

Trabajo colaborativo con mujeres: Una experiencia en clínica comunitaria

Gardenia Koh Yah, Teresita Castillo León (*)

Universidad Autónoma de Yucatán, México

(*) tete.castillo@uady.mx

RESUMEN

La promoción de la salud promueve potenciar y fortalecer recursos más que solo centrarse en la prevención de enfermedades. Este trabajo presenta la descripción de una experiencia con mujeres en el campo de la promoción de la salud con una aproximación de clínica-comunitaria. Se utilizó la metodología de la Investigación Acción Participativa con técnicas como talleres participativos, cuestionarios, entrevistas, sesiones terapéuticas individuales y equipos reflexivos. Los resultados incluyen un análisis de la experiencia a partir de la propuesta de Pancer y Nelson (1996) desde una perspectiva de promoción de la salud basada en la comunidad y apoyándose en elementos de psicología clínica comunitaria. La discusión enfatiza la importancia de la participación activa de la gente y privilegiar la profundidad y no solo la cobertura como estrategia que posibilite cambios reales a mediano y largo plazo.

PALABRAS CLAVE

clínica comunitaria, promoción salud, mujeres, trabajo colaborativo

Collaborative work with women: A clinical-community experience

ABSTRACT

Health promotion promotes enhancing and boosting the allocation of resources beyond just focusing on disease prevention. This paper describes an experience with women in the field of health promotion using a clinical community approach. We used the method of Participatory Action Research with techniques such as participatory workshops, questionnaires, interviews, individual therapeutic sessions and reflexive teams. Results include an analysis of the experience based on the proposal by Pancer and Nelson (1996) from a health promotion standpoint with the help of clinical community psychology. The discussion emphasizes the importance of an active involvement of people and prioritizing depth and not just coverage as a strategy that makes real changes possible in the medium and long term.

KEYWORDS

clinical community approach, health promotion, women, collaborative work

Recibido: 3 octubre 2013

Aceptado: 25 marzo 2014

Cómo citar este artículo: Koh Yah, G. y Castillo León, T. (2014). Trabajo colaborativo con mujeres: Una experiencia en clínica comunitaria. *Psicoperspectivas*, 13(2), 121-132. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl> doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE2-FULLTEXT-356

ISSNe 0718-6924

Introducción

La Psicología posee un amplio campo de acción que le permite orientarse en diferentes contextos y áreas de trabajo. Snyder y López (2007) consideran que las tareas a desarrollar deberían dirigirse hacia la salud mental, pero vista más allá de la cura de desórdenes. Es decir, que no únicamente se avoque a tareas de prevención y tratamiento de enfermedades, sino que se oriente a la promoción de la salud, entendida como las acciones que se llevan a cabo para proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar su salud y tener un mayor control sobre la misma (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1986). Como se señala en la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (OMS, 2000), ésta toma de diferentes disciplinas sus fundamentos, considerándosele un área integradora que, mediante un proceso sistemático, logra reunir diferentes perspectivas sin perder de vista que todas las acciones encaminadas a ello suceden dentro de un contexto social.

Coincidimos con la OMS (2000) cuando puntualiza el carácter plural y participativo de las tareas en promoción, al señalar que no se trata sólo de una intervención dirigida a las personas como seres individuales, sino algo que se hace también con la gente, por la gente y para la gente, de forma colectiva. Este énfasis particular en la perspectiva basada en la población, así como en la prevención primaria, es característico de los modelos basados en la comunidad. De acuerdo con Merzel y D'Afflitti (2003), estos modelos no se limitan a los contextos de cuidado médico y, sistemáticamente, involucran a líderes comunitarios, redes sociales, campañas en medios masivos de comunicación y la educación directa a la población en general, así como la intervención clínica comunitaria.

Particularmente, en cuanto al papel de la Psicología dentro de este campo, hasta hace un tiempo, el paradigma clínico de la Psicología iba estrechamente ligado al modelo biomédico hegemónico en salud, con una marcada división entre salud física y mental. Paulatinamente, ha ido integrando estos dos aspectos de la salud y agregando la dimensión social del ser humano, a través de temas como empoderamiento, autonomía, conciencia o reflexión-acción para el mejoramiento de la salud (Vergara-Vázquez, 2011). En cierta manera ha dado respuesta a las crecientes necesidades en salud de la población, abriéndose paso a la Psicología Clínica Comunitaria.

De acuerdo con autores como Llorens (2006) y Romero (1999), uno de los factores que contribuyó al desarrollo de esta postura fue la brecha entre el tipo de oferta que los servicios tradicionales de atención psicológica brindaban y la disposición de los sectores más empobrecidos económicamente para acogerse a tales

ofertas. Sin embargo, el desarrollo de la perspectiva de clínica comunitaria difícilmente hubiese sido una posibilidad si se viera a las personas como simples receptoras (en un papel pasivo) de los planes de ayuda. De ahí la importancia de considerar que la fuerza de una intervención es débil si no toma la palabra de quienes son partícipes de dicha intervención (Romero, 1999), así como su contexto sociocultural (Llorens, 2006); lo que la hace fuerte es la participación activa de las personas.

Otro aspecto que ha contribuido al desarrollo de una postura más cercana al trabajo comunitario de la psicología clínica ha sido, tal como señala Vergara-Vázquez (2011), el cuestionamiento que los mismos profesionales se han hecho acerca del compromiso con la salud mental, que trasciende un rol proveedor. De este modo, comenzó un quiebre entre las barreras disciplinares, desechando paradigmas tendientes a la dicotomización de lo individual-colectivo, lo clínico-comunitario, o salud física-salud mental.

Existe una gran demanda para responder a las necesidades de la población, lo cual debe conducirnos de manera natural a sopesar la pertinencia de una variedad más amplia de opciones de intervención. En lo que se refiere a la participación de la práctica clínica, Romero (1999) señala que las y los psicólogos clínicos se mueven en la experiencia interpersonal de la relación terapéutica que privilegia la intimidad y la comunicación. Es sabido que la psicología clínica ha estado tradicionalmente focalizada en un espacio particular, el consultorio. Sin embargo, Morales Calatayud (1997 en Haz, Díaz & Raglianti, 2002) cuestionan la pertinencia actual de este modelo de actuación profesional, ya que obedece a una manera estrecha y limitada de llevar a cabo la profesión. En este sentido, Vergara-Vázquez (2011) señala que, aunque las intervenciones clínicas individuales sigan siendo necesarias, hay la posibilidad de dimensionarlas como el cimiento para acciones de transformación social, pensadas desde cada contexto, colectivo y realidad. Por lo que sería ideal trabajar todo ello también desde lo grupal, apuntando a acciones concretas que incluyan el fortalecimiento de la sociedad civil y no dejar únicamente esta labor a psicólogos comunitarios.

