



Universidad Nacional de Rosario (U.N.R)

Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final

TITULO: “Experiencia CeAC”

AUTOR/a: Palmerola Sormani, Antonella Juliana

LEGAJO: P-2151/2

DOCENTE O GRADUADO RESPONSABLE: Psic: Gómez Miguel Angel.

AÑO: 2018

INDICE

- Índice.....2
- Agradecimientos.....3
- Resumen.....4
- Presentación del caso.....5
- Descripción del caso.....7
- Desarrollo.....8
- Conclusión.....18
- Bibliografía.....21

AGRADECIMIENTOS

La producción y escritura de este Trabajo Integrador Final ha sido posible con la cálida y gran ayuda de la Psicóloga Mónica Blando y el Psicólogo Miguel Gómez a quienes agradezco su acompañamiento y colaboración.

RESUMEN

El tema central del presente trabajo es la lectura y análisis histórico del Centro de Asistencia a la Comunidad (CeAC). El mismo surge de problematizar, en el marco de las Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS), las causas y condiciones sociales, históricas y comunitarias que precedieron a la creación del centro de referencia. La participación en ambos espacios fue el punto de partida para formalizar algunos interrogantes en relación al Centro de Referencia, como espacio de acción comunitaria.

En primer lugar, voy a privilegiar la historización del contexto y condiciones socio-históricas que se hicieron presentes en los comienzos del surgimiento del proyecto CeAC. En segundo lugar, voy a realizar un recorrido teórico-conceptual sobre conceptos de capital importancia, dentro del paradigma de Salud Comunitaria, me refiero a **Salud Comunitaria, Psicología Comunitaria y Comunidad**. En tercer lugar, intentaré explicar las particularidades y puntos de convergencia entre los conceptos mencionados al interior del Centro de Referencia y los posibles alcances y deconstrucciones de tales categorías en la actualidad. Dentro de este recorrido, no voy a sustraer la indispensable referencia a los conceptos Epistemología Sistémica y Construcción Social; ejes teórico-conceptuales solidarios a interrogar la dimensión clínica del CeAC. Por último realizaré un recorrido arqueológico de los conceptos empleados como categorías de análisis que forman parte de la matriz fundacional del mismo, para concluir con algunas posibles diferencias entre el punto de partida fundacional y las nuevas significaciones de los conceptos mencionados.

Para finalizar, el trabajo se propone registrar en forma escrita las condiciones y experiencias de trabajo formalizadas en el Centro de Referencia en el marco de las Prácticas Profesionales Supervisadas, teniendo en cuenta la escasez de producción escrita que hay al respecto. Además una reflexión crítica de la relación de los programas de extensión o pasantías de las universidades con respecto a las prácticas que los mismos llevan a cabo. Ambas son las causas que impulsan a la sistematización de este Trabajo Integrador Final.

Presentación del caso

El CeAC es una institución compuesta en su interior por tres actores diferentes y particulares como son: la Universidad Nacional de Rosario, el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Santa Fe, y los habitantes del barrio. Los objetivos de dicha institución pública son muy variados porque han crecido y cambiado a lo largo del tiempo. Principalmente el objetivo central es el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de los habitantes del Barrio de la Sexta.

Los servicios que brindó en sus comienzos a la comunidad fueron de dos tipos: como Centro de Atención Primaria a la Salud ofrecía atención médica, psicológica, trabajo social, enfermería (servicios vigentes) y como Centro de Desarrollo Comunitario, se brindaron y llevaron a cabo talleres de capacitación y micro emprendimientos para los habitantes del barrio.

Al visualizar los actores y personas que componen al CeAC, su modo de trabajo y de entender la salud, se puede pensar en la definición de Salud Mental que defines a la misma como: “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, 2013, p12a).

La presente Ley (2013b) también pone énfasis en el modo de atención, promoción de la salud y prevención de enfermedades en las modalidades de abordaje afirmando que:

Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares comunitarios; servicios para la promoción y prevención de la salud mental, así como otras prestaciones tales como casa de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas (p.20)

El CeAC se creó en el año 1984 con el regreso a la democracia en nuestro país. El acta fundacional y el grupo de profesionales involucrados en llevar a cabo el proyecto, entendían la salud y el trabajo dentro del marco conceptual planteado en la actual Ley de Salud Mental. Sin embargo, la misma no se encontraba redactada ni sancionada en aquella época, tuvieron que pasar muchos años para la misma sea elaborada y sancionada. Esto demuestra, cuan innovador y transformador fueron los modos de abordaje respecto de qué se entendía por Salud, Salud Mental y el trabajo desde este posicionamiento con la comunidad; valorizando la Salud como un derecho de la población que implica más que un asistencialismo.

Los profesionales del Centro de Asistencia a la Comunidad entendían que la Atención Primaria en Salud y la Salud Comunitaria eran pilares en los cuales debían basar y fundamentar su labor, generando lazos y confianza con los habitantes del barrio. Esto llevó, en el transcurso de los años, a una experiencia muy enriquecedora no sólo para los trabajadores del CeAC y la comunidad, sino para los estudiantes que tuvieron la posibilidad de conocer la historia de un lugar con una perspectiva de trabajo diferente y desde otro planteamiento teórico que dirigía sus esfuerzos hacia la salud y no hacia la enfermedad.

Este trabajo de historización permitirá un análisis cualitativo en la ampliación del conocimiento que el Centro de Asistencia lleva a cabo en conjunto con la comunidad. Vinculado, desde sus comienzos, con el Rectorado y la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario y actualmente dependiente de la Secretaría de Extensión Universitaria. Espacios e instituciones que no sólo comparten la geografía del barrio sino que también favorecen la construcción, deconstrucción y reconstrucción de conocimientos, experiencias y vivencias enriquecedoras para los estudiantes que transitan por ambas

El pasaje por las instituciones nombradas posibilitaron a pensar en la realización de la presente investigación. En la modalidad de un estudio de caso intento formalizar una reflexión crítica personal que tuvo lugar enmarcada en las Prácticas Profesionales Supervisadas. El desarrollo de las mismas en el Centro de Asistencia a la Comunidad me brindó las herramientas teóricas y prácticas de una modalidad diferente de trabajo dentro de nuestra disciplina. En esto último radica la invitación a los demás estudiantes para que tengan la posibilidad de leer (y desde allí tal vez preguntarse) una experiencia dentro de las PPS que determinó una apertura de interrogantes respecto del conocimiento de nuestra profesión.

