

Universidad de
Belgrano Facultad de
Humanidades
Licenciatura en
Psicología



“Estrategias de abordaje utilizadas por psicólogos/as de los Centros de Atención Primaria (CeSAC) de la zona Sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en su trabajo con población infantojuvenil en situación de vulnerabilidad psicosocial”

Trabajo Final de Carrera

Alumna: Yamila Gemmasse

ID: 182958

Carrera: Licenciatura en Psicología

Tutor: Adán Joskowicz

Agradecimientos

Este trabajo representa el cierre de una etapa muy importante de mi vida, un camino de aprendizaje, desafíos y crecimiento que no habría sido posible sin el acompañamiento de muchas personas.

En primer lugar, agradezco a mi familia por estar presentes en cada etapa de este camino, por acompañarme y por celebrar conmigo cada logro.

A mi tutor, Adán Joskowicz, por su tiempo, predisposición, vocación y paciencia durante todo el proceso de esta investigación. Sin su acompañamiento no habría sido posible llevarla a cabo.

Agradezco a la Universidad de Belgrano por brindarme la formación académica y humana que hizo posible este recorrido.

A los profesionales que participaron de esta investigación, por compartir generosamente sus experiencias y conocimientos. Sin su colaboración y compromiso, este trabajo no habría sido posible.

Finalmente, gracias a todas aquellas personas que, de una u otra manera, formaron parte de este recorrido y dejaron aprendizajes en mi formación, tanto profesional como personal.

ÍNDICE

Resumen	5
Introducción	5
Presentación del tema	5
Problema y pregunta de investigación.....	6
Relevancia de la temática	7
Objetivos de estudio.....	8
Objetivo general	8
Objetivos específicos.....	8
Estado del Arte	9
Marco teórico	12
Atención Primaria de Salud	12
Promoción de la Salud.....	13
Zona Sur, Comunas correspondientes y sus respectivos CeSac.....	14
Vulnerabilidad psicosocial como fenómeno multidimensional.	16
Conceptualización de infancia y adolescencia.....	18
Psicología social comunitaria	19
Sentidos subjetivos	20
Conceptualización de estrategias	22
Desarrollo metodológico.....	23
Hipótesis y Supuestos	23
Tipo de investigación.....	23
Muestra.....	24
Instrumentos y procedimientos.....	24
Aspectos éticos.....	25
Conclusiones y síntesis de hallazgos	25
Estrategias de aproximación, seguimiento e intervención	25
Relación entre el territorio y la construcción de estrategias	27
Trabajo interdisciplinario e intersectorial	28
Dificultades en la articulación intersectorial y limitaciones del sistema de salud.....	28
Impacto del contexto territorial en la salud mental de niños, niñas y adolescentes.	30
Configuración de la demanda y expresiones de la vulnerabilidad psicosocial.	31
Importancia de la promoción de la salud	32
Efectos y evaluación de las estrategias de intervención	33
Sentimientos y percepciones sobre la práctica en un Centro de Atención Primaria.....	34

Impacto subjetivo del trabajo en contextos de vulnerabilidad psicosocial	35
Aprendizajes y reflexiones a partir de la labor con niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad psicosocial.....	35
Reflexiones finales.....	36
Referencias.....	38
Anexos	42
Entrevista #1.....	42
Entrevista #2.....	48
Entrevista #3.....	54
Entrevista #4.....	60
Entrevista #5.....	67

Resumen

El presente trabajo de final de carrera tiene como objetivo conocer las estrategias de abordaje utilizadas por psicólogos/as de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) de la zona Sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en su trabajo con población infantojuvenil en situación de vulnerabilidad psicosocial. La investigación será llevada a cabo en el primer nivel de atención de salud, explorando cómo la trayectoria profesional, las condiciones laborales, el contexto institucional y el territorio influyen en las prácticas cotidianas.

A través de un abordaje cualitativo centrado en entrevistas semiestructuradas se explorarán las estrategias de aproximación a esta población, indagando acerca del trabajo interdisciplinario que se realiza junto a otros profesionales del centro y otras instituciones, tales como escuelas y servicios de protección. Asimismo, el trabajo se propone conocer las dificultades, limitaciones y desafíos que impone el sistema de salud.

Finalmente, el trabajo tendrá como objetivo explorar los sentidos subjetivos de los profesionales a partir de los sentimientos, percepciones y reflexiones que genera la práctica en contextos de vulnerabilidad psicosocial, buscando comprender el impacto subjetivo y los aprendizajes que los psicólogos/as construyen a partir de su implicación en estas problemáticas complejas.

Introducción

Presentación del tema

Puede señalarse que la aprobación del Plan Nacional de Salud Mental en octubre de 2013 representó un avance significativo en la visibilización de las dificultades vinculadas a la salud mental de niños, niñas y adolescentes en el ámbito de las políticas públicas. Sin embargo, en el inicio se reconocía que la red de servicios no lograba atender la especificidad de la problemática en niñas, niños y adolescentes, planteando objetivos urgentes de accesibilidad y detección temprana. Para finales de 2014, el Órgano de Revisión detectó graves vulneraciones de derechos, evidenciadas en una tendencia a la internación y medicalización en población infanto juvenil. A partir de este escenario quedó en evidencia que transformar el sistema para garantizar la protección en Salud Mental en la niñez es una necesidad inminente y que, para ello, las acciones institucionales deben redireccionarse hacia un profundo proceso de cambio y reacomodación (Barcala y Luciani Conde, 2015, pp. 36-37).

La Atención Primaria de la Salud (APS) no sólo significa un nivel asistencial, sino que

refiere a una modelo de trabajo integral que busca abordar el proceso de salud-enfermedad considerando los factores sociales, psicológicos y biológicos de manera conjunta. En este sentido, la APS trasciende la clínica tradicional para posicionarse en un modelo cuya red de cuidados se organiza en torno a la accesibilidad y el fortalecimiento de los vínculos comunitarios constituyendo estos el eje central de dicha práctica.

El escenario territorial de esta investigación es esencial, ya que la zona Sur de CABA presenta una marcada desigualdad respecto al resto del territorio de la ciudad, con una dependencia exclusiva del subsector público de salud que cuadruplica a otros sectores la misma (Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2020). En este contexto, la vulnerabilidad no se define únicamente por la carencia de recursos materiales, sino como un fenómeno multidimensional que abarca la fragilidad de los lazos sociales y la exposición a riesgos que comprometen el desarrollo integral de las infancias.

Desde una perspectiva social comunitaria, se interpreta que las acciones de los profesionales no son simples procedimientos, sino estrategias pensadas y planificadas en el caso por caso. Estas prácticas están estrechamente ligadas a los sentidos subjetivos de los psicólogos/as; es decir, a los aprendizajes y experiencias que surgen de su implicación diaria en contextos de estas características.

Problema y pregunta de investigación

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), los niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad psicosocial enfrentan diferentes dificultades que impactan sobre su desarrollo integral, emocional, cognitivo y social. Determinantes sociales como la pobreza, la precariedad habitacional, la violencia y la falta de redes de apoyo o la desprotección familiar crean condiciones de riesgo que requieren intervenciones especializadas por parte de profesionales, entre ellos, psicólogos/as.

En CABA dichas realidades se manifiestan de manera dispar según el contexto territorial, siendo la Zona Sur un área donde se concentran situaciones de complejidad social que derivan en vulnerabilidad psicosocial para la comunidad y que a su vez exceden la mera carencia de recursos materiales. Esta situación se agrava ante el surgimiento de vínculos frágiles, la falta de protección institucional y la exposición a riesgos que afectan el desarrollo integral de los grupos sociales. Esta vulnerabilidad es un fenómeno multidimensional donde interactúan procesos individuales, sociales y territoriales.

Los psicólogos/as que se desempeñan en los CeSAC de esta zona ocupan un lugar estratégico en el primer nivel de atención. Su práctica se lleva a cabo bajo la modalidad de Atención Primaria de la Salud (APS), la cual propone un abordaje integral y preventivo que debería poder superar el modelo médico tradicional para posicionarse desde una perspectiva dirigida a la promoción de la salud y la protección de derechos.

Según Zaldúa et al. (2016), la epidemiología crítica entiende el proceso de salud-enfermedad como una construcción compleja donde se entrelazan factores socioeconómicos, de género y culturales. A diferencia de las visiones tradicionales, esta perspectiva resalta la importancia de la historia y el espacio urbano, proponiendo que la salud sea vista como un objeto de transformación social y no sólo biológica.

Galende (2015) sostiene que el sufrimiento mental debe comprenderse desde una perspectiva que abarque el entendimiento de las condiciones sociales, económicas y culturales que actúan en la existencia real del sujeto que lo padece, y no desde una perspectiva médica que sólo se centra en la enfermedad. Dicha perspectiva permite comprender que tanto el sistema de atención, como las prácticas que realizan los profesionales forman parte activa de la evolución del trastorno, de las posibilidades de cura y de la rehabilitación de los sujetos.

Considerando que las prácticas de los equipos de salud mental son determinantes en la evolución de las problemáticas de los sujetos, resulta necesario explorar cómo se construyen estos abordajes en el día a día. Por ello, este trabajo se propone indagar: ¿qué estrategias y enfoques emplean los psicólogos/as en su trabajo con niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad psicosocial en los CeSAC de la zona Sur de CABA?, y ¿qué sentidos subjetivos construyen en relación con los efectos a partir de su práctica profesional?

Relevancia de la temática

El desarrollo de este trabajo permite comprender el quehacer de los psicólogos/as que se desempeñan en los CeSAC de zona Sur de CABA, conociendo sus modalidades de abordajes y estrategias utilizadas, así como también las dificultades y desafíos con los que se encuentran al ejercer su práctica con población infanto juvenil en situación de vulnerabilidad psicosocial. Este trabajo parte del supuesto de que el ejercicio profesional en estos territorios implica enfrentar desafíos constantes, como la necesidad de articular redes de atención y dar respuesta a demandas que surgen en la inmediatez y la urgencia que emerge de situaciones de exclusión y de fragilidad social.

Se busca indagar qué factores condicionan o potencian sus prácticas como también los sentidos subjetivos que surgen de la práctica profesional y cómo estos influyen en sus

experiencias y sentimientos. Pero este trabajo no sólo busca describir las tareas habituales del psicólogo/a en el primer nivel de atención, sino que se propone profundizar en la complejidad de las problemáticas en la Zona Sur de CABA, donde se concentran los indicadores más altos de vulnerabilidad psicosocial y existe un marcado uso del subsector público de salud en comparación con el resto de la ciudad.

Asimismo, la presente investigación busca indagar cómo la vulnerabilidad psicosocial - pensada desde un enfoque amplio y no sólo como falta de recursos materiales- impacta en el desarrollo de la población infanto juvenil. Se busca comprender de qué manera los/as psicólogos/as logran articular redes de atención que garanticen el cuidado integral y la promoción de salud, enfrentando barreras institucionales que a menudo condicionan la efectividad de sus intervenciones.

Objetivos de estudio

Objetivo general

- Conocer las estrategias de abordaje que utilizan los/as psicólogos/as de los CeSAC de zona Sur de CABA para su trabajo con población infanto juvenil en situación de vulnerabilidad psicosocial.

Objetivos específicos

- Identificar las principales estrategias dirigidas a la población y las estrategias de trabajo con otros profesionales utilizadas en los CeSAC de zona Sur de CABA para su trabajo con población infanto juvenil en situación de vulnerabilidad psicosocial.
- Explorar las dificultades, limitaciones, y desafíos que enfrentan los psicólogos/as de los CeSAC de zona Sur de CABA al trabajar con población infanto juvenil en situación de vulnerabilidad psicosocial.
- Indagar los sentidos subjetivos de los psicólogos/as de los CeSAC de zona Sur de CABA en relación a su trabajo con población infanto juvenil en situación de vulnerabilidad psicosocial.

Estado del Arte

Diversos estudios han explorado cómo la atención de la salud mental ha experimentado un cambio progresivo. Concretamente, ~~donde~~ los enfoques comunitarios, con énfasis en la accesibilidad, la prevención y la interdisciplinariedad han cobrado un papel fundamental, posicionando a la APS en un nivel estratégico para la detección temprana, el abordaje integral y la continuidad de cuidados.

La APS, en tanto primer nivel de contacto entre la población y el sistema de salud, adquiere especial relevancia en contextos de vulnerabilidad psicosocial, donde las condiciones socioeconómicas, los trayectos de vida y las desigualdades estructurales inciden de manera significativa en los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado.

A partir de este marco, el presente estado del arte se propone mencionar algunas de las investigaciones existentes sobre la atención comunitaria en centros de atención primaria de salud dirigida a poblaciones en situación de vulnerabilidad psicosocial.

Desde una investigación cualitativa, Colanzi (2023) presenta resultados iniciales de una investigación con el objetivo de analizar y caracterizar dispositivos territoriales de atención a infancias y juventudes, concluyendo que la experticia en el campo de la salud mental se asocia con un saber técnico, pero también es necesario contemplar la dimensión de la invención sosteniendo que:

La experticia en el campo de la salud mental se asocia con un saber técnico, pero también es necesario contemplar la dimensión de la invención. Los equipos de salud mental y abordaje de las vulneraciones de derechos de infancias y juventudes requieren de espacio de escucha y reflexión acerca de sus propias prácticas y saberes. En esta línea, el trabajo retoma la dimensión de matriciado como una salida técnica de sostén, cuidado y escucha de los/as profesionales del primer nivel de atención de niñez y adolescencia (p. 86).

Desde un enfoque crítico de la psicología social Lenta et al., (2019) llevaron adelante una investigación cualitativa con diseño de estudio de casos múltiples. Su objetivo fue caracterizar las modalidades de intervención ante situaciones de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes que establecen los/as trabajadores/as del campo de las políticas de infancia en CABA, concluyendo que:

Las situaciones que los/as trabajadores/as del campo de las políticas de infancia abordan en sus prácticas cotidianas se presentan como problemáticas psicosociales

complejas de vulneración de derechos que nos interrogan acerca de los límites y las posibilidades de sus intervenciones. Cuando la interpretación de estas situaciones se reduce a “lo complicado”, en detrimento del reconocimiento de la complejidad, remite a la imagen de una maraña, una madeja enredada, con una densidad variable que presenta nudos e hiatos, en tanto obstáculos de diferente orden o falta de recursos para la garantía de derechos. Ante estas marañas, las herramientas de las políticas sociales y las intervenciones que los/as trabajadores/as pueden construir aparecen como “insuficientes” o “impotentes” (pp. 42-43).

En el trabajo de Lenta y Zaldúa (2020), desde un enfoque de psicología social comunitaria, se presentó un estudio exploratorio-descriptivo con enfoque cualitativo de casos múltiples. Allí se analizaron los sentidos y las significaciones que construyen niños, niñas y adolescentes en territorios de vulnerabilidad psicosocial, en torno a su vida cotidiana y a su situación de acceso a derechos, refiriendo que:

Los casos presentados cuestionaron la eficacia de las políticas sociales de restitución de derechos. Las trayectorias de vida mostraron obstáculos micro y macro políticos para el acceso a derechos, que sostienen la reproducción social de las desigualdades y tienen efectos desubjetivantes. Las situaciones que garantizan apuntalamientos identificadorios y la exigibilidad de derechos promueven procesos subjetivantes individuales y colectivos de los actores involucrados y proponen nuevos desafíos en la construcción del proyecto de vida (p. 1).

Cesana (2017), desde una perspectiva psicosocial, realizó un estudio exploratorio y descriptivo con un abordaje cualitativo. El objetivo fue describir las representaciones sociales sobre la infancia en condiciones de vulnerabilidad social y las prácticas que profesionales de la psicología desarrollan en el ámbito comunitario de CABA. Entre sus principales hallazgos, concluye que las tensiones propias de la práctica de la psicología comunitaria constituyen una preocupación constante dentro de la disciplina, debido a su carácter complejo e interdisciplinario. No obstante, sostiene que dicha complejidad, producto de la integración de dimensiones psicosociales, sociológicas, culturales y políticas, no debe ser entendida como un defecto o una limitación, sino como una característica inherente al campo.

Por su parte, Bang (2021), desde un enfoque cualitativo, realiza una aproximación conceptual y un análisis de prácticas que permitan problematizar la inclusión de estrategias comunitarias en abordajes integrales de salud mental. Esto último lo lleva a cabo reconociendo e identificando la fragilización de redes comunitarias como una problemática colectiva en salud mental. Al mismo tiempo, lo hace proponiendo a la promoción en salud mental como estrategia

central, que permita el desarrollo de acciones participativas y el fortalecimiento de lazos comunitarios solidarios. Estos últimos actúan como recursos colectivos para el cuidado y abordaje de problemáticas complejas. En este sentido, sostiene:

Esta perspectiva conceptual se traduce en prácticas comunitarias que, a través del sostenimiento de espacios de encuentro y la creación progresiva de vínculos territoriales múltiples, se proponen la constitución de redes comunitarias e interinstitucionales, y el fortalecimiento de las redes de cuidado existentes (p. 798).

Bang, et al. (2020) indagaron acerca de las tensiones identificadas, desarrollando y articulando ejes explicativos, con el propósito de visibilizar y desnaturalizar ciertos mecanismos de las prácticas institucionales en el quehacer cotidiano.

A través de articulaciones de pequeños relatos de la propia experiencia con desarrollos conceptuales, concluyen:

Entre las tensiones que fuimos ubicando y problematizando queda un espacio, “una veta”, entendemos que es allí donde lo inédito tiene la potencia de advenir, creándose en ese ir y venir entre polos que, si bien nos constituyen, no nos determinan. Reconocernos entramados en dicha complejidad resulta vital para crear junto a la comunidad prácticas que incomoden, interpelen y promuevan formas de enlazarnos más saludables (p. 68).

Para concluir, en el mismo sentido, Parra (2012) realizó una investigación cualitativa con el fin de caracterizar las estrategias de intervención de los psicólogos/as en los Centros de Atención Primaria de la Salud, concluyendo que:

La especificidad del rol del psicólogo en el contexto de la APS es pensada en los siguientes términos: atender y promover la salud y la salud mental; trabajar en la prevención de las enfermedades; estar a mano de la comunidad acompañando las situaciones vitales por las que atraviesan las familias y desde cuestiones muy concretas cuando es el psicólogo el que tiene el vínculo con la persona que necesita ayuda; contribuir a que la gente implemente sus propias estrategias de afrontamiento; tener un enfoque comunitario, un rol activo y una mirada general; tener una perspectiva comunitaria complementaria al trabajo clínico; trabajar con otros aportando una mirada específica desde el campo de la psicología; y promover la implicación subjetiva de las personas en sus propios procesos de salud y enfermedad (p. 202).

Marco teórico

Atención Primaria de Salud

Como señalan Bertolotto et al. (2012, como se citó en Freidin et al., 2020); el término Atención Primaria de la Salud (APS) tiene varios significados. La Argentina, ha atravesado por una variedad de dispositivos de atención emergentes de diferentes tradiciones de salud pública, subordinados por los diversos modelos políticos que han existido en el país antes y después de 1978. Durante las décadas de 1980 y 1990, las políticas de APS se centraron en grupos poblacionales específicos, con intervenciones focalizadas a través de programas sanitarios que sólo abordaban el primer nivel de atención. Estos programas, eran aislados y no se encontraban conectados con el resto del sistema sanitario (Ase y Burijovich, 2009, como se citó en Freidin et al., 2020), separando la salud de los factores sociales que la influyen (Bertolotto et al., 2012, como se citó en Freidin et al., 2020).