Por ello, Romero (1999) propone que un tipo de experiencia clínica puede hacerse extensiva al ámbito comunitario y tomar otros elementos de éste. Considera que ubicar el ejercicio profesional bajo la concepción del modelo clínico comunitario posee una serie de consecuencias específicas, como el cambio en el poder dentro de la relación terapéutica y la ampliación de los enfoques terapéuticos tradicionales con una mirada complementaria a partir de la reflexión social (Llorens, 2006). Todo ello en consonancia con la idea que la promoción de la salud no se opone a la atención de

riesgos, sino que se enfoca a la reorientación del mejoramiento de la salud (Restrepo, 2001).

Promoción de la salud basada en la comunidad

Al referirse a las tareas esenciales de la medicina, Sigerist (1945 en Restrepo, 2001) hizo referencia por vez primera al concepto de Promoción de la Salud, describiendo que la salud se promueve a través de condiciones y estándares decentes de vida, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física, formas de descanso y recreación. Consideró que la salud se trataba de una actitud positiva ante la vida, aceptando las responsabilidades de la misma. Desde entonces, el concepto de Promoción de la Salud ha variado pero sin perder su carácter totalizador, integral y holístico, como menciona Alleyne (2001, en Organización Panamericana de la Salud, 2001).

Más recientemente, la Promoción de la Salud se orienta a actuar sobre aquellos factores determinantes de la misma, tanto individuales como sociales, dirigiéndose a la creación de opciones saludables. Así, estos esfuerzos están dirigidos a las personas, a la población en general y también hacia las condiciones contextuales relacionadas con la salud. Es decir, incluye también aquellos procesos sociales, culturales y políticos que tienen influencia en la calidad de vida y la salud de la población. Entonces, podemos ver que las acciones en Promoción de la Salud actúan tanto en las personas y comunidades como en los procesos, condiciones y sistemas susceptibles de modificación a favor de la salud (Restrepo, 2001).

Los objetivos que pretende cualquier proceso de Promoción de la Salud, de acuerdo con Turabián (1993 en Oblitas, 2006), están dirigidos a cambiar conocimientos y creencias, modificar actitudes y valores, aumentar la capacidad para tomar decisiones, cambiar comportamientos, establecer ambientes sanos, conseguir cambios sociales hacia la salud y favorecer la capacidad y el poder de individuos, grupos y comunidades. En este sentido, como señalan Montemurro, Raine, Nykiforuk y Mayan (2013), en la Promoción de la Salud resulta fundamental la construcción de la capacidad comunitaria, lo cual implica trabajar con las redes de apoyo, el intercambio de información, la planificación, entre otros aspectos, como veremos posteriormente en este trabajo.

Al respecto, Caplan (1993, en Bennett & Murphy, 2001) nos dice que existen dos tendencias muy diferentes en salud. Una se orienta a la educación en salud, buscando modificar las cogniciones individuales y proveer las habilidades pertinentes a la búsqueda de cambios conductuales que favorezcan la salud. Y otra postura, desde la cual la salud-enfermedad es producto de desigualdades en el poder dentro de la sociedad. Dichas

desigualdades tienen como resultado inequidades en salud. Desde esta perspectiva, la Promoción de la Salud debe orientarse a cambios fundamentales que tienen relación con el modo en que la sociedad se organiza y cómo son distribuidos los recursos. Un tercer punto de vista es el que nos da Restrepo (2001), quien indica que, en la Promoción de la Salud, los modelos de acción son socio-políticos, ecológicos y socio-culturales; en esta los alcances de dichos modelos están en función de la interacción entre las personas (en lo individual y grupal) con su ambiente físico, social, cultural, económico y político.

Al respecto, Pancer y Nelson (1990) presentan un conjunto de orientaciones generales que pueden resultar de utilidad para quienes propongan programas de Promoción de la Salud basada en la comunidad. Estas directrices son productos de la revisión de diversos programas con esta orientación comunitaria:

- Participación de la comunidad. Debe darse en todas las fases del programa, desde su elaboración, ya que proporciona un sentido de propiedad y de empoderamiento.
- Planificación. Va desde la identificación de los problemas de salud hasta el conocimiento de las características del entorno y las formas de colaboración de las y los participantes. Con toda esta información se establecen objetivos y acciones a realizar y se organiza el equipo de trabajo.
- Evaluación de necesidades y recursos. Es fundamental identificar las necesidades o problemas de salud de la comunidad y los recursos de que se dispone para cubrir esas necesidades.
- Un programa global. Los programas más prometedores son los más amplios, abarcan la atención a factores de diverso tipo (de riesgo o positivos), utilizan varios canales distintos para su prestación y se dirigen a varios niveles diferentes de participantes (desde personas en lo individual hasta la comunidad en su conjunto).
- Un programa integrado. Lo ideal es que cada componente del programa sirva de refuerzo a otros elementos del mismo.
- Cambio a largo plazo. Desde el diseño, se deben considerar cambios estables y duraderos tanto en comportamientos relacionados con la salud como en el

contexto. Si una intervención es muy breve y limitada difícilmente podrá tener un impacto importante.

- **Modificación de las normas comunitarias.** Para lograr cambios y efectos significativos el programa debe ser capaz de modificar aquellas normas establecidas o patrones de comportamiento en tanto su modificación contribuya a lograr los cambios en los que se está trabajando.
- **Investigación y evaluación.** Es necesario documentar los resultados, pero también para describir su diseño, su proceso y sus efectos.
- **Recursos suficientes.** Debe haber un mínimo de recursos financieros, de infraestructura y humanos que sean adecuados para apoyar el trabajo realizado de modo que el programa influya en todos los niveles programados.
- **Colaboración de los profesionales y de la comunidad.** Se requiere la colaboración activa de profesionales de la salud y de dirigentes comunitarios.