La formalización de este trabajo también es un insumo para pensar en el ejercicio de la práctica profesional. El desarrollo y sistematización de las categorías de análisis de esta investigación servirá de contribución en la ampliación del conocimiento de ellas dentro del campo disciplinar de la psicología. Siempre entendiendo que esta última, en el marco de la Salud Comunitaria, es una profesión que posibilita el mejoramiento de la comunicación humana, fomentando las actitudes de cooperación y confianza entre las personas y trabajando desde la atención, protección y promoción de la salud (APS). Enmarcando esta labor desde la perspectiva de la interdisciplina con el objetivo de un alcance transdisciplinar desde una Psicología Comunitaria que tiene como eje central la acción conjunta con la comunidad.

La Psicología como disciplina resulta de suma importancia en esta labor ya que la misma, se produce y fomenta en el ámbito de la subjetividad la cual requiere un abordaje interdisciplinar y transdisciplinar para promover ambientes con mayor salud.

Descripción del caso

Este trabajo se desarrolla bajo la modalidad de un estudio de caso y como tal, implica una consideración rigurosa y exhaustiva de las características específicas de la organización tomada como objeto de estudio. El centro de referencia conocido como CeAC (Centro de Asistencia a la Comunidad) es un centro asistencial de salud ubicado en las inmediaciones del barrio República de la Sexta de la ciudad de Rosario.

En el año 1984 es creado desde la Universidad Nacional de Rosario (U.N.R) el proyecto CeAC, que en sus orígenes es guiado por las metas planteadas en el Plan Nacional de Salud Mental que estaban orientadas a promover la Atención Primaria de la Salud propuesta en Alma Ata. El proyecto estaba inicialmente vinculado a lo que por entonces se llamaba la Escuela Superior de Psicología de la Facultad de Humanidades y Artes de la U.N.R y es por este motivo que el CeAC nació como un Centro de Salud Mental que luego se fue transformando, con el paso del tiempo, en un centro de asistencia de salud-comunitario. El CeAC ha desarrollado una intensa actividad en las que son fundamentales los procesos de participación e integración de los vecinos del Barrio República de la Sexta en la ciudad de Rosario, experiencia que ha tenido continuidad desde los años ochenta hasta la fecha. Dichas acciones realizadas han logrado influir en el ámbito local de las políticas de salud, de educación y desarrollo social, incorporando aspectos de la Psicología Comunitaria, como la organización activa de la comunidad en una asamblea mensual de vecinos. Teniendo como metodología, la investigación-acción participativa interventiva y un enfoque de trabajo en red. Tres elementos que determinaron y caracterizaron su modalidad de trabajo y lo hacen un objeto de un estudio de caso.

Como todo proyecto fundacional e incipiente contaba con sus objetivos iniciales los cuales son redactados por unos de sus fundadores Fucks (2015) de la siguiente manera:

- a) Desarrollar un programa enfocado en la salud basado en un modelo preventivo que, mediante metodologías participativas, impulsara la inserción comunitaria.
- b) Aportar conocimientos y técnicas adecuados para la recuperación y creación de recursos eficaces para que la comunidad resuelva sus problemas por sus propios medios.
- c) Promover la producción científica y de investigación, en el campo de inserción donde confluyen las planificaciones de salud, educación y de las políticas sociales.
- d) Elaborar- a partir de las experiencias e investigaciones-propuestas viables para aquellas áreas de intervención que no son abordadas en los desarrollos curriculares tradicionales (p.16)

Estos objetivos parecen ser la expresión de un proyecto con muchas aspiraciones y voluntad de trabajo nacientes post dictadura. Se buscaba recuperar el tejido social y generar nuevas redes que habían sido destruidos/as por la dictadura. Lo fracturado, no sólo había sido la confianza en el otro sino que también, los lazos sociales, lo comunitario como consecuencia del miedo y la violencia.

Desarrollo

Indagando las causas y condiciones socio-históricas donde fue posible el surgimiento de un proyecto como el del CeAC se encuentran movimientos a nivel macro y micro sociales que posibilitan una lectura del contexto mundial que se vivenciaba por aquel entonces y unas décadas antes.

Hubo circunstancias decisivas que permitieron el despliegue de la creación del centro de referencia, fundamentadas principalmente, en una concepción que se estaba gestando sobre lo que se entendía por Salud Pública. Esta última, tiene como fecha de surgimiento el año 1916 donde se toma como indicador la creación en los Estados Unidos de la Escuela de Higiene y Salud Pública en la Universidad de Johns Hopkins, comenzando allí la formación de especialistas en Salud Pública. Décadas posteriores en el mismo País y en el campo de la salud pública se organiza el movimiento de la Salud Comunitaria siendo ella una forma de Salud Pública.

Contextualizando e historizando el surgimiento de esta última, transcurre la década de los años sesenta en los Estados Unidos donde se lleva a cabo una intensa movilización popular e intelectual en relación a cuestiones sociales como, los derechos humanos, el racismo, la guerra de Vietnam y la pobreza urbana. Por este motivo, se desarrollan diferentes modelos de intervención en el ámbito local de las comunidades destinados a la acción social en sectores como la educación, la vivienda y la salud, particularmente la salud mental, intentando reducir las tensiones sociales que se vivenciaba en los guetos. La Salud Comunitaria, también conocida como Medicina Comunitaria, nace en este contexto norteamericano, basada en la implantación de centros comunitarios de salud, administrados por organizaciones sin fines de lucro y subsidiados por el gobierno. Todos ellos destinados a desarrollar acciones preventivas y proporcionar cuidados básicos de salud a la población que vivían en áreas geográficamente delimitadas.

En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud lanza la consigna Salud para todos en el Año 2000, asumiendo una propuesta de extensión de la cobertura de los servicios básicos de la salud. En el año siguiente, en 1978 en Alma Ata, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), reafirma la salud como un derecho del hombre, bajo la responsabilidad de los gobiernos. La ATP es uno de los ejes fundamentales en los cuales se basa el proyecto CeAC en su creación y actualidad. Son los fundamentos de la APS, equidad en la prestación del servicio, la interdisciplinariedad del enfoque de la salud y la participación comunitaria los pilares de la experiencia del centro de salud en la ciudad de Rosario.

