ha dado la vida y no sabe cómo protegerse contra esos golpes. No tiene alguien que le amortigüe esos golpes, para que no se siga golpeando. Y tercero, porque no tiene una mano al costado, que la ayude a levantarse, porque no tiene una mano que la ayude, a veces al costado, Hay mucha gente que no habla y yo eso lo aprendí después, porque yo no hablaba, con quien tenía que hablar. Es una mentira que todos dicen el que dice que se va a matar no se mata. No, ojo con eso, porque el que dice, en cualquier momento me mato porque no aguanto más... esa fue una frase mía y no se me tiene que borrar de acá, porque no la tengo que volver a repetir nunca más. Ojo, hay que brindarle urgente una mano a ese que dice: no aguanto más."

Resulta de relevancia observar que estos entrevistados que relataron haber padecido depresiones e incluso realizaron intentos de auto eliminación pudieron luego sobreponerse y están en este momento en una situación activa integrados a la vida social del barrio.

5.6 Discriminación racial, de género y por discapacidad

La discriminación social por motivos de raza, género o discapacidad es una de las adversidades que consideran nuestros entrevistados que han tenido que enfrentar.

Está asociada a diferentes lógicas de poder, de dominación-subordinación donde se contraponen polos en desiguales condiciones.

Lilián:

"Yo sufrí mucho el problema racial siendo muy chica. Porque la familia de mi padre todos blancos, la familia de mi madre todos negros, los niños no tienen problemas raciales, pero el problema lo tenía yo con las familias, porque las familias se odiaban mutuamente, la familia negra era muy racista. Y para la familia blanca era como la vergüenza del siglo. Dos familias que eran dentro de sus contextos familias muy marcadas o por su historia o por su quehacer, de su entorno más inmediato, entonces aquella batalla, que yo ni me hubiera enterado que era más oscura, pero me lo hicieron saber así que vení para acá, vení para allá, que conmigo, que no que contigo, entonces la abuela negra, una mujer con mucho ritmo de vida, a todo candombe, la abuela blanca una mujer muy culta, muy entretenida, pero muy fría, con muy poca capacidad de reírse, de mostrar sus emociones, nunca la vi llorar, tampoco la vi reírse..."

La entrevistada relata cómo debe de construir su identidad y socializarse en medio de un fuego cruzado de estigmas familiares que se discriminan y denigran mutuamente.

Anita:

"A los 14, mi sueño era estudiar danza, estudiar la parte cultural. Mi madre dice que no, que no se puede, que nunca se puede. Que se necesita mucho dinero, que tengo que lavar, planchar y cocinar, ya venía con esa mentalidad, que yo era hija mujer, entonces me castra en ese sentido. No la culpo a ella, mi mamá prácticamente fue esclava..."

Se superponen la entrevistada los prejuicios de género junto con los raciales, segregando y limitando las potencialidades y, aún cuando realiza un trabajo denigrado socialmente, debe de ocultar sus orígenes raciales para ser aceptada.

Anita:

"Y terminé siendo prostituta, yo sabía que ese no era el camino, pero a veces cuando el hambre golpea, creo que es el oficio más antiguo. Y me enfrento una vez más por mi identidad, me transforman en una mujer maquillada, con peluca, pelo muy lacio, tenía que ser algo así como caribeña, asiática, que no se me vieran las motas, una persecución. Quiere decir que en segundo año de Escuela, no me dejaban ser por esto, después por lo otro, después no me dejaron por una cantidad de cosas. Después vinieron las Llamadas, no me dejaban desfilar en las Llamadas, castrada otra vez. Todo sea por mis hijos y a ver hasta dónde voy a aguantar y hasta dónde voy a llegar. ¿Por qué castrarme? ¿Por qué este sistema? ¿Por qué este machismo? ¿Para qué nace el machismo? ¿Quién hace el machismo?. La mujer tiene que cocinar, lavar y planchar y el varón es el jefe de la casa y manda..."

A veces cuando el estigma es adquirido en un momento tardío de la vida, como en el caso de este entrevistado que sufrió un accidente vascular y tiene como secuela una hemiplejía.

Carlos:

"Bueno pero Ud. sabe que traje un papelito firmado por el Hospital, que por el trabajo que hacía yo, que era Jefe de Sección, lo podía hacer al trabajo sentado en la oficina. La Doctora del Frigorífico Nacional me dijo que no, que no y que no. ¿Ud. sabe lo que dijo? que si había incendio yo no podía correr. Fui obrero y fui escalando posiciones y llegué a jefe y, falta de voluntad porque incluso me podían poner de sereno. Me tuve que jubilar incluso antes que me dijeran, porque el Frigorífico me daba dos años de licencia médica paga y todo como si estuviera trabajando, en esos dos años yo tuve que aprender a escribir con la izquierda, yo era derecho y escribía y escribía altos así y leía y de todo, cuando me salieron con eso me dejaron..."

El esfuerzo por rehabilitarse no es tenido en cuenta para su inserción laboral, invalidando sus potencialidades y capacidades. La discriminación, el prejuicio y el desconocimiento lo ubican como un excluido, sin permitirle desarrollar sus potencialidades, sumando a la secuela que ocasiona su enfermedad una impronta social muy difícil de superar. Aparece como necesario el trabajo y compromiso de los equipos de salud capacitados para la prevención en estas áreas. Prevención orientada a brindar apoyo a la hora de sortear los obstáculos y también a prevenir el aislamiento y el estigma social que impide muchas veces el desarrollo de las potencialidades y la integración de las personas.

5.7 Separación de su pareja

La separación de la pareja fue uno de los temas planteados como situación dolorosa. La pérdida del vínculo conyugal, coloca a los individuos que sufren una crisis económica en situación aún más desventajosa.

Lilián:

"Yo me separo de mi esposo y no tenía dinero, no tenía nada, con mis 3 hijas mayores, ese es un momento difícil cuando yo me separo."

5.8 Abandono parental

Durante la infancia la falta de uno de sus progenitores o referentes adultos es considerado por algunos de nuestros entrevistados como la principal adversidad por la que han atravesado. La ausencia de entorno familiar, de núcleo básico de pertenencia, del apoyo, el cariño y el amor de los padres constituye un obstáculo y un desafío difícil de sobrellevar para el desarrollo infantil.

Nicolás:

"Yo me crié sin padre y sin madre, sin hermanos, sin nada, sin una familia. Mi madre falleció y mi padre se casó con otra...Nos largó como perros, hablando bien. Quedarse sin padre y sin madre, eso es lo más grave que hay".

Iris:

"En el ámbito familiar, por ejemplo, no tener padre te marca en todo, en absolutamente todo, para toda la vida. En cuanto a la autoestima, no tener un padre, pensar por qué no te quiere."

5.9 Violencia intra-familiar

Las situaciones de violencia doméstica son violaciones a los derechos humanos que durante mucho tiempo se mantuvieron invisibles y naturalizadas. En la intimidad y privacidad de los hogares se cometen crueles abusos que se mantienen en secreto y que el entorno “respeta” como asuntos que sólo le incumben a esa familia. La violencia familiar provoca sentimientos de desprotección, desvalimiento y vulnerabilidad.

Anita:

“Tuve 3 hijos, a los 3 años me separé por malos tratos, golpes, agresividad...”

Nicolás:

“Mi madre falleció y mi padre se casó con otra. Que Dios lo tenga en la gloria, si es que está allá. Si porque él mató a mi madre de una paliza y quería matar a la señora que tenía de otra paliza, mi hermano el más chico le partió la cabeza de un fierrazo...”

El maltrato físico o la coacción provocan daño físico y psicológico. El daño físico, con lesiones de distinta entidad puede ocasionar incluso la muerte. Vinculado a los actos de abuso de fuerza se encuentra el abuso de poder en situaciones de desigualdad. Se ejerce el poder en forma abusiva, sometiendo, humillando, desvalorizando al otro. En el ámbito familiar se encuentran desiguales condiciones para hombres o mujeres y para niños, jóvenes o viejos. En nuestra sociedad, frecuentemente, la dominación, la subordinación tienen como víctimas a las mujeres, a los niños y a los viejos. Las consecuencias, el daño que esto ocasiona generan sentimientos de culpa, angustia, vergüenza y miedo afectando la autoestima.

Capítulo 6

Resultados y análisis

Factores que intervienen en el desarrollo de la resiliencia

En este capítulo se analizan los factores que intervienen en el desarrollo de la resiliencia. Cómo se ha desarrollado el proceso de transformación activa, adaptación positiva o afrontamiento de la adversidad.

Categorías de análisis

- 6.1 Reconocimiento de la posibilidad de afrontar la adversidad: Si considera que tiene la capacidad de enfrentarla.
- 6.2 Lectura, estudios. Si se ha sentido fortalecido realizando estudios o lecturas.
- 6.3 Humor. Capacidad de reír y/o ridiculizar al opresor y/o a las situaciones que le afectaban, encontrando alivio a las situaciones.
- 6.4 Vínculos familiares: Expresiones de valoración y apoyo de las personas de su entorno familiar
- 6.5 Expresiones culturales y religiosas : Manifestaciones acerca de qué expresiones culturales propias, creencias religiosas le fueron de ayuda .
- 6.6 Trabajo : El trabajo como medio para obtener recursos económicos para vivir y en ocasiones en que se trata de trabajo honorario por la significación social que este le proporciona.
- 6.7 Sentido de pertenencia: Si considera de significado para superar estas situaciones el hecho de vivir en el Cerro, en el Casabó.
- 6.8 Participación Comunitaria : Si considera significativo participar en organizaciones del barrio y/o el Programa Apex-Cerro.

6.1 Reconocimiento de la posibilidad de afrontar la adversidad

El reconocimiento de la posibilidad de afrontar la adversidad es una expresión subjetiva de resiliencia. Nos referimos a la subjetividad como "un sistema de representaciones y un dispositivo de producción de significaciones y sentido para la vida, de valores éticos y morales, gobernados por el deseo inconsciente y los ideales del yo, que determinan en su conjunto los comportamientos prácticos del individuo" (Galende, 2014).

Es este sistema de representaciones que le permite al individuo, frente a las situaciones adversas, mantener confianza en su capacidad de enfrentarlas, sobrellevarlas e incluso transformarlas.

Anita:

"Era mi hora otra vez de salir a la colle, de escuchar, de participar, de integrarme y claro que tuve golpes, miré si tuve golpes. Y bueno no sé cómo se sale depende de si no te dejas caer y no te entregas al sistema".

¿Cómo identifica la capacidad de afrontarla?

Lilián	Humor. Participación comunitaria
Andrés	Lectura. Expresiones subjetivas de resiliencia. Participación comunitaria
Anita	Expresiones subjetivas de resiliencia. Carnaval. Religión. Participación comunitaria
Julián	Participación comunitaria. Computación y ciudadanía. Com. 4 de marzo. Estudio.
Nicolás	Expresiones subjetivas de resiliencia. Vínculos familiares. Estudio. Participación comunitaria
Mercedes	Expresiones subjetivas de resiliencia. Vínculos familiares. Participación comunitaria
Nino	Participación comunitaria
Carlos	Expresiones subjetivas de resiliencia. Vínculos familiares. Participación comunitaria
Gloria	La ideología política Participación comunitaria
Rosa	Expresiones subjetivas de resiliencia. Participación comunitaria
Marisa	Vínculos familiares. Expresiones subjetivas de resiliencia. Participación comunitaria
Iris	Estudio. Vínculos familiares. Expresiones subjetivas de resiliencia. Religión.

6.1 Reconocimiento de la posibilidad de afrontar la adversidad

El reconocimiento de la posibilidad de afrontar la adversidad es una expresión subjetiva de resiliencia. Nos referimos a la subjetividad como “un sistema de representaciones y un dispositivo de producción de significaciones y sentido para la vida, de valores éticos y morales, gobernados por el deseo inconciente y los ideales del yo, que determinan en su conjunto los comportamientos prácticos del individuo”. (Galende, 2004)

Es este sistema de representaciones que le permite al individuo, frente a las situaciones adversas, mantener confianza en su capacidad de enfrentarlas, sobrellevarlas e incluso transformarlas.

Anita:

“Era mi hora otra vez de salir a la calle, de escuchar, de participar, de integrarme y claro que tuve golpes, mirá si tuve golpes. Y bueno yo pienso que se sale, se sale depende de si no te dejás caer y no te entregás al sistema”.....

Mucho se ha discutido sobre si la persona resiliente es aquella que se adapta socialmente a las situaciones que la realidad impone o pretende cambiarla. En esta investigación consideramos resiliente a aquel individuo con capacidad de transformar activamente la realidad al decir de Melillo. (Melillo, 2002).

Encontramos en estas expresiones la manifestación de la capacidad interna de lucha, donde la entrevistada no se adapta pasivamente a las circunstancias sino que intenta transformarla.