Este tipo de Promoción de la Salud basada en la comunidad, de acuerdo con McLeroy, Norton, Kegler, Burdine y Sumaya (2003), representa un marco conceptual que enfatizan la prevención primaria y la perspectiva basada en la comunidad. Estos programas no se limitan a contextos de cuidado médico, sino que sistemáticamente involucran a la población en general. Retomando las ideas de Romero (1999), relacionamos esta idea de involucramiento con la comunidad a la labor del psicólogo clínico comunitario, en el sentido de un alejamiento de la labor clínica tradicional para dar lugar a un desplazamiento hacia la comunidad; dar cabida al entorno de la persona en lugar del consultorio privado.

El trabajo aquí expuesto se realizó en congruencia con la idea de que la psicología clínica se aplique dentro de contextos comunitarios, orientándose a acciones cuya finalidad sea el bienestar de las personas y no necesariamente curar patologías. Dentro de este contexto, el objetivo de esta intervención fue promover la salud de un grupo de mujeres, mediante un abordaje que integrara el trabajo clínico y la perspectiva basada en la comunidad.

Método

Participantes

En este proyecto participaron diez mujeres, que son madres de familia de una escuela primaria pública con un rango de edad entre los 30 y 55 años. La escuela se encuentra en una colonia de la ciudad en la que el nivel socioeconómico predominante es medio-bajo. Dispone de servicios básicos y cuenta con un par de instancias de salud sin costo. Además, existen diversos servicios educativos más allá de la escuela primaria pública previamente referida, como son una secundaria técnica, jardines de niños y centros comunitarios en donde se imparten clases relativas a actividades artísticas.

Técnicas y procedimiento

Este trabajo fue realizado a lo largo de diez meses a partir del contacto inicial de una de las autoras con personal docente que laboraba en la escuela. Inicialmente, las mujeres participantes manifestaron a las y los docentes su interés por participar en algún proyecto de corte psicológico, con la particularidad de señalar que deseaban tener una participación activa y no ser meras receptoras de un servicio asistencial. Uno de estos docentes fue vocero de esta inquietud en el momento en el que existía la posibilidad de desarrollar un proyecto comunitario. Debido a la relación personal con este docente, la presencia de la autora en la escuela no resultaba extraña. Este hecho permitió hacer la vinculación que permitió generar esta intervención, tanto con el personal directivo para solicitar la facilitación de los espacios y la infraestructura, como con las interesadas.

El trabajo fue un proceso de Investigación Acción-Participativa (IAP) (Basagoiti & Bru, 2002; Balcázar, et al., 2004), en el cual se pueden identificar las tres fases características de la misma: diagnóstico (aquí denominado etapa exploratoria), intervención y evaluación. La idea inicial fue tomar la necesidad expresada y trabajarla con las mujeres a partir de una perspectiva de promoción de la salud. De esta manera, antes de llevar a cabo la etapa exploratoria como fase de la IAP, hubo una reunión con las participantes, en la cual ellas enfatizaron la importancia del trabajo grupal: la oportunidad de compartir experiencias, perspectivas y reflexiones, a partir de las cuales ellas pudieran hacer un análisis acerca de sus propias vidas.

En esta reunión previa a la fase exploratoria se abordaron tres aspectos: intereses, expectativas y confidencialidad. Ese momento se generó un acercamiento y el establecimiento de una organización mínima para conocer de manera más cercana las necesidades, temas de interés, recursos y contexto. Se solicitó autorización para grabar las sesiones de trabajo

y su probable difusión con fines académicos, garantizando el anonimato. También se aclaró que existe libertad para formar parte del equipo de trabajo o retirarse de éste si se consideraba necesario. Por último, se expuso la disposición de tiempo y la organización para las reuniones.

A partir de lo mencionado, en conjunto, se estableció que el objetivo general fuera desarrollar un trabajo colaborativo que estuviera orientado a favorecer el desarrollo de estrategias que fomentaran el apoyo social entre este grupo de mujeres y las personas a su alrededor. Con base en ello, se estableció, en conjunto, un plan de trabajo para explorar más detenidamente acerca de las necesidades sentidas y recursos existentes, teniendo como ejes de trabajo la promoción de la salud en general y el apoyo social en lo particular. Así, en esta primera fase de la IAP, se llevó a cabo un taller participativo, la aplicación de instrumentos sobre apoyo social y la realización de entrevistas semi-estructuradas. De este modo, fue posible sistematizar las necesidades, priorizarlas e identificar las formas idóneas de trabajo, a partir de lo cual se planteó una propuesta preliminar de intervención. Dicha propuesta incluyó estrategias en las que se vinculaba un trabajo clínico con la orientación comunitaria solicitada desde el inicio. Se procuró emplear técnicas que permitieran la circulación de la información.

El siguiente paso fue regresar la información generada durante la fase exploratoria al grupo, mediante una sesión de socialización de resultados donde se les presentó una propuesta preliminar de intervención. Junto con ellas, se delimitó la propuesta final, generando un esquema general de los temas a trabajar durante la intervención y se establecieron los objetivos y tareas, tomando en cuenta lo dicho y propuesto por ellas y considerando las técnicas y los tiempos en que todos pudieran coincidir.

La intervención incluyó sesiones grupales con técnicas participativas, técnicas clínicas grupales o también llamados equipos reflexivos (Andersen, 1991) y, cuando lo consideraron necesario, algunas de las participantes tomaron parte de un proceso terapéutico individual. La propuesta de intervención original tuvo diversos cambios a lo largo de su implementación, dado que las evaluaciones realizadas tras cada sesión del taller de intervención fueron dando pauta sobre las técnicas más adecuadas para tratar los diversos aspectos a trabajar, incluso algunas de ellas se fueron transformando para poder ser implementadas de manera más pertinente al grupo.

El proceso evaluativo fue realizado en diferentes momentos: al final de la etapa de exploración, después de la intervención y, de forma global, como etapa final de la IAP al concluir el proceso de trabajo. Algunas de las técnicas continuas de evaluación empleadas en el grupo fueron las reflexiones en plenaria al final de cada sesión. De manera individual, en el contexto psicoterapéutico, la evaluación consistió en reflexiones manifestadas por las participantes en cuanto al trabajo terapéutico realizado, el papel de la psicóloga en su rol de terapeuta y los avances obtenidos. En cuanto a la evaluación como tercera fase de la IAP, en fase final, realizamos un par de sesiones grupales con técnicas participativas enfocadas en cuatro directrices: actividades realizadas, el proceso/dinámica grupal, el papel de la psicología y su proceso personal en términos de promoción de la salud y los impactos en sus vidas, retomando lo expuesto y propuesto en la fase exploratoria. Todo ello, complementado con una autoevaluación continúa del trabajo realizado como profesional de la psicología.