Siguiendo con el desarrollo socio-histórico de una de las categorías de análisis del presenta trabajo, pero ya posicionándonos desde una perspectiva Latinoamericana, que es desde la cual vamos a situarnos a lo largo de este estudio de caso, la Salud Comunitaria es descripta por Saforcada (2010) en los siguientes términos:

Desde hace unos años, no más de diez, comenzó a aparecer silenciosamente una nueva mirada en el ámbito de la salud a la que consideramos que corresponde denominar *paradigma de la salud comunitaria*. Implica un conjunto de concepciones y prácticas que no surgieron de iniciativas provenientes de los ámbitos académicos sino de las comunidades y se nos hacen evidentes, a nosotros los profesionales, cuando logramos trabajar con las poblaciones adoptando una actitud de amplia apertura hacia la co-construcción de conocimientos. También lo visualizamos cuando concurrimos a congresos multidisciplinares de salud con fuerte participación de pobladores

que se han formado como agentes comunitarios o promotores de salud o agentes primarios de salud (p.54)

Todos estos sucesos histórico-sociales, transformaciones en las diversas esferas (de lo social, comunitario, histórico y político) a nivel mundial, americano y principalmente Latinoamericano plasman, en una línea de tiempo, la gestación de una matriz de teorizaciones y movimientos sociales-comunitarios que fueron el preludeo de una concepción diferente de lo que se consideraba cómo Salud, Salud Publica y puntualmente Salud Comunitaria.

Como se puede visualizar las causas y condiciones sociales, históricas y políticas en las cuales se dio surgimiento al proyecto CeAC fueron años de fuertes movilizaciones y transformaciones en las concepciones de la salud, dando lugar al surgimiento de nuevos paradigmas fundamentados desde la Salud Publica y dentro de la misma el movimiento de Salud Comunitaria. Con sus repercusiones a nivel nacional dio lugar, en la década del ochenta, en el regreso a la democracia, al lanzamiento del Plan Nacional de Salud mental bajo el cual se desarrollaron los primeros pasos del CeAC como fue mencionado anteriormente. A la mitad de esta década, en Rosario, se transitan momentos marcados por los años posteriores al régimen de facto y las consecuencias negativas tanto a nivel personal, familiar, institucional y comunitario que dicho régimen produjo. En la universidad pública fue necesario un proceso de varios años para intentar sanar las secuelas que dejaron el miedo, la persecución y la muerte que marcó esta etapa de nuestro País.

Los años de inicio del Proyecto de Extensión Universitaria fueron momentos de cambios, de transformaciones, de adaptación a lo nuevo, con limitaciones presentes producto de lo vivido. El ámbito académico no quedó por fuera de sufrir modificaciones; en las disciplinas ligadas a las Ciencias Humanas y Sociales los efectos que produjo el encierro y la censura se sintieron en el empobrecimiento de lo conceptual y de las prácticas en lo referente a lo grupal y comunitario. La consecuencia de ello fue una carencia de profesionales formados para trabajar en la reconstrucción de los lazos sociales y relacionales en una población que reinaba el individualismo y el temor.

Los fundadores del CeAC, en tanto trabajadores de la Salud Mental, conformaban un sector diferente respecto de los modelos dominantes en aquel entonces, ya que los mismos se habían formado como terapeutas sistémicos. Lo cual, era algo innovador donde la gran mayoría de psicólogos eran de orientación psicoanalítica. Esto permitió enfocar los problemas desde una mirada contextual intentando superar el individualismo que prevalecía en esa época. Además, otra ventaja de dicho grupo, era que muchos de ellos habían trabajado en el extranjero formando parte de programas de salud con características interdisciplinaria que les aportó experiencias y herramientas para el trabajo en lo socio-comunitario.

La participación comunitaria, uno de los fundamentos de la APS, fue sin duda uno de las herramientas fundamentales en el Programa CeAC, este se pensó como comunidad desde sus orígenes; la misma formó parte integrante desde los primeros momentos del proyecto.

La participación es una necesidad humana y por ende es un derecho de las persona. Toda persona tiene el derecho de actuar en el mundo en el que vive, poder tomar decisiones las cuales afectan su vida. Participar es ejercer ese poder de tomar decisiones, actuar y transformar la realidad. Según Robirosa (1990) participar significa:

Tomar parte de algo con otros, significa repartir o entrar activamente en la distribución (de responsabilidades, compromisos), significa comprometerse. La participación integra tres aspectos: formar parte, en el sentido de pertenecer, ser integrante; tener parte (asumir un rol) en el desempeño de las acciones determinadas; tomar parte, entendida como influir a partir de la acción (p.1)

La participación de las personas en las decisiones que afectan su vida cotidiana, supone, además, el reconocimiento de otras necesidades asociadas que son a su vez condición y resultante de un proceso participativo: autovaloración de uno mismo y de la cultura del grupo al que se pertenece como portadores potenciales de las fuerzas para la transformación social; capacidad reflexiva sobre los problemas de la vida cotidiana; capacidad de crear y recrear objetos materiales, nuevas formas de vida y de organización social que ayuden a superar dichos problemas. Esto es importante para que los seres humanos se desarrollen y alcancen niveles mayores de responsabilidad, conciencia y libertad.

Siguiendo con el segundo concepto que integra el término Participación Comunitaria, de acuerdo con los principios básicos de la psicología los autores Alfaro, Sanches y la Zambaro (2012) definen Comunidad diciendo: "(...) se considera que la comunidad es una fuente de poder capaz de identificar sus recursos, reconocer y emplear el poder del que dispone o desarrollar nuevas capacidades que le permitan fortalecer sus procesos autogestivos internos" (p.149)

En el libro "Historia de la Psicología Comunitaria en América Latina" las autoras Montero y Serrano (2011) van a definir a la comunidad:

Entendemos la comunidad como un espacio de identidad y significado en el que los individuos se reconocen como parte de un colectivo, comparten cultura, han construido una memoria colectiva sobre la base de vivencias comunes que transmiten y procesan a partir de saberes y sentidos comunes. La comunidad supera las barreras de lo geográfico y se sustenta en un sentido de pertenencia que descansa más en lo subjetivos que en la cercanía física. Estas comunidades son espacio de acción colectiva desde lo que es posible la generación de procesos de transformación social (p.56)

Hay una variedad de definiciones de comunidad pero estas dos últimas, son las que se consideran más emparentadas con lo que entiende el CeAC por comunidad y que están más en relación con el recorrido del presente trabajo que se circunscribe a la mirada latinoamericana de los conceptos desplegados.

Vemos que en ambas definiciones de Comunidad se entiende que la misma es un actor social activo, que puede y debe liderar sus propios procesos colectivos que van a determinar sus condiciones de salud. Esto planteado desde una perspectiva de derecho y equidad en el acceso y construcción de los mismos. Se promueve una integración participativa plena de la comunidad en las tareas de prevención, protección y promoción de la salud; no para que el Estado pueda desligarse de las responsabilidades que le competen, sino para lo contrario, a fin de que las poblaciones puedan exigir a sus gobiernos nacionales, provinciales y municipales lo que les corresponde como ciudadanos y sujetos de derechos. También para que puedan ver con claridad cuáles son sus obligaciones y sus derechos, para decidir responsablemente sobre su salud y su vida.