Desde 2003, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han promovido activamente una estrategia de APS más integral (OPS, 2005, 2010, como se citó en Freidin et al., 2020; OMS, 2008, como se citó en Freidin et al., 2020). Esta visión integradora promueve la creación de redes de atención. Estas redes están compuestas por centros del primer nivel que están conectados y complementados con centros de segundo y tercer nivel. Su objetivo es abarcar y satisfacer todas las necesidades de la comunidad (Ase y Burijovich, 2009, como se citó en Freidin et al., 2020), incluidos los servicios de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos para una población y un territorio específicos (Crojethovic y Ariovich, 2018, como se citó en Freidin et al., 2020).

Las redes de atención son una gran herramienta para que los servicios sean más eficientes y efectivos. Ayudan a evitar duplicaciones y a que los servicios se complementen mejor, lo que resulta en una mejor atención. Su objetivo principal es asegurar la continuidad en los procesos asistenciales, independientemente del lugar donde se asista, y concentrar los recursos necesarios para que estén disponibles para los pacientes (Ministerio de Salud de la Nación, s. f. a, como se citó en Freidin et al., 2020). Por lo tanto, las redes son una estrategia eficaz para abordar la fragmentación, un problema común en los sistemas de salud latinoamericanos que provoca falta de coordinación entre los niveles de atención, duplicación de servicios, capacidad ociosa, barreras en el acceso y dificultades para garantizar la continuidad en la atención (OPS, 2010, como se citó en Freidin et al., 2020). La OPS considera las redes de atención como una expresión operativa de la APS a nivel de los servicios de salud, ya que contribuyen a la realización de varios elementos esenciales de la estrategia, como la cobertura y

el acceso universal, el primer contacto, la atención integral, integrada y continua, el cuidado apropiado, la organización y gestión óptimas, la orientación familiar y comunitaria, y la acción intersectorial, entre otros.

Siguiendo a Bengochea (2001, como se citó en Freidin et al., 2020), las características principales de una estrategia basada en la APS son de naturaleza integradora, abarcando lo bio-psico-social. Su enfoque integrado se compone de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social; a su vez, presume un carácter continuo y permanente, de naturaleza activa, accesible, basada en el trabajo en equipo, comunitario y participativo.

El Ministerio de Salud de la CABA (s.f.) define a la APS como una estrategia integral que aborda los problemas de salud-enfermedad de las personas y de la sociedad en su conjunto. Combina la atención médica, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación, basándose en el uso eficiente de los recursos disponibles, y prioriza las necesidades sociales. Busca desconcentrar y optimizar los servicios, utilizando una organización de los servicios de salud en distintos niveles de atención. Esta organización debe contar con la participación de la comunidad para resolver problemas mediante prestaciones accesibles, de alta calidad y en forma continua e integral. El primer nivel de atención de la salud en el marco de la APS puede resolver el 80% de los problemas de salud de la población. Estos problemas se abordan de forma interdisciplinaria, considerando la perspectiva familiar y social, logrando de esta manera que los hospitales generales de agudos y los especializados pueden enfocarse en su función específica: la atención de pacientes que requieren prestaciones de mayor complejidad.

Promoción de la Salud

La promoción de la salud va más allá de la mera prevención de enfermedades. Busca mejorar la vida en todas sus dimensiones, buscando fortalecer las capacidades individuales y colectivas para transformar las condiciones de vida y trabajo que son determinantes para los problemas de salud. Además, busca desarrollar la capacidad de elegir y utilizar el conocimiento según la situación y el contexto. (Czeresnia, 2003, citado en GCABA - RIEpS, 2013).

La promoción de la salud es un proceso político y social global que va más allá de las acciones directas para fortalecer las habilidades y capacidades individuales. También incluye esfuerzos para modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que impactan la salud pública e individual. En esencia, la promoción de la salud empodera a las personas para que tengan más control sobre los factores que determinan su salud, lo que lleva a una mejor salud en general. La participación activa es crucial para mantener el impulso de la promoción de la salud. (OMS, 2004, citada en Lenta et al., 2016).

Las acciones que llevan a cabo los trabajadores de la salud se pueden clasificar dentro de las prácticas de promoción de la salud, prevención de enfermedades y educación para la salud. La prevención de enfermedades incluye medidas para evitar que las enfermedades aparezcan y se desarrollen (prevención primaria), detener su progreso y reducir sus efectos mediante diagnóstico y tratamiento tempranos (prevención secundaria), ayudar a las personas a recuperarse (prevención terciaria) y evitar o minimizar las consecuencias negativas de la medicina excesiva (prevención cuaternaria). Adoptar comportamientos preventivos implica que los individuos puedan anticiparse a la enfermedad y controlar las conductas que la desencadenan. (GCABA – RIEpS, 2013)

Lenta et al. (2016) sostienen que la promoción de la salud y la de los derechos de la infancia se dan como un proceso dialéctico que combina estratégicamente enfoques universales, particulares y singulares. Implica compromisos y responsabilidades compartidas entre los distintos actores involucrados en el proceso.

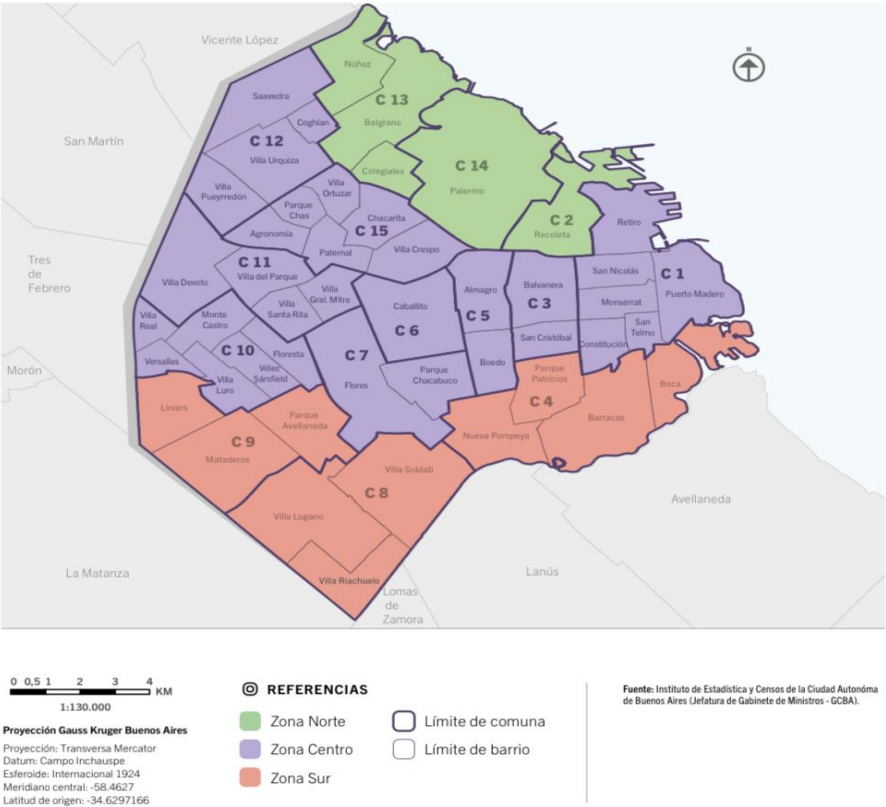
La promoción de la salud implica proporcionar herramientas a las comunidades para que mejoren su salud y tengan más control sobre ella. Para lograr un bienestar físico, mental y social óptimo, los individuos o grupos deben poder identificar y perseguir sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y adaptarse a su entorno. La salud se percibe como la fuente de riqueza de la vida diaria, en vez de como un objetivo final. Este concepto positivo pone el foco en los recursos sociales y personales, y también en las capacidades físicas. La promoción de la salud no se limita solo al sector salud, sino que tiene en cuenta otros componentes. Los prerrequisitos para la salud incluyen la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora en la salud debe basarse necesariamente en estos fundamentos. Además, se busca lograr la equidad sanitaria al reducir las diferencias y asegurar igualdad de oportunidades. Esto se hace dándoles acceso a información, apoyo y habilidades para que las personas tomen decisiones informadas sobre su propia salud. (OMS, 1986).

Zona Sur, Comunas correspondientes y sus respectivos CeSac

El resultado principal del ASIS 2020 es la confirmación de una marcada heterogeneidad territorial en CABA donde la zona Sur, compuesta por las comunas 4, 8, 9, 10 concentra los indicadores más altos de vulnerabilidad social y los resultados más desfavorables en términos de salud. (Ministerio de Salud de CABA, 2020).

La proporción de la población que depende únicamente de la cobertura de salud pública varía significativamente entre las distintas zonas de CABA. Mientras que las comunas de zona Norte tienen un porcentaje del 7%, las comunas de zona Sur representan el 32,2% de la población, lo que equivale a entre cuatro y cinco veces más que la zona Norte marcando una notable dependencia del sistema público en comparación con el resto de la ciudad. (Instituto de Estadística y Censos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires [IDECBA], 2024)

Figura 1: Ciudad de Buenos Aires por comuna, barrio y zona. Año 2024

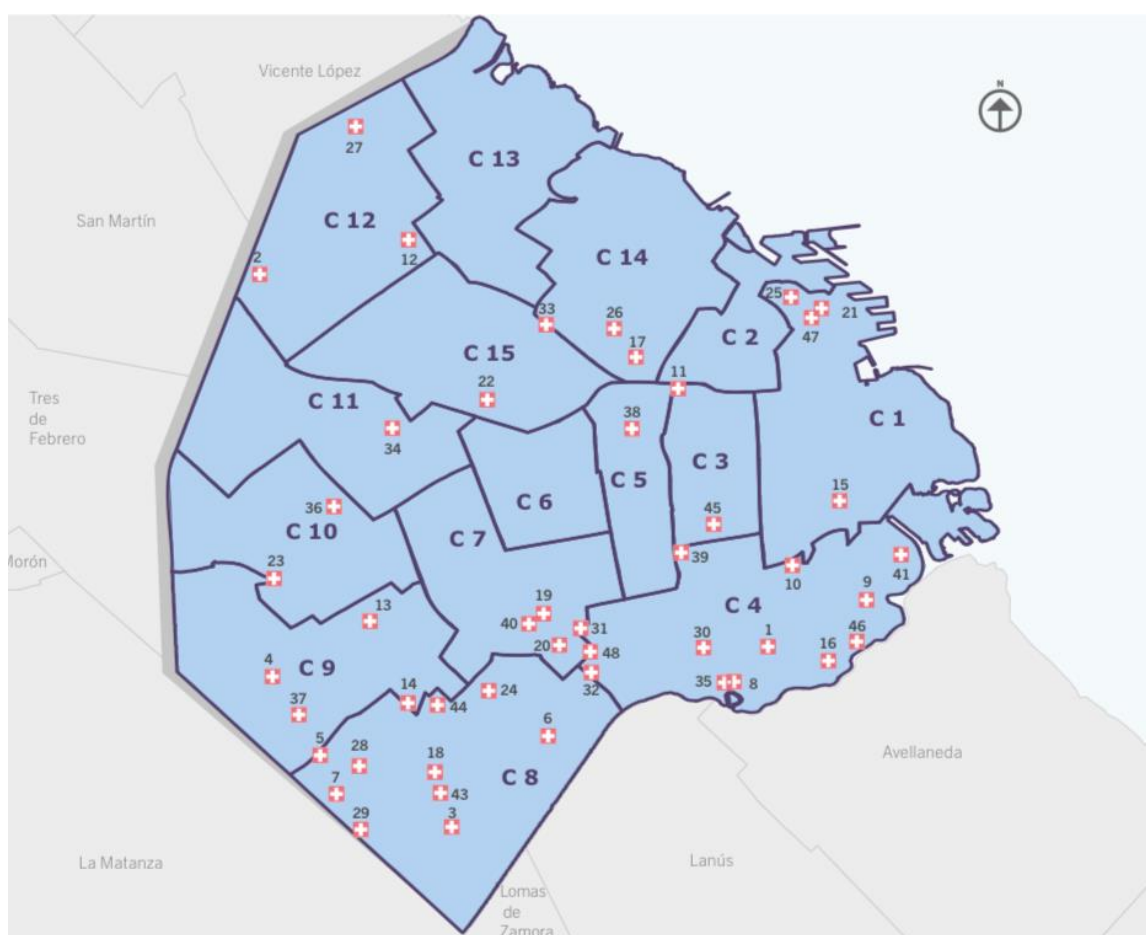


Fuente: Instituto de Estadística y Censos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2024). Anuario Estadístico 2024. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

La Zona Sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires está definida por las Comunas 4, 8 y 9. Estas comunas concentran un total de CeSAC configurando una presencia significativa de dispositivos de Atención Primaria de la Salud en esta área de CABA.

Un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) es un dispositivo del primer nivel de atención del sistema público de salud de. Su función principal es brindar atención integral, accesible y territorialmente situada, articulando acciones de promoción, prevención y asistencia. Actualmente se encuentran funcionando cincuenta CeSAC distribuidos por toda CABA. Estos trabajan con equipos interdisciplinarios, abordando de manera integral los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado, así como también garantizando la continuidad de los cuidados y la articulación con otros niveles de mayor complejidad cuando es necesario.

Figura 2: Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) por comuna. Ciudad de Buenos Aires. Año 2024



Fuente: Instituto de Estadística y Censos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2024). Anuario Estadístico 2024. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Vulnerabilidad psicosocial como fenómeno multidimensional.

El concepto de vulnerabilidad tiene distintas definiciones, que varían según el ámbito y el problema de investigación dentro de ese ámbito. La raíz latina del término, “vulnerabilis”,

significa “que puede ser herido o sufrir alguna lesión física o moral”, y se aplica tanto a individuos como a grupos. Desde este punto de vista, la vulnerabilidad es una condición humana, pero no afecta a todos por igual ni de la misma forma. (Estevez, 2011).

En este sentido, la vulnerabilidad social va más allá de ser solo un reflejo de la diversidad de los movimientos de entrada y salida a la condición de pobreza. Abarca tanto los indicadores típicos de pobreza como la percepción que tienen las personas y los grupos de su estado de indefensión, incertidumbre y exposición a riesgos. Por lo tanto, la vulnerabilidad social también implica la incapacidad de afrontar estos desafíos o la disminución de las posibilidades y oportunidades de minimizar estos impactos. (Estevez, 2011).

Al abordar el concepto de vulnerabilidad psicosocial en su sentido amplio, Gavilán, Quiles y Cha (2006), como se citó en Estevez (2011) Esta noción abarca dos situaciones: la de los “vulnerados” que se asocia a las condiciones de pobreza, marginalidad y exclusión, es decir individuos que ya enfrentan carencias efectivas las cuales generan una imposibilidad actual de sostenimiento y desarrollo y a su vez son propensos a debilidades futuras a partir de esta incapacidad y la de los “vulnerables” para quienes el deterioro de sus condiciones de vida, la precariedad de sus estrategias internas y el descuido aún no se han materializado por completo. Sin embargo, estas situaciones representan una alta probabilidad en un futuro cercano debido a las condiciones de fragilidad que los afectan.

La vulnerabilidad psicosocial surge de la interacción de varios factores internos y externos, cuyo peso relativo determina sus múltiples formas de expresión. Estas expresiones pueden manifestarse como fragilidad o indefensión ante cambios y dificultades en el entorno, desamparo institucional, o debilidad interna o inseguridad debido a la estructura personal y al escaso desarrollo de los recursos internos generados por situaciones de desfavorabilidad. Afecta tanto a individuos como a grupos o sectores sociales de la comunidad en un tiempo y espacio específicos. Sin embargo, trasciende la condición actual, proyectando la posibilidad futura de experimentarla en función de ciertas condiciones que se observan en el presente. (Gavilán, Quiles y Cha, 2006, como se citó en Estevez, 2011).

A su vez el concepto de vulnerabilidad psicosocial es multidimensional, ya que abarca dimensiones individuales, microsociales y macrosociales, cada una con sus propios factores intervinientes. Hay factores objetivos siendo estos económicos, sociodemográficos, institucionales, etc. Como por ejemplo, el nivel de ingresos, las necesidades básicas insatisfechas, las condiciones del hábitat, el tipo de familia y la calidad educativa, entre otros. Como también factores subjetivos asociados a las percepciones subjetivas de las familias y comunidades acerca de los vínculos sociales y su calidad de vida, de los valores y expectativas sobre movilidad social, de las posibilidades y oportunidades disponibles, la efectividad de las estrategias de afrontamiento e incluso el sistema de creencias. Estos factores subjetivos

impactan sobre los sistemas de crianza y la valoración de la oferta pública en educación y salud. (Pizarro, 2001, como se citó en Estevez, 2011)

Toda vulnerabilidad social es también vulnerabilidad psicosocial, ya que impacta directa o indirectamente a los sujetos. Refiriéndonos a la población infanto juvenil al considerar la dimensión vital, los niños y niñas son vulnerables a factores específicos simplemente por ser niños. Por lo tanto, debemos considerar los procesos y características del desarrollo físico y psicológico infantil, las crisis normales del desarrollo, las condiciones de su entorno inmediato como son el familiar y el escolar y, sobre todo, los momentos que atraviesa su constitución subjetiva (Gavilán, Quiles y Cha, 2006, como se citó en Estevez, 2011).

Desde la perspectiva de la psicología social comunitaria, la vulnerabilidad en su definición va más allá de describir la pobreza como una simple falta de recursos materiales para sobrevivir. Más bien, se refiere a una red de vínculos frágiles que los individuos, grupos y comunidades establecen en relación con el trabajo, las relaciones sociales y sus capacidades de agencia, es decir, su participación en la vida política y el ejercicio de la ciudadanía ((Zaldúa et al., 2016, como se citó en Lenta, 2018)

Por lo tanto, analizar la vulnerabilidad de individuos, grupos y comunidades implica examinar los procesos que llevan a la vulnerabilización psicosocial. Según Ayres et al., (2008), como se citó en Lenta (2018), estos procesos implican la interacción entre tres componentes: un componente individual (como la capacidad emocional y simbólica), un componente social (como las relaciones con otros individuos) y un componente programático (como la disponibilidad y el acceso a la protección de las políticas sociales).

Conceptualización de infancia y adolescencia

Considerar a la niñez como categoría para intervenciones psicosociales implica reconocer un conjunto de enfoques teóricos, análisis, concepciones y prácticas desarrollados a lo largo del tiempo. La niñez se define dentro de un complejo entramado de discursos disciplinares, a menudo en conflicto, como el jurídico, el político, el médico, el antropológico, el educativo y el psicológico, entre otros. Además, implica considerar las prácticas sociales y las instituciones influenciadas por estos discursos, que regulan, moldean e incluso crean la propia niñez (Di Iorio, Lenta y Hojman, 2012, como se citó en Lenta, 2018).

Por lo tanto, considerando la inmadurez biológica, la concepción de la niñez como un fenómeno socio-histórico se trata de una característica propia de muchos grupos humanos. Sin

embargo, no es ni natural ni universal. En cambio, se manifiesta como un componente estructural específico dentro de diversas sociedades y culturas (Mantilla, 2017, como se citó en Lenta, 2018).

Dueñas (2012), como se citó en Lenta (2018), argumenta que, si bien los términos niñez e infancia implican maduración o desarrollo, estos conceptos por sí solos no logran capturar las complejidades y singularidades propias de estas etapas. Considerar la niñez o la infancia como categorías sociales, y a las niñas, niños y adolescentes como sujetos concretos, permite evaluar una construcción particular de la niñez que surge del mundo adulto. Esta construcción abarca una perspectiva retrospectiva (la niñez como lo que ya pasó), una perspectiva histórico-evolutiva y una perspectiva prospectiva (los niños como el futuro).