A manera de resumen, presentamos en la Figura 1 un esquema del trabajo realizado:

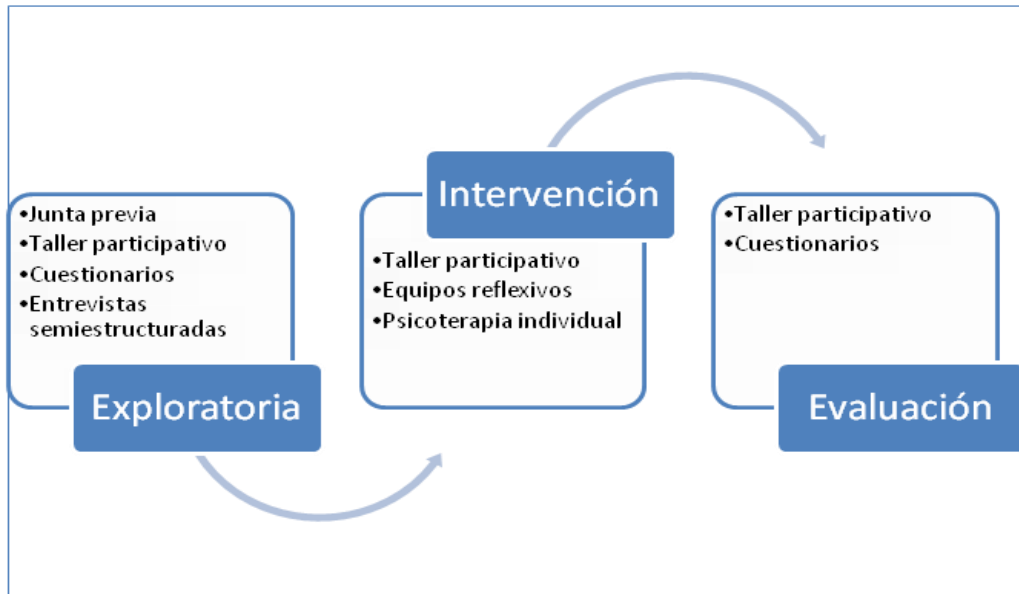


Figura 1: Proceso IAP realizado con un grupo de mujeres para promover su salud

Análisis de la información

El análisis de la información tuvo como finalidad describir la labor llevada a cabo, analizando en qué medida las acciones realizadas fueron congruentes con las propuestas de Pancer y Nelson (1996) en cuanto al trabajo en promoción de la salud basada en la comunidad. Las unidades de análisis las constituyeron las transcripciones de las sesiones grupales de intervención, verificando la congruencia del trabajo realizado con los elementos descritos por los autores previamente mencionados en el apartado de introducción.

En la descripción de los resultados de este análisis citamos textualmente a algunas participantes, bajo pseudónimos, con la idea de resguardar su identidad.

Resultados

A continuación, se realiza un análisis y reflexión sobre el trabajo realizado, tomando como referencia, primeramente, las directrices propuestas por Pancer y Nelson (1996).

Las primeras tres directrices hacen referencia a la importancia de la participación activa de la comunidad, desde la identificación de necesidades y recursos, en la planificación de la acción y en cada momento del proyecto implementado. En el caso de la presente investigación, es justo reiterar que su origen fue

precisamente la manifestación de necesidades sentidas por las participantes. Ellas comentaron, a uno de los docentes de la institución escolar donde estudiaban sus hijos/as, la disposición de participar en talleres de psicología, pero no precisamente para abordar aspectos propios del área educativa, sino más bien que estuviera dirigido a ellas como mujeres y en donde tuvieran un papel activo y no de simple escuchas de lo que el profesional tuviera que decirles. Así, hubo una reunión donde las mujeres participantes plantearon sus intereses, necesidades y posibilidades de participación. Por ejemplo, manifestaron la necesidad de expresarse y ser escuchadas, aunque esto no tuviera como fin inmediato la solución de un determinado problema: 'A veces sólo necesitamos que nos escuchen' (Sesión grupal, 9 de mayo de 2009).

También, desde esta reunión previa comenzaron a referirse acerca de la falta de acceso a información relativa a aspectos de salud mental. Consideraban, a partir de su experiencia, que esta no debía ser información privilegiada y exclusiva de profesionales de la salud, sino que deberían existir oportunidades para acceder a información elaborada, en términos claros y sencillos, para toda persona que deseara conocer más acerca de un determinado tema.

'Más o menos como pistas, que 'esto te puede orillar a una depresión'. Quizás algo tan fuerte te pasó y estuviste en una depresión y no te diste cuenta y no hubo nadie que te informara. (p.ej.) No nos han informado qué puede ser un síntoma' (Sesión grupal, 9 de mayo de 2009).

En sus discursos, era posible reconocer claramente necesidades, en cuanto a información acerca de su salud mental y, por supuesto, los indicios de las posibles intervenciones a planificar con el grupo. Las participantes formulaban cuestionamientos que giraban en torno al desconocimiento de lo que les sucedía y, principalmente, la forma de abordarlos. De algún modo, dejaban claro que, a partir de un punto de partida (que en términos tradicionales se le podría llamar diagnóstico), ellas podrían emprender acciones para procurar su bienestar. El sentido clínico era patente en las conversaciones sostenidas desde el inicio:

‘Sí, sí... ya hablé, pero... ¿cómo logro superar esa parte? ¿Cómo supero si tengo un problema, cómo le hago... o sea, un problema dentro? Porque un problema fuera, uno, de alguna manera busca solución... pero si es un problema de dentro, ¿cómo manejar esa sensación?’ (Mónica, entrevista realizada el 13 de febrero de 2010).

‘Lo que a mí me sucede ahorita, y creo que fue a raíz de que se fue mi esposo... y se ha ido acumulando y acumulando, no sé si es estrés o es depresión... empecé a tener ansiedad por comer y comer’ (Rocío, entrevista realizada el 13 de febrero de 2010).