Otro aspecto esencial de lo comunitario es llegar a conocer las concepciones y prácticas de salud de las poblaciones, conocer que fenómenos son considerados enfermedades por parte de las comunidades. Esto pertenece a un campo importantísimo de la investigación epidemiológica psicosocial que se hace posible con un adecuado trabajo de comunicación e interacción por parte de los profesionales que trabajan en la salud y la comunidad para, conocer y valorar los saberes populares que van a determinar, en parte, el modo de funcionamiento de los servicios de salud. Esto último entendido desde la participación social, donde se conoce que los grandes problemas sociales de la salud no lo solucionan los profesionales solos sino que, ellos brindan los instrumentos, construidos junto con la comunidad y la misma, de manera organizada, solidaria y participativa, llegará a la/las solución/es.

Se conoce que un factor decisivo para la construcción del CeAC fue la inclusión política y relacional de los vecinos del barrio como co-constructores de la experiencia. Permitiendo diálogos entre los habitantes del barrio y los profesionales basados en criterios diferentes pero que dieron como resultado intercambios enriquecedores. Como relatan algunos de los fundadores de la experiencia, la participación comunitaria posibilitó una construcción conjunta de saberes y experiencias compartidas en el transcurso de los años del centro de asistencia.

La mención del diálogo como herramienta de intercambio es efecto del cambio de perspectiva que plantea el paradigma de la Salud Comunitaria. El diálogo pasó a ocupar un lugar privilegiado en la comprensión y creación de condiciones que posibilitan confluencias sin necesidad de negar las diferencias entre los diferentes actores que dialogan. Produciendo así, una co-construcción de saberes, proyectos, intereses y relaciones. Cuando hablamos de diálogo, desde esta perspectiva de la Salud Comunitaria, nos referimos al proceso colectivo de experiencia diaria que tiene como propósito alcanzar una comprensión nueva y compartida desde la cual poder actuar tanto a nivel individual como colectivo, y donde los sujetos co-aprenden a reflexionar juntos creando significados nuevos compartidos. Esto no podría ser posible sin la colaboración por parte de los involucrados en el diálogo, en el caso del CeAC entre los profesionales y los vecinos del barrio. Lo cual requiere una apertura, flexibilidad y confrontación con las propias limitaciones y capacidades generando alternativas de posicionamiento diferentes del rol profesional tradicional que fue condición primordial en los primeros pasos del CeAC. Posibilitando así, un cambio en la construcción de las relaciones entre vecinos y profesionales y en la creación de acciones conjuntas diferentes.

Esta transformadora manera de trabajar del centro de asistencia de la ciudad de Rosario, no fue posible sin que se presentaran dificultades y movimientos en el territorio y en el ámbito político. La participación comunitaria apareció como el ingrediente principal de trabajo pero el más perturbador para la experiencia. Dicha consecuencia se debió a que la comunidad no se posicionó como un actor neutro, pasivo e ingenuo y los funcionarios y profesionales no aceptaron de manera fácil resignar su poder. Complementariamente a ello se reforzaron antiguas prácticas políticas como el punterismo, el clientelismo y la reapertura de los partidos políticos. La política es una realidad inevitable, pues es parte de la vida social. Aunque no se la quiera ver, siempre está allí y hará sentir sus efectos. Además, el trabajo que se hace con comunidades no puede obviar la relación con la vida pública y con el Estado, por lo que es político.

La política y el poder, son dos conceptos que se podría decir van de la mano. En las líneas anteriores, todo lo trabajado y reflexionado tiene a la noción de poder en su centro, las atraviesa transversalmente dejando entrever que en todo movimiento social

las relaciones de poder juegan un papel primordial. El poder ha sido tratado como una fuerza que se tiene o no se tiene, que se puede conseguir u obtener a expensas de los otros o de alguna forma ganarlo, transmitirlo o cederlo. Desde el paradigma de la Salud Comunitaria y más específicamente de la Psicología Comunitaria (categoría de análisis que desarrollaremos a continuación) el poder es entendido como una construcción social, que dichas relaciones de poder son construidas por los grupos sociales teniendo ello, valga la redundancia, un poder de organización de los contextos. Son justamente las relaciones de poder que se ponen en juego en la consideración de la comunidad como actor principal en la construcción y acción de sus condiciones de salud y vida.

Desde sus orígenes, la inserción de la Psicología Comunitaria ha incidido sobre los procesos de gestión y legitimación política, ya que su aplicación pone en marcha procedimientos que fortalecen posiciones de unos actores sociales en relación con otros, produciendo resultados que perjudican intereses de unos pero que benefician a otros. Si se entiende que a las políticas públicas le corresponde administrar el poder y a la Psicología Comunitaria dotar de poder a la población sólo resta ver si ello es posible. Se deben analizar cuáles son las condiciones que posibilitan o no la participación de la población y el empoderamiento de la misma y los efectos de ello en las políticas públicas.

En el párrafo anterior aparecen dos términos que son nodales para realizar una reflexión respecto de la experiencia CeAC; son el de Psicología Comunitaria y el de Empoderamiento (en inglés: *empowerment*, fortalecimiento, empoderamiento) ejes centrales del posicionamiento teórico-práctico del centro de asistencia.

En América Latina, las raíces de la noción de empoderamiento remiten a la obra de Paulo Freire (1973), quién desarrolló una concepción de la educación comprometida con la liberación de los oprimidos. Desde entonces, este término ha sido asociado a los abordajes que promueven el desarrollo psicosocial y una posición respetuosa de las culturas locales, de las iniciativas surgidas de sus miembros y de las formas de organización de cada comunidad. El sentido original del término de empoderamiento se ha ido expandiendo a varias disciplinas y prácticas sociales, tales como la psicología comunitaria, la teoría política, el trabajo social, la educación, los estudios de género, los enfoques psicoterapéuticos, etc. La Psicología Comunitaria ha sido una de las disciplinas en las cuales el *empowerment*, ha ocupado un papel central y, en la obra de una de las pioneras de la Psicología Comunitaria Latinoamericana, Maritza Montero es posible ver las transformaciones de esta noción.