Otra entrevistada relata:

Marisa:

"En la época del 2000, cuando estábamos todos en gran crisis, nosotros pasamos todos por malos momentos, yo no me permito bajar los brazos, porque no consigo nada... Por ejemplo una cosa que rescatamos en cuanto a la crisis esa económica, fue el hecho de que llegaron los Reyes y nosotros no teníamos dinero,, estábamos con la calesita del teléfono, de la luz, el teléfono cortado, con la calesita de que cuando te viene el corte, pagabas el del mes anterior y seguías como debiendo. Cobrar, mi esposo cobraba y, era para pagar las cuentas y, nos quedábamos sin dinero y sacábamos fiado en el almacén lo mínimo posible, no teníamos dinero como para hacer Reyes. Y era angustioso para nosotros el que nuestros hijos no tuvieran su regalo, eso que estaban esperando. Entonces nos dio para pensar: ¿Qué hacemos con esto? El grande mío, estaba con el básquetbol, le había entrado el furor, estaba en Verdirrojo, estaba practicando y bueno, teníamos varillas en el fondo que habían quedado de cuando estábamos construyendo y le pedimos a un vecino, que tiene soldadora, si se animaba a hacernos un aro de básquetbol. Conseguimos una tabla, lo amuramos ahí, con hilos hicimos la red y le hicimos un aro precioso, super fuerte, quedó chocho de la vida. Después en el galpón teníamos una hamaca, la parte de la tabla estaba toda fea, podrida y bueno, yo me deshice de una tabla que tenía para picar fuertísima y hicimos el asiento de la hamaca, y bueno, enderezamos los hierros que estaban torcidos, los pintamos con restos de pintura que teníamos y le hicimos la hamaca para el chico, y bueno, y era algo que ninguno de los dos se esperaba, tener una hamaca. Se las pusimos en los fierros de la parra y después nos juntamos con la vecina de enfrente que estaba amargada, una persona que también llora y se deja estar, porque no tenía nada para regalarle a los nietos. Nos pusimos a hacer muñecos de trapo para las nenas y macacos. Entonces los chiquilines estaban chochos de la vida y nosotros prácticamente no gastamos dinero y logramos que tuvieran tal vez uno de sus mejores Reyes tal vez y con todas cosas recicladas y para mi eso fue muy reconfortante. Porque a veces prefiero poder rescatar esas cosas y no el hecho de tener dinero para solucionar todo."

Frente a las crisis económicas, se desarrollan capacidades creativas, la búsqueda de alternativas basadas en las posibilidades presentes en la vida cotidiana.

Recogimos las expresiones de dos entrevistados que padecen secuelas que afectan la capacidad de caminar, de desplazarse.

Nicolás:

"Ahora formé otro hogar a los 34 años formé el otro hogar, vivo y sanito acá, y salí adelante, salí marchando, caminando, salí, siempre luchando, pero es todo querer, poder es querer. Si querés, salir adelante en lo posible, no querer quedarse. Me cuesta caminar, me cuesta hacer las cosas, porque no puedo doblarme, pero no me quedo, yo sigo adelante. Tengo que ir al centro, voy al centro, tengo que ir a hacer un curso, voy

a hacer un curso. Tengo que ayudar a alguien voy, me cuesta pero no quiero quedarme, quiero poder seguir. El otro día no más, le digo a mi señora: ¿Sabés una cosa? Me voy a la reunión esa, bueno andá. Empecé a caminar otro poco y siempre hay que moverse, hay que tener ¿Cómo se llama eso? Espiritu, lucha, salir de uno mismo. No, no esperar que vengan los psicólogos, que vengan los médicos y te digan ¿no? Ud. tiene que hacer esto, tiene que hacer lo otro, la voluntad es de uno. No precisa que venga una doctora, que venga nada, solo lo hice yo, con los estudiantes que venían y me enseñaban. Tuve muchos estudiantes que vienen acá, muchos: enfermería, psicología, medicina general, parteras, aunque no estoy embarazado lo mismo (se ríe). Pero venían acá, porque yo los llevaba para otro lado, porque hacía las cosas que tengo que hacer. Gracias a Dios, yo quiero salir adelante siempre, siempre quiero salir adelante, superarme más de lo que yo estoy”.

Carlos:

“Las ganas de vivir. Las ganas de hacer, reaccionar, no pensar que íbamos a ser siempre, los que íbamos a ser. Dentro de lo que podía hacer, le daba con todo. Ejercicio todo, incluso Ud. sabe que esta enfermedad no es igual a todo el mundo, porque a unos les da de una manera y a otros les da de otra. Después empecé a hacer ejercicios por mi cuenta, empecé a colgarme del galpón, de la roldana, con una bolsa de arena en la punta. Después cuando empecé a caminar un poquito sin bastón ¡eh!, salí al frente de mi casa y después adentro. Después salí hasta la vereda y adentro de mi casa. Al otro día una cuadra y ya me entusiasmé, ya en ese tiempo no había nada de esto, campo y monte, nada más. Y a mi me gusta mucho la playa y esas cuestiones y entonces de a poquito empecé a caminar dos cuadras, venía. Al otro día tres cuadras y venía. Y al final llegué a la playa que son como 30 cuadras. Y ahí tomaba sol como loco, me bañaba, en fin dentro de lo que la enfermedad me permitiera y aquí estoy. Ahí cambié todas las cosas, no sólo empecé a conocer personas, no sólo estar en una silla ahí tirado, mirando por la ventana. Antes de empezar a caminar, estaba atrás de una ventana y yo pensaba, a la puerta, a la cuadra y terminé en la playa, entonces, llegaba.”

La adversidad, en este caso las consecuencias provenientes de la disminución de sus posibilidades motrices, afecta la vida cotidiana, genera un cambio en la identidad, en los vínculos con el entorno, en las posibilidades laborales. Es un “handicap”, una herida al decir de Cyrulnik, (Cyrulnik,2001). Para poder activamente sobrellevar la adversidad es necesario que el individuo se divida, la herida se oculta y frente al dolor que genera, “una parte más secreta, reúne, con la energía de la desesperación, todo lo que puede seguir dando un poco de felicidad y de sentido a la vida”. Nadie sale indemne, no se atraviesa el sufrimiento sin dolor y siempre existen secuelas y consecuencias, pero el individuo, luego de un proceso construye nuevamente una forma de estar en mundo que le permita integrar el sufrimiento a los aspectos gozosos de la vida.

Iris:

“Te marcan por un lado en el sentido de mal, pero también te marcan... de repente hay gente que tiene todo y no lo valora o que desperdicia su vida, no quiere estudiar, por ejemplo. No estudian, si bien te marca para el mal, también te marcan para seguir bien.

Ves cómo salir adelante, o buscás cómo salir adelante, o por ejemplo en el sentido del matrimonio. Vos decís: yo quiero un esposo que me apoye con mi familia, buscás otras

cosas en tu esposo, en tu futuro esposo ¿no?. De repente si uno no vive esas situaciones de repente ni las pensás, en cambio así ya pensás, que tenga determinadas cualidades, que me pueda ayudar en tales cosas. Que sea maduro, que se quede, que si un día pasa una enfermedad, que se quede al lado mío. Como que ya es más allá de que me enamore, como que en ese sentido como que te da madurez. Por ejemplo, nosotros pasamos hambre, frío y eso te marca y a la vez te empuja de adentro, yo esto no lo quiero para mi, entonces bueno, la luchás de otra manera”.

En los entrevistados observamos, una mirada respecto a las adversidades que atraviesan, donde se destacan las propias capacidades y potencias, la autoestima, sin quedar atrapados por los avatares del dolor. Pero haber padecido estos sufrimientos los transforma, origina una nueva subjetividad, la realidad misma es mirada a través de nuevos parámetros.

Galende señala (Galende,2004) “Son estas mismas circunstancias que consideramos adversas para el común de los sujetos, las que producen en él condiciones subjetivas creadoras que enriquecen sus posibilidades prácticas de actuar sobre la realidad en la cual vive y transformarla o transformarse.”

Una entrevistada al recordar el fallecimiento de su esposo expresa:

Mercedes:

“No era bonito haberlo perdido a él, porque era un dolor grandiosos, era la parte de amor que me quitó no se quien, pero yo tenía la otra parte que él me había dejado, eso lo aprendí después, los hijos”.

El “dolor grandioso” es un oxímoron (Cyrulnik,2003) expresa la antítesis de dos sentimientos opuestos, encontrados, el cielo y el infierno, el amor y el odio donde cada término resalta al otro.

En el oxímoron se condensa la resiliencia, el sufrimiento y la capacidad de sobrellevarlo. El dolor y la muerte presentes en la vida. Al decir de Semprún “el deslumbrante infortunio de la vida”.

6.2 Lectura y estudios

En el sujeto resiliente capaz de valorar y de crear significado, que establece vínculos con su entorno, la literatura amplía su universo simbólico, posibilitando el diálogo con autores, trascendiendo el sufrimiento personal y compartiendo las estrategias, las diversas formas que el ser humano se ha dado para sobrellevar el dolor.

La lectura permite ampliar el horizonte, conocer y compartir emociones, comprender los acontecimientos históricos, la transmisión de experiencias, mitos, narraciones, el poder develador de la poesía, generando un significativo encuentro a través del tiempo y el espacio.

En los testimonios de los entrevistados encontramos el placer de la lectura y el estudio, como una de las características que permiten enfrentar las situaciones adversas.

Andrés:

“Yo fui un tipo que siempre... leí, yo tenía un libro y lo agarraba, y, y,..... a veces no me podía concentrar. Cuando me podía concentrar, yo superaba cualquier cosa, yo me levantaba o sea leía y al otro día “cazaba” el carro e'mano y me iba tranquilamente.

Pero tenía que poderme concentrar sino, había días que ni dormía. Tenía muchos libros de la lírica, por ejemplo de Rubén Darío... Gustavo Adolfo Becquer, tenía entonces, o de repente agarraba algo que me gustara de Historia Universal por ejemplo ¿no? que me encantaba, entonces si yo me podía concentrar, ahí,... después me cansaba leyendo y después me dormía... así, tomara un vaso de agua ¿viste? Pero eso me hacía bien. ¿Cómo e'? dice ... Palacios... "nunca te sientas vencido ni aún vencido, nunca te sientas esclavo ni aún siendo esclavo y sé como el clavo que ya viejo y ruin arremete feroz ya mal herido y vuelve a ser clavo". Yo escribí... siendo vendedor ambulante durante 9 meses me escribí el diario... andar en la calle siendo vendedor ambulante... venís de madrugada y hay días que no te da la nafta.. pero si uno tuviera paciencia y tiempo un diario te ayuda... a... a corregirte, a no cometer el mismo... el mismo error... porque hay cosas que uno las hace por error... siendo joven... eehh, entonces, un diario ayuda... ese diarito, se me quemó cuando se me quemó el galpón. Entonces teniendo todas esas cosas escritas y algunas que tenía en la cabeza, fui superando la cosa. El ser humano es de superar así... no te tenés que quedar, eso sí, no es fácil, pero.. hoy por hoy trato de luchar por el sindicato, por los muchachos, de unir al clasificador más que nada, y después sí, ganándome el sustento para mí y para la yegua... teniendo la yegua ensillada y que no se lastime... ya le digo..."

El ejercicio de la escritura, llevar "un diario" de vida, va permitiendo a nuestro entrevistado, pensar, reflexionar, expresar sus afectos, internalizar, ser crítico con respecto a si mismo, a su vida.

La posibilidad de escribir ocupa un lugar de privilegio, de expresar afectos, que al ser colocados en palabras cobran un nuevo significado y permiten una mayor comprensión. También provee elementos que permiten expresiones donde otros se sienten identificados. La posibilidad de proporcionar nuevas representaciones simbólicas es potencialmente constructora de una nueva subjetividad, transformadora.

"Muchos artistas y creadores acompañaron procesos de cambio y muy frecuentemente no lo hicieron desde la participación directa en la lucha. Si la historia les reconoce un lugar es porque su producción se convirtió en un aporte creativo de representaciones, valores o propuestas diferentes, en las que el artista, sin modificar directamente la realidad pudo proveer elementos a los que si operaban sobre ella." (Rodríguez, 2002).

Andrés:

"Yo fui a la Escuela N°7 de Constitución".

La importancia de la escuela pública en el Uruguay, como institución universal a la que todos los niños tienen derecho a concurrir, permite el desarrollo de fortalezas, de acceso a herramientas indispensables para la inserción social, posibilitando el encuentro con las más diversas expresiones culturales. La concurrencia a las instituciones de educación pública, en los sectores más desposeídos, es una fortaleza habilitadora de nuevas potencias.

Nicolás:

"Tengo dos años de escuela primero y segundo y segundo no lo terminé todo, pero después me dio por salir a estudiar, estudié música, estudié electricidad, mecánica, jardinería muchas cosas..."

Julían:

"Fui a la escuela de Casabó y a la UTU del Cerro. Hice Ciclo Básico, hice Carpintería, después hice Mecánica, ahora terminé Administración de Empresas este año. Empecé en el año '93, cuando salí de la escuela y fui ahí y hasta el año pasado, hice todos los cursos. Y los profesores me ven y dicen: ¿En qué curso se va a anotar?"

Realizar actividades educativas promueve factores de resiliencia definidos por Edith Grotberg, (Grotberg,2002). Yo soy (capaz) tengo (conocimientos) y puedo (aprender).

El no haber podido culminar los estudios es expresado como una dificultad.

Nicolás:

"Lo que pasaba era que no tenía escuela y para ser alguien tenés que tener una escuela, todo, pero yo que hice, empecé a estudiar después y acá mismo en el barrio hicimos con una maestra de acá, acá en el Tambo, para hacer que los adultos mayores estudiaran, no fue nadie, se anotaron como 20 y no fue nadie, fui yo solo. Pero yo, evolucionando, leyendo, hice cursos en el Apex, acá, hice varios cursos. Trabajé con gente de la salud afuera en Colonia, estuve trabajando con ellos, así con Uds. Siempre cuento con gente.