La infancia, como categoría social, se define por las relaciones que se establecen entre los niños y los adultos. Desde este punto de vista, la infancia no se limita al desarrollo individual de un niño o niña en particular. Implica entrar al lenguaje, entendido como un proceso continuo y a lo largo del tiempo (Agamben, 2004, como se citó en Lenta y Zaldúa, 2016). Esto significa acceder a la relación con un otro, específicamente en la dimensión semántica del lenguaje. Este vínculo representa una transmisión intergeneracional que sostiene tanto a nivel individual como social, y abre la posibilidad de un nuevo comienzo. (Lenta y Zaldúa, 2016)

En cuanto a la adolescencia, Zaldúa et al. (2010) la describen como una etapa de transición entre la infancia y la adultez, marcada por afirmaciones, destituciones y diversas experiencias transferenciales con los demás. Estas experiencias, tanto identificatorias como proyectivas, influyen en la capacidad de un individuo para posicionarse consigo mismo y con el mundo exterior. Las condiciones materiales y simbólicas de la vida cotidiana darán dirección a los distintos modos de transitar la adolescencia. En esencia, existen múltiples adolescencias diversas. Las transformaciones corporales durante esta etapa están intrínsecamente ligadas a las transformaciones psíquicas y sus conexiones con el contexto y lazo social.

Psicología social comunitaria

La psicología social comunitaria se centra en el análisis de fenómenos psicosociales que surgen en procesos comunitarios, teniendo siempre presente el contexto cultural y social. Se piensa a la comunidad como un todo dinámico, formado por individuos activos y actores sociales que, a través de sus interacciones, construyen la realidad que viven (Montero, 2004).

En lugar de centrarse en las carencias, esta perspectiva se enfoca en las fortalezas y capacidades de las comunidades. Su carácter es principalmente preventivo e incorpora la diversidad como un elemento clave. Se entiende que las relaciones entre las personas y su entorno son esenciales para comprender el desarrollo comunitario. El objetivo es empoderar a las comunidades, dándoles el poder y control sobre los procesos que afectan su vida diaria. Este enfoque tiene una dimensión política, el fortalecimiento de las sociedades. La participación es fundamental, ya que la acción comunitaria se desarrolla con el compromiso activo de sus miembros (Montero, 2004).

En el campo de la psicología social comunitaria, abordar infancias y adolescencias implica reconocer que las construcciones sociales tienen una dimensión pública que se manifiesta en los discursos y prácticas científicas, las normativas, las políticas sociales, y el sentido común, entre otros espacios sociales. También implica una dimensión privada y cotidiana que se desarrolla en las relaciones interactivas cara a cara, en el grupo familiar, con los pares y en la comunidad, promoviendo ciertas identidades en los niños, niñas y adolescentes como sujetos concretos. Por lo tanto, es de interés situar a los niños, niñas y adolescentes como sujetos históricos que habitan de manera única diversos espacios sociales. En estos espacios, reproducen y, al mismo tiempo, tienen el potencial de cuestionar la estructura misma de dicha reproducción (Lenta et al., 2018).

Zaldúa et al., (2016) sostienen que, desde un abordaje comunitario, es fundamental impulsar procesos de transformación relacionales y complejos. Esta postura requiere comprender el proceso salud/enfermedad/atención/cuidado desde una perspectiva que abarque las relaciones sociales, reflexione sobre los modelos vinculares y los contextos individuales, facilitando la concientización crítica de las dinámicas de poder que influyen en las experiencias vividas.

Sentidos subjetivos

La definición de subjetividad está intrínsecamente ligada a la noción de sujeto. Desde esta perspectiva, la persona no es un simple fenómeno accesorio que acompaña alguna estructura o práctica social, sino que, posee una capacidad generadora subjetiva frente a sus experiencias, lo que le permite tomar múltiples decisiones y acciones cargadas de significado subjetivo a lo largo de su vida. Una persona se convierte en sujeto cuando es capaz de generar opciones que desafíen los sistemas normativos hegemónicos dentro del espacio social donde actúa. Así la subjetividad se define como la producción simbólico emocional que surge de una experiencia vivida, integrando elementos históricos y contextuales en su configuración. La unidad fundamental de la subjetividad reside en los sentidos subjetivos, es decir aquella unidad de los

procesos simbólicos y emocionales, donde la aparición de uno de ellos evoca al otro sin ser su causa. Formando cadenas con diversas expresiones según el contexto en el que la persona está involucrada (González Rey, 2011)

González Rey (2011) sostiene que a diferencia del sentido propuesto por Vygotsky, los sentidos subjetivos no están ligados a las palabras. Representan un enlace de lo simbólico y lo emocional, no un simple agregado de elementos. Indican el carácter subjetivo de cualquier acción o expresión humana, ya que la subjetividad se define por la naturaleza de un fenómeno particular presente en todas las producciones humanas, ya sean sociales o individuales.

Los aspectos históricos y sociales se manifiestan en términos subjetivos dentro de las configuraciones subjetivas de un individuo, unidad psicológica más estable que los sentidos subjetivos, pero inseparable de los juegos de sentido subjetivo de la persona en acción. Lo social también se expresa a través de eventos que ocurren durante la experiencia vivida y que son responsables de nuevas posiciones que el individuo asume en ese proceso, posiciones que pueden asociarse con el principio de nuevos sentidos subjetivos. El impacto subjetivo de toda experiencia social está inevitablemente ligado a las posiciones y decisiones del individuo y a sus configuraciones subjetivas, que sirven como fuente continua de la producción de sentidos subjetivos en el momento presente. Los sentidos subjetivos que acompañan la reacción de un alumno o un profesor ante una situación en el aula nunca son simplemente una expresión del acontecimiento vivido, sino más bien una representación de lo que el niño siente y simbólicamente crea. Por ejemplo, cuando un niño siente celos de otro niño en la misma aula, cuando percibe que sus padres prefieren a su hermano, o cuando la expresión del profesor le provoca una humillación que había experimentado antes debido al comportamiento de su padre hacia él, estos sentidos subjetivos son la expresión de un mundo vivido dentro de la unidad actual de la experiencia (González Rey, 2011).

Los sentidos subjetivos no son contenidos idénticos que se puedan repetir en diferentes acciones. Son únicos y representan una unidad simbólica emocional que surge en un contexto específico. Resultan de la confluencia de varias configuraciones subjetivas de la personalidad en un momento concreto, inseparable de la configuración subjetiva que se organiza durante una experiencia vivida, son móviles durante la acción, pero sus límites se definen por momentos de una historia vivida. Esos límites y momentos se manifiestan en la experiencia presente y se alinean con las configuraciones subjetivas más estables de la personalidad, que organizan las configuraciones subjetivas concretas (González Rey, 2011).

Conceptualización de estrategias

Una estrategia se define no solo por la representación detallada de una serie de acciones, sino también por una cualidad distintiva que caracteriza a dichas acciones. Es decir como un conjunto de operaciones ordenadas, aunque flexibles, junto con una visión subjetiva que se refiere a formas específicas de actuar (Fernández & León, 2018).

Mintzberg (1987) presenta cinco definiciones de estrategia como plan, pauta de acción, patrón, posición y perspectiva, las cuales guardan relación. La estrategia como un plan, es vista como una especie de modo de acción deliberado, una guía o un conjunto de guías para abordar situaciones generales o específicas, las mismas se crean antes de que se lleven a cabo las acciones y se desarrollan conscientemente con un propósito claro. Como planes, las estrategias pueden ser generales o específicas. Como plan, una estrategia también puede ser una pauta de acción, una maniobra para lograr o llevar a cabo un determinado fin. A su vez, la estrategia como un patrón se refiere a un flujo de acciones. En esencia, esta definición sugiere que la estrategia implica consistencia en el comportamiento, independientemente de si es intencional o no, puede ser previamente elaborada o emerger sin intencionalidad de un patrón sostenido (Mintzberg, 1987).

La estrategia como una posición, actúa como la fuerza mediadora, entre el contexto interno y externo. Cabe destacar que esta definición de estrategia puede ser compatible con cualquiera de las definiciones anteriores (o con todas). Se puede aspirar a una posición mediante un plan o una pauta de acción, o puede ser previamente seleccionada y lograda, o ambas, o incluso descubierta a través de un patrón de comportamiento. Mientras que la estrategia como posición se enfoca en el entorno externo y en posiciones concretas, La estrategia como perspectiva se centra en el interior, esto implica no solo seleccionar una posición, sino también adoptar una forma particular de percibir el mundo. Esta quinta definición sugiere que las estrategias son abstracciones que existen únicamente en la mente de las partes interesadas, cada estrategia es una invención, un sistema creado por mentes imaginativas. Estas estrategias pueden ser concebidas con la intención de regular un comportamiento antes de que ocurra o conceptualizadas como patrones para describir un comportamiento que ya ha sucedido (Mintzberg, 1987).

Mintzberg (1987) plantea que aunque las diferentes definiciones de estrategia tienen varias relaciones entre sí, ninguna relación o definición predomina sobre las demás. Estas definiciones compiten entre sí, ya que algunas pueden sustituir a otras, pero lo más interesante es cómo se complementan. No todos los planes se convierten en patrones, y no todos los modelos desarrollados son planeados. Algunas pautas de acción son incluso menos que

posiciones, mientras que otras estrategias son más que posiciones pero menos que perspectivas. Cada definición contribuye elementos importantes a la conceptualización de la estrategia.

Desarrollo metodológico

Hipótesis y Supuestos

El presente trabajo de investigación parte del supuesto de que los psicólogos/as de los CeSAC de zona de sur de CABA que trabajan con población infanto juvenil en situación de vulnerabilidad psicosocial enfrentan grandes desafíos para desarrollar su labor de manera adecuada, teniendo que adaptar estrategias y abordajes en un contexto atravesado por la tensión entre la complejidad de las problemáticas sociales, las demandas institucionales y la escasez de recursos disponibles. En este sentido se plantea que la práctica profesional en el primer nivel de atención trasciende la clínica tradicional debiendo ser pensada como una red de cuidados donde la accesibilidad y el fortalecimiento de vínculos son el eje central para atender la demanda que llega a los profesionales.

Asimismo, se plantea que la vulnerabilidad psicosocial del territorio de Zona Sur de CABA actúa como un determinante que lleva a los profesionales a trabajar y dar respuestas ante la inmediatez y la urgencia. Por lo expuesto se parte del supuesto de que los psicólogos/as trabajan de manera interdisciplinar requiriendo del trabajo en conjunto con otras profesiones y efectores llevando a la misma práctica la articulación y construcción de redes de atención.

Tipo de investigación

En el presente trabajo se presenta un tipo de investigación exploratorio-descriptivo con un enfoque cualitativo. Como argumenta Sampieri et al. (2014), el enfoque descriptivo permite describir las percepciones, intervenciones y estrategias de abordaje implementadas por los psicólogos/as que trabajan con población infanto juvenil en situación de vulnerabilidad social dentro de los CeSAC de CABA, y a su vez al ser una investigación del tipo exploratorio se trata de una problemática la cual ha sido poco estudiada con anterioridad, dicho enfoque permite poder profundizar en las estrategias e intervenciones implementadas por los profesionales en su labor.

Tal como plantea Minayo et al. (2023), una investigación cualitativa aborda todo aquello que comprende un universo de significados, creencias, valores, es decir un universo de producción humana el cual no podría ser resumido y traducido en números ni indicadores cuantitativos. Este tipo de investigación se enfoca en explorar y profundizar en el universo de significados y acciones subjetivas propio de los fenómenos humanos. Como sostiene Sampieri et al. (2014) son las interpretaciones de los participantes y sus propias experiencias, las que permiten crear un universo de significados y definir la realidad.

Muestra

La unidad de análisis está compuesta por los abordajes, estrategias y sentidos subjetivos de los psicólogos/as de los CeSAC de Zona Sur de CABA.

La población del presente trabajo de investigación son los psicólogos/as que trabajan con población infanto juvenil en situación de vulnerabilidad psicosocial en CeSAC de Zona Sur de la CABA.

La Muestra está conformada por cinco psicólogos/as pertenecientes a equipos de salud mental de tres CeSAC de Zona Sur CABA que trabajan con población infanto juvenil con vulnerabilidad psicosocial.

Instrumentos y procedimientos

El presente trabajo se constituye como un interrogante para entender las estrategias de abordaje de los psicólogos/as de CeSAC de Zona sur de CABA, comprender las limitaciones y desafíos que atraviesan su práctica cotidiana y a su vez indagar acerca de los sentimientos y aprendizajes que construyen a la hora de trabajar con población infanto juvenil en situación de vulnerabilidad psicosocial.

Respecto a la recolección de información se recurrirá a fuentes primarias y secundarias. En las fuentes primarias se hará uso del instrumento de entrevistas semiestructuradas, para poder obtener la información buscada en cuanto a las estrategias de abordaje e intervenciones utilizadas, pero a su vez que se de el lugar a la subjetividad del entrevistado. Las fuentes secundarias incluyen material bibliográfico científico, académico, libros y documentos institucionales que se encuentren relacionados con la temática abordada.

Aspectos éticos

Como menciona Ynoub (2011), cuando las investigaciones involucra sujetos humanos, estas tienen consecuencias sobre la vida de otros sujetos, dado que puede afectar de manera directa e indirecta la vida de otra persona, es necesario tener en cuenta ciertos aspectos éticos, la participación de los entrevistados en el presente trabajo es de manera voluntaria, contenido con transparencia en cuanto a los objetivos y procedimientos del presente trabajo, se garantiza el buen uso de los datos recolectados, manteniendo el anonimato y utilizando la información de manera fidedigna, y exclusivamente para los fines declarados.

Conclusiones y síntesis de hallazgos

Las entrevistas realizadas permitieron identificar vivencias y percepciones de los psicólogos/as CeSAC de la Zona Sur de CABA respecto a las estrategias de aproximación dirigidas a la población infanto juvenil, indagando en las formas de abordaje, seguimiento e intervenciones de carácter interdisciplinar y comunitario que los profesionales despliegan en su práctica. A su vez se realiza un análisis de las dificultades, limitaciones y desafíos que atraviesan la práctica profesional cotidiana, buscando explorar tanto los obstáculos institucionales y la importancia de las estrategias de promoción de la salud, como las tensiones derivadas de la complejidad del contexto territorial. Es allí donde las situaciones de vulnerabilidad psicosocial y la urgencia de las problemáticas sociales condicionan de manera significativa el espacio terapéutico y los alcances de las intervenciones. Por último, se explora acerca de los sentidos subjetivos de los profesionales en relación a su práctica, como también sobre las percepciones que emergen de su experiencia vivida en los centros de salud. Asimismo, se indaga acerca del impacto subjetivo, los sentimientos y las reflexiones personales que genera el trabajo con población infanto juvenil en situación de vulnerabilidad psicosocial. A partir del análisis, emergen varias conclusiones relevantes:

Estrategias de aproximación, seguimiento e intervención

Los entrevistados señalaron que la intervención con niños, niñas y adolescentes está intrínsecamente ligada al trabajo con la familia o cuidadores referentes. Se destaca la importancia de poder identificar la figura del cuidador referente para así poder a su vez trabajar con aquel.

“Principalmente además de trabajar con los los niños, niñas y adolescentes, se trabaja mucho con la familia, quien sea que traiga a ese chico, una madre, un hermano, un tío, la gente que vive en la comunidad generalmente antes de ir al hospital viene al centro de salud, está como muy familiarizada con nosotros y muchas veces nos pasa que conocemos generaciones, entonces uno empieza a conocer, porque vienen desde la abuela, la madre, los hijos, y así vamos conociendo a las familias” (Entrevista 1, entrevistada F).

Respecto de las estrategias de aproximación, estas abarcan procesos de familiarización y construcción de pertenencia con la comunidad, descritos por los entrevistados como la necesidad de “formar redes”. Dichas estrategias incluyen dispositivos que trascienden el espacio del consultorio, tales como talleres grupales, familiares y comunitarios. Los profesionales destacan la importancia de una participación y escucha activa que permita diseñar intervenciones ajustadas a las particularidades de cada situación.

“Más allá de quién es la mamá o qué dice el papá, cuál es realmente la red con la que se cuenta, osea, tenemos en cuenta la red en cuanto a todo lo que puede servirnos en la comunidad, el sostén de los chicos y siempre pensando en que son chicos y que en ese sentido no se los puede pensar aislados de eso” (Entrevista 4, entrevistada A).

“Las estrategias son bien particulares de un centro de salud, de hecho yo tengo consultorio privado y las estrategias que uno utiliza son distintas, quizás también por esto que nombramos antes, al trabajar con casos de vulnerabilidad por ejemplo, siempre lo que se busca es ampliar, ampliar la red, los lazos, que son estrategias bien específicas de lo que son centros de salud” (Entrevista 5, entrevistada F).

La generación de espacios de encuentro y la realización de diagnósticos participativos permiten un primer acercamiento a la posibilidad de construcción y abordaje colectivo de las problemáticas compartidas. De acuerdo a lo antes expuesto, la creatividad, la escucha y la disponibilidad son herramientas fundamentales en la tarea que se propone dar lugar y partir de los diversos saberes comunitarios, para poder tejer alternativas a las problemáticas de salud planteadas. Cada territorio es singular, por lo que se requiere de dispositivos flexibles y permeables para generar intervenciones que puedan incluirse en la red comunitaria ya existente (Bang, 2014, p. 116).

Se observa mediante el análisis de las entrevistas un consenso respecto a que los profesionales disponen de libertad y autonomía para implementar sus propias modalidades de

trabajo, lo que les permite seleccionar las estrategias teniendo en cuenta la singularidad del caso y su propia experiencia personal.

Relación entre el territorio y la construcción de estrategias

Al indagar acerca de la relación entre el territorio y la construcción de estrategias, los entrevistados coinciden en cuanto al papel central del contexto como condición determinante para el quehacer cotidiano y la salud mental de los niños, niñas y adolescentes residentes en esa comunidad, identificándose al territorio de la zona sur de CABA como un escenario atravesado por múltiples situaciones de vulnerabilidad heterogénea.

Como sugiere Onocko (2008, como se citó en Zaldúa et al., 2016) se trata de interpretar el territorio como campo de la acción, que funciona como un anclaje en la realidad y se activa en su propia contradicción, donde transformar el mundo resulta posible, no por ellos (los pobres, los jóvenes, las comunidades), sino junto a ellos; no de una vez y para siempre, sino a través de cada acción cotidiana, en la construcción del protagonismo sobre la propia vida.

“En realidad al ser un territorio donde ya te digo, la población es tan heterogénea, la estrategia tiene que ser pensada en función de esta derivación, o sea, no tenemos una población objetivo en un barrio, o sea, como compañeros de otros Cesac que trabajan por manzanas de barrios o por block, entonces es como todo como muy artesanal de acuerdo a lo que va surgiendo” (Entrevista 3, entrevistada M)

Debido a que la demanda es situacional, dinámica y cambiante, los profesionales describen su labor como un proceso artesanal que requiere una lectura constante del caso por caso que exige la construcción de redes de contención más allá del núcleo familiar, teniendo como objetivo principal en este territorio reducir la falta de lazo social y la soledad de los niños y adolescentes fomentando la ampliación de redes y los lazos sociales, creando lugares seguros como mecanismo de protección frente a la vulnerabilidad psicosocial.

Trabajo interdisciplinario e intersectorial

En cuanto al trabajo de los equipos de salud, los datos obtenidos permiten afirmar que el trabajo profesional en centros de atención primaria de salud es de carácter meramente interdisciplinario, caracterizada por los entrevistados por una comunicación constante y fluida entre psicólogos, pediatras, trabajadores sociales, enfermería e incluso personal administrativo para pensar los casos de forma integral.