El Dr Saúl Ignacio Fuks (2007) define empoderamiento de la siguiente manera:

El término es utilizado en referencia al proceso por el cual las personas, grupos y comunidades incrementan sus fortalezas, se (re) apropian de la capacidad de actuar de forma autónoma, utilizan esa autonomía en la toma de decisiones y ejercen el derecho a obtener la información relevante que les permita la expansión de sus capacidades y una inclusión responsable (p.21)

Otra definición del concepto que nos resulta muy interesante y nos ayuda a reflexionar sobre el mismo es la brindada por los autores Lapalma y De Lellis (2012) que describen al mismo:

El concepto de empoderamiento tiene una antigua tradición en la Psicología Comunitaria y reconoce a la población como un actor social activo en los procesos de cambio, insertos en condiciones históricas complejas. Así, también la Psicología Comunitaria incorpora como metodología de intervención y de construcción de conocimientos a la investigación participativa y define el rol del psicólogo social como un facilitador de tales condiciones (p.157)

Como se lee, en ambas definiciones, se describe y entiende a la población-comunidad como un actor social activo capaz de apropiarse de sus capacidades y potencialidades para la toma de sus propias decisiones pudiendo así llevar a cabo cambios o transformaciones que les beneficien en un ejercicio pleno de sus derechos. Esta concepción y entendimiento del concepto de empoderamiento no habla en ningún momento de que el empoderamiento sea una fuerza, cualidad o valor que otro/otros le/les otorga a las comunidades, no es algo dado, sino todo lo contrario, es una capacidad propia de cada grupo, comunidad, población. Es desde este lineamiento, desde la Psicología Comunitaria, donde se realiza el análisis del posicionamiento del CeAC en sus basamentos teóricos-prácticos. Aquella convicción en la cual los individuos y los colectivos sociales tienen el derecho de participar en las decisiones que les conciernen.

El CeAC se asumió desde sus comienzos como una comunidad y como un Programa de Salud Comunitaria heredero de los valores y propuestas de la Psicología Comunitaria Latinoamericana. Las raíces de esta última y las influencias teóricas están ligadas a la Psicología Social, que es una característica muy visible de la Psicología Comunitaria Latinoamericana. Otras influencias teóricas de la misma son los conceptos de educación problematizadora de Paulo Freire (1970); los de investigación-acción participativa de Fals Borda (1953); los de la Psicología de la Liberación de Martín Baró (1975) y los de la Psicología Comunitaria de Maritza Montero (1994). En la Argentina son centrales los trabajos de Pichón Riviere (1955).

La Psicología Comunitaria presenta una variedad de orígenes pero, a pesar de ello en todos los países fue la preocupación por las personas en situación de pobreza, vulnerabilidad y las situaciones de injusticia y opresión en que viven lo que impulsó y dio fuerzas para la creación de una Psicología Comunitaria. En algunos países el origen de la Psicología Comunitaria está más marcado por lo institucional, es decir, esta se inicia en programas y proyectos derivados de políticas públicas donde se destaca la labor de psicólogos que han comenzado desde diferentes ramas (educativa, clínica, investigación y salud). A raíz de ello y en función de sus experiencias deciden desarrollar aspectos psicológicos-comunitarios pasando así de un trabajo sobre las comunidades a uno con las comunidades y desde ellas.

Las preguntas más comunes que siempre surgen cuando se lee las palabras Psicólogo Comunitario suelen ser ¿Qué es un psicólogo o psicóloga comunitaria o comunitaria? ¿Qué hace? ¿Qué diferencia hay entre un psicólogo comunitario y un trabajador social? Se escuchan estas preguntas de la gente en las comunidades, de los estudiantes y de algunos otros psicólogos que se especializan en otras ramas de la psicología. Sin embargo, la Psicología Comunitaria ha permitido diferenciar con más claridad el papel del psicólogo respecto de otros profesionales del campo social y recortar con mayor nitidez su rol y contribución al campo de las políticas públicas, a pesar de las tensiones que surgen a partir de la delimitación de competencias con otros profesionales del área social sea mayor. Se reconoce que los psicólogos/as comunitarios se comprometen en trabajar con programas gubernamentales que pretenden atender las necesidades comunitarias, fortalecer las organizaciones en las

comunidades, trabajar con poblaciones en desventaja y fomentar la participación ciudadana.

Pero ¿Qué es la Psicología Comunitaria? Montero (2012) la define en los siguientes términos:

Se orienta al estudio de los factores psicosociales y estructurales vinculados con el poder para ejecutar cambios que impacten en el bienestar humano. Es una rama de la Psicología cuyo objetivo es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social, para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social (p.149)

Desde esta rama Latinoamericana de la Psicología Comunitaria se posiciona y trabaja el centro de asistencia a la comunidad CeAC, estas son sus bases teóricas y conceptuales para articularlas a sus prácticas. La Psicología Comunitaria es su estrategia de intervención en función de los fines de cambio que propone, estimulando acciones participativas para el desarrollo y fomento de recursos de las comunidades, posibilitando generar procesos de cambios en las poblaciones. Propiciando el fortalecimiento de sus organizaciones comunitarias y la autonomía de las mismas para poder transformar sus condiciones de vida, aquellas que los marginan y vulneran sus derechos.

En nuestro país la introducción de la Psicología Comunitaria se vio impulsada e influenciada por el desarrollo que tuvo en otros países de la región, entre ellos, Venezuela, Puerto Rico y Costa Rica. Se destacaron los aportes de autores tales como Martín Baró, Escobar, Montero nombrados anteriormente. Sin embargo, la Psicología Comunitaria en nuestro país ha tenido su propio desarrollo académico, que se inició en la década del sesenta en forma simultánea con otros países de América Latina. La Argentina no escapó de la influencia del contexto de origen y la intensa movilización política y social que querían transformar las condiciones sociales caracterizaron la década del sesenta y parte del setenta haciéndose eco en el “Cordobazo” e interrumpido por la dictadura militar iniciada en 1976 que sofocó esas manifestaciones de organización social. Luego, con la vuelta a la democracia, en el año 1983, volvió a surgir lentamente la Psicología Comunitaria, como evidencian la apertura de asignaturas en la formación de grado y el proyecto de extensión universitaria que nos ocupa, el CeAC.

Dos décadas antes, a fines de la década del cincuenta, uno de los primeros precedentes es la “experiencia Rosario” cuando el médico y psicoanalista Enrique Pichón Riviére reunía a estudiante de diversas facultades dispuestos a trabajar en problemas de las comunidades y en cuestiones vinculadas con las relaciones humanas, industriales y la educación. En la década del setenta, José Bleger (1976) propone un “psicoanálisis operativo” señalando la legitimidad del rol de psicólogo en el ámbito de las comunidades y sugiere la necesidad de pasar de un enfoque centrado en la enfermedad hacia un enfoque preventivo y de una perspectiva individual hacia una orientación social. También señala que es necesario desarrollar conocimientos y técnicas de acceso a la comunidad, de intervención en ella y de administración de sus recursos para trabajar en el escenario social.