Asimismo, en la dinámica construida mediante estos espacios de conversaciones, aun cuando mantenían su matiz clínico, también se fueron modificando las formas usuales de participación en talleres facilitados por psicólogos, dándole una estructura más horizontal y con carácter comunitario. La participación de las mujeres fue más activa y crítica en la toma de decisiones acerca de cómo organizarse y con qué propósitos. Además, expresaron una visión más abierta e integradora acerca del papel del psicólogo, no como profesional clínico de la salud mental exclusivamente sino como un co-partícipe en la acción comunitaria.

Considerando los aspectos anteriormente nombrados, las participantes priorizaron las necesidades expresadas, mediante diversas técnicas desarrolladas en el taller participativo de la fase exploratoria. En primer término, elaboraron de manera individual un “árbol de problemas” y, posteriormente, de manera grupal, enlistaron los aspectos que surgieron. A partir de ello, priorizaron los temas a tratar, siendo la crianza de hijos e hijas la primera en figurar, seguido de la depresión, el apoyo social, y el mejoramiento de la salud en general, tanto en aspectos físicos como relacionales (pareja, familia). Al finalizar la primera etapa, se desarrolló una sesión dedicada a la socialización del análisis de la fase exploratoria. En esta, se confirmaron los temas ya priorizados, sin embargo, al referirse acerca de las relaciones de pareja, se identificaron algunas situaciones vinculadas a la violencia doméstica que originalmente no habían figurado. Por tal motivo, el tema de las relaciones libres de violencia se incluyó en la fase de intervención.

Asimismo, en cuanto al apoyo social, en un principio se consideró el tipo percibido, aunque en esta sesión también se habló de la reciprocidad; es decir, de qué modo ellas mismas podían constituir fuentes de apoyo para otras personas. De tal manera, este importante aspecto tomó relevancia a partir de la propia iniciativa del grupo y, así, las participantes no son solo generadoras de propuestas, sino actrices con una participación protagónica en el proyecto. Este fue otro de los elementos que pudimos identificar y que marcó una diferencia respecto de experiencias previas con profesionales de la psicología.

‘Porque de antes habían temas que abordábamos con el maestro Antonio (él daba el tema), como te comentábamos al principio [...] Había incluso la escuela de padres pero tampoco había la participación [activa, por parte de los asistentes]’ (Lucía, 26 de junio de 2010).

A partir de estos aspectos, surgió la propuesta de desarrollar un proyecto enfocado al trabajo en dos objetivos: fomentar el apoyo social en su vida cotidiana e implementar estrategias de promoción de la salud en diferentes aspectos de la misma (lo físico, lo relacional y salud mental). En este sentido, se cumple lo propuesto por Pancer y Nelson (1996), quienes consideran que el trabajo a realizarse debe fundamentarse en la identificación de necesidades. En este caso, no tuvieron que ver sólo con enfermedades, sino con otras necesidades básicas y humanas de desarrollo personal. Había un interés en la búsqueda de soluciones a problemas particulares, pero también sobre la discusión de temas que les generaban inquietud e interés, sin que necesariamente se consideraran problemas a resolver.

Además de la identificación de necesidades, de forma paralela, se identificaron recursos (Pancer & Nelson, 1996). En este caso, se establecieron formas de trabajo considerando las preferencias de las participantes y que se adaptaran mejor a sus características.. Por ejemplo, la idea de los equipos reflexivos tomó sentido a partir de planteamientos de las mujeres en cuanto a la importancia que le daban al hecho de compartir ideas y buscar soluciones entre las mismas integrantes del grupo. Estas mujeres consideraban que las personas a su alrededor podrían aportarles nuevas alternativas acerca de las formas de vivir diversas situaciones que se les estuvieran presentando: ‘A veces no necesitamos tema, sino una mesa así para ver soluciones. Tal vez somos las mismas, pero sí nos funciona’ (Mónica, 9 de mayo de 2009). O bien, aunque no fuese posible que les dieran soluciones, lo que procuraban era expresar lo que pensaban y sentían sobre aquellas situaciones que les generaban alguna inquietud.

Por otra parte, la idea acerca de las consultas individuales fue planteada como una opción de la que no necesariamente tendrían que tomar parte. Esto fue nombrado al inicio de la etapa exploratoria, planificando,

originalmente, su uso en la etapa de intervención, sin embargo algunas de las participantes preguntaron si era factible iniciar desde la primera etapa las sesiones de psicoterapia. De esta manera, algunas iniciaron consultas desde el inicio hasta el fin del proyecto. Un aspecto a destacar es que, aunque las sesiones grupales nunca fueron llamadas sesiones de psicoterapia, las participantes de algún modo lo percibieron de este modo. Esto lo podemos explicar considerando la función expresiva previamente mencionada o la misma actitud asumida por cada participante, en quienes prevaleció la apertura y el respeto.

‘Yo así lo estoy viendo [como terapia]. Aquí no sólo estamos...por ejemplo, como cuando vamos a la secundaria y sólo nos dicen “vamos a hablar de sexualidad en el adolescente”... sólo eso abarca. Aquí, siento que me está ayudando porque escucho y puedo expresar, y traes preguntas que me hacen reflexionar, y es continuo’ (Rocío, 20 de febrero de 2010).

Teniendo en cuenta que la promoción de la salud toma forma en diferentes niveles, es necesario señalar que, por lo general, cuando hablamos acerca de intervenciones basadas en la comunidad se hace alusión al nivel macro (Pancer & Nelson, 1996; Merzel & D’Afflitti, 2003; Cerqueira, Conti, De la Torre & Ippolito-Shepherd, 2003) que incluye aquellos sectores que se relacionan de manera más activa y cercana con toma de decisiones en los procesos políticos e institucionales. Sin embargo, en la presente investigación no abarcamos esta dimensión, sino que la orientación estuvo dirigida hacia las participantes como individuos y a sus relaciones interpersonales más próximas, es decir, con relaciones laborales e institucionales propias del contexto a nivel meso (como los servicios escolares y de salud) y micro (la familia, amistades).