“Trabajamos en conjunto en el sentido que conocemos los casos, diferentes profesionales atendemos el mismo paciente, como por ejemplo psicopedagogía, o pediatría, son todas derivaciones que hacemos de forma interna y trabajamos en conjunto el caso a caso, sino la verdad es que queda muy corto el trabajo” (Entrevista 5, entrevistada F).

“Nuestro trabajo es meramente interdisciplinario, desde un pediatra, hasta un compañero de la misma profesión para armar algo en conjunto, todo el tiempo estamos comunicándonos y pensando muchas veces entre varios” (Entrevista 1, entrevistada F).

Por otra parte, las entrevistas destacan la importancia del trabajo intersectorial. En este sentido, los entrevistados mencionan como esencial la articulación con diferentes instituciones, principalmente escuelas, defensorías zonales, juzgados y otros efectores destinados a garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes. A su vez, se destaca que estas instituciones cumplen un papel primordial en el reconocimiento y derivación de la demanda de la población infante juvenil en situación de vulnerabilidad psicosocial.

Como plantea Bang (2014), el trabajo interdisciplinario y la intersectorialidad son ejes fundamentales para un enfoque de salud mental integral en contextos de alta complejidad generando espacios de encuentro comunitario que promuevan vínculos solidarios, la participación y la posibilidad de sostener espacios.

Dificultades en la articulación intersectorial y limitaciones del sistema de salud.

Se observa una gran congruencia en los discursos respecto a que el trabajo articulado con otros efectores, como ser escuelas, defensorías, juzgados, etc. está condicionado por el

desborde institucional y la escasez de recursos. Los profesionales entrevistados señalan que la potencia y los efectos posibles de la articulación se encuentran obstaculizados frente a la magnitud de la demanda y el poco recurso humano del sistema público. Se presenta un alto grado de rotación del personal en los organismos, lo que dificulta la continuidad de los procesos y obliga a los profesionales a comenzar de cero el diálogo cada vez que se genera un cambio.

“Vos sabías que hablabas con una persona por determinado caso y pasa que a los dos meses hablas por el mismo chico o chica y esa persona no está más, y entonces tenés que volver todo de cero el diálogo, digo, eso realmente complica un montón” (Entrevista 4, entrevistada A).

Al indagar acerca de las principales dificultades en las articulaciones intersectoriales, los profesionales destacan la falta de tiempo y la sobrecarga laboral derivada de la alta demanda sumado a las exigencias organizativas de la institución.

“La principal dificultad, el tiempo fundamentalmente el tiempo, fundamentalmente el nivel de demanda, bueno, ahora tenemos también cuestiones organizativas con respecto a las turneras que nosotros tenemos que dar respuesta a una cantidad de pacientes y en determinados horarios, por lo cual lo que tiene que ver con el trabajo por fuera de la atención en consultorio, digamos, hay que irlo laburando con esfuerzo” (Entrevista 3, entrevistada M).

A partir de estos hallazgos, resulta pertinente problematizar ¿Cómo sostener las articulaciones entre instituciones y organismos frente a la precariedad en las condiciones de trabajo que obliga a la rotación y recambio permanente de los trabajadores? La permanente rotación de profesionales y las limitaciones de recursos aparecen como factores que dificultan la continuidad de los procesos de trabajo y debilitan la consolidación de redes interinstitucionales destinadas al acompañamiento de niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad psicosocial.

A su vez, se identifica una preocupación en cuanto a los lineamientos institucionales y del Ministerio de Salud que priorizan la productividad, tomando como medida los turnos ocupados por sobre la calidad de la intervención clínica y comunitaria. En este sentido, surge la pregunta: ¿cómo enfrentar una lógica de productividad y optimización de las intervenciones cuando el trabajo en salud se caracteriza por su inmaterialidad? O en todo caso, ¿cómo se pueden construir indicadores que otorguen visibilidad a intervenciones que se proponen desde una perspectiva integral y del cuidado?

Impacto del contexto territorial en la salud mental de niños, niñas y adolescentes.

Al indagar sobre la relación entre el territorio y la salud mental, se observa un acuerdo en el señalamiento de la falta de lazos sociales y la soledad como determinantes que influyen significativamente en el bienestar de la población infanto juvenil. Los entrevistados describen un contexto donde la precariedad laboral de los adultos y la falta de recursos económicos impiden organizar rutinas acordes y saludables.

“No podría seleccionar un solo ámbito del contexto, sino pensarlo en forma más integral, lo que pasa en el barrio es muy importante, pero también lo es lo que pasa en la familia, o en la escuela, o en el club, y a veces cuando hay una situación problemática dentro de la casa, como ser violencia o conflicto intrafamiliar, a lo que se apunta es a crear espacios por fuera, para que eso pueda ser significativo en el buen sentido, es decir que pueda construir otra cosa ahí” (Entrevista 5, entrevistada F).

“Yo creo que la salud pasa por estos lugares de cuando la gente puede organizarse, salir, ir a trabajar, dejar a sus hijos en la escuela, hacer una actividad es como ordenar algunas cosas, me parece que la salud pasa por ahí. Muchas de las familias que viven en donde yo trabajo no tienen recursos económicos, no tienen trabajo, no tienen como una esta posibilidad de armar como una rutina de lo cotidiano, cualquiera de nosotros organiza mucho su vida en función del trabajo, y de estudiar, bueno, en la actividad en la que vos te dediques, ¿no? Me parece que eso influye bastante en la salud de los chicos y las chicas de nuestras comunidades” (Entrevista 1, entrevistada F).

Los testimonios permiten advertir que el territorio no es concebido únicamente como un espacio geográfico, sino como una trama de relaciones, instituciones y oportunidades que inciden directamente en la salud mental de niños, niñas y adolescentes. Desde esta perspectiva, la salud aparece asociada a la posibilidad de sostener rutinas, acceder a espacios de socialización y contar con redes de apoyo que brinden contención y sentido de pertenencia.

Siguiendo a Montenegro Martínez (2004) a el sentido de comunidad puede entenderse como el conjunto de sentimientos, vínculos e identificaciones que permiten a las personas reconocerse como integrantes de un mismo grupo social, actuando como un factor de cohesión que fortalece las relaciones entre sus miembros y favorece la participación en acciones colectivas. Este sentido se construye a partir de las experiencias compartidas, las interacciones cotidianas y los acontecimientos vividos en común, generando una percepción de pertenencia y unidad entre quienes conforman la comunidad. Desde la perspectiva de la Psicología Comunitaria, la comunidad y el sentido de comunidad constituyen conceptos estrechamente vinculados e interdependientes, ya que la comunidad se configura a través de las relaciones,

necesidades, intereses y afectos de sus integrantes, mientras que el sentido de comunidad refleja la calidad y profundidad de dichos vínculos. En consecuencia, ambos aspectos deben ser considerados de manera conjunta en los procesos de investigación e intervención comunitaria, teniendo en cuenta que el sentido de comunidad se encuentra en constante construcción y redefinición a partir de las experiencias y transformaciones que atraviesan las comunidades. teniendo en cuenta que el sentido de comunidad se encuentra en permanente construcción y redefinición a partir de las experiencias y cambios que atraviesan las comunidades.

Configuración de la demanda y expresiones de la vulnerabilidad psicosocial.

Del análisis de las entrevistas surge que la vulnerabilidad psicosocial se manifiesta en demandas que no son solamente clínicas, sino que en muchos casos están ligadas a la carencia de necesidades básicas, como la falta de vacantes escolares, dificultad en el acceso a medicación, vivienda digna o alimentación. Los motivos de consulta más recurrentes, captados mayoritariamente a través de derivaciones escolares u oficios judiciales incluyen situaciones de violencia intrafamiliar, abuso sexual, conductas autolesivas y desafíos en el neurodesarrollo.

“Y bueno, también hay muchas familias, ahí pienso más en adolescente y jóvenes, muchas familias en que las dificultades laborales también terminan trayendo otro tipo de problemáticas que atañen más al florecimiento de la violencia, el poder ofrecer menos acompañamiento a las infancias y a la adolescencia, lo cual hace que también incremente el aislamiento, el uso de pantallas” (Entrevista 2, entrevistado M)

Se observa un consenso en que la demanda suele presentarse como una urgencia social llevando a los psicólogos/as a realizar intervenciones desde lo comunitario destinadas a contribuir con las necesidades de la familia antes de poder iniciar un abordaje terapéutico tradicional.

Las vulnerabilidades están en este momento como un poco en la orden del día, diría yo, ¿no? A ver se podría pensar estas vulnerabilidades son como de distintos tipos, desde que nos pueden conseguir la medicación a veces para sus hijos, sus hijas, desde que no encuentran una vacante en la escuela o quedan con los pibes como un mes sin poder ir a clase, que su casa no sé, tiene mucha humedad y no puede ser un entorno saludable, que van a buscar comida al comedor y llegan tarde y no hay más y quizás esa noche

no comen, osea, la vulnerabilidades son, diría yo de distinto tipo" (Entrevista 1, entrevistada F).

Los relatos de los entrevistados permiten comprender que la vulnerabilidad psicosocial se expresa a través de demandas complejas que articulan problemáticas subjetivas, familiares y sociales.

Importancia de la promoción de la salud

Respecto a la promoción de la salud, si bien todos la consideran fundamental, surge que en la práctica cotidiana ocupa un lugar secundario. Los profesionales coinciden en que "lo urgente tapa lo necesario", de modo que la atención de situaciones críticas y la exigencia de cumplir con una cierta cantidad de turnos individuales dejan de lado las acciones preventivas y los espacios grupales, los cuales también contribuyen al trabajo clínico.

Este último tiempo las actividades de promoción de salud están cada vez más llevadas a segundo plano, lo que hace muy difícil poder sostenerlo, ya que se toman otras cuestiones como prioridades. De todos modos se trabaja para eso, acá hacemos talleres, hacemos convocatorias, desde mi opinión son espacios que deberían ser importantes, ya que son muy útiles y preventivos" (Entrevista 1, entrevistada F).

"Para mí es fundamental, pero es un desafío en este contexto donde la lógica es la de apagar incendios siempre. La promoción termina quedando relegada, lamentablemente porque te llegó un oficio porque cayó una situación de abuso que hay que atender sí o sí o porque te explota algo ahí mismo en el Cesac, entonces un poco siempre lo urgente tapa lo necesario que es la promoción, pero aún así nos las arreglamos para poder laburar en esa línea" (Entrevista 2, entrevistado M)

De acuerdo con Breilh (2010, como se citó en Zaldúa et al., 2016) la concepción integral de la salud como un campo de acción colectiva implica entender el derecho a la salud como inseparable de otros derechos fundamentales, tales como la educación, la vivienda, la alimentación, el trabajo, la seguridad social y el acceso a las necesidades básicas, entre otros. Desde esta perspectiva, los problemas de salud trascienden la esfera individual, ya que los factores que contribuyen al proceso de enfermar no afectan únicamente a una persona o a un grupo reducido, sino que tienen el potencial de impactar sobre toda la comunidad.

Las entrevistas evidencian que la promoción de la salud ocupa un lugar principal, que a su vez se encuentra en constante tensión. Por una parte es reconocida por los profesionales como una estrategia fundamental para el fortalecimiento comunitario, mientras que al mismo tiempo las condiciones de trabajo y la complejidad de las demandas dificultan su puesta en acción. Así, las prácticas de promoción quedan atravesadas entre la atención de la urgencia y la construcción de acciones preventivas.

Efectos y evaluación de las estrategias de intervención

Al indagar acerca de los efectos de la práctica en el consultorio, se observa los profesionales coinciden en que la evaluación de los efectos de las estrategias utilizadas no se manifiesta de forma explícita y lineal, sino que se trata de un proceso dinámico asociado a la construcción del sujeto como paciente, al alivio del sufrimiento y a la inclusión y participación de la población infanto juvenil a actividades acordes a su edad. A su vez se observa un consenso en cuanto a la importancia del contexto y las condiciones estructurales, destacando que al no poder cambiar estas condiciones, los efectos de las estrategias son evaluadas como reducción de daños, acompañamiento y fortalecimiento de las redes comunitarias.

En esta ruta, quizá una tarea fundamental sea, no sólo buscar resolver problemas, sino generarlos; generar otros problemas, distintos a los heredados, problematizar de forma tal que sean posibles otras formas de acción que nos orienten a horizontes diferentes y seguramente cambiantes. Cuestionar la reificación de los problemas y de los sujetos problemáticos; las racionalidades que articulan y conducen la acción, las lógicas con que se implementa y las temporalidades que despliegan. (Martínez Guzmán, 2024, p. 116).

“Al no cambiar ciertas condiciones de contexto, uno lo que hace, la verdad es más reducción de daños y acompañamiento, que digo, al menos es algo, digamos que peor es nada, mejor que esté eso a que no esté, pero a nivel promocional y hablando de los espacios grupales tiene que ver justamente con reforzar las redes de la propia comunidad, en el grupo de adolescentes te puedo decir que lo veo, se puede ver que el armado de las redes más allá del acompañamiento profesional produce grandes efectos” (Entrevista 2, entrevistado M)

“Muchas veces no se puede evaluar explícitamente si se producen los efectos que estoy buscando, más allá de que sea algo dinámico y que muchas veces uno no consigue lo que busca, pero cómo evalúa hasta los efectos, por ejemplo, mira, en lo que es terapia individual, me parece que bueno, muchas veces hay que hacer mucho para construir ahí un paciente, ¿no?, también hay que construir muchas cosas antes para que haya un

paciente y llegar a eso es una buena forma de evaluar los efectos que producen las intervenciones” (Entrevista 1, entrevistada F).

Las entrevistas muestran que los efectos de las intervenciones no pueden ser analizados exclusivamente en términos de resultados visibles. En contextos de vulnerabilidad psicosocial el acompañamiento, la construcción de redes de apoyo y la generación de espacios de pertenencia adquieren un papel central como formas posibles de producir efectos positivos.

De modo que, antes de ofrecer soluciones y rutas de salida a los entresijos que nos plantea la acción y la intervención psicosocial, antes de condenarla y abandonarla del todo, o establecer los fundamentos definitivos que la salvaría de sus contradicciones, parece más justo y quizá más interesantes mantener la disposición de implicarse en ella, al mismo tiempo que continuar labor de interrogarla y dismantelarla. (Martínez Guzmán, 2024, p. 117).

Sentimientos y percepciones sobre la práctica en un Centro de Atención Primaria

Respecto a la apreciación personal de la práctica en centros de salud, emerge un fuerte sentido de vocación y compromiso con la labor desarrollada dentro del ámbito de la salud pública.

“La verdad es que a mí me apasiona lo que hago, trabajo de ambas formas, en el sistema de salud pública y en el consultorio particular, dos ámbitos muy diferentes, donde cada uno me aporta desde un lugar diferente, pero realmente no podría imaginarme sin trabajar en el centro de salud” (Entrevista 5, entrevistada F).

“Mira, a nivel personal yo creo que roza algo también como medio vocacional, como el que está en muchos casos es porque eligió estar y porque quiero, en mi caso es una cuestión vocacional, es una decisión que es política también el estar y que tiene que ver con el compromiso de seguir manteniendo como la bandera de lo público y de calidad, lo público no arancelado y de calidad” (Entrevista 2, entrevistado M).

Los profesionales coinciden en sentirse gratificados por la cercanía con la comunidad y con los vínculos que desarrollan, lo cual les permite conocer generaciones de familias y sus historias. De esta manera se produce una mayor familiarización con los casos a abordar, lo que a su vez es beneficioso para los usuarios por el sentido de pertenencia que desarrollan en el centro de salud al que asisten.

Impacto subjetivo del trabajo en contextos de vulnerabilidad psicosocial

El impacto subjetivo manifestado a lo largo de las entrevistas, coincide en un sentimiento caracterizado por frustración, impotencia y tristeza ante las limitaciones del sistema y de lo que se puede aportar desde la práctica profesional. Se acuerda en la importancia del apoyo en el equipo de profesionales, así como también en el análisis personal de cada profesional, mencionando que con el pasar de los años el impacto subjetivo se transforma; se presenta un pasaje desde “lo impactante” hacia una mirada que acepta los límites de la práctica.

“La verdad es que son situaciones complejas, y muchas veces las sensaciones que quedan son de preocupación, de tristeza, porque muchas veces esas limitaciones de las que hablábamos hacen que, bueno, justamente, haya cosas que no podemos hacer, y por más que queremos hacer lo mejor posible hay que lidiar con esa frustración, e intentar aceptar que desde acá no se puede más que esto” (Entrevista 5, entrevistada F).

“Al principio de mi carrera te diría que el impacto era muy grande y muy chocante, creo que los años después te van haciendo poder mirar desde otro lugar, entendiendo que uno acompaña hasta donde puede” (Entrevista 4, entrevistada A)

Como sostiene Montero (2004), la indiferencia y la objetividad no comprometida no llevan a la transformación social. La afectividad y los modos en que ella se expresa en la práctica son de suma importancia en la psicología comunitaria. ¿Cómo pensar en la participación comprometida y en el compromiso participativo, en los efectos de la concientización, sin considerar la emoción de darse cuenta de que es posible ver las cosas desde otros ángulos, entender por qué lo que se creía esencial e inmutable puede mutar, que todo puede cambiar, incluyéndonos a nosotros mismos?

Aprendizajes y reflexiones a partir de la labor con niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad psicosocial

Frente a la experiencia de trabajar con población infanto juvenil en contexto de vulnerabilidad psicosocial, los psicólogos/as coinciden en destacar como principal aprendizaje el desarrollo de una escucha activa y la paciencia en pos de los tiempos de los pacientes, especialmente con los adolescentes. Las reflexiones finales arrojan un consenso en la importancia de apostar y poner la mirada por lo colectivo y comunitario frente al trabajo individual y en sostener una práctica que dé lugar a la dinámica del caso por caso y la subjetividad de quien demanda.

“Bueno, el mensaje sigue siendo apostar, me parece que apostar a lo colectivo y romper con el automático del salvarse solo, o el sálvese quien pueda, a seguir apostando a la construcción de estrategias colectivas” (Entrevista 2, entrevistado M).

Se observa un discurso compartido manifestando que la práctica es un aprendizaje diario y dinámico donde no se debe limitar el saber, sino mantenerse abierto a lo que cada caso demande desde su singularidad.

“La verdad que acá sigo aprendiendo todos los días cosas nuevas, las experiencias se renuevan, porque bueno, nuestra disciplina tiene que ver con eso, todo el tiempo te estás encontrando con situaciones que son muy de cada caso, entonces creo que el aprendizaje es justamente ese, el entender que siempre uno está aprendiendo, y no cerrarse en lo que sabe, o en lo que vio, porque es algo muy dinámico” (Entrevista 5, entrevistada F).

Reflexiones finales

A partir del análisis realizado se observan una serie de discursos compartidos que permiten comprender cómo se configuran las prácticas de intervención en los CeSAC de la Zona sur de CABA. Los datos obtenidos demuestran que las intervenciones se encuentran atravesadas por el territorio, la construcción de redes de sostén y la necesidad de abordajes que consideren el caso por caso, donde el trabajo interdisciplinario y comunitario adquiere un papel principal frente a las diferentes situaciones de vulnerabilidad psicosocial que llegan como demanda al consultorio.

Las entrevistas permitieron evidenciar que las estrategias e intervenciones con población infanto juvenil situación de vulnerabilidad psicosocial deben ser flexibles, dinámicas y pensadas desde el fortalecimiento de redes vinculares y comunitarias, donde la demanda no puede pensarse separada de las condiciones sociales y necesidades básicas que interpelan la vida cotidiana de los niños, niñas y adolescentes.