En nuestro país, la falta de un desarrollo de la Psicología Social equivalente al producido en otros países de América Latina, contribuyó a desbordar las fronteras del campo de la psicología clínica produciendo innovaciones como las narradas anteriormente, los aportes de David Bleger (1976), Enrique Pichón Riviére (1955),

Alfredo Moffat (1974), Antonio Lapalma (1987) y las experiencias de los Hospitales Roballos de Entre Ríos, el Hospital Aráoz Alfaro de Lanús (Provincia de Buenos Aires) y el Pabellón 3 del Hospital Psiquiátrico de Rosario.

En el marco de las experiencias consideradas siempre se debe ubicar en el centro de las mismas y de toda reflexión teórico-práctica al sujeto de las políticas públicas, aquel sujeto de los grupos, poblaciones, comunidades, etc; a menudo inadvertido por las teorías sociopolíticas hegemónicas creyendo que es posible prescindir de su consideración. El mismo es construido y denominado de diversas maneras cliente, ciudadano, consumidor, paciente pero resulta siempre un factor fundamental en todo análisis social.

En el transcurso del tiempo de la Práctica Profesional Supervisada en el CeAC se trabajaba, en un sector de la atención psicológica, con la noción de sujeto complejo de Edgar Morín (1994). Entendiendo este desde la construcción teórica del paradigma de la complejidad donde es necesario un pensamiento complejo, es decir, un pensamiento capaz de unir conceptos que se rechazan entre si y que son definidos, entendidos y analizados en compartimentos separados y cerrados.

La noción de sujeto es una noción extremadamente controvertida y no siempre es evidente. Morín propone abordar la noción de sujeto de forma científica y no metafísica. Propone una definición bio-lógica: que corresponde a la lógica misma del ser vivo. La noción de autonomía, que es intrínseca del sujeto, está ligada a la de dependencia, y ésta es inseparable de la noción de autoorganización. Heinz Von Foerster (1950) ya lo explicaba en su paradoja de la auto-organización: auto-organización implica autonomía, pero todo sistema autonómico para poder sobrevivir necesita energía e información que extrae del mundo exterior, es decir, para ser autónomo hay que depender del mundo externo. Por eso Morín va hablar de auto-eco-organización pero en función del principio de Von Foerster en el cual la auto-organización es dependiente. Además, agrega Morín (1994): "Solo que, así como la auto-organización es de hecho una auto-eco-organización, de igual modo la autorreferencia es auto-exo-referencia, es decir, que para referirse a sí mismo hay que referirse al mundo externo" (Morín, 1994, p.75). Tanto la auto-eco-organización como la auto-exo-referencia deben su distinción a un mundo exterior que en el caso de esta última posibilita la distinción fundamental entre el sí y el no-sí, entre un yo y un no-yo, entre un yo y un mundo exterior. Distinción que no es solo cognitiva sino que es constitutiva de la identidad subjetiva.

Los trabajos de Heinz Von Foerster (1950) estuvieron en el origen de la aplicación de las teorías constructivistas a la terapia familiar. Hacia fines de los años setenta, el sistema que se estudiaba la mayoría de las veces en terapia familiar era el de la familia, y se consideraba al terapeuta como un observador externo, no se interesaban mucho en el sistema terapéutico. Este abordaje planteaba que la realidad objetiva exterior era una realidad que se debía develar para ayudar a los pacientes. Sin embargo, a partir del comienzo de los años ochenta, después de la publicación en 1981 de la obra de Paul Watzlawick "La realidad inventada", un nuevo movimiento epistemológico llamado Constructivismo se expandió en el ambiente de los psicoterapeutas de familia formando parte de él trabajos de Heinz Von Foerster, Humberto Maturana y Francisco Varela que planteaban que la construcción mutua de lo real en psicoterapia cuenta más que la búsqueda de la verdad o de la realidad.

Luego, unos años más tarde, el constructivismo fue cuestionado a su vez por el Construccinismo Social (social construccionismo) donde las nuevas formas de terapia insistían sobre las Narraciones y reemplazar la metáfora cibernético-sistémica por la

metáfora antropológica. Fue hacia fines de los años ochenta que las teorías del Construccinismo Social se hicieron más conocidas en los Estados Unidos. Una de ellas es la de Kenneth J. Gergen (1982), profesor de psicología en Pennsylvania, que es uno de los principales representantes del construccionismo social en el campo de la psicología quien propone a los terapeutas reemplazar las metáforas mecánicas de la cibernética por metáforas de la teoría literaria o de la antropología posmoderna. Este mismo autor analizó las relaciones entre el Constructivismo y el Construccinismo Social entendiendo que si bien ambos conciben el saber cómo una construcción y no como un reflejo fiel de la realidad y rechazan el dualismo sujeto-objeto sin embargo, el Constructivismo describe la construcción del saber a partir de procesos intrínsecos al individuo mientras que el Construccinismo Social, por el contrario, lo hace desde las relaciones sociales.

Estas últimas teorizaciones están en íntima relación con una mención que no podía quedar por fuera del presente trabajo. Son los ejes teórico-prácticos y epistemológicos del abordaje clínico de uno de los espacios de atención psicológica en el Centro de Asistencia a la Comunidad. Para proseguir con el desarrollo de los mismos, y a modo de conclusión se desarrollara en el párrafo siguiente el origen de lo que fue el surgimiento de la Epistemología Sistémica, posicionamiento que dentro del mismo se ubicaron algunos profesionales creadores del CeAC.

En la década del cuarenta el biólogo austríaco Ludwy Von Bertalanffy (1947) buscó principios y leyes aplicables a sistemas generalizados, sin importar su particular género o la naturaleza de sus elementos. Propone un modelo de sistema general que se puede utilizar y aplicar en distintas disciplinas constituyendo así “La Teoría General de los Sistemas” que define los sistemas como complejos elementos en interacción. Fue al norte de California, Estados Unidos, en la ciudad de Silicon Valley donde surgió la Cibernética (ciencia que estudia los sistemas de comunicación y de regulación automática de los seres vivos y los aplica a sistemas electrónicos y mecánicos que se parecen a ellos) y donde esta ciencia se aplicó a la Teoría General de los Sistemas.

Allí ambas disciplinas se llevaron al plano de los circuitos y de las relaciones humanas y donde términos como la noción de feed-back, interacción, entropía, caos, crisis, etc, comenzaban a resultar habituales produciendo una revolución en las teorías de la comunicación y una ruptura epistemológica cambiando desde una epistemología lineal (causa-efecto) por una causalidad circular donde toda conducta será causa de y efecto de... de pronto, la introducción de más de un integrante en la sesión, es decir, una familia, una pareja. Todo esto, evidenciaba la necesidad emergente de atención rápida y eficaz que la posguerra dejaba como secuela; cantidad de sujetos que necesitaban atención física y psíquica por las neurosis traumáticas y los trastornos psíquicos que las lesiones físicas conllevan.