Y todo eso es una experiencia que a mi me hubiera gustado haberla creado antes, antes de ser más veterano, cuando tenía 20 años o 25. Haber tenido esa experiencia, haber tenido que andar con los médicos como ahora, que en cualquier lado que va hay estudiantes, hay lugares para poder estudiar. Lugares para trabajar, en esta cuadra, en la otra cuadra. Hay Escuela, hay Liceo. Porque ahora mismo, de viejo me da para seguir estudiando. No puedo, porque no me deja la pierna, si me dejara caminar un poco más, me gustaría estudiar, como quien dice el estudio, es una fuente de energía para poder despejar la mente. Pensando en lo que puede hacer, a mi ver, es así."

La educación de adultos ocupa un lugar central en el concepto de resiliencia que considera la importancia del desarrollo de las potencialidades en todas las etapas de la vida. En la etapa adulta cumple funciones (Santos, 2002): Compensatoria, para aquellos adultos que no pudieron tener acceso a la educación en el momento oportuno. Asistencial: brindando conocimientos sobre temas de salud, trámites necesarios, problemas familiares, etc. De actualización laboral: indispensable frente al desempleo y la necesidad de continuar adquiriendo conocimientos. De estímulo de la expresión: posibilitando canales de expresión y creación. De estímulo a la reflexión y acceso al conocimiento: permitiendo el desarrollo de nuevas miradas. De integración social: generando espacios compartidos que proporcionan vínculos y pertenencia y de estimulación al desarrollo personal.

En nuestros entrevistados la educación aparece como un elemento muy valorado. Se identifica como una capacidad, capacidad para comprender, para entender el momento presente y proyectarse en el futuro. La educación es un instrumento que habilita a las personas en sus logros, permite el desarrollo, brinda herramientas para transformar la realidad, genera el desarrollo intelectual, social y cultural en todas las etapas de la vida.

Una entrevistada que tiene estudios universitarios plantea:

Iris:

"Tuve la ayuda de mi madre que si bien andaba depresiva y todo, siempre nos encaminó al estudio. Ustedes quieren ser esto, bueno, estudien y que de repente en otra

familia no lo ven, ni se les ocurre que tienen que estudiar, fue una meta que nos puso ella. De repente, otra chiquilina capaz que le decían trabajá, a mi nunca me insistía en que trabajara, decía: vos aunque no tengas estudiá. Entonces bueno, si bien trabajaba, más me interesaba estudiar, sabía que ahí estaba el camino, como que ahí me guiaron siempre, de chiquita, eso como que la mente ya estaba en estudiar. De repente hay gente que de grande, 25, 30 se está dando cuenta que si hubiera estudiado, capaz se le hubiera abierto otras puertas. Muchos decían, es lo mismo ser profesional o no y ella decía, no es lo mismo, porque vos lo mirás hoy en día y no es lo mismo. Como que siempre marcó esa diferencia. Creo que la carrera mismo de enfermería también me ayudó a eso porque cuando estudié esos temas dije, ah, mirá como es... que capaz que si no tocan esos temas, no sabés como encarar, como entender. Cuando abarcás esos temas te ayuda más a comprender una situación."

En este caso el estudio aparece no sólo como herramienta de superación y conocimiento, también permite comprender mejor la realidad y así poder tener una actitud activa de transformación de la misma.

Los entrevistados con quienes mantenemos una larga trayectoria de actividades desarrolladas a través del Programa Apex-Cerro, han participado en múltiples actividades de educación para la salud.

Esta experiencia de promoción y prevención nos ha permitido observar la realización de cambios en los individuos y comunidades que en un intercambio de saberes desarrollan un empoderamiento social diferente.

6.3 Humor

Una entrevistada, descendiente de una familia de origen blanco y otra familia de origen negro, nos describe como adversidad la discriminación racial existente entre ambas familias, el esfuerzo realizado por sus abuelas materna y paterna por realzar sus rasgos étnicos en uno y otro sentido, con el fin de afirmar un origen y denigrar el otro. Esta situación que cuestiona su identidad y su origen encontró en el humor una réplica permitiendo interpelar, habilitando un espacio para la construcción de su identidad mestiza.

Lilián:

"Entonces :¿Yo que hacía? Yo era lo más feliz que podía ser en el momento, en una situación era feliz, le sacaba provecho y con la otra familia lo mismo ¿no? Ese es el primer recuerdo que tuve que sobreponerme sí o sí. Y ahí rescaté lo que era el sentido del humor ¿no?. Humor negro, humor ácido, humor por uno mismo, empecé a encontrar cosas cómicas dentro de la tragedia. Y eso es una capacidad que me quedó para toda la vida, la capacidad de reírme de mis dos abuelas y hacer cosas estúpidas que a mi me divertían mucho. Me ponían cal en una parte del pelo y me decían mitad blanca, mitad negra y yo hacía toda una comedia así, hasta que me descubrieron, el sentido del humor me acompañó siempre y me servía de coraza ¿no?. Eso es lo primero que yo me acuerdo... Humor negro, a veces de provocarles a ellos unas situaciones donde se sientan ridículos, o como que yo no era partícipe de todo eso y yo a mi manera se los hacía ver."

El humor representa un recurso simbólico que cuestiona la autoridad, el orden establecido, la naturalización del discurso hegemónico y que permite abrir brechas. (Rodríguez, 2004)

A partir del mismo se emprende la búsqueda de recursos que fortalecen la subjetividad, estableciendo desde el humor un vínculo donde "encontrar cosas cómicas dentro de la tragedia".

En referencia al trabajo realizado por los docentes y estudiantes del Programa Apex-Cerro en las organizaciones comunitarias y servicios de la zona, un entrevistado participante de un grupo de hipertensos y diabéticos relata:

Carlos:

"Y para mí tanto de medicina, de enfermería, de nutricionista, de psicólogos, todo bárbaro, son estudiantes nuevos todos los años y vienen con todo el mismo repertorio y nosotros lo aceptamos, hablar de hipertensión, de diabetes, nos divertimos mejor con los psicólogos, nos hacen hacer cualquier cosa, agarramos todo para entretenernos. Ya ahora estamos diciendo ¿por qué no vienen los psicólogos? con los otros es más seria la cosa, porque de hipertensión y diabetes no es para reírse, pero con éstos.."

Con calidez y humor describe una de las principales dificultades del trabajo curricular en la comunidad, la reiteración año tras año de actividades, marcando con especial puntería la valoración que realizan los vecinos del trabajo de los psicólogos. El humor, en este caso, cuestiona la autoridad profesional académica, permitiendo establecer un lazo de complicidad entre entrevistado y entrevistadores.

En numerosas ocasiones, durante las entrevistas, el humor ocupó un papel importante transformando la mirada sobre las situaciones de la vida cotidiana y permitiendo la búsqueda de nuevos sentidos y significados al sufrimiento.

6.4 Vínculos Familiares

La familia es el ámbito donde se dan las primeras vivencias intergeneracionales y de género. Representa el lugar de la intimidad y del amor, de la identidad, de la individualidad, de la conexión con el pasado y las expectativas de futuro. Los vínculos familiares, aún en el marco de la heterogeneidad en que se constituyen las familias de hoy, (estilos de vida diferentes a los tradicionales y cambio en los roles establecidos), representan los principales sostenes, amparo y continencia. En nuestros entrevistados la familia era identificada como uno de los elementos principales que permitían sobrellevar la adversidad.

Nicolás:

"Me ayudó mucho, el último matrimonio que tuve, mi señora. El cariño de ella, el comportamiento de ella, un tire y afloje, hace 34 años que estamos juntos. Y ella para mí fue siempre, en las buenas y en las malas, una buena compañera, en este aspecto me ayudó ella. La compañera, lo principal de todo es tener la compañera y si no tiene la compañera, ese muchacho joven, yo tenía 20, 21, sin padre y sin madre, eso es lo más grave que hay. Seguidamente a mí me crió una familia de un gallego y un portugués, que fueron los que me criaron a mí. Me entregaron a los 8 años al Consejo del Niño. A los 14 días me salió una familia de afuera, de campaña, en Santa Rosa. Ahí estuve hasta los 18 años, 10 años con ellos, trabajando. En la educación que tenían que

darle, sin tocarme, porque nunca me pegaron, siempre hablándome y el que me maltratará, se las tenía que ver con el pa... con él. Igual que los hijos de él, los hijos de ellos nunca me tocaron, son unos señores, ahora son unos señores. Yo voy a la casa de ellos, es como mi casa, ella fue a la casa de ellos, como mi casa. Voy pa acá, voy pa allá, manejo camiones, manejo tractores, no tengo problema."

La familia sustituta permite el desarrollo y acoge al entrevistado frente a la ruptura de su familia de origen.

Carlos:

"Y más mi señora, que es la que tenía que hablar conmigo. Incluso se cambió todo el panorama de la casa. Tuvo que salir a trabajar ella..."

Los afectos por los hijos representan un estímulo frente a las situaciones duras de la vida:

Mercedes:

"... En ese momento mis hijos me dieron el empuje para llevar esa adversidad adelante ¿no? Y salir, porque me parece que tenía que salir sola de este problema, digamos, porque era un gran problema quedar sola y con 3 chiquitos. Siempre tuve el apoyo de mis padres, gracias a Dios".

Rosa:

"La familia. La fortaleza de la familia, no solo de parte de mis hijos, que son los más grandes y mi marido, a mí nunca me faltó, porque gracias a Dios, tengo unos padres excelentes y mis hermanas y lo mismo ellas esperan de mí ¿no?. Yo sé que no van a pasar nunca hambre ni nada, porque si alguno de ellos está con trabajo, no les va a faltar nada." Lo que más me sirve, me parece, es la familia, son los afectos, que es lo que te empuja para salir adelante y después, las personas que te vas encontrando en el camino, ya sea en la carrera o en el ámbito laboral, que uno va encontrando y te dan esos granitos de fuerza y que cuando ponen fe en vos, vas continuando ¿no?. Después los caminos que se te van abriendo..."

En nuestro país la atención a los problemas de salud de las personas se realizan predominantemente con un enfoque individual, hacia la persona que padece una enfermedad o presenta algún síntoma. En nuestra experiencia trabajando en el subprograma "Practicante de Salud Familiar", tomamos como eje a la familia. Es necesario considerar las distintas estructuras familiares, las etapas del ciclo vital familiar, los roles y funciones, los vínculos establecidos, donde inciden las situaciones de salud- enfermedad.

6.5 Expresiones culturales y religiosas

Varios entrevistados nos relataron el valor de la música, el baile como un elemento que está en relación con tradiciones familiares y barriales.

Lilián:

"En la casa de mi abuela se hacían tableros enormes y todos los vecinos traían algo y se pasaban la Navidad. Y después venía una comparsa entera a tocar, es una costumbre de la cultura negra, que a la persona más anciana del barrio se le toca."

La identidad cultural (Suárez Ojeda, 2002) posibilita a los seres humanos sentimientos de mismidad, permitiendo mantener tradiciones que enlazan la historia integrando, entretejiendo las diversas raíces. En las poblaciones americanas formadas a través de diversos grupos migratorios, la integración de sus costumbres, música, danza, alimentación, fortalece la conformación de una identidad cultural respetuosa por las diferencias. Esto cobra especial importancia en grupos migratorios denigrados por su raza, color o religión. "Aquellas poblaciones que han hecho un baluarte del respeto y la exaltación de sus culturas tradicionales, han mostrado una mayor capacidad para recomponerse y renacer luego de numerosas adversidades." (Suárez Ojeda, 2002).

Anita:

"Me comí años sentada mirando ver pasar las Llamadas, años sentada con el pop, la cerveza, el pan, silla, palco. Desde el palco, el mejor lugar para ver las Llamadas, cada comparsa que pasaba yo salía a la calle y me iba atrás de la comparsa. Y volvía y me sentaba. Y después auto o taxi a dormir a casa. Un año me vino como un, un ¿Viste cuando decís, se me va el avión? Se me va, llamé por teléfono a mis amigas, no tenía teléfono, fui ahí enfrente, estaba todo listo para ir a las Llamadas, y digo: yo me voy, pero me voy a desfilas porque yo siempre desfilé y en ciertas etapas no pude desfilas: cuando estaba con XX no pude desfilas porque estaba con XX, cuando estaba con mi marido, no podía desfilas, porque mi marido me golpeaba, cuando vivía con mi papá, mi papá siempre era un hombre. Dije ahora me voy el que quiera seguirme que me siga... A mi pareja, mi compañero, si bien le gustaban las Llamadas, él es una persona muy dedicada al tema sindical y político, cree que los cambios pasan todos ¡pero no todos pasan por ahí! No pasa todo por ahí, si bien la sociedad la vamos a cambiar desde las instituciones y planificando y todo eso, pero hay cosas en la vida que un ser humano tiene que vivir. Porque el alma te pide eso también, si no al final te convertís en un esclavo. Necesitas un minuto, un minuto para tu alma o para tu cuerpo o para tu mente."

Para poder participar de las Llamadas, necesitó superar el machismo y la segregación, romper con lógicas de poder y dominación, hasta lograr dar un lugar de relevancia a necesidades espirituales en torno a la música, la danza, la identidad, arraigadas en una cultura y que permiten una afirmación vital y gozosa: "porque el alma lo pide". La esclavitud hoy estaría representada en la imposibilidad de participar de estas expresiones y creaciones colectivas.

Anita:

"Afro-Cerro se organizó desde la Policlínica, nos llamaron para que hiciéramos un cierre de la Expo-Salud del Casabó y, como teníamos tambores de la comparsa, dijimos que si, que íbamos., parecía imposible, eso era mucho trabajo, mucha ropa y hacer entender a la gente, a qué se desfila y por qué se desfila, qué se podía y qué no se podía, formamos un grupo entre la familia y algunos vecinos, y desfilamos en el corso del Cerro, ahí sacamos el segundo premio compartido con otra comparsa...."