Así, en cuanto al programa de intervención, procuramos que fuera global e integrado, pero individualizado a cada participante. Por ejemplo, las actividades programadas implicaron el desarrollo de conocimientos y habilidades promotoras de la salud en aspectos físicos, pero también psicosociales. Fueron ellas quienes identificaron aquellos elementos susceptibles de mejora en distintos rubros, se plantearon tareas y mecanismos de auto-monitoreo de las mismas con el fin de controlar factores determinantes de su salud en diferentes campos. Posteriormente, de manera conjunta, se realizó una evaluación del cumplimiento de objetivos y la satisfacción de las participantes con los alcances percibidos.

En cuanto a los cambios en las normas, directriz propuesta por Pancer y Nelson (1996), fue interesante observar como a lo largo de la investigación, las mujeres participantes fueron haciendo adecuaciones a diversas

normas presentes en sus vidas, las cuales fueron adaptando y modificando para mejorar, particularmente, las relaciones interpersonales, sobre todo a nivel familiar. Promover la disciplina, pero, por otro lado ser flexible y razonable con lo que se pedía y establecer nuevas formas de relación donde la agresión no fuera una opción de respuesta, promoviendo, así, la buena convivencia, son dos de las maneras en que estas mujeres llevaron a la cotidianidad la importancia de apoyarse en normas. Con la plena conciencia de que éstas deben ser elaboradas y reelaboradas, de modo que sean realmente un soporte en la promoción de relaciones igualitarias e incluyentes:

‘lo que yo les puedo decir es que el papá de mis hijos me dijo hoy en la mañana –yo no sé si en que estás yendo ahí, pero últimamente no estás gritando mucho. Porque si no es de que llega y estoy pegando de gritos por cualquier cosa, y posiblemente tenga razón... si él lo notó... me está ayudando’ (Mónica, 27 de febrero de 2010).

Pancer y Nelson (1996) enfatizan la importancia de los cambios a largo plazo. Conforme avanzaba el proyecto, cada vez tomó mayor relevancia el hecho de que las actividades contribuyesen a crear espacios de reflexión, pero que, sobre todo, ayudaran en el desarrollo y consolidación de habilidades relacionadas con el cuidado de la salud. Muchas de estas habilidades, propuestas como objetivos a alcanzar, las plantearon durante la intervención y se comprometieron a cumplimentarlas incluso aunque los talleres llegaran a su fin. Este hecho evidencia un compromiso para realizar cambios, a mediano y largo plazo, con el fin de promover su salud. Una acción concreta en este sentido es que algunas de ellas han continuado en este proceso de desarrollo personal al promover, en la escuela donde acuden sus hijos/as, un grupo de reflexión colaborativa con padres y tutores de niños/as de la primaria. De este modo, trabajan no solo en aspectos individuales, sino como padres/madres, en la dinámica familiar y la relación directa padres/madres-hijos/as:

‘Hubo una época en la que tuve muchos problemas... se me juntó lo de mi hermanita, la enfermedad de mi mamá, lo de mi esposo, la muerte del papá de mi esposo... yo dije ‘voy a volver a recaer’. Y, bendito Dios, como te había dicho, esto me está ayudando mucho a que haya esta balanza: qué tanto me va a afectar y qué tanto no me va a afectar... como ahorita, con la muerte de mi tío’ (Lucía, 13 de marzo de 2010).

‘Eso es algo que a la mayoría de nosotros nos ha pasado, que de un tiempo para acá me he acercado a mi mamá, he demostrado mi cariño hacia ella... y últimamente, en que falleció mi papá, más me he acercado a ella y hasta me he dado la oportunidad de decirle cuánto la quiero, y abrazarla... que jamás se lo había yo dado, y ella sí se siente bien’ (María, 24 de abril de 2010).

Otra de las directrices que Pancer y Nelson (1996) señalan es la relacionada con las labores de investigación y evaluación, ya que es necesario documentar tanto los resultados como el proceso de una intervención. En la presente investigación fue imprescindible la recopilación puntual y precisa de las sesiones de trabajo para que, de esta manera, fuera posible evaluar de manera constante el proceso y los avances. Sólo de este modo se realizaron los ajustes y modificaciones pertinentes como, por ejemplo, la inclusión del tema de las relaciones libres de violencia, la inclusión de la reciprocidad en las redes de apoyo social como elemento significativo o el inicio de la psicoterapia individual desde la fase exploratoria.

Es decir, los cambios no se orientaron únicamente a un intercambio de fechas o de técnicas, sino a reelaborar las temáticas y el desarrollo en la secuencia de los talleres. Asimismo, se realizaron sesiones para evaluar los avances en cuanto al apoyo social ofrecido y percibido, las prácticas promotoras de salud (física y psicosocial) y el trabajo colaborativo realizado. Lo anterior, de acuerdo con Cerqueira et al. (2003), es una actividad necesaria para poder compartir las experiencias vividas a otros que pudieran enriquecerse con los saberes generados a partir de las experiencias vividas.

En el caso de este proyecto, desde el inicio, fue planteado como una opción encaminada a promover el bienestar y la salud de las mujeres participantes, sin tener como centro la enfermedad. Esto pudo, de algún modo, ser una diferencia respecto de otras opciones que tienen o han tenido en servicios de salud y, como ellas mismas señalan, que su participación en el proyecto se dio desde su origen y no sólo en la implementación de éste. Para las autoras la participación en la comunidad, ha permitido avanzar hacia una idea más amplia de lo que es el campo de acción tradicional de la psicología clínica y, a mayor profundidad, de lo que suelen ser las intervenciones en Psicología Comunitaria.

Discusión

Es importante tener en cuenta las diferentes ideas que nos ofrece la visión de la clínica comunitaria desde una perspectiva de promoción de la salud basada en la comunidad. Por ejemplo, el enfocarse claramente en las necesidades sentidas por parte de la población, ya que, como variable en el uso de los servicios de salud, es la que entrega una mayor cantidad de elementos explicativos al respecto (Lara-Flores, Tamez-González, Eibenschutz-Hartman & Morales-Estrella, 2000).

En términos tanto clínicos como comunitarios, destaca la importancia de que, a partir de escuchar sus propias

historias y experiencias de vida así como las de sus compañeras, se realizaran cuestionamientos acerca de su bienestar. También señalaron que fueron reconciliándose con aquellos aspectos de su persona que no les resultaban del todo satisfactorios, siendo cada vez más conscientes de los mismos, para encaminarse a acciones concretas que les aproximaran a sus metas personales en materia de salud. Otro punto de coincidencia entre las participantes fue que los procesos de reflexión que generaron, les ayudaron a enmarcar algunas de sus situaciones vitales en límites más amplios, lo que derivó en cambios conductuales. Algunos de estos cambios fueron, por ejemplo, pensar las consecuencias de las palabras antes de emitir las, expresar sus sentimientos y pensamientos, escuchar sin emitir juicios, tener reacciones de enojo menos intensas, dialogar consigo mismas, hacer de la creatividad una herramienta para la expresión y, en general, tomarse el tiempo para reflexionar acerca de sí mismas y su entorno.