Por lo tanto, la atención rápida, urgente y efectiva en la atención a la población llevó a una revisión de los sistemas sociosanitarios por un lado y al pensamiento sistémico-cibernético por otro produciéndose así la convergencia de ambos para construir el Modelo Sistémico de abordaje en Psicoterapias.

A posteriori en los años sesenta, en la Escuela de Palo Alto, la cual se centra en el estudio de la comunicación como base de toda relación personal, el antropólogo Bateson (1972) con su teoría del “Doble Vínculo” produce una ruptura con la conceptualización monódica del paciente psiquiátrico afirmando que: “el esquizofrénico, como paciente identificado y rotulado, abandona su soledad y exclusividad, para pasar a ser el portavoz de un sistema patológico y patologizante”

(Bateson, 1972, p.231).Estos son los primeros pasos de una ruptura epistemológica y el comienzo de una naciente como es la perspectiva sistémica.

Cuando se realiza el análisis socio-histórico y el recorrido teórico de las categorías conceptuales que estuvieron en la matriz de la creación del CeAC, se observa las fechas y períodos en las cuales las mismas surgieron; posibilitando esto, observar que fueron épocas de fuertes desarrollos y transformaciones en las nociones que nos competen en el estudio de caso aquí esbozado. Las décadas de los años '60, '70 y '80 contextualizan los desarrollos de nociones tales como las de Salud Comunitaria, Psicología Comunitaria, Comunidad y por último de Perspectiva Sistémica y Construcciónismo social brindando así una aproximación histórica y social de lo que fueron los esbozos teóricos de un proyecto nacido en los albores de la década del ochenta en la ciudad de Rosario (Santa Fe) que se plasmaron en una experiencia actual como es el CeAC.

Conclusión

El tema central de este estudio de caso fue la lectura y análisis histórico del Centro de Asistencia a la Comunidad. El mismo surgió de problematizar, en el marco de las Prácticas Profesionales Supervisadas, las causas y condiciones sociales, históricas y comunitarias que precedieron a la creación del CeAC. Mi experiencia en ambos espacios fue el punto de partida para el planteamiento de interrogantes respecto de la historización del centro de referencia y el impulso para formalizar algunos de ellos en la realización de este Trabajo Integrador Final (TIF).

Lo que posibilitó el planteamiento y luego la formalización del TIF fue el lograr, a partir del transcurso por el CeAC, una apertura a interrogantes que me generó pensar y reflexionar críticamente mi paso por allí.

Como uno de los objetivos iniciales privilegié el análisis de las causas y condiciones sociales e históricas que contextualizaron el surgimiento del proyecto de extensión universitaria. El interés se orientó en conocer bajo qué circunstancias se implementó el programa que concluyó con la creación del CeAC en el año 1983, en la ciudad de Rosario. Para llevar a cabo este objetivo utilice como categorías de análisis tres conceptos nodales en los inicios del centro.

Las categorías trabajadas fueron Salud Comunitaria, Psicología Comunitaria y Comunidad; ejes teóricos-epistemológicas que fundamentaron el desarrollo del Centro. El análisis y sistematización de las categorías seleccionadas se desarrolló llevando a cabo una íntima vinculación de la teorización e historización de las mismas y de cómo eran entendidas estas en el marco de la experiencia CeAC.

Durante el cursado de las Prácticas Profesionales Supervisadas me encontré con el desconocimiento que, cómo alumna, tenía de la institución (CeAC). Esto me condujo a interpelar mi posicionamiento respecto de todos los años transcurridos en la Facultad sin conocerlo, lo que llevó a poner en tensión cuestiones del orden personal y universitario. Este desconocimiento dejó ver una falta de acercamiento con las instituciones comunitarias que componen el barrio, donde se encuentra ubicada la Facultad. Ámbito cotidiano donde transcurría gran parte del día sin salir de los muros para observar y recorrer su alrededor. Acompañado esto último, con la representación social de peligrosidad con la que siempre fue caracterizado el Barrio.

Otra reflexión crítica que esta situación habilitó fue, el pensar si realmente existe una conexión, un diálogo entre las instituciones del barrio, sus actores y los habitantes de la Universidad Nacional de Rosario. Si, a pesar de ser el CeAC un espacio donde se desarrollan prácticas universitarias, es el mismo conocido en su labor y como institución dentro de la Facultad de Psicología.

En base a ello, no quiero sustraer la indispensable referencia sobre los programas de extensión o pasantías de las universidades. En varios países este ha sido el proceso propulsor de la salida a las calles de los estudiantes y graduados de las diferentes disciplinas. Sin embargo, hay múltiples asuntos que surgen como preguntas: ¿Cuándo la inserción de los/as estudiantes responde sólo a sus necesidades académicas y no a las necesidades de las comunidades? ¿Qué estructuras académicas son necesarias para que el estudiante se desarrolle pero a la vez pueda completar la tarea que se le requiere en la comunidad? ¿Cómo asegurarnos que junto a la práctica ocurre la reflexión pertinente y necesaria para que el trabajo, en este caso psicocomunitario, cobre sentido? ¿Cómo se trabaja con la diferencia entre los “tiempos” comunitarios y académicos? Hay una zona de

encuentros y desencuentros entre comunidad y academia, entre saberes y necesidades, entre los problemas y sus posibles soluciones.

Se conoce que mientras en los ámbitos académicos, en algunos no en todos, se construyen, reconstruyen, critican, analizan y reflexionan las teorías y conceptos a transmitir a los alumnos (algo que debe ser necesario para una revisión crítica de los constructos teóricos de cada disciplina) en el terreno de las prácticas profesionales como por ejemplo las de la Salud Comunitaria o de la Psicología Comunitaria esos cambios no siempre implicaron una revisión de los modos de enseñanza, de los modos de plantear las prácticas asociadas a los estudios universitarios o de formación de profesionales. O lo que es peor, se produce un vacío en lo que respecta a la enseñanza de teorías y prácticas vinculadas a estas perspectivas.

Sigue vigente en la formación académica aquella concepción que supone que una vez comprendida y aprendida la teoría, las prácticas serán deducidas de esas informaciones y surgirán naturalmente. Desafortunadamente, los esfuerzos por compatibilizar los ideales de una teorización por un lado y una práctica por el otro, no siempre fueron fructíferos ni posibles y este desencuentro ha tenido un efecto de empobrecimiento tanto para las prácticas como para el mundo académico. También, es posible distinguir aquellas teorías que se proponen como ideales de aquellas otras que se cree que se pueden conocer en un contexto de reducción de cargas horarias y profesionales a su cargo.