La Comisión de Salud con la participación del Programa Apex-Cerro organiza anualmente la Expo-Salud en la Plaza de Casabó.

En torno a la plaza, numerosas organizaciones barriales del Cerro instalan sus mesas y a través de carteles y folletos transmiten y comparten las actividades que realizan. En el centro de la plaza, los niños de las escuelas y grupos de tercera edad realizan espectáculos musicales. También tienen lugar actividades de educación para la salud convirtiéndose en un día de encuentro, promoción, esparcimiento y disfrute entre vecinos, técnico e instituciones del barrio. Como cierre de una de estas jornadas es que inicia sus actividades la comparsa Afro-Cerro.

Anita:

"Una vez -yo tomo medicamentos antidepresivos y ansiolíticos, vos sabés- yo andaba a full como dicen los gurises. En diciembre estaba otra vez más con las ansiedades, con los temblores y la noche de las Llamadas con temblores y temblores, me vistieron, me llevaron, me sacaron vestida de acá, me metieron en un auto y me llevaron, pero yo a la hora de partir estaba así (tiembla), estaba toda la cuerda armándose y yo estaba en un solo temblor, mi madre, al lado mío. Una vez que sonaron los tambores, a mí se me fue todo el temblor. ¿Saben lo que es el temblor que me viene, me viene, y que no me tiene que venir nada y me viene? Y empezaron a sonar los tambores y yo empecé a mejorar. Ahora ¿Cuál es la explicación, tienen una explicación eso, hay algo que explique eso?, Yo no la sé o la sé y no lo voy a decir. La mente y el espíritu es algo... será eso... ¿Quién baila conmigo? ¿Quién? ¿Cómo se puede bailar 16 cuadras sin tomar agua, sin consumir droga? Enferma, tomando ansiolíticos, que te sube la presión, depresiva y bailás 16 cuadras, terminas y decís quiero más. No me quiero ir a mi casa, quiero más. Yo creo que son los ancestros, los busco, no se quienes son, no los conocí. Los quiero conocer, no conocí a mi abuela, no conocí a mis tías, de la parte de mi madre a nadie. De la parte de mi padre a nadie. Si mi padre viviera tendría hoy 95 años, era un negro que venía de Minas. La gente de Minas venía corrida de Brasil. Y si él tuviera 95 años, su mamá ¿qué edad tendría?"

La integración a partir de la danza de aspectos dolorosos de la identidad, los antepasados esclavos, recuperando y quizás reparando en el mantenimiento de expresiones culturales propias, aquella identidad denigrada, oprimida, maltratada, encadenada y que hoy se manifiesta como expresión de la vida que perdura y se transmite de generación en generación.

Nicolás:

"Y el carnaval, ahí tengo la foto cuando salí, tengo la foto por ahí...en Afro-Cerro. Los bailes me gustaban, me gustan. Me gustan los bailes, el cine, jugar al fútbol. Siempre querer mejorando, buscando el momento de mejorar. No quedarse, de chico nunca me gustó quedarme sentado. Yo salía abriendo paso con las pancartas, de asunto de música de tambores no sé."

La pertenencia a diversas religiones también fue expresado como una fortaleza, que brinda apoyo, integración a un grupo, identidad y están enraizados con elementos culturales y espirituales.

Iris:

"Tengo una religión, Testigo de Jehová y voy a una Iglesia en el barrio."

Anita:

"También tengo la parte de la religión que es umbandista. Esta religión umbandista fue la que llegó con los africanos."

6.6 Trabajo

El trabajo es considerado por nuestros entrevistados como decisivo fortalecedor de la resiliencia.

Mercedes:

"Salí adelante, hice viajes este, pasaba contrabando vendía puerta a puerta, o sea que ya ahí fui aprendiendo otra forma de vivir ¿no?. Empecé a trabajar que nunca había trabajado, empecé a trabajar en frigoríficos, en fruta, empecé a trabajar como doméstica, que fue el trabajo que mejor hice y se que gracias a Dios, siempre tuve buenísimas referencias, siempre se me dijo y me siento muy orgullosa que era muy buena limpiadora (ríe) entonces, bueno, salí adelante".

Iris:

"Trabajaba en la Farmacia de acá y a veces trabajaba de noche como compañía. Estuve un año y medio sin conseguir y después una empresa tercerizada, y ahora estoy trabajando en el Suat."

El valor del trabajo está constituido tanto por proveer el sustento necesario como por realizar una actividad de valor comunitario.

El trabajo voluntario, sin remuneración, con la finalidad de realizar un aporte a la comunidad, permite sentirse útil y valorado personalmente.

Julián:

"Acá doy clases, dentro de Windows y de Office de todo, arranqué con chiquilines chicos y grandes entreverados, después pasé para grandes y, después pasé para niños y me quedé en los niños. Es fantástico, a mi me gustan bastante los chiquilines, me manejo bastante bien, me comunico bastante con ellos, además de tener un vínculo de profesor-alumno, es de amigo, porque muchas veces quedás como amigo. Andan por acá, está la ventana abierta, pasan por acá de vuelta, es lindo y después cuando agarre más la mano de la reparación. Es un orgullo para mí que de julio hasta ahora hemos tenido las 6 máquinas que están ahí, todas en perfecto estado y funcionando. Quiere decir que estamos haciendo bien las cosas, entonces, es bueno para uno, me enriquece a mí."

Julián:

"Me gustaría quedarme acá, me gustaría quedarme y mis planes es seguir avanzando, yo le pongo la espalda a lo que venga, le pongo el pecho, a mí lo que me ofrecen, yo trabajo, yo lo agarro."

Max Neef, (Max Neef, 1990) considera que "el trabajo constituye más que un factor de producción, propicia creatividad, moviliza energías sociales, preserva la identidad de la comunidad, despliega solidaridad, utiliza la experiencia organizacional, el saber popular para satisfacer necesidades individuales y colectivas".

Anita:

"Luego me fui a trabajar, me gustaba mucho la enfermería, me metí en una casa de salud, cuidaba ancianos, quería aprender a tomar la presión. Todo eso pero el dinero no alcanza y terminé siendo prostituta. Trabajé con XX 4 años, y después sola, yo sabía que ese no era el camino pero a veces cuando el hambre golpea, creo que es el oficio más antiguo en un país capitalista. Ahí trabajé, tenía un objetivo que era comprar mi casa."

El trabajo incluye o excluye, proporciona reconocimiento social y pertenencia o ubica en los márgenes de la sociedad, lo que implica vencer sentimientos arraigados, vergüenza y ocultamiento generando violencia.

En las expresiones se mencionan las crisis económicas que han afectado a nuestro país y sus consecuencias, aparece un corte, un antes y después donde la pérdida del trabajo, de bienes y pertenencias, producen un duelo que afecta la identidad y por ende la auto estima obligando a una reorganización interna.

Amartya Sen (Nussbaum, Amrtya Sen,1993) considera el "tener" trabajo como condicion necesaria para la supevivencia y evitar la miseria e incorpora la propuesta de indicadores para medir satisfacción e insatisfacción en el trabajo.

6.7 Sentido de pertenencia

El sentido de pertenencia, la autoestima colectiva y la identidad cultural, tal como lo plantea (Suárez Ojeda,2002), la incorporación de valores comunes, la permanencia – padres, hijos y nietos que continúan eligiendo vivir en un mismo barrio- permiten construir un sentido de mismidad que favorece el fortalecimiento de la resiliencia.

El Cerro aparece en las entrevistas como el contexto, el marco, el lugar de vida, que da a la vez raíz y perspectiva, continencia en las relaciones cotidianas, lo que permite el fortalecimiento de los vínculos. (Pintos,A.Reyes Abadie,W,1994)

Carlos:

"Me acuerdo tan, tan, como si hubiera sido ayer de las cosas del barrio, como fue el proceso del barrio. Y estoy a las órdenes. En el 39, fue cuando hicieron el Barrio Obrero, eso fue el primer movimiento del barrio Casabó, que dicho sea de paso es Barrio Jardín de Casabó, es el nombre verdadero del barrio. Lo primero que fue en el año 19 y en el 39 que hicieron el Barrio Obrero, fue el primer movimiento en el barrio, porque sino era de campaña, 6 cuadras de largo por una de ancho. Un monte cerrado ahí y todo campo y campo. Ahí donde está la Policlínica, hacíamos los picnic. El segundo movimiento que hicieron fue el proyecto de la Tablada. Iba a ser ahí en el barrio 13 y si habremos ayudado ahí, era aguatero. Habremos trabajado 3 años y después, se murió el autor del proyecto y se acabó y quedó todo eso campos arados, terraplenes."

En el 64, había una señora que hacía política y era conocida de Vasconcellos, que era el Intendente en ese momento y le pidió permiso para hacer Villa Esperanza, en el año 64, y ahí se acabó la historia, porque empezó el reguero de casas... pero el primero que hubo era Villa Esperanza. Y que eran no sé qué cantidad de casas, pero no eran muchas, les dio permiso. Incluso Casabó, era anexo de los Frigoríficos, porque la gente que trabajaba en el Nacional, que había antes o en el Artigas. Y el Frigorífico Nacional, en el año 29, acá, yo todavía no era nacido, vino de la barra del Santa Lucía, eran todos los Saladeros, había un Frigorífico Uruguayo, después le pusieron

Nacional. Y en la puerta del Nacional, había una colonia de españoles, venidos de la última guerra mundial, que vinieron disparando y se afincaron ahí. Y después, con el tiempo, el Frigorífico hizo ampliación y vinieron todos para acá, había como 3 o 4 familias extranjeras, más eran lituanos que otra cosa, porque el Cerro es todo mucho lituano de la Primera Guerra Mundial, que vinieron disparando, pero después acá hubo: rusos, armenios, turcos, de todo, y en cada cuadra había un comercio y todos vivíamos. La carne era gratis. El Frigorífico en beneficio nos daba 2 kilos de carne por día. Les daba el puchero, uno de los kilos era puchero y el otro pulpa”.

Podemos observar en el relato aspectos de la historia del Cerro que van conformando las bases de la identidad “cerrense”. Los frigoríficos brindaban plena ocupación y seguridad laboral. Los ritmos de entrada y salida de los turnos, señalados por las sirenas, regían la vida cotidiana. La alimentación con carne vacuna constituía parte del pago, y es recordada hoy con nostalgia como símbolo de bonanza. El barrio se organizaba en torno a los frigoríficos, proporcionando características comunes desde el punto de vista socio-cultural y el acceso a la vivienda propia y cercana a la fuente de trabajo. Todavía hoy se pueden distinguir las viviendas construidas para los obreros de los frigoríficos, que se caracterizan por sus materiales nobles y el terreno que las circunda.

El otro elemento que se destaca es la alta población de inmigrantes, lo que favoreció una cultura de respeto por las diferencias. Sonia Romero (Romero,1995) considera que la identificación con los inmigrantes como antepasados comunes a todos los pobladores actuales es una significación social construida sobre la tradición de trabajo. Barrio de inmigrantes, significa entonces, barrio de gente de trabajo. Los inmigrantes son recordados por sus características de laboriosidad y afincamiento en el lugar donde dejaron descendencia.

Romero destaca que “la estatua del Inmigrante había sido retirada del puerto y guardada, olvidada, en un depósito. El Club de Leones de la Villa tuvo la iniciativa de recuperarla y traerla a la Villa, donde fue relocalizada en el año 1987”.

Es significativo cómo, en un país compuesto por descendientes de inmigrantes en un porcentaje importante de sus habitantes, el Cerro se apropia de esta característica para su barrio.

Nino:

“La historia del barrio, la historia de los Saladeros, de los Frigoríficos creó en la gente de su época, no se por los años 50 o 60, creó conciencia en los actores y fue una semilla que quedó, un legado en los hijos de los actores, que tienen un preconceito de que se hicieron algunas cosas porque la gente se juntó, y en la cabeza está ese preconceito positivo, de que la gente consigue poder hacer algo, si la gente se une. Entonces eso es lo que por las características del barrio -que había no se si 10.000 trabajadores organizados, no es lo mismo que hayan 20- se expandió sobre el resto de la sociedad del Cerro, ese concepto, en ese momento, de que la organización de la gente, era la única herramienta para poder defender sus intereses, pero además se benefició de ese concepto, de esa realidad. En aquel momento se repartían no sé si 2 kilos de carne por día, por obrero. En aquel momento eran 10.000 trabajadores, eran 20.000 kilos de carne y eran 40.000 personas que vivían en el Cerro, por lo tanto el resto, tenía ½ kilo de carne asegurada por día. Eso hizo que aunque no lo practique, hoy le queda en la cabeza ese preconceito de decir, yo tengo antecedentes de que organizándose se benefician todos. Y eso, creo, que es lo que hace la diferencia entre esta zona y algunas otras ¿no?”

El otro elemento constitutivo de la identidad "cerrense" es la impronta que surge de la organización sindical, heredera también de las ideologías propias de los obreros industriales europeos de principios del siglo XX. Trabajo y solidaridad están relacionados con una historia donde las condiciones económicas y laborales permitían una calidad de vida en sus habitantes hoy añorada.

Rosa:

"Mi padre, sigue adorándolo, porque él estuvo en el tiempo ese, que cuando el vecino aquel hacía la planchada, iban todos, porque los vecinos ayudaban a hacer la planchada. Él tiene fotos que están todos los habitantes, juntando canto rodado en la playa, para hacer la planchada de otro. Y él cuenta, que lo hicieron todo ellos, y así hasta que después se agrandó el barrio y ya fue otra cosa, pero al principio todos iban a la plancha de fulano, del otro vecino igual que a la de él."