La identificación de necesidades sentidas y conductas que se desencadenan alrededor de la trayectoria de búsqueda de atención y el uso de servicios son procesos que, aun siendo individuales, se construyen socialmente y se elaboran a través de los significados culturales que producen y manejan los diferentes actores sociales que participan en este proceso (Lara-Flores et al., 2000). Además, facilitar procesos que impacten en el mejoramiento, conservación y promoción de la salud de las personas no queda en el terreno de lo operativo al solicitar las personas los servicios, sino que implica una planeación y una búsqueda de mejores condiciones de accesibilidad a dichos servicios. Teniendo en cuenta éste, entre otros elementos, podemos paulatinamente ir desarrollando acciones encaminadas al mejoramiento continuo de lo que podemos ofrecer a la gente, asumiéndonos tanto profesionales en la atención a la salud, como promotores de la misma.

Por otra parte, tomando los planteamientos de Llorens (2006) y Romero (1999) sobre clínica comunitaria, fue posible constatar que los servicios de psicología no necesariamente abarcan las necesidades sentidas de la población, aunque estén presentes y no tengan costo. Este fue un punto abordado desde el momento de la etapa de la exploración, de tal modo que ellas mismas pudiesen hablar de aquellos elementos que consideraran necesarios para que la propuesta que les hiciéramos fuera pertinente y pudiera mantener su vigencia a lo largo del tiempo. Este aspecto se retomó al hacer una evaluación del trabajo efectuado, enfatizando la importancia acerca de las diferencias percibidas en cuanto al trabajo realizado, en comparación con experiencias previas con profesionales de la psicología. Esto permitió reflexionar sobre el papel del psicólogo en esta intervención clínica comunitaria. Ellas enfatizaron el

papel de la participación, tomando un rol activo desde los momentos más tempranos del trabajo realizado.

'Porque de antes habían temas que abordábamos con el maestro Alejandro, como te comentábamos al principio (...) Había incluso la escuela de padres y tampoco había la participación. Si se dan cuenta, del grupo que comenzó fueron dos o tres que se salieron... fue por el tiempo participativo que hubo' (Lucía, 26 de junio de 2010).

En ocasiones, la falta de respuesta por parte de los integrantes de una comunidad a propuestas de trabajo, ofrecidas, por ejemplo, desde el campo de la psicología, pone de manifiesto que esta falta de participación en los servicios psicológicos puede deberse a la carga cultural propia del contexto (Romero, 1999). Desde nuestro punto de vista, no sólo habría que tener en consideración la accesibilidad de los servicios, sino también la calidad y pertinencia sociocultural de los mismos. Puede que resulte obvio, pero, poniendo atención a las voces de las participantes, fue posible evidenciar que a veces resulta cuestionable el papel del psicólogo frente a la comunidad.

No quiero decir que otras pláticas, otras personas como tú, que hayan venido... no quiero decir que sean malos, pero sí me entró la inquietud de por qué ahora (el taller) ya tardó mucho cuando (antes) sólo vienen una sesión y no vuelven' (Rocío, entrevista realizada el 23 de enero de 2010).

El comentario anterior describe claramente lo que ha sido la experiencia de estas mujeres con el trabajo de psicólogos en ámbitos comunitarios. Este es poco constante y continuo, también es aislado y poco planificado. Esto sería algo impensable dentro de un contexto clínico de consultorio, donde el proceso terapéutico apuesta por el establecimiento de una relación entre el terapeuta y el cliente que favorece la continuidad y el dinamismo del trabajo realizado. Es importante que estos principios del trabajo clínico sean trasladados al trabajo en comunidad; de modo que, de la misma manera que hay un cuidadoso desempeño en un consultorio, debería haberlo en los servicios ofrecidos a una comunidad y no ser tan efímeros en las acciones realizadas.

Además, en este orden de ideas, es pertinente el planteamiento de Romero (1999) quien señala que la labor de la psicología clínica no es exclusiva de un consultorio, sino que puede ampliar su campo de acción, llevando el compromiso establecido con las personas hacia una comunidad entera. Esto es una invitación a llevar a cabo y traducir este compromiso en acciones, siendo incluyentes en las tareas que podemos incorporar en el repertorio de psicólogos clínicos y también en la diversificación del trabajo comunitario (Pancer & Nelson, 1996).

Básicamente, este trabajo consistió en un proceso de transformación de las personas, y de las autoras, , llegando a un sentido de responsabilidad respecto al propio bienestar; lo cual puede notarse en las acciones que muestran una contribución consciente y constructiva en este proceso. También es importante mencionar que mediante esta investigación es posible cuestionar la falta de un marco de referencia en Promoción de la Salud que considera la perspectiva de género, lo cual llama la atención ya que, tal como señalan Benoit y Shumka (2009 en Gelb, Pederson & Greaves, 2011), el género es considerado dentro de los determinantes de la salud que afectan el acceso a recursos financieros, educativos e informativos. En el caso de la presente investigación, se trabajó de manera exclusiva con mujeres, con quienes se procuró mantener una visión incluyente, siendo conscientes del señalamiento explícito de algunos críticos feministas acerca de que el género continúa siendo uno de los puntos ciegos en la Promoción de la Salud (Gelb et al., 2011). Compartimos el punto de visto Reid (2007 en Geb et al., 2011) quien considera que los alcances de la programas en Promoción de la Salud se beneficiarían considerablemente si tomáramos mayor conciencia acerca de la perspectiva de género.