En la cultura de los grandes centros urbanos de nuestro país la psicología clínica, en especial la profesión de psicoanalista, obtuvo una valoración y un status que la transformo en ese ideal de teoría y profesional para la clase media intelectual urbana. Esto fue un proceso cultural que impactó en los sistemas educativos universitarios, impulsando en las Facultades de Psicología, currículos orientados a la clínica que producían psicoanalistas especializados a la psicoterapia individual. Abordaje teórico que se propone casi con exclusividad en nuestra facultad, llevando a algunos alumnos a la búsqueda de querer conocer y aprender sobre otras corrientes teóricas dentro del campo disciplinar de la psicología. Principal motivo que impulsó mi interés por la realización de las prácticas desde la perspectiva sistémica y en un centro de atención primaria a la comunidad. ¿Son esos los objetivos que busca la Universidad cuando enseña?

De la mano con la anterior reflexión y cuando supe que mis prácticas se iban a llevar a cabo en el CeAC comencé a preguntarme ¿En qué consiste un centro de asistencia? ¿Cuáles son las diferentes disciplinas que lo componen y los actores de las mismas? ¿Cómo se trabaja allí? ¿Cómo funciona el mismo? Abriéndose así un sin fin de cuestiones a ser desplegadas que, con el paso de las semanas dentro del CeAC iban adquiriendo algunas respuestas que contextualizaban y colmaban en parte mis interrogantes.

Paralelamente, e interpellando a mis preguntas, se construían nuevos conocimientos en el contexto de las prácticas. Conocimientos en relación a cómo funcionaba el trabajo del CeAC con la comunidad. Este trabajaba en conjunto con la población del barrio, no sobre sino con ella y siendo parte uno del otro. Este vivenciar personal, de una modalidad de abordaje epistemológico y teórico-práctico desconocido, transformó los pobres conocimientos construidos con los que contaba en relación a las diferentes modalidades en las que se puede habitar un centro de asistencia.

A su vez viabilizó visualizar que la teoría y la práctica son momentos que se relacionan de manera dialéctica, se construyen mutuamente en los espacios compartidos con compañeros estudiantes, docentes, no docentes, vecinos del barrio. Que las prácticas no son el espacio donde se “aplican” las teorías previamente aprendidas, sino marcos de experiencias, vivencias que co-operan en la construcción de saberes junto a la teorizaciones y a la acción participativa en los espacios a habitar.

Esta experiencia también hecho luz sobre los encuentros y desencuentros que se despliegan entre los actores que habitaban el CeAC. Entre ellos y la comunidad, entre los mismos vecinos, entre ellos y la Universidad, el CeAC, la Universidad y la comunidad. Son los diferentes discursos disciplinares y populares que se entrecruzan con sus desiguales posicionamientos teóricos y vivenciales; habilitando el debate desde el desacuerdo y desde las luchas de poder. Las instancias de diálogos, no siempre habilitadas o utilizadas que posibilitan una lectura como analizadores de lo explícito y de lo implícito, lo instituido y lo instituyente.

La Experiencia CeAC, título de este trabajo, fue nombrada de ese modo porque así la transitó. La Práctica Profesional Supervisada transcurrida allí fue lo que permitió la adquisición de nuevos conocimientos. Saberes vinculados con otras incumbencias en el ejercicio de nuestra profesión. Espacios comunitarios donde poder desarrollar nuestras actividades como profesionales de la salud. Desnaturalizando y deconstruyendo la representación social de que el psicólogo solo trabaja en la clínica dentro de un consultorio privado. El trabajo clínico también es posible en ámbitos públicos, entendiendo que la única psicoterapia a tener en cuenta no es sola la psicoanalítica. La Psicología Comunitaria Latinoamericana, nacida de la concepción de Salud Comunitaria, como disciplina y propuesta para la labor del psicólogo en espacios comunitarios. Promoviendo y llevando a cabo la atención, promoción y prevención de la salud, y salud mental, en las sociedades latinoamericanas. Comunidades con sus propios saberes, entendimientos y acciones para lograr el ejercicio de sus derechos y empoderarse como tales.

La posibilidad de saber que otra labor, y desde otro lugar, es posible en el campo de la psicología. Para comenzar a pensarme y construirme en qué tipo de profesional de la salud mental quiero ser. Entender que las incumbencias como psicólogo no se reducen a la clínica privada, que la construcción de espacios con la comunidad donde poder dialogar y llevar a cabo acciones, son necesarias y enriquecedoras para cualquier trabajador de la salud pública. Que en el pueblo y con sus saberes está gran parte del conocimiento que enriquece y enriquecerá a nuestra disciplina que trabaja con la subjetividad. Entendiendo que la misma es una construcción social, histórica, política y relacional como somos los seres humanos.

Son posibles otros modos de capacitarnos y prepararnos como futuros trabajadores de la salud mental si entendemos que la misma también se construye por fuera de las aulas y de la Universidad. Que las teorías aprendidas allí se enriquecerán en las acciones junto a la comunidad, la sociedad somos el pueblo y como parte del mismo los psicólogos debemos interrogarnos: ¿Qué sociedad queremos? ¿Qué tipo de profesionales queremos ser? ¿Qué profesionales se preparan en la Universidad Pública? La única herramienta que como pueblo tenemos ante la opresión y la desigualdad es la Educación... entonces nos debemos preguntar: ¿Qué educación pública estamos construyendo?

Bibliografía

- Alfaro, J., Sanchez, A. y Zambrano, A. (2012). Psicología Comunitaria y políticas públicas: una articulación posible y necesaria. En Lapalma, A y De Lellis, M (Paidós), *Psicología Comunitaria y Políticas Sociales*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bateson, G. (1972). *Pasos hacia una ecología de la Mente*. California, Estados Unidos: University of Chicago Press.
- Fuks, S. (2015). *Como un puente sobre aguas turbulentas*. Rosario, Argentina: UNR Editora.
- Fried Schnitman, D. (1992). La noción de sujeto. En Morín, E. (Paidós), *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Ley Nº26.657 Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial Ministerio de Salud de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 26 de noviembre de 2010.
- Montero, M. y Serrano García, I. (2011). *Historia de la Psicología Comunitaria En América Latina*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Saforcada, E., Cervone, N., Castellá Sarriera, J., Lapalma, A. y De Lellis, M. (2007). Reflexiones acerca de las paradojas del empowerment. En Cervone, N. (JVE Ediciones), *Aportes de la Psicología Comunitaria a problemáticas de la actualidad latinoamericana*. Buenos Aires, Argentina: JVC Ediciones.
- Saforcada, E., De Lellis, M. y Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y Salud Pública*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