Asimismo, se identificó que las demandas a los centros de salud deben ser vistas desde una mirada integral ya que expresan problemáticas complejas que trascienden el campo específico de la salud mental, encontrándose estrechamente vinculadas a situaciones de pobreza, precariedad laboral, dificultades de acceso a derechos básicos y diversas formas de vulneración.

Por último, se observa un discurso compartido de los profesionales remarcando las tensiones existentes entre las demandas institucionales de productividad y la necesidad de sostener prácticas grupales, preventivas y comunitarias. Respecto de las prácticas llevadas a cabo, los profesionales ponen de manifiesto que las mismas se encuentran condicionadas por diversas dificultades y desafíos vinculados tanto a las limitaciones institucionales como a la complejidad del contexto social y territorial. Aun así se destaca que frente a los desafíos y al impacto subjetivo que implica trabajar en contextos de alta vulnerabilidad psicosocial, los profesionales continúan sosteniendo sus prácticas basadas en la escucha, el compromiso y la construcción de lazos sociales, otorgándole un lugar central a la dimensión afectiva y comunitaria para abordar el cuidado en salud mental.

Sin embargo, a pesar de estas dificultades, los relatos dan cuenta de un fuerte compromiso y vocación con la salud pública. Los profesionales destacan la importancia de la cercanía con la comunidad y la construcción de vínculos de confianza. En este contexto, los efectos de las intervenciones son valorados no únicamente a partir de resultados visibles o inmediatos, sino también desde la reducción del sufrimiento, el fortalecimiento de redes de apoyo, la generación de espacios de pertenencia y el acompañamiento sostenido de los sujetos y sus familias.

Finalmente, puede concluirse que el trabajo de los psicólogos/as en centros de Atención Primaria de la Salud con población infantojuvenil en situación de vulnerabilidad psicosocial constituye una práctica integral y dinámica, que requiere intervenciones interdisciplinarias e intersectoriales que a su vez sean capaces de articular las dimensiones individuales, familiares, comunitarias e institucionales de los problemas abordados.

Siguiendo a Cordero (2023), la escucha de las voces de las infancias, el trabajo colectivo y el juego como estrategia privilegiada constituyen ejes centrales que atraviesan la experiencia. Dicha experiencia se ve posibilitada por la presencia de personas adultas que se

involucran activamente, que se muestran disponibles para alojar el sufrimiento de lxs niñxs, reconociéndolos en su singularidad y permitiendo que sus necesidades y emociones puedan ser expresadas.

Referencias

- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120. <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-399>
- Bang, C. (2021). Abordajes comunitarios en salud mental en el primer nivel de atención: conceptos y prácticas desde una perspectiva integral. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 12(2), 778-804. <https://doi.org/10.21501/22161201.3616>
- Bang, C., Cafferata, L. I., Castaño Gómez, V. e Infantino, A. I. (2020). Entre “lo clínico” y “lo comunitario”: tensiones de las prácticas profesionales de psicólogos/as en salud. *Revista de Psicología*, 19(1), 48-70. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe041>
- Barcala, A., & Luciani Conde, L. (2015). *Salud mental y niñez en la Argentina: Legislaciones, políticas y prácticas*. Teseo.
- Cesana, A. (2017). *No hago clínica, ¿pero entonces qué hacés? no sé*. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIV Jornadas de Investigación. XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Colanzi, I. (2025). El cuidado de la salud mental en las intervenciones territoriales en infancias y juventudes vulneradas. *Investigando en Psicología*, 26(1), 77-87. <https://doi.org/10.70198/iep.v1i26.288>

- Cordero, L. (2023). Alojar las infancias. Espacio de Niñez y Adolescencia de la Asociación Civil Quillagua. En M. A. Parra (Coord.), *Infancias que interpelan: experiencias comunitarias e incidencias en las políticas públicas* (pp. 207-229). Teseo.
- Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Hacienda GCBA. (2015). Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) por comuna. Ciudad de Buenos Aires (Mapa). <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2016/08/SA071403.pdf>
- Estévez, A. (2011). Vulnerabilidad psicosocial: una aproximación conceptual. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Feo, O. (2012). Dialogando con Mario Rovere sobre el artículo "Atención primaria de salud en debate". *Salud em Debate*, 36(94), 352-354 <https://doi.org/10.1590/S0103-11042012000300006>
- Fernández, M., & León, J. (2018). *El concepto de estrategia: dificultades de definición e implicaciones psicopedagógicas*. Universidad Nacional de Río Cuarto.
- Freidin, B., et al. (2020). Atención primaria de la salud en tiempos de crisis. Teseo.
- Galende, E. (2015). Prólogo. En A. Barcala & L. Luciani Conde (Comps.), *Salud mental y niñez en la Argentina: Legislaciones, políticas y prácticas*. Teseo.
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2 de septiembre de 2022). Cómo trabaja el primer nivel de atención de salud pública de la Ciudad. <https://buenosaires.gob.ar/noticias/como-trabaja-el-primer-nivel-de-atencion-de-salud-publica-de-la-ciudad>
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud - RIEpS (2013). "Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud. Reflexiones en torno a la práctica". Buenos Aires: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- González Rey, F. (2011). Sentidos subjetivos, lenguaje y sujeto: avanzando en una perspectiva postracionalista en psicoterapia. *Rivista di psichiatria*, 46(5-6), 310-314.

- Instituto de Estadística y Censos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2024). Anuario Estadístico 2024. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?page_id=1848
- Lenta, M. M. & Peirano, R. (2016). *Presentación: Infancias, adolescencias y la protección integral de derechos*. En G. Zaldúa (Coord.), *Intervenciones en psicología social comunitaria: territorios, actores y políticas sociales* (pp. 177-181). Teseo
- Lenta, M. M. & Zaldúa, G. (2016). *Niñez, adolescencia y derechos humanos. Sobre inconsistencias y contradicciones de las políticas públicas*. En G. Zaldúa (Coord.), *Intervenciones en psicología social comunitaria: territorios, actores y políticas sociales* (pp. 257-266). Teseo
- Lenta, M. M. & Zaldúa, G. (2020). Infancias y Derechos: Desafíos de Exigibilidad en Contextos de Vulnerabilidad Psicosocial. *Psykhé*, (1), 1-13.
- Lenta, M. M., Pawlowicz, M. P., & Riveros, B. (2019). Tramas, problemas y nudos en las intervenciones del campo de las políticas de infancia. *Salud Mental Y Comunidad*, (7), 29–48. <https://doi.org/10.18294/smyc.2019.5058>
- Lenta, M. M., Pawlowicz, M. P., Riveros, B., & Zaldúa, G. (2018). *Dispositivos instituyentes en infancias y derechos*. Teseo.
- Martínez Guzmán, A. (2024). Tecnologías de intervención psicosocial: una invitación a seguir con el problema. *Revista SOMEPSO*, 9(2), 100-118. Recuperado a partir de <https://revistasomepso.org/index.php/revistasomepso/article/view/203>
- Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Gerencia Operativa de Epidemiología. (2020). *Análisis de Situación de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (Año 2020)*. Subsecretaría de Planificación Sanitaria.
- Mintzberg, H. (2006). Las cinco Ps de la Estrategia. In *O Processo da estratégia* (pp. 24-29). São Paulo: Bookman.
- Montenegro Martínez, M. (2004). *Comunidad y bienestar social*. En G. Musitu Ochoa, J. Herrero Olaizola, L. M. Cantera Espinosa & M. Montenegro Martínez, *Introducción a la Psicología Comunitaria* (pp. 18-36). UOC.

- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos*. Paidós.
- Parra, M. A. (2012). Estrategias de intervención de los psicólogos en el contexto de la atención primaria de la salud: interfaces entre la salud mental y la atención primaria de la salud. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XIX Jornadas de Investigación. VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Zaldúa, G., Bottinelli, M. M., Longo, R., Sopransi, M. B., & Lenta, M. M. (2016). Exigibilidad y justiciabilidad desde la epidemiología territorial. Una construcción inicial con actores comunales. En G. Zaldúa (Coord.), *Intervenciones en psicología social comunitaria: territorios, actores y políticas sociales* (pp. 21-52). Teseo.
- Zaldúa, G., Bottinelli, M. M., Longo, R., Sopransi, M. B., & Lenta, M. M. (2016). *Exigibilidad y justiciabilidad desde la epidemiología territorial*. En G. Zaldúa (Coord.), *Intervenciones en psicología social comunitaria: territorios, actores y políticas sociales* (pp. 21-53). Teseo.
- Zaldúa, G., Bottinelli, M. M., Pawlowicz, M. P., Longo, R., Lenta, M. M., Nabergoi, M., Sopransi, M. B., Pequeño, D., Moschella, R. & Bavio, B. (2016). *Narrativas sobre adolescentes en contextos críticos*. En G. Zaldúa (Coord.), *Intervenciones en psicología social comunitaria: territorios, actores y políticas sociales* (pp. 207-232). Teseo.
- Zaldúa, G., Pawlowicz, M. P., Longo, R., Sopransi, M. B., & Lenta, M. M. (2016). *Vulneración de derechos y alternativas de exigibilidad en salud comunitaria*. En G. Zaldúa (Coord.), *Intervenciones en psicología social comunitaria: territorios, actores y políticas sociales* (pp. 55-84). Teseo.
- Zaldúa, Graciela, Lodieu, María Teresa, Bottinelli, Marcela, Pawlowicz, María Pía & Koloditzky, Dora (2010). *Praxis psicosocial comunitaria en salud: las representaciones y las prácticas de salud en los adolescentes*. En Zaldúa, Graciela *Praxis Psicosocial Comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas*. Buenos Aires (Argentina): EUDEBA.

Anexos

Entrevista #1

Y: Te pido que te presentes en relación con tu género, edad y formación

F: Bueno, yo soy Fabiana, soy psicóloga, tengo 48 años estudié en la Universidad de Buenos Aires, después de que me recibí, rendí el examen de residencia concurrente en ese momento todavía había concurrente, yo entré como concurrente en el centro de Salud 19. y cuando estaba próxima ya a terminar, este se abrieron algunos cargos y bueno, concurse y pude quedar, así que digamos siempre fue un interés para mí trabajar en todo lo que era población, en situación de vulnerabilidad amplia, no solamente social y económica, sino vulnerabilidades de todo tipo. Y bueno, tuve la suerte y me pude quedar ahí.

Y: ¿Podrías contarme brevemente tu trayectoria profesional, en que Cesac trabajas y cual es tu rol actual dentro de este? ¿Desde hace cuanto tiempo trabajás en el CeSAC?

F: Trabajo en el Cesac 19, hace ya más de 10 años. Cuando empecé a formarme, uno de los lugares donde más aprendí fue en la juegoteca que se hacía en sala de espera. Ahí trabajábamos en un espacio que tenían muchas familias y se trabajaba mucho con la dupla de las madres, con los bebés, era sumamente interesante porque uno podía ver cómo en ese momento estaban pasando cosas,

Y: ¿Podes contarme con qué población trabajas?

F: En su mayoría, los pacientes que tenemos son niños, niñas y adolescentes y algunos pacientes, adultos y adultas jóvenes

Y: ¿Qué características observás que tiene esa población con la que trabajas? Por ejemplo grupos etarios, étnicos, socioeconómicos, y con qué problemáticas se presentan)

F: Bueno, la mayor parte de la población vive, a ver, el centro de salud está ubicado en la zona Sur de CABA, está ubicado bastante cercano al barrio Padre Rodolfo

Ricciardelli, conocido también como villa 1-11-14. En su mayoría está conformado por la comunidad boliviana, peruana, en menor parte de la comunidad de Paraguay, también hay personas argentinas. Viven en situación de bastante hacinamiento, los trabajos que tienen se caracterizan por ser trabajos informales, trabajan mucha cantidad de horas, o sea, ahora se regularizó bastante el trabajo en los talleres de costura, pero siguen siendo largas, porque en general son de 12 horas, pero antes era bastante peor y en ese momento me acuerdo que lo observábamos eran las mamás que trabajaban con sus bebés, por ejemplo, se ponía en una caja el bebé para que la mamá pueda coser y cuidarlo al mismo tiempo. Y ahora, bueno, está como un poco más regularizado, al menos trabajan 12 horas. Algunas pueden conseguir dentro del barrio algún jardín maternal, o escuelas primarias y secundarias con comedores, pero hay mucho chico y adolescente que se la pasa mucho tiempo en la calle, mientras sus padres están trabajando y prácticamente se cuidan solos.

Y: Cuando trabajás con niños, niñas y adolescentes que atraviesan situaciones complejas en sus contextos de vida, ¿qué estrategias utilizas? (de aproximación a esa población, seguimiento, familiares, comunitarias, institucionales)

F: Bueno, principalmente además de trabajar con los los niños, niñas y adolescentes, se trabaja mucho con la familia, quien sea que traiga a ese chico, una madre, un hermano, un tío, la gente que vive en la comunidad generalmente antes de ir al hospital, viene al centro de salud, está como muy familiarizada y nosotros, y muchas veces nos pasa que conocemos generaciones, entonces uno empieza a conocer, porque vienen desde la abuela, la madre, los hijos, y así vamos conociendo a las familias. Me parece que incluso tiene que ser como de afuera hacia adentro y de adentro hacia afuera, diría yo, como que la comunidad venga, pero que nosotros como centro de salud también generar una participación activa en la comunidad, entonces parte de nuestras estrategias es ir a hacer, por ejemplo, no sé, un taller en una escuela cercana, trabajamos en los séptimo grado y hacemos talleres que tienen que ver con ESI, después otros referidos a consumo en sentido amplio, no pensado sólo como consumo problemático y así vamos armando lo que vos te puedas imaginar.

Y: ¿Estas estrategias surgen de lineamientos institucionales, del trabajo en equipo o de tu experiencia personal?

F: Y yo creo que un poco de cada cosa, me parece que las estrategias uno primero las piensa, surgen desde escuchar lo que la gente te dice que estás necesitando, ¿no?, no de lo que yo creo, sino desde lo que el otro puede delimitar como necesidad o

problema, quizás algo que yo pienso que es un problema para el otro no lo es. Entonces primero me parece que la estrategia se va a armar en función de escuchar. La verdad es que el centro acompaña, nos da bastante libertad de poder manejarnos, porque en definitiva todo es para sumar. Algo muy importante tiene que ver con el seguimiento, con el poder como acompañar a la familia esté dentro de las posibilidades que tengamos, brindando estos espacios que son grupales y que son comunitarios para que ellas también tengan un lugar a donde poder referenciarse y también poder pensar con gente que desde su propia comunidad en las dificultades que tienen, ¿no? Y que surja esto que se construya un saber grupal en el que nosotros como profesionales, por supuesto, decimos cosas, no es que no decimos nada, pero siempre habilitamos la palabra para que el otro pueda determinar qué le pasa, cómo le pasa y escuchar las voces de los otros.

Y: ¿Qué relación pensás que hay entre el territorio y la elección de las estrategias?

F: Mucha relación diría yo, todo lo que tiene que ver con este tipo de territorios, lo que se busca es armar redes, que esas niñxs, o familias puedan lograr tener una red de contención más allá de su núcleo familiar. Entonces la relación entre el territorio y las estrategias tienen que ver con la escucha de la comunidad. La comunidad vive en un territorio en donde están y donde ellos pueden delimitar mejor que nadie qué es lo que necesitan. Entonces esa es un poco la relación, o sea que yo escucho y en función de lo que voy escuchando, voy pensando cómo abordar esa demanda. Y aparte es como que la demanda también es situacional, y es dinámica, es cambiante, porque lo que hoy es un problema puede ser que mañana deje de serlo y aparezcan nuevas cuestiones. Entonces en función de eso voy a tener que tener lectura de la situación, del territorio, como vos decís, para implementar las estrategias.

Y: ¿Trabajas en conjunto con otros profesionales del centro de salud frente a estas problemáticas? (en caso que si: ¿Con quiénes? ¿cómo es esa articulación?)

F: Nuestro trabajo es meramente interdisciplinario, desde un pediatra, hasta un compañero de la misma profesión para armar algo en conjunto, todo el tiempo estamos comunicándonos y pensando muchas veces entre varios.

Y: ¿Se realizan articulaciones con otros efectores, instituciones del territorio (escuelas, servicios de protección, organizaciones comunitarias)? ¿De qué manera?

F: Si, por supuesto, desde el vamos muchas de las demandas que nos llegan al centro de salud vienen de escuelas, defensorías, hogares convivenciales, principalmente

escuelas diría yo, y de que manera, bueno, contestando pedidos de informes, con las escuelas quizás muchas veces se puede mantener una comunicación un poco más informal, pero el contacto siempre está.

Y: ¿Cuáles son las principales dificultades que encontrás en este tipo de articulaciones?

F: Ya sea con compañeros dentro del CESAC o con efectores de afuera. Muchas veces son los tiempos para reunirnos, si bien tenemos espacio de reuniones de equipo. A veces no alcanza, o sea, fácil no es. A veces cuestan un montón las derivaciones, a otros niveles, si tenemos que internar un paciente. Y además hay mucha escasez de recursos, claramente, cada vez tenemos menos, pero bueno, esas son un poco las dificultades que yo encuentro.

Y: Desde tu experiencia profesional, ¿qué aspectos del contexto territorial considerás que influyen de manera más significativa en la salud mental de niños, niñas y adolescentes?

F: Mira. Yo creo que la salud pasa por estos lugares de cuando la gente puede organizarse, salir, ir a trabajar, dejar a sus hijos en la escuela, hacer una actividad es como que ordena algunas cosas, me parece que la salud pasa por ahí. Muchas de las familias que viven en donde yo trabajo no tienen recursos económicos, no tienen trabajo, no tienen como una esta posibilidad de armar como una rutina de lo cotidiano, cualquiera de nosotros organiza mucho su vida en función del trabajo, y de estudiar, bueno, en la actividad en la que vos te dediques, ¿no? Me parece que eso influye bastante en la salud de los chicos y las chicas de nuestras comunidades. A ver, el contexto es difícil, como que hay muchas familias que escucha que están como muy solas, o con pocas redes sociales y familiar, sin trabajo. Creo que esta es una de las cosas.

Y: ¿Cómo se observa para vos la vulnerabilidad psicosocial en las demandas que llegan al Cesac? ¿Cuáles son las principales demandas en población con vulnerabilidad psicosocial?

F: Y las vulnerabilidades están en este momento como un poco en la orden del día, diría yo, ¿no? Ahí diste a ver si no se podría pensar estas vulnerabilidades son como de distintos tipos, desde que nos pueden conseguir la medicación a veces para sus hijos, sus hijas, desde que no encuentran una vacante en la escuela o quedan con los pibes como un mes sin poder ir a clase, que su casa no sé, tiene mucha humedad y no

puede ser un entorno saludable, que van a buscar comida al comedor y llegan tarde y no hay más y quizás esa noche no comen, o sea, la vulnerabilidades son, diría yo de distinto tipo.

Ahora hay muchas cuestiones que tienen que ver con ideas autolesivas, situaciones compatibles con ASI, situaciones de violencia en el ámbito familiar. Hay muchos niños y niñas con desafíos del desarrollo que antes no había tanto. Después, que más, y después hay a veces situaciones que son más para ayudar a la familia y organizarse, ¿no? Como hay cuestiones a veces que no requieren claramente de un tratamiento, sino que, por ejemplo, muchas veces es terapéutico no sé qué la señora tenga un jardín a donde mandar a su bebé para que ella pueda trabajar o acompañarla para la vacante y organizar cosas que muchas veces eso hace una diferencia y no se requiere un tratamiento, por ejemplo, en el grupo de madres y padres que yo coordino que ahí es dentro del sentido de salud, en muchas hay muchas situaciones que las manejamos pensándola en forma como más comunitaria, en forma grupal, ¿no? Como que cada familia trae lo que le preocupa por lo general, trae muchas preocupaciones vinculadas a lo que les pasa a los adolescentes, en algunos casos, algunas cuestiones vinculadas al consumo y bueno, y lo que hacemos es pensar, cómo cada familia puede acompañar las situaciones que están viviendo. También hay situaciones, de problemas de aprendizaje o de conducta, puede ser que haya también alguna cuestión vincular, ansiedad sí. Esas son, diría yo, en gran parte las demandas que más llegan.