Estos valores de solidaridad y apoyo mutuo se desplegaban no solo en torno al trabajo en los Frigoríficos sino que marcaban una impronta de convivencia en el barrio, donde el espíritu de colaboración y ayuda mutua era parte de la vida cotidiana.

A partir del cierre de los Frigoríficos y la desocupación, con el consiguiente aumento de la pobreza, cambian los orígenes de los actuales habitantes del Cerro, sobre todo en las zonas de construcción de asentamientos.

Dice una entrevistada:

Gloria:

"En el 58, veníamos a veranear acá, los ricos veranean en el Este nosotros veníamos para el Oeste. Más adelante nos empezamos a hacer acá y nos quedamos. Ahora somos promitentes compradores."

Otro vecino relata el momento en que ocupó un terreno:

Nino:

"En el 91 y en el 92 se hizo esta ocupación y bueno estaba a dos pasos y aproveché yo también la posibilidad, porque siempre digo, si no hubiera sido por esto, hoy no tenía ni casa. Un tipo que no tiene laburo estable, que no tiene un ingreso medianamente regular, en Montevideo, está condenado a decir que no la va a tener nunca su casa, porque tenés que tener un nivel de ingresos fijos y estables, para vos poder decir, bueno, me voy a meter en un crédito, voy a hacer esto, voy a comprar un terreno, si no es a través de este medio, fuiste, entonces llegué acá, casi por un accidente, o sea tengo mi casa casi por un accidente, siempre también le digo, soy un agradecido a la vida, por ese accidente ¿no?"

Nino:

"Cerrense adoptado, y muy convencido, por que este barrio encierra las cosas que quiero o que he soñado siempre como individuo en la sociedad, es bastante solidario, cuando la gente se organiza".

La vivienda aparece identificada por nuestros entrevistados, como una preocupación frente a la que se encuentran pocas respuestas por parte de las políticas sociales. En la búsqueda de seguridad, la autoconstrucción de una vivienda en terrenos públicos o privados es una estrategia de sobre vivencia frente a la incertidumbre laboral

(Zaffaroni y Alonso, 1998). Los procesos de autoconstrucción de los vecinos se entrelazan con la historia del Cerro, rica en experiencias de solidaridad y participación, fortaleciendo el sentido de pertenencia.

Carlos:

"Yo nací en el Casabó. Mi hermana vive ahí donde nacimos. Y mi hermano enfrente a la Escuela. Tenía el hijo que se fue para España y la otra hija que está en la calle Suecia, frente al Colegio de chiquilines chicos. Y el otro está ahí también. Está casado y vive ahí en cerca de la 4 de Marzo por ahí, en fin. Por lo menos estamos rodeados todos, incluso el grupo me festejó los 50 años de casado en la casa de mi hijo, que está ahí frente a la Escuela."

Julián:

"Yo vivo acá y vengo acá, me bajo solo en el ómnibus, te vas caminando para arriba. Vivo acá, hace 17 años que me conozco a todos. Me conozco a toda la gurisada, grandes, chicos, los conozco a todos..."

Mercedes:

"¿Has plantado árboles en tu barrio? – me preguntan las vecinas- porque en el Cerro Norte, yo planté el primer árbol, en la calle donde vivía. El único arbolito era el mío y ahora hace unos meses atrás, para ir al Comunal bajé al barrio, y veo que en las mismas veredas han arrancado gajos de sauces y hay sauces como éste, enormes, entonces una vecina salió a saludarme y dice: -Viste, éste es tu árbol y todos esos que ves ahí son hijos de tu árbol."

El cuidado del entorno, que en algunos de los barrios del Cerro es de destacar, unido al paisaje privilegiado con la vista de la Bahía desde la Fortaleza afianza a los vecinos en el orgullo por el lugar donde se vive.

Las crisis económicas y sociales operan como agentes corrosivos en la población y ponen a prueba las fortalezas.

Nino:

"El Cerro me llena de orgullo porque aunque haya entrado droga y aunque haya mucha necesidad, creo que la gente del Cerro es muy compañera, muy luchadora. Porque cuando hay necesidad la gente del Cerro se mueve" ...

Si bien los habitantes del Cerro integran la población de Montevideo, el límite del barrio demarcado por el arroyo Pantanoso es vivido por algunos como la separación de dos ciudades. Esto es parte del proceso de conformación de la identidad según define Gravano (Gravano, 2003) donde "el eje principal de toda identidad es el compuesto por la relación entre conjunción y disyunción: algo se define porque se junta con algo y se disjunta con otra cosa".

Marisa:

"Y yo muchas veces me pongo a pensar que el entorno mío es el barrio. Yo cuando cruzo el Pantanoso, lo marco prácticamente en el almanaque, porque cuando cruzo el Pantanoso, para mí del otro lado encuentro como que estoy en otro lugar, como si me hubiera ido del país. Soy 100% Casabó. Y creo que si me tuviera que mudar, no me mudaría. Yo a veces ando por ahí y veo casas tan bonitas. Però a veces pienso, si tuviera que mudarme, no encuentro un lugar que diga, vendería mi casa y me

vendría para acá. Como que no encuentro un lugar que me sienta así, cómoda, más allá de que me tira mi casa, porque la luchamos desde los cimientos y le pusimos cada cosa con el sacrificio nuestro y eso te aferra muchísimo también. No es lo mismo comprar una casa que ya está hecha y que vos no le pusiste nada y que por ahí no tiene sacrificio ninguno. Y después por todo el entorno, el hecho de nacer acá, hace que salga a la calle y me conozca todo el mundo ...”

El conocimiento de los vecinos, la permanencia, los vínculos que se remontan a varias generaciones en torno a una historia común que ha atravesado etapas prósperas y crisis económicas, permiten consolidar los vínculos y las redes sociales constituyéndose en elementos fortalecedores de la resiliencia.

6.8 Participación comunitaria

Una de las condiciones para la selección de los entrevistados fue la participación en grupos colectivos: espacios comunitarios, comisiones, grupos de vecinos organizados. La posibilidad de hacer, y de hacer con otros, de participar en espacios donde encuentren contención, afecto, valoración, donde se canaliza y se desarrolla la creatividad, la vida social, cultural, la recreación, incrementa la autoestima y fortalecen las capacidades de los vecinos como sujetos activos transformadores de la realidad.

Lilián:

“Había que hacer la declaración jurada, para Salud Pública, para el Carnet de Asistencia, se precisaba alguien que se animara, y me pidieron si podía colaborar, y dije sí, cómo no,...era para la población que no podía moverse, así que los domingos, me dedicaba a eso... era de la Comisión Barrial...de Villa Esperanza. Allá en el 91, 92 ... arrancamos precioso, todo el mundo a trabajar, ...en función de el Policlínico para los vecinos,...trabajé con unas monjitas que estaban en el Casabó allá abajo... que eran las mismas que estaban en el CAIF. Después trabajé en el Policlínico Odontológico, hubo un tiempo que tuve que formar parte de la Comisión y a mí lo que me gustaba era el trabajo en prevención, que eso sí lo trabajamos mucho. Tiene que ver con algo que yo tengo que hacer, es un aprendizaje... a mí me encanta, pero no con una idea de asistencialismo ni nada, sino estar acompañada por proyectos... para mí el hecho de acompañar procesos, es una tarea que hay que hacer. Los cambios vienen por ahí.”

Andrés:

“Participo de la Comisión de Salud. Trato de dar algo. a la “Cuatro de Marzo”, si puedo siempre los visito y colaboro con ellos. Siempre lo hice, en Constitución, yo participé de una Comisión de ex alumnos de la Escuela N° 7¿no? y colaboramos con la Escuela, hicimos un festival, una kermés bailable...”

La participación en comisiones barriales, comisiones de salud, grupos de agentes comunitarios, Escuela de Informática, comparsa, etc. en expresión de estas personas es una forma de ejercicio de sus propios derechos, de ejercicio ciudadano. Se participa con sus pares y con técnicos de diferentes áreas y de diferentes instituciones, se comparten conocimientos, se es parte en la deliberación y en la toma de decisiones que les afectan a ellos mismos y a sus vecinos y pares. Se socializa la información, se estimula el análisis crítico de las situaciones, se estimula la auto estima, son espacios de prácticas concretas y solidarias. (Barrenechea.Echenique,1993) Participar en los grupos de

vecinos organizados favorece el sentimiento de pertenencia, de inclusión, estimula la creatividad, y constituye una respuesta activa colectiva a las necesidades del barrio.

La organización de los clasificadores de basura constituye un espacio fundamental para la valoración social y la identidad de quienes desempeñan esta actividad.

Andrés:

"Yo llegué acá adentro de la Comisión de Salud a tener 14,15 clasificadores... por el tema de la basura del Casabó...el tema de la basura que teniamo' en el campo del Nacional"...

"Nosotros le pediamo'..., un lugar para clasificadores ¿no?, pero le pedíamos que fuera un lugar cerrado con un tejido alto porque si no nosotros ahí dejamo' las bolsa' uste' va a venir a retirar...y hay gente que va a ir a revisar las bolsas porque está precisando... vienen los perros van a desparramar...entonce' ¡¡¡Van a romper todo!!! ...surgió de que podiamo' hacerlo en el campo del.... Frigorífico Nación... del ...Ex..."

"De los clasificadores brasileños tengo gorro, tengo dos camisas, una del 1º encuentro .y... otra de "Lixo e Cidadania"...Yo estuve en el 1º Congreso Latinoamericano de Clasificadores... ese fue en "Caxias do Sul" en el 2003. Si yo vivo en el barrio o viven mis hijos en el barrio, ¡¡tengo nietos que andan ahí en la vuelta!! ¿Cómo?... ¡¡¿'tonces que...que clase de... de luchador social soy?! ... lo que hago asumo total responsabilidad si no, no me sirve..."

El proceso activo realizado por el entrevistado y el cambio en la subjetividad, en la mirada sobre su tarea, están íntimamente relacionadas con la pertenencia a grupos de clasificadores con objetivos, metas y proyectos propios, lo que permite dignificar esta tarea y ocupar un rol valioso de inclusión social. Uno de los aspectos centrales que observamos en nuestros entrevistados es la presencia de proyectos individuales, familiares y colectivos.

Otra entrevistada, que manifestaba como situación adversa la discriminación racial, expresa:

Anita:

"Preparamos un proyecto, el sueño mío es hacer una Casa Cultural. El Centro Cultural no es para bailar, ni para tocar, sino para charlar, informarnos, hablar de todo, la integración dentro de la sociedad. Todo lo que, temas por ejemplo: X se casó con un hombre con sus raíces cruzadas, si bien es blanco, tiene rulitos pero como se corta el pelo y se pone gel, los rulitos desaparecen. Ella tiene una tez de mi color, pero tiene un moterío, medio laciongo. Pero eso no determina su identidad, podés ser muy blanca, pero... En la casa de allá hay un problema, ella es blanca, no es negra, ni es hija de negros, ni nada. Es clara, tiene tremendos labios y los ojos celestes. Un moterío que lo tiene así. Esos temas son para hablarlos pero: ¿Dónde? ¿Sólo con la psicóloga? Y también la parte cultural, integrarlos, porque para ellos también es un trastorno."

La participación comunitaria se contrapone con el sentimiento de fatalidad. Frente a la incertidumbre, la no aceptación pasiva de los acontecimientos, la canalización de fuerzas y esfuerzos que en forma colectiva pueden lograr proyectos transformadores.

El trabajo voluntario en situación de desempleo satisface parcialmente las necesidades. Las mismas personas que integran grupos y que realizan trabajo voluntario pasan por períodos en que se les es más difícil, se desmotivan y se cansan.

Julían:

"Lo difícil de trabajar en un lugar solidariamente, es difícil. Es difícil para vos, porque vos sos una persona, que tenés que tener cosas y tenés que crecer, para tu familia, que te ve estancado ahí. Pero vos, no estás estancado. Yo me siento avanzado de 3 años ahora, si vos me preguntás cuál ha sido tu avance en estos 3 años, enorme, enorme, porque yo estoy muy orgulloso de lo que hago. Está bueno, pero ¿Cuánto ganás? ¿Cuánto ganás?... en tu casa. Muchas veces tenemos problemas con los padres, me echan en cara: vos no trabajás. Yo sí trabajo, yo me levanto de mañana y estoy hasta la 1 de la tarde y de repente a la tarde vuelvo, porque hay algo para hacer ... para mí es un trabajo y yo lo tomo como un trabajo, este trabajo yo lo aprecio de alma, lo quiero de alma, que hago lo que me gusta. Y yo digo no hay plata en el mundo que pueda pagar el bienestar de trabajar en un lugar que te gusta. Espiritualmente, afectivamente. Acá como yo te decía no tengo jefe, pero soy partícipe de las ideas y de lo que vamos a hacer. Eso está bueno, que te tengan en cuenta, vos trabajás en un lado y no te toman en cuenta para nada, acá te toman en cuenta. Sos una persona que podés opinar, podés... es lindo el grupo, eso es lo bueno."

Rosa:

"Al principio me satisfacía mucho psicológicamente ¿no? hacer bien a otro me gustaba, ahora me ha desilusionado un poco".

Los grupos van trabajando a distintos ritmos, con distintos niveles de compromiso. Uno de los aspectos centrales es sostener la continuidad de las acciones que se planean.