También, a través de esta experiencia, es posible reflexionar sobre algunos principios utilizados en la Psicología Comunitaria. Uno de estos es el criterio evaluativo donde más es mejor (aplicar estrategias que te permitan llegar a la mayor cantidad de personas). Este es un principio útil, sin duda, sobre todo en acciones de carácter preventivo, pero, a nuestro modo de ver, no siempre es prioritario, pues a veces resulta en más es menos, ya que se llega a muchas personas pero de manera muy superficial, no logrando cambios profundos a largo plazo. En este sentido, proponemos considerar la posibilidad de menos es más, en el sentido de que trabajando con menos personas, con su involucramiento desde un inicio (Makhoul, Nakkash, Harpham, & Qutteina, 2013), de manera más reflexiva y profunda y con acciones concretas a trabajar en la vida cotidiana, se pueden lograr cambios a mediano y largo plazo que tendrán un efecto multiplicador en el contexto sociocultural donde se realicen. Incrementar la capacidad comunitaria, sin duda, puede resultar en efectos positivos a largo plazo como el cambio social y el involucramiento en acciones ciudadanas (Brakefield-Caldwell & Parker, 2000).

Es ahí cuando los principios de la clínica comunitaria parecen especialmente vigentes, en cuanto a su pertinencia y factibilidad en el trabajo comunitario. Consideramos que estos pueden contribuir a que el trabajo del psicólogo sea particularmente efectivo y socialmente responsable.

Referencias

- Andersen, T. (1991). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Balcázar, F., Taylor, R., Kielhofner, G., Tamley, K., Benziger, T., Carlin, N. & Johnson, S. (2004). Participatory Action Research: General principles and a study with chronic health condition. En L. Jason, C. Keys, Y. Suárez-Balcázar, R. Taylor & M. Davis (Eds.). *Participatory community research. Theories and methods in action* (pp. 17-35). Washington: American Psychological Association. doi: [10.1037/10726-001](https://doi.org/10.1037/10726-001)
- Basagoiti, M. & Bru, P. (2002). "Mira quién habla": El trabajo con grupos en la I.A.P. En T. Villasante & M. Montañés (Coord.), *La investigación social participativa, construyendo ciudadanía* (pp. 125-190). Madrid: El Viejo Topo.
- Bennett, P. & Murphy, S. (2001). *Psychology and health promotion*. Buckingham: Open University Press.
- Brakefield-Caldwell, W. & Parker, E. (2000). Research and intervention. En L. O'Fallon, F. Tyson & A. Deary (Ed.), *Successful models combining intervention and basic research in the context of community based participatory research* (pp. 55-61). Washington, D.C.: National Institutes of Health.
- Cerqueira, M., Conti, A., De La Torre, A. & Ippolito-Shepherd, J (2003). La promoción de la salud y el enfoque de espacios saludables en las Américas. *Food Nutrition and Agriculture*, 33, 36-44. Recuperado de <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/006/j0243m/j0243m05.pdf>
- Gelb, K., Pederson, A. & Greaves, L. (2011). How have health promotion considered gender? *Health Promotion International*, 27(4), 445-452. doi: [10.1093/heapro/dar087](https://doi.org/10.1093/heapro/dar087)
- Haz, A., Díaz, D. & Raglianti, M. (2002). Un desafío vigente para el psicólogo clínico: El entendimiento de estrategias de intervención integrales para abordar problemas de riesgo psicosocial. *Terapia Psicológica*, 20, 23-28.
- Lara-Flores, N., Tamez-González, S., Eibenschutz-Hartman, C. & Morales-Estrella, S. (2000). Investigación de necesidades y utilización de servicios de salud: una reflexión sobre el uso de métodos cualitativos. En F. J. Mercado-Martínez & T. M. Torres-López (Comp.), *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica* (pp. 97-122). México: Plaza y Valdés Editores.
- Llorens, M. (2006). Una visión clínico-comunitaria de la psicoterapia. *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria*, 6, 99-128.
- Makhoul, J., Nakkash, R., Harpham, T. & Qutteina, Y. (2013). Community-based participatory research in complex settings: Clean mind–dirty hands. *Health Promotion International*. doi:[10.1093/heapro/dat049](https://doi.org/10.1093/heapro/dat049)
- McLeroy, K., Norton, B., Kegler, M., Burdine, J. & Sumaya, C. (2003). Community-based interventions. *American Journal of Public Health*, 93(4), 529-533. doi: [10.2105/AJPH.93.4.529](https://doi.org/10.2105/AJPH.93.4.529)
- Merzel, C. & D'Afflitti, J. (2003). Reconsidering community based-health promotion: Promise, performance and potential. *American Journal of Public Health*, 93(4), 557-574. doi: [10.2105/AJPH.93.4.557](https://doi.org/10.2105/AJPH.93.4.557)
- Montemurro, G., Raine, K., Nykiforuk, C. & Mayan, M. (2013). Exploring the process of capacity-building among community-based health promotion workers in Alberta, Canada. *Health Promotion International*. doi:[10.1093/heapro/dat008](https://doi.org/10.1093/heapro/dat008)
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.
- Organización Mundial de la Salud (noviembre, 1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá. Recuperado de <http://www1.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (junio, 2000). *Declaración Ministerial de México sobre Promoción de la Salud. De las ideas a la acción*. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Promoción de la salud: Hacia una mayor equidad. Ciudad de México, México. Recuperado de <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf5.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2001). *¿Qué es promoción de la salud en la OPS?* Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/ad/sde/hs/hppDefiniton.htm>
- Pancer, M. & Nelson, G. (1990). Enfoques de la promoción de la salud basados en la comunidad: Guía para la movilización comunitaria. En Panamerican Health Organization (Comp.), *Promoción de la salud: Una antología* (pp. 166-182). Washington: PAHO.
- Restrepo, H. (2001). Conceptos y definiciones. En H. Restrepo & H. Málaga (Eds.), *Promoción de la salud: Cómo construir una vida saludable* (pp. 24-33). Bogotá: Editorial Panamericana.
- Romero, J. (1999). Un lustro en la comunidad. *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria*, 1, 97-115.
- Snyder, C. & López, S. (2007). *Positive psychology*. Washington: Sage.
- Vergara-Vázquez, G. (2011). La redefinición del rol del psicólogo/a en contextos de salud pública hacia el compromiso con una salud integral que abarque aspectos clínicos y comunitarios, con prácticas

adaptadas a cada contexto sociopolítico. Manuscrito inédito. Grupo de Investigación, Docencia y Extensión. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <http://www.proyectoetica.org/descargas/Certamen>

[2011_trabajos%20premiados/La%20redefinicion%20del%20rol%20del%20psicologo_Vergara%20Vazquez.pdf](#)