Y: ¿De qué manera pensás que el contexto social y familiar condiciona o potencia las intervenciones que se realizan?

F: Condiciona o potencia desde el momento que hay familias que están y a la vez no están, porque, o sea, tienen como una cosa de que están, pero en el momento en que uno los convoca para trabajar no vienen o no traen al hijo, eso puede obstaculizar o bien potenciar, dependiendo de cuál sea la red de contención que tenga ese menor por detrás.

Y: Desde tu experiencia, ¿qué lugar ocupa la promoción de la salud dentro de las prácticas cotidianas con esta población?

F: Es súper importante porque me parece que tenemos que poner bastante la mirada en la parte sana, ¿no?. Además, desde la promoción podemos armar redes dentro de la comunidad, para que puedan sentir que no están solos, y que tienen un lugar a donde acudir.

Y: ¿Cuáles dirías que son las principales dificultades que encontras al trabajar con población infanto-juvenil en situación de vulnerabilidad psicosocial?

F: Y muchas veces encontrar un adulto, una adulta que los puede traer, ¿no?, que haya alguien que uno pueda encontrar y decir, bueno, a veces ese es el trabajo, encontrar quién es el adulto que estaba con este pibe, con esta piba, ¿no? ¿Quién está acompañando a este chico? Esa para mí es una dificultad.

Y: ¿Qué limitaciones institucionales o del sistema de salud o de otro tipo impactan en tu práctica?

F: Bueno, siento que el año pasado fue muy complejo, por esto que te decía, muchos cambios a nivel macro, político, en la sociedad y lo económico que impacta claramente en el sector salud y hace que se deje de lado un poco la calidad de como trabajamos y se piense un poco más solo en lo que hay que hacer en cuanto a productividad.

Y: ¿Con qué desafíos te encontras en tu práctica?

F: Bueno, es un gran desafío el poder armar un espacio que también elijan, que no sea algo obligado, que tenés que ir, porque la escuela te lo exige, claramente llegan en esa situación, pero creo que el constituir con ellos mismos una demanda, que no sea algo que el otro le dice, sino algo que ellos puedan delimitar como su propio problema.

Y: Desde tu experiencia, ¿qué efectos producen las estrategias de intervención que utilizas y cómo realizás la evaluación de esos efectos en tu práctica profesional?

F: Muchas veces no se puede evaluar explícitamente si se producen los efectos que estoy buscando, más allá de que sea algo dinámico y que muchas veces uno no consigue lo que busca, pero cómo evalúa hasta los efectos, por ejemplo, mira, en lo que es terapia individual, me parece que bueno, muchas veces hay que hacer mucho para construir ahí un paciente, ¿no?, también hay que construir muchas cosas antes para que haya un paciente y llegar a eso es una buena forma de evaluar los efectos que producen las intervenciones.

Y: ¿Qué sentimientos, percepciones o reflexiones personales te genera trabajar en un centro de salud de Atención Primaria?

F: Me encanta, me gusta cuando entré hace muchos años y empecé a hacer mi concurrencia y decía, bueno, me encantaría poder quedarme acá, siempre pensé cuando terminé la universidad que quería trabajar en un lugar público, y sobre todo

como muy cercano a la gente. Así que bueno, nada, muy contenta, muy agradecida con la gente también, que uno también aprende mucho con ellos.

Y: ¿Cómo te impacta subjetivamente trabajar con situaciones de vulnerabilidad psicosocial?

F: A mí me parece que es fundamental apoyarse en el equipo del que formas parte, que vos puedas compartir con tus compañeros las angustias, tu enojo, me parece que es muy importante. Creo que es muy importante también no quedarse solo con las situaciones, sino bueno, pensar también en lo que uno aporta desde el lugar que tiene y puede, la realidad es dura. Entonces, bueno, hay que trabajar con el otro, o con tu análisis personal, sino es muy complejo, es muy difícil.

Y: Frente a las problemáticas de vulnerabilidad psicosocial en niños, niñas y adolescentes, ¿qué aprendizajes o reflexiones has tenido a partir de pensar o trabajar con ellos?

F: ¿Qué aprendí? A escucharlos, creo que a esto también, ¿no? de que cuando pueden hacer, no sé, una actividad en donde están con otras personas, también forma parte del tratamiento, que ellos mismos puedan decir que les pasa y trabajar con la familia. Creo que básicamente a entender también los tiempos, sobre todo en el caso de los adolescentes.

Y: ¿Hay algo que no te haya preguntado y que consideres importante para comprender este tipo de intervenciones?

F: No, la verdad que siento que fue muy completo.

Entrevista #2

Y: Te pido que te presentes en relación con tu género, edad y formación.

M: Mi nombre es Mariano tengo 38 años soy licenciado en psicología recibido de la Universidad de Buenos Aires. Respecto a mi información, soy docente de la universidad también desde hace 15 años, trabajo en salud pública desde el año 2012.

Y: ¿Podrías contarme brevemente tu trayectoria profesional, en que Cesac trabajas y cual es tu rol actual dentro de este? ¿Desde hace cuanto tiempo trabajás en el CeSAC?

M: Principalmente me formé en provincia de Buenos Aires, trabajando en el municipio de las Matanza, y hace ya dos años y algunos meses que estoy trabajando en el CESAC 4 en el barrio de Mataderos en Capital Federal, como psicólogo.

Y: ¿Podes contarme con qué población trabajas?

M: En el CESAC atiendo todo el rango etario, digamos desde personas adultas, adultos mayores también y adolescentes y infancias tanto, sobre todo lo que es adolescentes, tanto de manera individual como en un dispositivo comunitario y grupales

Y: ¿Qué características observás que tiene esa población con la que trabajas? (por ejemplo: grupos etarios, étnicos, socioeconómicos, y con qué problemáticas se presentan)

M: Bien, en lo que tiene que ver más con el área de salud, con salud mental, más específicamente es muy variado en términos generales, no podría dar como un patrón unificado de lo que son las problemáticas, pienso tanto en la adultez como más en la infancia y juventud, si lo que tiene que ver con las problemáticas más socioeconómicas viene siendo también una cuestión que viene de mal en peor, podríamos decir por lo menos desde que yo empecé a trabajar, si bien el Cesac queda en capital federal, también tiene la característica de que viene mucha gente de provincia, principalmente de la matanza o de Tres de febrero, que son como los lugares más cercanos al Cesac y ahí también cambia un poco la característica de la problemática. En el caso de las personas que son más del radio del Cesac, sí se puede ver que es como una clase media baja, tirando a empobrecida, pero son personas que quizás no tienen, o mejor digámoslo en la positiva, cuentan quizás con posibilidades o de acceder a un alquiler o incluso a una casa propia, pero con dificultades para tener un trabajo o dificultades con los ingresos, con todo lo que eso afecta también la salud mental. Y otra cuestión que se ve mucho, esto lo veo más en adolescencia que es como la dificultad en lo que es la constitución del lazo social, la constitución de vínculos saludables, de redes de apoyo y demás.

Y: Cuando trabajás con niños, niñas y adolescentes que atraviesan situaciones complejas en sus contextos de vida, ¿qué estrategias utilizas? (de aproximación a esa población, seguimiento, familiares, comunitarias, institucionales...)

M: Tanto con niños como con adolescentes, cuando es una abordaje más de entrevista individual, obviamente trabajo respetando mucho el proceso de secreto profesional, es una estrategia que digamos aparte de que es un derecho y que es una cuestión de ética profesional el poder expresarlo, blanquearlo y enfatizarlo es algo que genera un ambiente de confianza para hablar con el chico, pero también sirve mucho también obviamente trabajar con la familia y en muchos casos también es muy fructífero el trabajo en conjunto, es decir, la entrevista conjunta del adolescente o el niño con los familiares al mismo tiempo y últimamente incursioné cada vez más en ese tipo de intervención, lo que es la entrevista vincular. Después, tenemos un grupo de adolescentes, los días Viernes donde también convocamos a nuestros pacientes que atendemos de forma particular, y hay algunos jóvenes que quizás en un momento empezaron con una forma de terapia individual, que terminaron solamente asistiendo al grupo y así continúa como su proceso.

Y: ¿Estas estrategias surgen de lineamientos institucionales, del trabajo en equipo o de tu experiencia personal?

M: Te diría que las últimas dos opciones, institucionales no tanto, es más te diría de hecho que más a nivel de lo jerárquico y las direcciones no está habiendo tanto una demanda de abordaje grupal y comunitario, más bien lo contrario, le pone mucha más atención a ver en las comuneras qué cantidad de pacientes atendemos en individual y entonces surge más por experiencia propia, por saber que es algo que funciona bien y que es una estrategia bárbara para el primer nivel de atención y porque hay con quien hacerlo, porque también son cosas que surgen en el trabajo en equipo.

Y: ¿Qué relación pensás que hay entre el territorio y la elección de las estrategias?

M: Las estrategias surgen en base de una lectura que hacemos, como por ejemplo, vemos que hay mucha dificultad en esto que te digo, más allá de las problemáticas más personales a nivel de salud mental, vemos que también, en parte de lo que está determinando esa problemática es la falta de lazo social, del contacto con otros, y ahí surge también como poner en valores estos espacios grupales más tradicionales psicoterapéuticos o espacios comunitarios, tal vez más abiertos en formato taller y demás.

Y: ¿Trabajas en conjunto con otros profesionales del centro de salud frente a estas problemáticas? (en caso que si: ¿Con quiénes? ¿cómo es esa articulación?)

M: Sí, sí, sí, con lo que lo que son otras especialidades u otros compañeros, sí, sí, totalmente desde ya te digo, médicos pediatras, generalistas, ginecólogos, cómo ser también compañeras de trabajo social, promotoras de salud, enfermería, y hasta con la gente de administración hacemos trabajo en conjunto muchas veces.

Y: ¿Se realizan articulaciones con otros efectores, instituciones del territorio (escuelas, servicios de protección, organizaciones comunitarias)? ¿De qué manera?

M: Sí, sí, con mejores y peores resultados, pero sí, siempre el espíritu es ese, es trabajar sí, en conjunto con defensorías, el consejo de protección de derechos de niños, niñas y de adolescentes, las escuelas de la zona de todos los niveles, sí. La manera casi siempre es por demandas que nos llegan y ahí comienza un poco el trabajar en conjunto

Y: ¿Cuáles son las principales dificultades que encontrás en este tipo de articulaciones?

M: Hay un factor compartido, yo creo que digamos tanto lo que son las instituciones de salud, los organismos de protección de derecho y las escuelas, es el desborde, entonces vamos todos malabareando como podemos. A veces ni siquiera es falta de voluntad. A veces no te da el tiempo ni los recursos que tenemos para la cantidad de demanda que hay. Lo económico también influye mucho, en el caso del consejo, o sobre todo en las defensorías, como tienen forma de contratación que son precarizantes, hay un recambio de equipo todo el tiempo. Lo que dificulta mucho la continuidad de un trabajo articulado.

Y: Desde tu experiencia profesional, ¿qué aspectos del contexto territorial considerás que influyen de manera más significativa en la salud mental de niños, niñas y adolescentes?

M: Y a veces, o las carencias o las faltas que pueden llegar a tener sí, sí, sí. Mira, la verdad que ahí sí me voy más en lo que vengo escuchando de personas adultas, que la verdad que el factor laboral viene siendo como una clave muy presente, y yo vengo viendo que muchas personas que acompaño, el poder acceder a un trabajo mínimamente digno, hace un cambio rotundo en la sensación de bienestar y en la salud mental de esa persona, pero rotundo.

Y: ¿Cómo se observa para vos la vulnerabilidad psicosocial en las demandas que llegan al Cesac? ¿Cuáles son las principales demandas en población con vulnerabilidad psicosocial?

M: Y bueno, también hay muchas familias, muchas familias, ahí pienso más en adolescente y jóvenes, muchas familias en que las dificultades laborales también terminan trayendo otro tipo de problemáticas que atañen más al florecimiento de la violencia, el poder ofrecer menos acompañamiento a las infancias y a la adolescencia, lo cual hace que también incremente el aislamiento, el uso de pantallas, uso poco saludable de pantallas.

Y: ¿De qué manera pensás que el contexto social y familiar condiciona o potencia las intervenciones que se realizan?

M: Y, mira, creo que la preocupación por cubrir las necesidades básicas, o por trabajar en las condiciones que sea, hace que muchas veces no puedas brindar el acompañamiento necesario, mira, por ejemplo en el Cesac 4 también al tener en nuestro radio mucha comunidad migrante, principalmente boliviana y demás, también ahí se ven como ciertas características muy propias de patrones culturales de esa de esa comunidad, que también suele tener la característica de que trabajan en condiciones muy esclavas, con lo cual también el acompañamiento que le pueden dar a sus hijos, hijas, se ve afectado por esa situación.

Y: Desde tu experiencia, ¿qué lugar ocupa la promoción de la salud dentro de las prácticas cotidianas con esta población?

M: Para mí es fundamental, es fundamental, pero es un desafío en este contexto donde la lógica es la de apagar incendios siempre. La promoción termina quedando relegada, lamentablemente porque te llegó un oficio porque cayó una situación de abuso que hay que atender sí o sí o porque te explota algo ahí mismo en el Cesac, entonces un poco siempre lo urgente tapa lo necesario que que es la promoción, pero aún así nos las arreglamos para poder laburar en esa línea.

Y: ¿Cuáles dirías que son las principales dificultades que encontrás al trabajar con población infanto-juvenil en situación de vulnerabilidad psicosocial?

M: Bueno, más que nada el poder encontrar con quien trabajar además del adolescente o niño, la falta de redes de los adolescentes con su familia, con sus pares o de la familia con la comunidad misma.

Y: ¿Qué limitaciones institucionales o del sistema de salud o de otro tipo impactan en tu práctica?

M: Sí, sí, sí, sí. Ahí sí, ahí hablamos de falta de recurso humano, de recurso humano para atender necesidades de la población, y no es solo que haya mayor cantidad de profesionales, sino tiene que ver con que es lo que hacen esos profesionales, porque si la respuesta va a seguir siendo solamente asistencial, nunca van a alcanzar los recursos, me refiero a que haya un trabajo como más articulado, más promocional, más preventivo también y que no todo se traduzca en una respuesta individual la asistencial.

Y: ¿Con qué desafíos te encuentras en tu práctica?

M: Creo que es un poco de lo que venimos hablando, los desafíos son de diferentes frentes, desde el desborde en cuanto a mucha demanda y pocos recursos, no solo nuestra sino de las instituciones en general, el saber que el contexto de las personas que vienen al Cesac también es un factor a tener en cuenta, las faltas de redes de la comunidad en general.

Y: Desde tu experiencia, ¿qué efectos producen las estrategias de intervención que utilizas y cómo realizas la evaluación de esos efectos en tu práctica profesional?

M: En lo que es la atención individual en muchos casos se ve como claramente un alivio, en otros casos al no cambiar ciertas condiciones de contexto, uno lo que hace, la verdad es más reducción de daños y acompañamiento, que digo, al menos es algo, digamos que peor es nada, mejor que este eso a que no esté, pero a nivel promocional y hablando de los espacios grupales tiene que ver justamente con reforzar las redes de la propia comunidad, en el grupo de adolescentes te puedo decir que lo veo, se puede ver que el armado de las redes más allá del acompañamiento profesional produce grandes efectos.

Y: ¿Qué sentimientos, percepciones o reflexiones personales te genera trabajar en un centro de salud de Atención Primaria?

M: Mira, a nivel personal yo creo que rosa algo también como medio vocacional, como el que está en muchos casos es porque eligió estar y porque quiere, en mi caso es una cuestión vocacional, es una decisión que es política también el estar y que tiene que ver con el compromiso de seguir manteniendo como la bandera de lo público y de calidad, lo público no arancelado y de calidad.

Y: ¿Cómo te impacta subjetivamente trabajar con situaciones de vulnerabilidad psicosocial?

M: Y, mira, la verdad es que las condiciones institucionales no están colaborando, no son favorables y muchas veces uno tiende a cargar como con el propio cuerpo y el propio desgaste. Muchas veces como el peso es sostener esa bandera, pero ahí encontrarte con un par de compañeros o compañeras como Adán, por ejemplo, que están en la misma, obviamente que ayuda muchísimo a poder llevar eso. Hay cansancio también, hay cansancio hay desgaste, hay frustración y hay impotencia también, porque obviamente que hay situaciones que uno está acompañando, que ve que no sé si el juzgado interviniera de otra manera, podría tomar otro rumbo, si fuera más fácil conseguir un turno para psiquiatra, si pudiera conseguir un laburo y todo eso está por fuera de las posibilidades de lo que uno puede lograr muchas veces, entonces también hay un componente de frustración con el que hay que lidiar también.

Y: Frente a las problemáticas de vulnerabilidad psicosocial en niños, niñas y adolescentes, ¿qué aprendizajes o reflexiones has tenido a partir de pensar o trabajar con ellos?

M: Bueno, el mensaje sigue siendo apostar, me parece que apostar a lo colectivo y romper con el automático del salvarse solo, o el sálvese quien pueda, a seguir apostando a la construcción de estrategias colectivas.

Y: ¿Hay algo que no te haya preguntado y que consideres importante para comprender este tipo de intervenciones?

M: No, creo que no, creo que fue muy completo el cuestionario.

Entrevista #3

Y: Te pido que te presentes en relación con tu género, edad y formación.

M: Bueno, mi nombre es Mónica, tengo 60 años, o sea, ya hace casi cuarenta que estoy trabajando en el sistema público. Estoy en un centro de salud, en el Cesac cuatro, que depende del área programática del Hospital Santojanni

Y: ¿Podrías contarme brevemente tu trayectoria profesional, en que Cesac trabajas y cuál es tu rol actual dentro de este? ¿Desde hace cuánto tiempo trabajás en el CeSAC?

M: Este centro es relativamente nuevo, está desde el 2001, pero nosotros veníamos en otro centro de salud que estaba en un edificio que funcionaba en el Ministerio de Hacienda, era centro cuatro ya ahí y cuando hicieron este nuevo acá en la plaza Salaverry, se trasladó acá y yo empecé en el anterior en el año ochenta y ocho, como concurrente.

Y: ¿Podes contarme con qué población trabajas?

M: Trabajo con niños y con adolescentes. Tengo otra compañera que también hace infanto juvenil, por lo general nos dividimos un poco el trabajo, yo tomo más los niños y ella más los adolescentes, pero obviamente que hay niños que se transforman en adolescentes y los sigo atendiendo. Y también tengo adolescentes en grupo con ella.