En otros entrevistados la participación es identificada como favorecedora del bienestar, otorga valoración y reconocimiento.

Nicolás:

"Yo estuve en Comisiones, del Cerro. ... los de Ipru me ven en cualquier lado y paran el auto o viene caminado: - Eh, pará, pará, vení. Yo acá más o menos, más o menos que estoy trabajando en el barrio luchando por el barrio hace 20 años. Empecé con la Comisión de ... Cerro 13, ya hay gente que no existe ... después se corría a formar nuevas comisiones ahí en Cerro 13, después nos hicimos amigos con X, con el padre de X empezamos a hablar, se formó la Comisión 4 de Marzo, en fin se trabajó con las Federadas, no se si Ud. las conoció, Las Federadas eran 4 barrios: Cerro, Villa Esperanza, Puntas de Sayago y otras comisiones que quedaban por acá. Al juntar todas esas comisiones, algunas comisiones representadas por dos delegados entonces se le llamó Comisiones Federadas. Para trabajar para la luz, para el agua, para las calles, para muchas cosas. Las zanjas para el agua las abrimos nosotros, las cunetas, las abrimos nosotros, los pozos para la luz, los hicimos nosotros. Después de trabajar íbamos para la calle. El pedregullo, lo poníamos nosotros a pala, todo acá fue hecho por los vecinos, las casas las hicimos nosotros, el Estado a nosotros no nos dio nada, nada, no nos dio un bloque. Todo hecho por nosotros, la calle lo primero, después vino la Intendencia acá, empezó a hacer algo, pero falta mucho para hacer, falta mucho. "

"Estar en las comisiones también ayuda la mente. Una persona que sabe poco, que es lenta, escucha a los que están y con el tiempo o al mes o a los dos meses, ya el tipo no es un experto, pero por lo menos sabe lo que se hizo y lo que se está haciendo o lo que se puede hacer. Yo, cuando entre en la Comisión no sabía nada, sin embargo en

dos meses queriendo, ya estaba a la par de todos. Había que estar con 4 ojos mirando, siempre escuchando y mirando, me cuesta leer pero en la medida de lo posible. (A la reunión de agentes comunitarios en Colonia)...fui 4 veces y ahora no voy más porque no me sirve ir, como estoy, no me sirve ir. La última vez que fueron acá a Florida me vinieron a buscar, me llegó una carta.. Y sin embargo es lindo, porque había gente de todos lados, gente de Buenos Aires, gente de Brasil, gente de Artigas, de Salto."

La capacidad protagónica permita cambiar de lugar y habilita nuevas potencialidades.

Carlos:

"Entonces aparecí por la Policlínica, estaba la doctora X, la que dirigía ahí y fue la que me atendió. Llevé los remedios que me daba el Hospital, agarró y a la basura, me cambió todos los remedios y hasta ahora y después empezamos a reunirnos pero más bien los estudiantes con X que nos reunían y hacíamos charlas y en fin una cosa y otra. Cuánto hace como 12 años por lo menos. Y después empezó el grupo, el grupo y quedé yo fundador y doña E. y bueno el grupo tiene actividades de comidas, paseos, caminatas, campo, de yo que sé, manualidades, ahí está, paseos también, hemos recorrido del Río Negro para el sur, casi todos los departamentos, yo creo que estuvimos en todos. Ahí en la Policlínica, es como una segunda casa, yo que sé, porque se distrae, ... participa en una actividad, en fin o incluso los carteles, daba ideas" ...

El derecho a la salud como derecho humano fundamental se defiende ejerciéndolo, una forma de cuidar la salud -propia y colectiva- es la participación protagónica, identificando, analizando y actuando sobre los problemas que se tienen. Se logra el "empoderamiento" de mujeres y hombres que se organizan en grupos, que se auto valoran, que se cuestionan el orden instituido y que buscan salidas compartidas.

Además de la participación en organizaciones vecinales algunas personas se refirieron a su participación política.

Gloria:

"El 1° de mayo no era para comer un asadito, nosotros conmemoramos, no festejamos. Comemos guiso ese día, prácticamente hacíamos una vigilia, no comíamos nada, porque pensamos qué pasó en ese año, cómo nos comportamos como personas, para mí es como hacen los judíos el Día del Perdón o los cristianos el Viernes Santo, yo lo hago el 1° de mayo, Día de los Trabajadores. El 1° de mayo, los alcahuetes, los carneros no van a las marchas, nosotros sí."

Una entrevistada que trabajaba como prostituta durante los años de la dictadura relata:

Anita:

"...Era el primer paro general, yo me tenía que presentar a trabajar y me vine, me tomé la Onda, la famosa Onda, vine al paro, a la concentración del Palacio Legislativo, cuando estaba por caer la dictadura. Me fui caminando, haciendo dedo. O sea, yo no perdía mis principios dentro de... ese es el análisis que yo me hago. Mis compañeras me decían que estaba loca, que cómo me volvía que iba a perder la llave. Viene la democracia y yo me enfrento con ella (la dueña del prostíbulo) yo ya tenía mi dinero, compré esta casa, era mi hora otra vez de salir a la calle, de escuchar, de participar, de integrarme..."

La capacidad de luchar por las ideas, de resistir a la impunidad integra las potencialidades resilientes manteniendo una actitud activa, con criterios propios que se mantienen a pesar del miedo y de los riesgos que ellos impliquen.

El vínculo con los estudiantes y docentes del Programa Apex-Cerro aparece también como un factor de estímulo a la participación.

Lilián:

"Hice trabajos con la Unidad de Metodología del Apex, hubieron cursos y talleres en forma permanente, mucho trabajo de campo que se hicieron en distintos lugares. A veces con gente del Móvil, a veces con becarios del Apex en distintas zonas del Cerro. Trabajamos con enfermedades respiratorias, campañas de vacunación, campañas contra el SIDA, en el Apex. Después me vinculé también con la Industria de la Buena Voluntad que es de la Iglesia Metodista, empecé a trabajar con jóvenes con capacidades diferentes, estuve trabajando también en la Comisión de Salud del Casabó en un Proyecto de la Escuela de Informática y Ciudadanía en un proyecto muy lindo apoyados por el Apex".

Otro entrevistado clasificador de basura menciona:

Andrés:

"... G presentó un proyecto ¿no?...él es estudiante de arquitectura, bachiller....Entonce' presentó el proyecto se lo aceptaron y él tiene que hacer todo un trabajo con los clasificadores...Entonces quería salir un día en el carro para conocer la experiencia de andar en el carro y a su vez visitar determinados clasificadores...¡ y salimo'!

"Porque el estudio de la basura se hizo... los gurises de Arquitectura conmigo porque acá se ...hizo una parte del Encuentro Latinoamericano de Estudiantes de arquitectura....en el Prado... pero siempre con el tema e' la basura..y se me pidió opinión de la cañada de la basura e' la cañada ...entonces G y L me preguntaron ¿por qué? ¡¡¡"Y bueno pero y si soy clasificador que querés que te diga que soy doctor, si no lo soy!!!" (se ríe)... digo ¡¡¡yo no me escondo, soy esto!!!...

¡¡¡ Seguro, que voy a hacer!!!

Entonces sale el estudio en Arquitectura, que estaba lejos Arquitectura... o sea ... la Universidad ...iban a financiar determinados proyectos entonces... G y L presentaron "La Basura"... me vinieron a buscar..pa, pa, pa... sí bueno y hacelo, digo, vos sabes como apresentar... se los presente a los otros compañeros de UCRUS (Unión de Clasificadores de Residuos Urbanos Sólidos) yo les había comentado algo... pero.. Ento nce' se los presente en la puerta del Municipio...teníamos un encuentro- Mirá que de noche a tal hora tenés que estar allá en Arquitectura, vamo' a presentar el proyecto... muy bien... allá voy... salí de acá, me cambié de ropa, comí algo, encerré la yegua... y creo que era hora 21 que teníamos que estar en ¡Facultad de Arquitectura!... se presentaron como 8, 9 proyectos primero.....salimos como a las 11y media las doce...llegué a mi casa como a la una...o sea iba como el clasificador....como representando a los clasificadores..., después sí, cuando se hacían reuniones con el Municipio... porque después cuando lo aprobaron fuimos a Arquitectura otra vez a firmar el proyecto. "

El vínculo con estudiantes y docentes, es valorado por los vecinos.

Andrés:

"Siempre me gustó trabajar con la juventú, la juventú te enriquece...mirá vos aprendés de los muchachos ¿eh? Claro, está muy cambiada, dado de que yo me crié de una forma ¿no? A lo que son los gurises hoy es un abismo, pero mirá que es lindo trabajar con los gurises, no es fácil, pero es lindo".

Anita:

"Se organizó desde la Policlínica, nos llamaron para que hiciéramos un cierre de la Expo-Salud del Casabó..." (El trabajo de confección de estrellas y lunas para la comparsa relizado con estudiantes de Bellas Artes). Eso no se pude hacer, en eso nosotros fallamos, dentro del conocimiento que teníamos, le dimos nuestras cosas a Bellas Artes, las hizo muy bonitas, nos enseñaron cantidad de cosas, pero eso era...casi se mueren, porque el cabezudo y la estrella tiene que ir livianita. Y ahí aprendimos nosotros y aprendieron esos estudiantes...estaba muy lindo pero no era para eso."

Julián:

"Pasó un parlante por el barrio, escuché y dije ay que bueno voy a anotarme...Y vine acá a una reunión con gente, estudiantes que venían del Apex . Yo se computación... ¿vos sabés?. ¿Te animás a mostrarnos qué sabés hacer?. Me senté en una maquina y digo, esto, esto, esto. Esto sé hacer, esto se hacer. ¿Y cómo se hace?. Le explique un poquito. ¿Vos no te animarías a dar clases?. No, estás loco y bueno empezó así. La primera época fue difícil porque fue la de más o menos agarrarle la mano."

El vínculo con los estudiantes es valorado como una fortaleza para el desarrollo de actividades participativas comunitarias.

Nicolás:

"Hubo muchos buenos grupos de estudiantes que han pasado por acá. Deberían haber más que ahora no hay, porque no pasaría lo que están hablando ahora, la deshumanización de los médicos que existe, hay muchos médicos que son deshumanos, que te atienden así del escritorio para allá"

Una entrevistada plantea aspectos críticos de la relación médico- paciente y considera que esta sería diferente si todos los estudiantes tuvieran la oportunidad de trabajar con los vecinos y conocerse más, experiencias como las que se hacen en el marco del Apex.

Rosa:

"Un grupo de estudiantes hizo un trabajo muy bueno que es el que yo estoy utilizando con la gente de allá abajo, habría que actualizarlo. En el 2001, y ese mapa es el que yo uso, vienen los vecinos porque se creen que eso es un censo y que con eso les hacen un certificado de residencia y con eso se quedan tranquilos, entonces cada vez que cambian o venden, vienen a que les cambie el nombre en el mapa."

Los vecinos se apropian del censo realizado por los estudiantes que les permite tener un mayor conocimiento de la zona. También va conformando las nociones de identidad y pertenencia en la constitución de un nuevo barrio. Estar anotado en el censo consolida el afincamiento en la zona.

Capítulo 7

Conclusiones

Los resultados de esta investigación nos permiten arribar a determinadas conclusiones y también nos abren puertas para formular nuevas hipótesis a ser investigadas.

Arribamos al estudio de la resiliencia en un intento de conocer las potencias y las capacidades del ser humano. Llegamos a él desde nuestra propia subjetividad y experiencia de intentar superar las adversidades inevitables que encontramos a nuestro paso.

Desde nuestro trabajo profesional en los equipos de salud, una como enfermera y otra como psicóloga, ambas en la docencia universitaria, brindando atención y promoción en las comunidades donde estamos insertas, tuvimos interés por conocer y profundizar aspectos que nos generaban asombro y estimulaban nuestro quehacer cotidiano: el desarrollo de la creatividad, de nuevas capacidades, y de un renovado espíritu de lucha frente a los avatares de la adversidad.

Iniciamos esta investigación en la búsqueda de un conocimiento muchas veces contra hegemónico, que va en un sentido opuesto al determinismo causal, a los pronósticos con los que se estigmatiza y marca a quienes padecen o han padecido situaciones de sufrimiento. Mantuvimos una actitud de escucha respetuosa y abierta, donde intentamos integrar los distintos conceptos teóricos a las manifestaciones dinámicas y multifacéticas de la vida de las personas, familias y comunidades. Esto significó para nosotras una experiencia de real aprendizaje.

Es de destacar que esta investigación se desarrolló en un contexto de relación previa, y mutuo conocimiento entre los vecinos y técnicos, a partir de un trabajo compartido de muchos años, donde se valora el saber de los vecinos construyendo en forma conjunta las actividades a realizar con los estudiantes y con la comunidad. Solamente a partir de ese conocimiento y confianza previa se puede entender el nivel de apertura que tuvieron nuestros entrevistados.

Los resultados de las entrevistas se detienen en dos aspectos primordiales: cómo se identifica la adversidad y cuáles son los factores que intervienen en el desarrollo de la resiliencia.

Nuestros entrevistados mencionaron una variedad de situaciones y acontecimientos vividos que fueron y son adversos, muy difíciles. En particular la pobreza, la falta y/o pérdida del trabajo, la dictadura militar, el fallecimiento de familiares, los accidentes que afectan la salud, las depresiones, la discriminación racial, de género y por discapacidad, la separación de la pareja, la violencia familiar y el abandono parental.

El impacto que genera en la población la situación de pobreza socioeconómica, y que atraviesa a un sector importante de la población de nuestro país es conocido, y ha sido estudiado previamente por investigadores en nuestro medio.

Un aspecto relevante de las situaciones adversas que describen nuestros entrevistados es el generado por la dictadura militar como situación que permanece en su memoria, ha golpeado duramente y es recordada aún hoy como adversidad significativa. El período de la dictadura militar aparece como un tiempo que incidió negativamente sobre sus vidas. Se sintieron atemorizados, amenazados y perseguidos. Aún en esta población sometida a la carencia de satisfactores básicos, la pérdida de la libertad y la ciudadanía constituyó una adversidad primordial. En cambio, el

enfrentamiento y la lucha por la democracia posibilitaron el desarrollo de redes de solidaridad, gestos cotidianos de resistencia y participación colectiva.

Las situaciones complejas que dificultan el desarrollo de los vínculos familiares son mencionadas como adversidades por nuestros entrevistados: el fallecimiento de familiares, las situaciones de violencia, el abandono parental, la separación de la pareja, así como los accidentes y las enfermedades. En esta población afectada por múltiples duelos, las pérdidas colocan a las personas en situación de mayor vulnerabilidad y desprotección.

La discriminación como parte de una lógica de falta o pérdida de poder, de subordinación y subestimación de las capacidades personales y colectivas surge también en las entrevistas como un elemento que vulnera y corroe la condición humana.

Varios de los entrevistados sufrieron depresiones e incluso realizaron intentos de suicidio pudiendo luego sobreponerse, estando en este momento en una situación activa constructiva integrando diversos grupos de colectivos.

Nos preguntamos, al inicio de esta investigación, cómo se expresa la resiliencia, con qué aspectos de las trayectorias de la vida de las personas está relacionada y qué elementos de la vida comunitaria propician su desarrollo.

A partir de las entrevistas realizadas y los resultados obtenidos, nuestra conclusión hoy es que la resiliencia se expresa en: el reconocimiento de la capacidad de afrontar la adversidad, la lectura y el estudio, el humor, los vínculos familiares, las expresiones culturales y religiosas, el trabajo, el sentido de pertenencia y la participación comunitaria.

Nuestros entrevistados manifestaron el reconocimiento de la capacidad de afrontar la adversidad. Nos referimos a expresiones subjetivas, de autoestima, la íntima convicción de tener la posibilidad de sobrellevar duras circunstancias vitales.

Otro elemento favorecedor del proceso resiliente, es el acceso a la lectura, la literatura y la educación que aparece muy valorado por los mismos, pese a los pocos años formalmente cursados por muchos de ellos. Las expresiones simbólicas que permiten el desarrollo del espíritu, dan significado, expresión, contenido y despliegan las potencialidades creadoras del sujeto activo. Es en esta área donde tiene especial importancia el desarrollo de la educación, ocupando un lugar de privilegio en las expresiones de nuestros entrevistados. El haber pasado por la escuela primaria opera como matriz fundamental para su desarrollo. Algunos relatan haber realizado cursos técnicos, computación u oficios. Una entrevistada que es profesional universitaria, destacó el valor de la educación pública y la importancia que para ella tuvo acceder a la beca de Bienestar Estudiantil y el Comedor Universitario para poder cursar su carrera. El interés y el placer por el conocimiento y la búsqueda por acceder a diferentes actividades educativas es un elemento común en todas las entrevistas realizadas. Los cursos para "agentes comunitarios", talleres con estudiantes universitarios, lecturas de libros de narrativa y poesía, ya como adultos, aparecen destacados en los testimonios brindados. Este acceso a la educación es valorado no sólo como herramienta de superación personal sino también para comprender mejor la realidad y así poder transformarla.

También el humor y la capacidad de reírse de uno mismo permite otra perspectiva para encontrar alivio en circunstancias opresivas. Mantener una capacidad lúdica y creativa.

Frente a las situaciones adversas, es fundamental para el desarrollo de la resiliencia, la posibilidad de mantener relaciones afectivas significativas con algún miembro de la familia o del entorno, que brinde apoyo, amparo y sostén. La importancia de mantener relaciones armónicas con amigos, vecinos, compañeros de

trabajo así como también con los servicios de salud y educación del barrio, donde el Programa Apex ocupa un lugar destacado en el estímulo que significa para los vecinos el trabajo con los estudiantes universitarios. La comunicación, el diálogo y el encuentro con los otros es un aspecto favorecedor de la capacidad de hacer frente a la adversidad.

La capacidad de disfrutar la vida también se expresa a partir de la música y la danza que muchas veces permite integrar elementos provenientes de la historia de los individuos que favorece la construcción de la identidad individual y comunitaria.

El acceso al trabajo, aparece también con un valor simbólico muy alto en quienes han tenido por lo general muchas dificultades para conseguirlo o mantenerlo. El valor del mismo se observa en dos vertientes: tanto para proveer el sustento necesario como para realizar una actividad de valor comunitaria. El trabajo voluntario sin remuneración, con la finalidad de realizar un aporte a la comunidad y a otros grupos de la misma, permite sentirse útil y valorado personalmente. Es una gratificación que promueve la autoestima.

Encontramos elementos de la vida comunitaria que coadyuvan en el desarrollo de la resiliencia. La historia del Cerro está caracterizada desde sus orígenes por la inmigración y la industria. Los inmigrantes son evocados por su laboriosidad, barrio de inmigrantes significa entonces barrio de gente de trabajo y de integración de culturas heterogéneas. A esto se suma la impronta dada por la organización sindical, trabajo y solidaridad favorecen la autoestima colectiva, el orgullo de pertenencia. En el barrio se encuentran servicios de salud y de educación y diferentes grupos organizados. Estos espacios de participación concreta, estas propuestas de hacer y hacer con otros, estimulan la creatividad, el protagonismo y la posibilidad de realizar proyectos comunes en la búsqueda activa de respuestas a las necesidades del barrio.

Estas características habilitan las vivencias de arraigo, pertenencia e inclusión en una comunidad así como la participación en diversas organizaciones como elemento común en nuestros entrevistados.

Finalmente, el participar en espacios sociales comunes con sus pares y con técnicos de distintos servicios, compartir saberes, ser parte de la deliberación y de la toma de decisiones para resolver situaciones que les afectan, favorece el sentido de pertenencia, estimula el análisis crítico, constituye un fuerte pilar de la resiliencia.

La participación aparece por un lado como un elemento que aporta contenido y validación a la estrategia de APS, contribuye al desarrollo de la ciudadanía y la democracia aumentando el "empowerment", reconquistando su capacidad de poder ser y hacer. Por otro lado constituye, para muchas personas, una forma de expresar salud. Participar con otros, ser protagonistas eleva la autoestima, se pasa de ser "objetos" a ser "sujetos" de los procesos que inciden sobre las propias condiciones de vida, promueve el sentimiento de desarrollo personal.

Encontramos, en las trayectorias de vida de las personas características comunes que están asociadas con el desarrollo de la resiliencia. Los entrevistados tienen una actitud activa de establecer, mantener y cuidar las relaciones afectivas armónicas con sus seres queridos. Valoran bienes simbólicos, como la educación y la cultura en sus múltiples manifestaciones. Demuestran preocupación e interés por participar e integrar distintos grupos sociales.

Algunos aprendizajes que se desprenden de esta investigación:

- La resiliencia lejos de ser un atributo personal es un proceso que se construye, que se puede por momentos perder y luego recuperar. Aún aquellas personas que en determinados momentos de su vida atraviesan situaciones de exclusión social, económica o política, que realizan actividades que pueden llegar a degradar seriamente

su autoestima, que padecen depresiones graves e incluso llegan a cometer intentos de suicidio, pueden luego fortalecer sus características resilientes.

- La resiliencia es un proceso que se construye con otros y permite la creación de una nueva realidad frente al dolor. Es en el encuentro, en las relaciones afectivas significativas que se tejen las posibilidades del desarrollo de las potencialidades resilientes. Es también en el seno de la vida comunitaria, en la participación activa, así como en el disfrute de las expresiones culturales propias de la comunidad en donde se habita.

A partir de los resultados alcanzados consideramos que desde el Estado se pueden y deberían implementar políticas sociales que contribuyan a desarrollar en las personas posibilidades de enfrentar en mejores condiciones la adversidad. Estas serían políticas de contención, educativas y de estímulo a la participación.

En primer lugar es posible a través de apoyos específicos, propiciar los vínculos familiares, contemplando las diversas constituciones, entendiendo la importancia que los mismos tienen como sostén y continencia.

En segundo lugar es evidente que la educación pública proporciona las herramientas indispensables, base de toda inclusión social, a partir de la cual luego pueden desarrollarse otras posibilidades en la educación tanto formal como informal, por lo cual fortalecerla se hace indispensable sobre todo en estos sectores.

Asimismo los espacios formativos para adultos, de todos los niveles socioculturales permiten el desarrollo de la comunicación, el acceso a la literatura, la música, la danza.

Finalmente surge con mucha fuerza la importancia de favorecer mecanismos de encuentro e identidad barrial, implementar espacios de participación que promuevan la conformación de sujetos activos, que permitan el desarrollo de los vínculos, que fortifiquen el sentido de pertenencia como un aspecto central de la estrategia de APS.

Esperamos que este trabajo sea un aporte a la construcción de alternativas para el fortalecimiento de sujetos activos transformadores y creadores, integrantes de una sociedad más justa y libre.

14. Borzini, M. El poder de los sueños, la fuerza del proyecto. Montevideo: Ed. Doble Clic; 1997.
15. Borzini, M y Goriarena, E. Programa barrial infantil. Montevideo: IIM; 2005.
16. Bucheli, M; Cabella, W; Peri, A; Piani, G y Vigorelli, A. Encuesta sobre situaciones familiares y desempeños sociales de las mujeres en Montevideo y Área Metropolitana. Montevideo: UNICEF-ODELAR; 2001.
17. Carlevaro, Pablo. Algunas reflexiones sobre el Programa APEX. Montevideo. Revista Educación y derechos humanos, N°17: 35-38, 1992.
18. Carlevaro, Pablo. El protocolo de investigación. Revista Médica del Uruguay. Vol 1, N°1: 26-33, Montevideo, 1985.
19. Carlevaro, Pablo. Progresos y limitaciones del Programa APEX. Revista Educación y derechos humanos. Montevideo, 1994.
20. Cea D'Ancona, M. Metodología cualitativa: estrategias y técnicas de investigación social. Madrid: Síntesis; 1996.
21. Cyrulnik, B. La Maravilla del dolor. El sentido de la resiliencia. Madrid: Ed. Granica; 1999.
22. Cyrulnik, B. Los partos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Gedisa; 2001.
23. Cyrulnik, B. El murmullo de los fantasmas. Volver a la vida después de un trauma. Barcelona: Gedisa; 2003.

Bibliografía

1. Aguirre, R. Sociología y género. Montevideo: Doble Clic; 1998.
2. Alfonso Roca, M y Alvarez-Dardet Díaz, C. Enfermería comunitaria I. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 1992.
3. Arriagada, I. Dimensiones de la pobreza y políticas desde una perspectiva de género. Montevideo: Revista de Cepal N° 85; 2005.
4. Barrenechea, C y Echenique, E. Capítulo 3: Una experiencia de participación en salud. Centro de Atención Primaria de Salud de las Villas, Las Piedras. En: Participación Social en salud. Montevideo: Arca -Claeh; 1993
5. Caja López, C y López Pisa, R. Enfermería comunitaria III. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 1993.
6. Bardin, L. Análisis de contenido. Madrid: Akal; 1988.
7. Barrán, JP. Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos. Montevideo: Banda Oriental; 1995. 3 v.
8. Barrios Pintos, A y Reyes Abadie, W. Los Barrios de Montevideo. VI El Cerro, Pueblo Victoria (La Teja) y barrios aledaños. Intendencia Municipal de Montevideo. 1994. Montevideo
9. Bettelheim, B. El corazón bien informado. La autonomía en la sociedad de masas. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 1990.
10. Bettelheim, B. Psicoanálisis de los cuentos de hadas. Buenos Aires: Grijalbo; 1983.
11. BICE. La infancia en el mundo. Familia y resiliencia del niño. Montevideo: BICE; 1994.
12. Bonino, M. Barreras psicosociales al uso de servicios de salud materno infantiles en zonas de pobreza. Revista Médica del Uruguay 1994; (2) 91-98
13. Bonino, M. Comp. Acción y participación comunitaria en salud. Montevideo: Nordan; 1993.
14. Bonino, M. El poder de los sueños, la fuerza del proyecto. Montevideo: Ed. Doble Clic; 1997.
15. Bonino, M y Goiriena, E. Programa barrido otoñal. Montevideo: IMM; 2005.
16. Bucheli, M; Cabella, W; Peri, A; Piani, G y Vigorito, A. Encuesta sobre situaciones familiares y desempeños sociales de las mujeres en Montevideo y Área Metropolitana. Montevideo: UNICEF-UDELAR; 2001.
17. Carlevaro, Pablo. Algunas reflexiones sobre el Programa APEX. Montevideo. Revista Educación y derechos humanos. N°17: 35-38, 1992
18. Carlevaro, Pablo. El protocolo de investigación. Revista Médica del Uruguay. Vol I, N°1: 26-33, Montevideo, 1985
19. Carlevaro, Pablo. Progresos y limitaciones del Programa APEX. Revista Educación y derechos humanos. Montevideo. 1994
20. Cea D'Ancona, M. Metodología cualitativa: estrategias y técnicas de investigación social. Madrid: Síntesis; 1996.
21. Cyrulnik, B. La Maravilla del dolor. El sentido de la resiliencia. Madrid: Ed. Granica; 1999.
22. Cyrulnik, B. Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Gedisa; 2001.
23. Cyrulnik, B. El murmullo de los fantasmas. Volver a la vida después de un trauma. Barcelona: Gedisa; 2003.

24. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Cambios en el perfil de las familias. La experiencia regional. Cap. IV ¿Por qué los hombres son tan irresponsables? Santiago de Chile: CEPAL; 1993. 111-121
25. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Sobre revoluciones ocultas: La familia en el Uruguay. Montevideo: CEPAL; 1996.
26. Dabas, E. Redes. El lenguaje de los vínculos. Buenos Aires: Paidós; 1993.
27. De Almeida, F. Epidemiología sin números. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud; 28. Washington: OPS; 1996.
28. De Souza Minayo, M. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. San Pablo-Río Janeiro. :Ed. Hucitec-Abrasco; 1992
29. Duschatzky, S y Corea, C. Chicos en Banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones. Bs. As: Ed. Paidós; 2004.
30. Eco, H. Cómo se hace una tesis. Barcelona: Círculo de lectores; 1977.
31. Engels, F. El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Madrid: La España Moderna; 1952.
32. Etchebarne, L et al. Medicina Preventiva y Social. Montevideo: Editorial oficina del libro FEFMUR; 2001.
33. Evans, R et al ¿Por qué alguna gente se enferma y otra no? Madrid: Díaz de Santos; 1996.
34. Fassler, C et al. Género, familia y políticas sociales. Montevideo: Trilce; 1997.
35. Ferrara, F. Medicina de la comunidad. Buenos Aires: Interamericana; 1983.
36. Freire, Paulo. Pedagogía del Oprimido. Buenos Aires: Ed. Siglo XXI; 2005
37. Freud, S. Psicología de las masas y análisis del Yo. En: Obras completas, Tomo III. Barcelona: Biblioteca Nueva; 1973.
38. Freud, S. Tótem y tabú. En: Obras Completas, Tomo II. Barcelona: Biblioteca Nueva; 1973.
39. Freud, S. El Yo y el Ello. Obras Completas, Tomo III. Barcelona: Biblioteca Nueva; 1973.
40. Friedman, J. Empowerment. The Politics of Alternative Development. Massachusetts: Blackwll Ed; 1992.
41. Galende, E. De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual. Buenos Aires: Paidós; 1997.
42. Galende, E. Cap.1: Subjetividad y resiliencia: del azar y la complejidad. En: Melillo, A; Suárez Ojeda E y Rodríguez, D. Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida. Bs. As: Ed. Paidós; 2004. 23-61
43. Gil, D. El terror y la tortura. Montevideo: EPPAL; 1990.
44. Goffman, E. Estigma. La identidad deteriorada. Bs. As: Amorrortu Editores; 1993.
45. Gravano, A. Antropología de lo barrial Bs. As: Editorial Espacio; 2003
46. Grotberg, E. Introducción Nuevas tendencias en resiliencia, en: Melillo, A y Suárez Ojeda, E. Resiliencia. descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Ed. Paidós; 2001. 19-30.
47. Grotberg, E. The International Resilience Proyect: Promoting Resilience in Children, Civitan International Reserch Center, University of Alabama at Birmingham, Washington D.C: ERIC Reports; 1995
48. Grotberg, E. "Promoting Resiliency in Children: A New Aproach". University of Alabama at Birmingham. Civitan International Research Center. Alabama; 1993.
49. Grupo interdisciplinario de estudios psicosociales. Cuidando el potencial del futuro. Montevideo: CSIC-CLAP; 1996.

50. Haggerty M, et al. Stress, Risk and Resilience. Boston: Harvard University Press; 1999.
51. Henderson, N. Milstein, M. Resiliencia en la escuela. Bs. As: Ed. Paidós; 2003.
52. Hernández, Miguel. Antología. Bs.As: Ed. Losada; 1960.
53. Hernández Sampieri, R; Fernández Collado, C y Baptista Lucio, P. Metodología de la Investigación. México: Ed. Mc Graw Hill; 1998.
54. Infante, F. Acciones específicas que los jóvenes y los agentes de salud toman para promover la resiliencia en los primeros. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales; 1997.
55. Infante, F. Cap I. La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. En: Melillo, A y Suárez Ojeda, E. "Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas". Buenos Aires: Ed. Paidós; 2001. 31-53
56. Instituto Nacional de Estadísticas. Unidad Archivística del Programa Apex-Cerro. Informe Censal sobre Casabó Montevideo; 1998
57. Instituto Nacional de Estadísticas. VII Censo General de Población, Hogares y Viviendas. Montevideo; 1996
58. Katzman, R y Filgueira, F. Panorama de la Infancia y la Familia en Uruguay. Programa de investigación sobre Integración, Pobreza y Exclusión Social (IPES). Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales y Comunicación. Universidad Católica del Uruguay; 2001.
59. Katzman, R. Activos y estructuras de oportunidades. Estudios sobre las raíces de la vulnerabilidad social en Uruguay. PNUD. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. CEPAL. Montevideo: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 1999.
60. Katzman, R. Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos. Montevideo: Revista CEPAL N° 75; 2001.
61. Kotliarenco, A; Mardones, F; Melillo, A y Suárez Ojeda, N. Actualizaciones en Resiliencia. Universidad Nacional de Lanús. Bs. As: Ed. CIER-UNLA; 2001.
62. Kotliarenco, A et al. Estado de arte en Resiliencia. Washington: OPS-OM; 1998.
63. Kroegel, A y Luna, R. Atención primaria de salud. México: OPS; 1992. Serie Paltex; 10.
64. Laplanche, J y Pontalis, J.B. Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Ed. Labor; 1983.
65. Lasida, J y Podestá, M. Políticas de niñez y adolescencia. Universidad Católica. Montevideo: INAME; 2002.
66. Levav, I. Temas de salud mental en la comunidad. Washington, D.C: Ed. OPS-OMS; 1992.
67. Lewkowicz, I. La subjetividad en la crisis. Montevideo: Casa de Andalucía; 2002.
68. Max Neef, M. Desarrollo a escala humana. Montevideo: Editorial Nordan; 1992
69. Max Neef, M. La economía descalza. Montevideo: Editorial Nordan; 1990.
70. Melillo, A y Suárez Ojeda, E. Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Ed. Paidós; 2001.
71. Melillo, A; Suárez Ojeda E. y Rodríguez, D. Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida. Bs. As: Ed. Paidós; 2004.
72. Melillo, A. Cap. 2: Realidad social, psicoanálisis y resiliencia. En: Melillo, A. Suárez Ojeda; E y Rodríguez, D. Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida. Ed. Paidós. 2004. Bs.As. 63-76

73. Melillo, A. Cap. 3: Sobre la necesidad de especificar un nuevo pilar de la resiliencia. En: Melillo, A; Suárez Ojeda, E y Rodríguez, D. Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida. Ed. Paidós.2004. Bs.As.77-90
74. Morin, E. Introducción al Pensamiento Complejo. Barcelona: Ed. Gedisa; 1993.
75. Munist, M. et. al. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y jóvenes Washington: OPS. OMS; 1998.
76. Najmanovich, D. El lenguaje de los vínculos: de la independencia absoluta a la autonomía relativa. En Redes El lenguaje de los vínculos. Bs. As: Dabas, E. &; 1995. 33-76
77. Nussbaum, M y Amartya Sen. La calidad de vida. México: Fondo de Cultura Económica; 1993.
78. Observatorio Montevideo de la Inclusión Social. Mapa de exclusión en inclusión social en Montevideo, una mirada a veinte años de democracia en la ciudad (1985-2003). Montevideo: Semanario Brecha; 15 de octubre de 2004.
79. OMS Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional de Alma-Ata. Ginebra; 1978.
80. OMS Los 38 objetivos Regionales. Copenhague; 1986.
81. OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa; 1986.
82. OMS. 4ta Conferencia Internacional sobre promoción de salud proyectada hacia el siglo XXI. Yakarta; 1997.
83. Organización Panamericana de la Salud. Fundación Kellog. Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI) Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Washington; 1997
84. Osborn, A. Resiliencia y estrategias de intervención. Ginebra: BICE; 1994.
85. Piédrola Gil, G. Medicina preventiva y salud pública. Barcelona: Editorial Masson-Salvat; 1991.
86. Pineda, E. et al. Metodología de la Investigación. Washington D. C: OPS; 1994.
87. Programa APEX-Cerro. Equipo Barrial Operativo del barrio Casabó. Detrás del Cerro. Una aproximación a la realidad del Barrio Casabó. Montevideo; 1998.
88. Programa APEX- Cerro. Revista Entre todos Números 1-2-3-4-5. Montevideo; 1993- 1994- 1995.
89. Programa APEX-Cerro. 1er Censo de Salud de Casabó-Cerro Oeste. Equipo de investigación zonas en situación crítica sanitaria. Datos preliminares. Montevideo; 2004.
90. Ravazzola, M. Cap V. Resiliencias familiares. En: Melillo, A . Suárez Ojeda, Resiliencia descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Ed. Paidós; 2001. 103-122
91. Renaud, M. El futuro: ¿Hygeia versus Panakeia? En: Evans, R et al ¿Por qué alguna gente se enferma y otra no? Madrid: Díaz de Santos; 1996. 347-366
92. Rodríguez, D. Cap. 9 El humor como indicador de resiliencia. En: Melillo, A y Suárez Ojeda Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Bs. As: Ed. Paidós; 2002
93. Rodríguez, D. Cap. 5: Resiliencia, subjetividad e identidad. Los aportes del humor y la narrativa. En: Melillo, A; Suárez Ojeda E. y Rodríguez, D. Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida. Bs. As: Ed. Paidós; 2004.
94. Rojas Soriano, R. Guía para desarrollar investigaciones sociales. México: Editorial de la Universidad autónoma de México; 1977.
95. Romero, S. Una cartografía de la diferenciación cultural en la ciudad: El caso de la identidad "cerrense". En: Gravano, A .Miradas urbanas Visiones barriales.

- Diez estudios de antropología urbana sobre cuestiones barriales en regiones metropolitanas y ciudades intermedias. Ed. Nordan. 1995. Montevideo. 89 -121
96. Rovere M. Planificación estratégica de los recursos humanos en salud. Washington: OPS; 1996. Serie Desarrollo de los Recursos Humanos; 96.
 97. Ruiz Olabuénaga JI. et al. La decodificación de la vida cotidiana. Bilbao: Universidad de Deusto; 1989.
 98. Rutter M. Resilience: Some conceptual considerations. Washington: Initiatives Conference on Fostering Resilience; 1991.
 99. Salleras, L. Educación sanitaria, principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Editorial Díaz De Santos S.A.; 1985.
 100. San Martín, H. Salud Comunitaria. Madrid: Edit Karpos; 1985.
 101. San Martín, H Manual de Salud Pública. Madrid: Edit. Masson; 1986.
 102. Samaja, J. Epistemología y Metodología. Bs. As: EUDEBA; 1993.
 103. Santos, H. Cap.14: La educación de adultos como factor de resiliencia. En: Melillo, A; Suárez Ojeda, E y Rodríguez, D. Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida. Bs. As: Ed. Paidós; 2004. 257-272
 104. Seminario Internacional sobre Aplicación del Concepto de Resiliencia en Proyectos Sociales. Buenos Aires: Fundación Bernard Van Leer. Universidad Nacional de Lanús; 1999.
 105. Semprun, J. Adieu, vive clarté. Paris: Gallimard; 1998.
 106. Silva, G. Resiliencia y violencia política en niños. Bs. As: Universidad Nacional de Lanús; 1999.
 107. Terra, J. Creciendo en condiciones de riesgo. Niños pobres en el Uruguay. Montevideo: CLAEH-UNICEF; 1989.
 108. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria. Seminario Internacional sobre aplicación del Concepto de Resiliencia en Proyectos Sociales. Fundación Van Leer. Lanús; 1997.
 109. UNICEF-UDELAR. Nuevas formas de familia. Perspectivas nacionales e internacionales. Montevideo; 2003.
 110. Vanistendael, S. La felicidad es posible Barcelona: Ed. Gedisa; 2003.
 111. Vanistendael, S. La resiliencia: Un concepto largo tiempo ignorado. Ginebra: BICE; 1994.
 112. Vanistendael, S. Como crecer superando los percances. Ginebra: Cuaderno BICE; 1995.
 113. Vuori, H. Atención primaria de salud en Europa: problemas y soluciones. Revista Española de Atención Primaria 1987; 4Enero -febrero Vol IV N° 1 1-9
 114. Weinstein, L. Salud y autogestión. Montevideo: Editorial Nordan; 1989.
 115. Werner, E. E. y Smith, R. S. Overcoming the Odds: High-Risk children from Birth to Adulthood, Nueva York: Cornell University Press; 1992.
 116. Winnicott, D. Realidad y Juego. Barcelona: Ed. Gedisa; 1999.
 117. Wolin, S.J. y Wolin, S. The Resilient Self: How Survivors of Troubled Families Rise above Adversity Nueva York; 1993.
 118. Zaffaroni, C y Alonso, D Políticas sociales y familias pobres en el Uruguay. Montevideo: Univ. Católica y CLAEH; 1998.
 119. Zukerfeld, R. Revista de Psicoanálisis. N° 14. Procesos terciarios: creación, resiliencia y prácticas sociales transformadoras. Bs. As; 2003.