Y: ¿Qué características observás que tiene esa población con la que trabajas? (por ejemplo: grupos etarios, étnicos, socioeconómicos, y con qué problemáticas se presentan)

M: Mira, la población de nuestros centros es muy heterogénea, porque tenemos en el centro gente que, si bien, no hay barrios carenciados, como se conoce habitualmente, tenemos por ahí casas tomadas, muchas casas, viviendas multifamiliares con población de origen boliviano. Bueno, ahora ya son más argentinos que bolivianos, pero desde unos, no sé, 15 o 20 años a esta época, es una comunidad que realmente creció muchísimo y de las cuales tenemos muchos pacientes y muchas derivaciones. Obviamente que la vulnerabilidad social últimamente aumentó horrores, no son los mismos casos los que venían hace 20 años que los que vienen ahora son todos casos complejos, la mayoría son casos sociales y hay un gran porcentaje de violencia, muchísimos casos donde la violencia está implicada, violencia intrafamiliar, otro tipo de violencias, abuso, y bueno, también están llegando muchísimos pacientes derivados ahora, ha explotado la cantidad de diagnósticos en neurodesarrollo, muchísimos pacientes derivados por ese motivo, ¿no?, es decir con algún tipo de dificultad ahí.

Y: Cuando trabajas con niños, niñas y adolescentes que atraviesan situaciones complejas en sus contextos de vida, ¿qué estrategias utilizas? (de aproximación a esa población, seguimiento, familiares, comunitarias, institucionales...)

M: Mira, básicamente por lo general, ya las derivaciones, los que más los captan son las escuelas, digamos, ¿no? Las escuelas después los equipos de orientación, por los cuales las derivaciones generalmente cuando no son de pediatría de acá del mismo centro, son a través de las escuelas, así que fundamentalmente trabajamos con ellos, trabajamos con las familias, con las partes de las familias que se puede trabajar. Ahora tenemos un caso que estamos trabajando con fortalecimiento de vínculos, digamos, hoy el trabajo tiene que ser en red y tiene que ser interdisciplinario, obviamente con trabajo social, y con otros compañeros, hay casos que compartimos familias donde yo atiendo al niño o al adolescente y mis compañeros que atienden a la mamá o al cuidador, esto pasa mucho.

Y: ¿Estas estrategias surgen de lineamientos institucionales, del trabajo en equipo o de tu experiencia personal?

M: Mira, la verdad que tenemos muchísima libertad como para trabajar nosotros acá en el CESAC, lineamientos institucionales, los clásicos y tradicionales, pero sí, obviamente tiene que haber un abordaje desde lo comunitario, digamos, es como nuestra meta, pero hay como tantas derivaciones que si bien lo intentamos, o sea, realmente dedicamos muchísimo tiempo a la atención, o al menos a mí me pasa, soy la única psicóloga que trabajo con niños, así que las derivaciones son infinitas y la demanda muy grande, sí, bueno, y en base a la experiencia y en base a nuestro compartir las experiencias y hacer un seguimiento así interdisciplinario.

Y: ¿Qué relación pensás que hay entre el territorio y la elección de las estrategias?

M: Y sí, porque en realidad al ser un territorio donde ya te digo, la población es tan heterogénea, la estrategia tiene que ser pensada en función de esta derivación, o sea, no tenemos una población objetivo en un barrio, o sea, como compañeros de otros Cesac que trabajan por manzanas de barrios o por block, entonces es como todo como muy artesanal de acuerdo a lo que va surgiendo.

Y: ¿Trabajas en conjunto con otros profesionales del centro de salud frente a estas problemáticas? (en caso que si: ¿Con quiénes? ¿cómo es esa articulación?)

M: La articulación claramente sí, es con los pediatras, con los trabajadores sociales y con los demás psicólogos. Y cómo se hace la articulación, la verdad que es bastante informal, por lo menos en este centro de salud es bastante informal. Tenemos alguna reunión en cuanto a salud mental que, bueno, por ahora por el verano se suspendió,

pero vamos a retomar ahora en marzo, pero específicamente en el equipo de salud mental, para ver más que nada lo que le pasa al equipo. Pero después lo otro, la verdad que son como así, reuniones bastante informales para hablar de educación.

Y: ¿Se realizan articulaciones con otros efectores, instituciones del territorio (escuelas, servicios de protección, organizaciones comunitarias)? ¿De qué manera?

M: Y sí, lo vamos haciendo a demanda a medida que surge la necesidad, en una época teníamos como entrevistas pautadas con tiempos determinados, una entrevista mensual o bimensual con equipos de orientación o con algunas escuelas en particular, pero la verdad que eso se fue cayendo porque hay muchísimo menos personal, los equipos, así como nosotros estamos saturados de demanda, la verdad que los equipos de orientación también y bueno, esto se sigue siendo la verdad de manera artesanal y a medida que va surgiendo.

Y: ¿Cuáles son las principales dificultades que encontrás en este tipo de articulaciones?

M: La principal dificultad, el tiempo fundamentalmente el tiempo, fundamentalmente el nivel de demanda, bueno, ahora tenemos también cuestiones organizativas con respecto a las turneras que nosotros tenemos que dar respuesta a una cantidad de pacientes y en determinados horarios, por lo cual lo que tiene que ver con el trabajo por fuera de la atención en consultorio, digamos, hay que irlo laburando con esfuerzo.

Y: Desde tu experiencia profesional, ¿qué aspectos del contexto territorial considerás que influyen de manera más significativa en la salud mental de niños, niñas y adolescentes?

M: Sí, lo que pasa es que me parece que es un poco lo que yo te explicaba al principio, Es tan heterogénea la población, digamos que, si bien hay un avance de esto que tiene que ver con la violencia, con los abusos, hay mucho de esto que, nosotros recibimos muchos pedidos por oficio judicial y derivaciones de defensoría, Es tan heterogénea, ya te digo, la población, que no te puedo decir que hay una patología predominante.

Y: ¿Cómo se observa para vos la vulnerabilidad psicosocial en las demandas que llegan al Cesac? ¿Cuáles son las principales demandas en población con vulnerabilidad psicosocial?

M: Y, no puedo decirte que hay una derivación específica que recibimos todo el tiempo, pero sí que se nota esto, digamos, el aumento de los casos de violencia, esa sería la principal demanda en este momento. Y te digo, están aumentando mucho las derivaciones para atención de niños con alguna discapacidad que tiene que ver con neurodesarrollo.

Y: ¿De qué manera pensás que el contexto social y familiar condiciona o potencia las intervenciones que se realizan?

M: Mira, ir al trabajo con la familia siempre es difícil, es difícil. Imagínate, la familia tradicional, digamos, que ya no existe prácticamente y donde hay que hacer entrevistas con quién se puede en realidad. Esto es lo que está pasando últimamente. En muchos casos de abandono, esto se está viendo muchísimo, así que como que hay que ir haciendo malabares para encontrar a la persona con la que podamos trabajar, porque obviamente cuando trabajas con un niño tenés que trabajar con el adulto responsable, cuidador, el familiar, quien pueda sostener ese niño y eso se nos está haciendo muy difícil realmente. La familia actual es una familia compleja donde hay que tener en cuenta muchos factores, muchas variables, y bueno, sí, eso juega un poquito en contra, ¿no?, se hace más dificultoso. Por eso digo, recalco esto de lo artesanal, como que siempre hay que laburar de acuerdo a lo que va surgiendo. Ya nada está como predeterminado.

Y: Desde tu experiencia, ¿qué lugar ocupa la promoción de la salud dentro de las prácticas cotidianas con esta población?

M: Desde mi lugar, la verdad, en este momento, casi un cero. Soy sincera. Sí, porque por esto que te decía, yo soy la única que atiende niños, por lo cual tengo muchísima demanda y es como que estoy instalada en mi consultorio con esto. Sí estoy participando de un grupo, pero también es un grupo terapéutico, no es un grupo de promoción de salud y sí estamos pensando armar un grupo en relación a padres. Lo que pasa es que el centro de salud, nuestro centro de salud hasta el año pasado, no tenía Zoom, por ejemplo, entonces, las actividades de promoción dentro del centro eran complejas, recién ahora estamos pudiendo cómo armar, en realidad ya hay armadas miles de cosas, la verdad que desde que tenemos en Zoom ya prácticamente está cubierto en todos los horarios, pero bueno, esto antes no pasaba. Así que bueno, estamos ahora agregando este tipo de actividades dentro del centro, además de las que se hacen por fuera.

Y: ¿Cuáles dirías que son las principales dificultades que encontrás al trabajar con población infanto-juvenil en situación de vulnerabilidad psicosocial?

M: Yo diría que el trabajo con la familia muchas veces presenta una dificultad, el que no haya con quien trabajar del otro lado, porque con los chicos más allá de que el espacio es de ellos, siempre es necesario poder trabajar con alguien cercano a él.

Y: ¿Qué limitaciones institucionales o del sistema de salud o de otro tipo impactan en tu práctica?

M: Yo creo que lo que impacta, es un poco lo que te estaba diciendo antes, esto de que el tema de los tiempos, de los tiempos de atención, de las agendas, a pesar del discurso que existe de insistir en esto de que es necesario un número de producción, un número de producción es un número de la atención de pacientes.

Y: ¿Con qué desafíos te encontrás en tu práctica?

M: Y trabajar de este modo es un gran desafío, siguen supervisando, controlando y vigilando de una manera casi policial esto que pasa, ¿no?, y si te queda un turno libre y si necesitas el turno libre, tenés que hacer malabares para conseguirlo, para que quede justificado, digo, a eso me refiero, porque si no es como que estás dejando un espacio libre. Eso es lo que más nos afecta y con lo que más tenemos que lidiar.

Y: Desde tu experiencia, ¿qué efectos producen las estrategias de intervención que utilizas y cómo realizás la evaluación de esos efectos en tu práctica profesional?

M: ¿Qué efectos producen? Y bueno, esto es lo que me pregunto todos los días. efectos producen. (risas) Bueno, como realizo la evaluación en función de la evolución del paciente, claramente. Trabajar con niños, cómo es trabajar también con la familia tiene sus cosas buenas, muy lindas, y también tiene su parte decepcionante, porque muchas veces los tratamientos son abandonados, hay poca colaboración, un poco lo que te decía antes, se hace difícil encontrar los acompañamientos, así que bueno, este, vamos viendo de a poquito y la verdad que uno no tiene grandes expectativas, como que son objetivos paso a pasito, ¿no?, a ver cómo van yendo las cosas. No, poner objetivos muy largos y con grandes expectativas, ¿viste? sino la caída es más fuerte. relación de daño y qué sé yo, bueno.

Y: ¿Qué sentimientos, percepciones o reflexiones personales te genera trabajar en un centro de salud de Atención Primaria?

M: Y a mí me gusta porque el vínculo con el paciente del centro de salud es como mucho más informal, es mucho más directo. Nosotros acá tenemos familias, yo hace muchos años que estoy, claramente, obviamente, pero tenemos familias que son familias del centro de salud, ¿entendés? Entonces, bueno, como que eso nos favorece a conocer la historia de varias generaciones ya y bueno, y es como gratificante también ver qué bueno, hay logros y hay cuestiones que uno puede ir siguiendo en su devenir temporal al estar en un centro de salud, que me parece que en un hospital por ahí eso no se da. Tiene que ver con la cercanía del paciente.

Y: ¿Cómo te impacta subjetivamente trabajar con situaciones de vulnerabilidad psicosocial?

M: Y, trae mucho desgaste. Trae mucho desgaste, frustración, hay que laburar mucho con uno mismo, y nada, eso, esto, o sea, hay que trabajar con uno, creo que hay que trabajar mucho con uno.

Y: Frente a las problemáticas de vulnerabilidad psicosocial en niños, niñas y adolescentes, ¿qué aprendizajes o reflexiones has tenido a partir de pensar o trabajar con ellos?

M: Qué aprendizajes o reflexiones, que realmente hay muchas cosas que la mayoría de la gente no conoce, muchas situaciones que exceden absolutamente cualquier imaginación y que son duras y terribles. Yo siempre digo que la peor novela es mejor que las vidas de muchas de las personas que atraviesan por acá, ¿no?, Y nada, que hay que ayudar un montón.

Y: ¿Hay algo que no te haya preguntado y que consideres importante para comprender este tipo de intervenciones?

M: No se me ocurre en este momento. Me parece que estuvo bastante completo.

Entrevista #4

Y: Te pido que te presentes en relación con tu género, edad y formación

A: Bueno, yo me llamo Adriana, soy psicóloga, en realidad, mi primer título de grado es de maestra, profesora para enseñanza primaria. trabajé unos años como docente de primaria y me recibí luego de psicóloga.

Y: ¿Podrías contarme brevemente tu trayectoria profesional, en que Cesac trabajas y cuál es tu rol actual dentro de este? ¿Desde hace cuánto tiempo trabajás en el CeSAC?

A: Trabajo en el Cesac 19, hice la concurrencia, la hice en el equipo de adolescentes y niños del Hospital Piñero y después ya cuando empecé a trabajar acá, como no había en ese momento quien trabaje con niños, yo me dediqué específicamente acá a trabajar con niñas, niñas y adolescentes, o sea, en mi práctica privada trabajó con todo y acá también porque muchos de esas niños y adolescentes ya no son más. Luego pasan a ser jóvenes y ya adultos. Hace muchos años que trabajo acá hace 33 años, así que bueno, empecé a trabajar cuando esto era nada, era un localcito, éramos cinco o seis personas. bueno, este edificio se hizo en el 2007 y bueno, ya somos mucho más.

Y: ¿Podes contarme con qué población trabajas?

A: Hoy, me dedico especialmente a trabajar con niños, niñas y adolescentes.

Y: ¿Qué características observás que tiene esa población con la que trabajas? (por ejemplo: grupos etarios, étnicos, socioeconómicos, y con qué problemáticas se presentan)

A: Tenemos de todo. Osea, si bien es verdad que tenemos muchos chicos que vienen de la villa o que vienen de hogares o que vienen del barrio de acá atrás,, y que quizás tienen situaciones de mayor vulnerabilidad social, también hay chicos, gente que viene del parque, más del lado del parque Chacabuco, y aún, y eso es una cosa que aprendí apenas empecé a trabajar acá, aún dentro de la villa, por ejemplo, encontrás familias con distintos lados de vulnerabilidad muy diferentes, hay diferentes niveles económicos, de diferentes niveles de empleo, diferentes familias con muchos más recursos que otras, digamos que me parece un dato importante como para preguntarse por la vulnerabilidad, o sea que, eso, para no etiquetar y poner a todos dentro de vulnerabilidad, como para poder diferenciar las diferentes vulnerabilidades, pero y después digo, es muy diverso, cambió muchísimo en todo este tiempo, digamos, cuando yo empecé a trabajar era muy común, la familia recién migrante, con diez

pibitos, todos sin vacunar, todos nacidos en domicilio, con grado de desnutrición importante. Ahora que bueno, hay otros problemas, pero en general, la cuestión de la familia es mucho menos numerosas, o sea, es muy raro ver una familia con más de tres nenes, ahora todos los chicos van al jardín, o sea es muy diferente, está como mucho más integrado eso.

Y: Cuando trabajás con niños, niñas y adolescentes que atraviesan situaciones complejas en sus contextos de vida, ¿qué estrategias utilizas? (de aproximación a esa población, seguimiento, familiares, comunitarias, institucionales)

A: O sea, nosotros primero vemos a la familia, a ver qué le pasa a esa familia. Porque más allá de que no pidan turno para todos los integrantes, vemos por dónde empezar, por dónde está la piedra en el zapato en ese momento, qué es lo que las trae. Y por supuesto, ver cuál es la red con la que cuenta, cuál es la red efectiva con la que se cuenta ese niño, niña o adolescente. O sea, más allá de quién es la mamá o que dice el papá, cuál es realmente la red con la que se cuenta, o sea, tenemos en cuenta la red en cuanto a todo lo que puede servirnos en la comunidad, el sostén de los chicos y siempre pensando en que son chicos y que en ese sentido no se los puede pensar aislados de eso. Es algo más interdisciplinar, si vamos al caso, y se trata siempre en lo posible de trabajar con un equipo interdisciplinario.

Y: ¿Estas estrategias surgen de lineamientos institucionales, del trabajo en equipo o de tu experiencia personal?

A: La verdad que si bien somos un centro de salud y acción comunitaria, la bajada de programas centrales sobre salud comunitaria en salud mental, en realidad creo que en todo, pero en salud mental específicamente es prácticamente nula. Por ejemplo, nosotros tuvimos acá una juegoteca que durante muchos años funcionaba una vez por semana y estaba abierta a la comunidad es decir que podía ir cualquiera, pero bueno, era promovida por concurrentes y desde el momento en que sacaron la concurrencia ya no pudieron venir más, y bueno, ya no pudimos sostener eso.

Y: ¿Qué relación pensás que hay entre el territorio y la elección de las estrategias?

A: Yo creo que la elección de las estrategias está más ligado a la población infanto juvenil que al territorio, pero pensando un poco puede ser que utilizar estrategias, por

ejemplo, de ampliaciones de redes, si tenga que ver un poco en el territorio donde viven estos chicos, donde muchas veces están muy solos.

Y: ¿Trabajas en conjunto con otros profesionales del centro de salud frente a estas problemáticas? (en caso que si: ¿Con quiénes? ¿cómo es esa articulación?)

A: Nosotros trabajamos absolutamente en equipo. O sea, tenemos reunión de equipo de salud mental donde hacemos la admisión todos juntos, o sea, tenemos un funcionamiento muy agradable en ese sentido, tenemos espacios de supervisión y también de discusión. Y bueno, con otros profesionales, por ejemplo, un médico clínico, pediatra, también trabajamos mucho. Hay espacios que son interdisciplinarios, hay un espacio que se hace los días miércoles, donde se agendan algunas entrevistas, algunas consultas que se hacen ya pautando que se van a realizar en forma conjunta, y después tenemos el seguimiento de pacientes de situaciones de lo que sea, que a veces compartimos con otros profesionales.

Y: ¿Se realizan articulaciones con otros efectores, instituciones del territorio (escuelas, servicios de protección, organizaciones comunitarias)? ¿De qué manera?

A: Diría que deberíamos hacerlo más de lo que lo hacemos hoy en día, justamente lo que nos está pasando es no tener el tiempo suficiente para poder articular como se debería, ya sea con una escuela, con una defensoría, o con otros organismos. Implícitamente siempre estas articulando porque muchos de los casos que te llegan, te llegan por un oficio, por ejemplo, o por el pedido de una escuela, pero bueno, a mí por lo menos, me gustaría poder articular desde otro lugar.

Y: ¿Cuáles son las principales dificultades que encontrás en este tipo de articulaciones?

A: Que no tenemos el tiempo necesario para poder articular. En general, tenemos buen vínculo con todas las instituciones, con las escuelas se puso un poco más difícil, quizá, además del tiempo nuestro, lo que más complica en este momento de la relación con las instituciones por fuera, es especialmente las que dependen de desarrollo social, es el alto grado de rotación del personal. Osea vos sabías que hablabas con una persona por determinado caso y pasa que a los dos meses hablas por el mismo chico o chica y esa persona no está más, y entonces tenés que volver todo de cero el diálogo, digo, eso realmente complica un montón.

Y: Desde tu experiencia profesional, ¿qué aspectos del contexto territorial considerarás que influyen de manera más significativa en la salud mental de niños, niñas y adolescentes?

A: Y acá en el barrio está el tema de espacio, que es todo un tema, digamos, de espacios seguros en todos los sentidos. Está pasando mucho que muchas familias que son de acá y que nacieron acá, los chicos van a escuelas de la zona, pero se tienen que ir a vivir a provincia porque les resulta imposible alquilar un cuarto en el barrio porque es carísimo, entonces mucha gente se va a vivir a provincia, pero sostienen toda la vida de los chicos acá, y eso hace que los chicos se levanten a las 5 de la mañana, viajen a la escuela, a veces se quedan después haciendo tiempo porque tienen, no sé, un turno médico o porque después a la tarde va a hacer una actividad. y eso hace a su vez, que, bueno, un integrante de la familia no pueda trabajar porque está acompañando. Eso es una situación muy compleja que te está dando ahora. Qué más, bueno, la falta de espacio para que los chicos jueguen, la cuestión de la inseguridad, la cuestión de lo que empieza a pasar cuando los chicos van creciendo, porque hasta los 12, 13 años como que están contenidos en la escuela, las diferentes instituciones que hay, talleres, etc.

Y: ¿Cómo se observa para vos la vulnerabilidad psicosocial en las demandas que llegan al Cesac? ¿Cuáles son las principales demandas en población con vulnerabilidad psicosocial?

A: La mayoría de demandas están dadas por las escuelas, te llega el caso de un chico que sufre violencia intrafamiliar, ni hablar de casos de abusos, muchos casos también de neurodesarrollo, la verdad es que es muy variado la demanda que llega.

Y: ¿De qué manera pensás que el contexto social y familiar condiciona o potencia las intervenciones que se realizan?

A: Nosotros, como te decía, trabajamos mucho con la familia, en mi caso, hablo por mí, intento como principal estrategia que esa familia o adulto de cuidado pueda colaborar a su manera, con ese chico que necesita de su cuidado. Para nosotros trabajar con la familia es fundamental, porque a veces, a ver, yo creo que se puede trabajar con los pibes directamente, o sea, se puede hacer tratamiento con niños, pero siempre con esta pata de la familia y de trabajar mucho con la angustia de las familias.

Y: Desde tu experiencia, ¿qué lugar ocupa la promoción de la salud dentro de las prácticas cotidianas con esta población?

A: Creo que tiene un lugar muy presente en nuestra forma de trabajar, muchas veces también ayudando desde donde podemos, porque hay mucho también de esto por ejemplo que con los diagnósticos, de qué va a un neurólogo, le tira un diagnóstico y de repente se encuentra en que tiene que hacer tres veces por semana psicóloga, dos veces por semana neuróloga, y la gente viene y dice, no sé qué hacer, no sé por dónde empezar, la promoción es una forma de acompañar también, y en algún punto generar esa confianza de que somos un lugar con los que se puede contar ante la dificultad.

Y: ¿Cuáles dirías que son las principales dificultades que encontrás al trabajar con población infanto-juvenil en situación de vulnerabilidad psicosocial?

A: Lo que nos está pasando, que nos da mucha pena a veces, es que dada la cantidad de situaciones complejas y de mucha urgencia, a veces no estamos pudiendo llegar a otras situaciones menos complejas, pero que también requerirían en algún tipo de intervención, pero como bueno, no son las más graves van quedando, pero en parte, uno sabe que también son chicos que sufren y que son víctimas de cierta vulnerabilidad, y aun así, hay que seleccionar.

Y: ¿Qué limitaciones institucionales o del sistema de salud o de otro tipo impactan en tu práctica?

A: El tiempo, sobre todo, la cantidad de demanda que no nos permite quizás tomarnos el tiempo para cada caso como corresponde, nosotros nos manejamos con una agenda, una turnera, y constantemente se evalúa más la cantidad que la calidad de nuestro trabajo.

Y: ¿Con qué desafíos te encontras en tu práctica?

A: Particularmente en este momento creo que el no poder hacer todo lo que me gustaría hacer para poder aportar desde un lugar más de calidad y no de cantidad de pacientes que atender por día, son las agendas que nos están complicando muchísimo la vida porque tenemos que anotar pacientes de acá a un mes y tengo que tener toda la agenda completa, entonces, nada, la realidad es que la agenda nuestra es absolutamente dinámica, y se producen toda una serie de problemas. Lo único que se propone desde la central es que estén los turnos ocupados, es lo único, no hay ningún otro tipo de política de pensar absolutamente en que quizás el dejar unos turnos libres,

te permite abrir un taller grupal, donde son más los chicos que pueden estar al mismo tiempo, y donde uno nunca jamás pierde esa mirada clínica.

Y: Desde tu experiencia, ¿qué efectos producen las estrategias de intervención que utilizas y cómo realizas la evaluación de esos efectos en tu práctica profesional?

A: Mira, uno apunta a que esto sea como una especie de pasaje donde puedan salir para algún lado interesante, o sea, uno podría pensar un criterio de alta es que los pibes puedan aprender, puedan jugar, o sea, pueden estar donde tienen que estar, puedan estar en la escuela y puedan participar de la vida escolar, sin demasiado conflictos. Pero de pronto te sorprendes,, porque de pronto te encontrás, como hace tanto años que trabajo acá, con alguien que vos pensaste que no iba a poder y salieron adelante, como también situaciones a la inversa, de chicos que trabajaste un monton y despues en algun momento te enteras que ingresó a un penal.

Y: ¿Qué sentimientos, percepciones o reflexiones personales te genera trabajar en un centro de salud de Atención Primaria?

A: Y bueno, tantos años, de pronto en el barrio, me emociona lo que tiene que ver con esa sensación de que se te entremezcla la historia hasta en cuestiones personales, como hay algo de ser parte del funcionamiento de las familias casi al estilo de una especie de hogar virtual, hay algo de formar parte, ¿no?

Y: ¿Cómo te impacta subjetivamente trabajar con situaciones de vulnerabilidad psicosocial?

A: Al principio de mi carrera te diría que el impacto era muy grande y muy chocante, creo que los años después te van haciendo poder mirar desde otro lugar, entiendo que uno acompaña hasta donde puede.

Y: Frente a las problemáticas de vulnerabilidad psicosocial en niños, niñas y adolescentes, ¿qué aprendizajes o reflexiones has tenido a partir de pensar o trabajar con ellos?

A: Bueno, un poco es, un poco poder ver que yo era una formación psicoanalítica, ver que está bueno seguir estudiando y que digamos, la teoría da un Marco para pensar situaciones, para tratar de dejar siempre abierto el ámbito del lugar de la sorpresa, de que las cosas son así, digamos, es como todo un trabajo de sostener que hay algo de la subjetividad, del deseo, del podría haber sido de otro modo, podría ser

de otra manera que se trata de sostener y creo que el trabajo más difícil es tratar nosotros de sostener eso en el tiempo.

Y: ¿Hay algo que no te haya preguntado y que consideres importante para comprender este tipo de intervenciones?

A: No, creo que no quedó nada pendiente, podríamos seguir hablando toda la vida, pero creo que cubrió todo.

Entrevista #5

Y: Te pido que te presentes en relación con tu género, edad y formación.

F: Mi nombre es Florencia, tengo 31 años, soy psicóloga, recibida en la Universidad de Buenos Aires, me recibí en el año 2018.

Y: ¿Podrías contarme brevemente tu trayectoria profesional, en que Cesac trabajas y cuál es tu rol actual dentro de este? ¿Desde hace cuánto tiempo trabajás en el CeSAC?

F: Bueno, después de que me recibí, estudié para rendir el examen de residencia y entre a la residencia de psicología clínica del Hospital Elizalde, que es un hospital infanto juvenil donde ahí hice los cuatro años que dura la residencia y ahí me especialicé en psicología infanto juvenil. Después de eso estuve unos meses trabajando en el hospital Grierson, en consultorios externos, también como psicóloga infanto juvenil, después de eso, en el año 2023, a fin de año, comencé a trabajar en el cesac 10 que es en el que estoy ahora.

Y: ¿Podes contarme con qué población trabajas?

F: Si, aca en el centro de salud, yo particularmente trabajo con población de en edad escolar, digamos el más chiquito que tengo tiene cinco años, hasta adolescentes que ahora tienen dieciocho años, pero que habitualmente siempre continúan un poquito más.

Y: ¿Qué características observás que tiene esa población con la que trabajas? (por ejemplo: grupos etarios, étnicos, socioeconómicos, y con qué problemáticas se presentan)

F: Y, en cuanto a la situación socioeconómica, la verdad que son todas situaciones de bastante vulnerabilidad social, bueno de todo tipo, son personas que tienen escasez de recursos económicos, que tienen dificultades para acceder a un trabajo regulado, y lo que más representa por ahí, son madres que traen a sus hijos, con muchísimos casos de padres que no están presentes, y bueno en general son madres que llevan adelante el hogar, donde se le complica el tema del trabajo, los ingresos económicos y el cómo cuidar a esos hijos. Eso, la realidad es que lo que más se ve son gente con situaciones económicas, a veces también es difícil que sostengan esos niños en el ámbito escolar, muchas situaciones de violencia intrafamiliar, la verdad quiaca tenemos de todo.

Y: Cuando trabajas con niños, niñas y adolescentes que atraviesan situaciones complejas en sus contextos de vida, ¿qué estrategias utilizas? (de aproximación a esa población, seguimiento, familiares, comunitarias, institucionales)

F: Bueno, eso depende del caso y depende en qué ámbito este tratado el paciente, por ejemplo en particular en el centro de salud es consultorio externo, donde mis pacientes vienen una vez por semana a su tratamiento, con ellos, la intervención es pensada en el caso a caso, en el singular, entonces, siempre, como trabajamos con la población infanto juvenil, siempre trabajamos con la familia, como con un mensaje de “cuiden a esos niños”, entonces muchas entrevistas son con madres, padres, abuelo, abuela, quienes lo traigan, a veces algunos hermanos mayores, y dependiendo de la situación a veces hacemos entrevistas singulares y a veces grupales, si es que nos parece que ese caso es importante trabajar en conjunto. Si consideramos que necesita alguna protección comunitaria, podemos ayudarlo o derivarlo dentro del mismo centro de salud o a los espacios y dispositivos que conocemos y tratamos de hacer eso nexos, ya sea un apoyo escolar, ir a algún club de barrio, o que venga acá mismo en el centro de salud a algún taller.

Y: ¿Estas estrategias surgen de lineamientos institucionales, del trabajo en equipo o de tu experiencia personal?

F: Y, en parte diría que sí, porque eso es parte de cómo funciona y de la modalidad que tenemos de trabajar en el centro de salud, es un poco y un poco, uno siempre le pone un poco su impronta o su experiencia, pero como te decía, hay estrategias que son muy características del modo de trabajar específicamente en un centro de salud.

Y: ¿Qué relación pensás que hay entre el territorio y la elección de las estrategias?

F: Si, claro, las estrategias son bien particulares de un centro de salud, de hecho, yo tengo consultorio privado y las estrategias que uno utiliza son distintas, quizás también por esto que nombramos antes, al trabajar con casos de vulnerabilidad, por ejemplo, siempre lo que se busca es ampliar, ampliar la red, los lazos, que son estrategias bien específicas de lo que son centros de salud.

Y: ¿Trabajas en conjunto con otros profesionales del centro de salud frente a estas problemáticas? (en caso que si: ¿Con quiénes? ¿cómo es esa articulación?)

F: Bien, acá lo que tenemos es, trabajamos en conjunto en el sentido que conocemos los casos, diferentes profesionales atendemos el mismo paciente, como por ejemplo psicopedagogía, o pediatría, son todas derivaciones que hacemos de forma interna y trabajamos en conjunto el caso a caso, sino la verdad es que queda muy corto el trabajo.

Y: ¿Se realizan articulaciones con otros efectores, instituciones del territorio (escuelas, servicios de protección, organizaciones comunitarias)? ¿De qué manera?

F: Si, eso todo el tiempo, y eso es bien característico de nuestra población infanto juvenil, donde tenemos que hablar con las escuelas, o defensorías en el caso de que las demandas vengan desde allí por alguna situación de vulnerabilidad.

Y: ¿Cuáles son las principales dificultades que encontrás en este tipo de articulaciones?

F: Creo que las principales dificultades tienen que ver con el aspecto legal, con las defensorías por ejemplo, y tiene que ver con este tema del ida y vuelta en la comunicación, en estos últimos años las defensorías se desmantelaron en algún punto y hay muy pocos trabajadores y la verdad que muchos casos graves, y bueno, nada, cuesta un poco, pero es lo que pasa en general en el sistema público, que en algún sentido está colapsado, esto, como que no se puede sostener un trabajo en conjunto, quizás uno manda un mail informando algo, y después no hay respuesta, o tarda, y así se va perdiendo el hilo de los informes o del caso, y la accesibilidad a ese contacto que es necesario.

Y: Desde tu experiencia profesional, ¿qué aspectos del contexto territorial consideras que influyen de manera más significativa en la salud mental de niños, niñas y adolescentes?

F: Bueno, imagínate que para un niño o adolescente que están como en formación, todo el contexto es super importante y le afecta, sea para bien o para mal, y la verdad es que no podría seleccionar un solo ámbito del contexto, sino pensarlo en forma más integral, lo que pasa en la casa en la casa es muy importante, pero también lo es lo que pasa en la familia, o en la escuela, o en el club, y a veces cuando hay una situación problemática dentro de la casa, como ser violencia o conflicto intrafamiliar, a lo que se apunta es a crear espacios por fuera, para que eso pueda ser significativo en el buen sentido, es decir que pueda construir otra cosa ahí. Pero bueno, creo que es muy importante y que influye realmente es la falta de lazos, las faltas de redes, donde esos niños puedan sentirse de alguna manera seguros.

Y: ¿Cómo se observa para vos la vulnerabilidad psicosocial en las demandas que llegan al Cesac? ¿Cuáles son las principales demandas en población con vulnerabilidad psicosocial?

F: Mira, las demandas no siempre vienen de la familia, muchas veces en esta población viene de la escuela, de las defensorías, pedido de un turno por oficio judicial, y bueno, otras veces son las familias, sí. Acá la verdad que llega de todo, no son las mismas las consultas por ejemplo de un chico de siete u ocho años que la de un adolescente, en la etapa escolar lo que más llega son dificultades en el aprendizaje, dificultades entorno a la conducta, la tolerancia a la frustración, situaciones de mucha irritabilidad, conductas agresivas, en ese periodo casi siempre las demandas vienen por la escuela. Después tenemos casos más específicos con otra sintomatología, más en adolescentes, cómo ser mucho aislamiento, trastorno del ánimo, conductas autolesivas, y por supuesto todo esto sumado a las situaciones de vulnerabilidad, de violencia, abuso sexual. Por supuesto no son los mismos casos que llegan a un centro de salud que a un hospital por guardia, donde quizás hay más emergencias y más gravedad en los casos, pero igualmente hay de todo.

Y: ¿De qué manera pensás que el contexto social y familiar condiciona o potencia las intervenciones que se realizan?

F: Y, bueno, yo creo que cuando llegan casos, la red con la que cuente ese chico, va a condicionar o contribuir todo el trabajo que se vaya haciendo, no es lo mismo tener o

contar con quien trabajar, que un caso donde su red, o su lugar que quizás tendría que ser seguro para ese chico es donde está el ojo de la tormenta o del conflicto.

Y: Desde tu experiencia, ¿qué lugar ocupa la promoción de la salud dentro de las prácticas cotidianas con esta población?

F: Mira, el lugar que ocupa me parece que es menor al que debería ocupar, acá se intenta de hacer muchísimas acciones de promoción de salud, pero la verdad que en este último tiempo las actividades de promoción de salud están cada vez más llevado a segundo plano, lo que se hace muy difícil poder sostenerlo, ya que se toman otras cuestiones como prioridades. De todos modos, se trabaja para eso, acá hacemos talleres, hacemos convocatorias, desde mi opinión son espacios que deberían ser importantes, ya que son muy útiles y preventivos.

Y: ¿Cuáles dirías que son las principales dificultades que encontrás al trabajar con población infanto-juvenil en situación de vulnerabilidad psicosocial?

F: Mira, si hablamos especialmente de población infanto juvenil, donde quizás sus tiempo son diferentes a los de un adulto, una gran dificultad es el tiempo de los turnos, muchas veces quedan muy cortos para el trabajo con este tipo de población, muchas veces los turnos que tenemos para cada paciente es de media hora, y con un adolescente o un niño, cuando apenas estás logrando un diálogo, ya tenes que seguir con el próximo paciente y dentro de ese tiempo tenes que hablar con quién trajo al niño, muchas veces se hace muy difícil.

Y: ¿Qué limitaciones institucionales o del sistema de salud o de otro tipo impactan en tu práctica?

F: Aca en el centro de salud, lo que pasa es que por la lógica que nos imponen a nivel institucional, es más importante que debemos un turno de asistencia individual, a que hagamos un espacio a nivel grupal, por ejemplo, importa la efectividad en cuanto a tener la agenda llena, y no la calidad del trabajo en cuanto a que podría sumar más para la comunidad. Además de eso, sumaría las condiciones laborales, la situación mobiliaria, todo tiene muchos años, nos arreglamos con los insumos que tenemos, ni hablar también de lo que tiene que ver con los sueldos.

Y: ¿Con qué desafíos te encontras en tu práctica?

F: Y creo que si pensamos en la práctica global, muchas veces nos encontramos luchando con lo que sería el modelo médico hegemónico ¿no?, donde se trata de atacar el síntoma, y donde queda todo eso que nos caracteriza con un centro de salud, en medio de un barrio, donde los lazos, las redes, la prevención o la promoción de salud es una parte muy importante de todo lo que hacemos a diario, acá es más importante dar la mayor cantidad de turnos que sean posible, y no pensar en que muchas veces las intervenciones tienen que ser de otra forma, como en un taller. Es como esa sensación de que nunca alcanza ¿no?

Y: Desde tu experiencia, ¿qué efectos producen las estrategias de intervención que utilizas y cómo realizás la evaluación de esos efectos en tu práctica profesional?

F: Bueno, no sé, si siempre los efectos son los esperados ¿no?, si vamos a lo que uno espera muchas veces tiene que ver con poder aliviar un poco el sufrimiento del paciente, algo que no siempre sucede, pero uno puede también evaluar los efectos desde otro lado, desde el lado de lo que uno puede aportar o ayudar para ver que ese chico o adolescente de algún modo comienza a caminar un poco en dirección de sentirse un poco mejor, o por lo menos estar contenido, o construyendo ciertos lazos o redes que le permitan poder buscar ese lugar seguro en otros ámbitos también.

Y: ¿Qué sentimientos, percepciones o reflexiones personales te genera trabajar en un centro de salud de Atención Primaria?

F: La verdad es que a mí me apasiona lo que hago, trabajo de ambas formas, en el sistema de salud pública y en el consultorio particular, dos ámbitos muy diferentes, donde cada uno me aporta desde un lugar diferente, pero realmente no podría imaginarme sin trabajar en el centro de salud.

Y: ¿Cómo te impacta subjetivamente trabajar con situaciones de vulnerabilidad psicosocial?

F: Bueno, la verdad es que yo estoy bastante acostumbrada de trabajar en el ámbito público, entonces siento que hay cierta vocación a eso, pero la verdad es que son situaciones complejas, y muchas veces las sensaciones que quedan son de preocupación, de tristeza, porque muchas veces esas limitaciones de las que hablábamos hacen que, bueno, justamente, haya cosas que no podemos hacer, y por más que queremos hacer lo mejor posible hay que lidiar con esa frustración, e intentar aceptar que desde acá no se puede más que esto, ¿no?.

Y: Frente a las problemáticas de vulnerabilidad psicosocial en niños, niñas y adolescentes, ¿qué aprendizajes o reflexiones has tenido a partir de pensar o trabajar con ellos?

F: La verdad que acá, sigo aprendiendo todos los días cosas nuevas, las experiencias se renuevan, porque bueno, nuestra disciplina tiene que ver con eso, todo el tiempo te estás encontrando con situaciones que son muy de cada caso, entonces creo que el aprendizaje es justamente ese, el entender que siempre uno está aprendiendo, y no cerrarse en lo que sabe, o en lo que vio, porque es algo muy dinámico.

Y: ¿Hay algo que no te haya preguntado y que consideres importante para comprender este tipo de intervenciones?

F: A ver, dejame pensar, no, creo que las preguntas estuvieron muy buenas.