

Lo institucional como determinante en la práctica comunitaria.

Margulis, Julia Teresa, Abán, Mariana Laura y Góngora, Daniela Beatriz.

Cita:

Margulis, Julia Teresa, Abán, Mariana Laura y Góngora, Daniela Beatriz (2005). *Lo institucional como determinante en la práctica comunitaria. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-051/299>

LO INSTITUCIONAL COMO DETERMINANTE EN LA PRÁCTICA COMUNITARIA

Margulis, Julia Teresa; Abán, Mariana Laura; Góngora, Daniela Beatriz
Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Tucumán

Resumen

Nuestra práctica se desarrolla en el entrecruzamiento de dos instituciones: la Universidad (institución académica) y los Centros de Atención Primaria (C.A.P.S), pertenecientes al Sistema Provincial de Salud. Cada una de ellas posee un discurso particular, una ideología diferente, una lógica de funcionamiento propio. Estas instituciones son emergentes de una comunidad y por lo tanto no pueden pensarse sin tener en cuenta el contexto socio histórico que las rodea. A partir de nuestra experiencia intentamos conceptualizar la práctica e identificar las problemáticas particulares de cada CAPS y encontrar las cuestiones comunes que los implican. En este aspecto debemos resaltar el malestar que los afecta y la clara percepción que tienen de que en el seno de la comunidad hay un generalizado descreimiento en las Instituciones. Podemos pensar que este complejo entrecruzamiento de discursos, instituciones y saberes actúan como determinantes de nuestra práctica y de nuestra función como psicólogos. Estas realidades mencionadas y los efectos que registramos en las instituciones en la que hicimos nuestra práctica y que determinan nuestra función, serán ejemplificadas a partir de un caso que hemos seleccionado y que nos permitió reflexionar de un modo particular.

Palabras Clave

Institución, Comunidad, Prevención

Abstract

INSTITUTION AND COMMUNITY PRACTICE

Our practice is developed in the crossroad formed by 2 institutions: University (an academic institution) and a CAPS (Primary Health Assistance Institution). Each institution possesses its own particular discourse, ideology, and working logic. As any institution, the university and the CAPS are products of a community. As a consequence, they can't be thought isolated from the surrounding social and historical context. From our experience, we try to "conceptualize the practice" and identify the similitude among different CAPS. We observe that discomfort and disbelief characterizes institutions of our own social and historical reality. We think that this complex intertwining among discourses, institutions and knowledge determines our practice and our function as psychologists. Finally, taking one particular insertion in a CAPS as a starting point, we will try to show how these institutional elements mentioned above determine our function.

Key words

Institution, Community, Prevention

Somos integrantes de la línea Docencia - Servicio Área Salud y nuestra práctica se enmarca dentro del Área de la Salud que hace a la comunidad y tiene como marco teórico al discurso psicoanalítico.

Se desarrolló en cuatro etapas:

Entrenamiento: observación y coordinación de grupos en una comisión de prácticos de la materia Salud Pública I. Esta actividad y su supervisión nos permitió un entrenamiento sobre la tarea de coordinación, observación y registro del trabajo en grupos que luego pusimos en práctica en talleres con integrantes del Programa Provincial de Prevención del Cáncer de cuello de útero. (UNIPAP).

También realizamos actividades internas como encuentros de cine-debate sobre el tema de la violencia que nos permitió un mejor establecimiento de lazos entre los integrantes de la línea.

Reconocimiento: se trata del relevamiento de la estructura formal de la Institución o sea del reconocimiento del lugar, sus instalaciones, la gente y sus funciones, del espacio y su distribución. El lazo existente entre los integrantes, su modalidad. Reconocimiento de las otras instituciones del área de responsabilidad y de sus relaciones recíprocas. También incluye salida a la comunidad acompañando la tarea de los agentes sanitarios.

Diagnóstico: en esta etapa, y a partir de lo registrado en la etapa anterior es que formulamos hipótesis que intentan ser explicativas de los fenómenos que observamos y que nos permitieron elaborar propuestas de intervención.

Este proceso se estructura alrededor de un eje fundamental que es una permanente conceptualización de la práctica, es decir que los datos obtenidos, las observaciones son procesados en la supervisión lo que a su vez nos permite corroborar las hipótesis diagnósticas, que como tales están sujetas a una constante formulación y reformulación.

El diagnóstico también implica el reconocimiento de la permeabilidad y la aceptación posible de nuestra tarea en los diferentes ámbitos para luego formular nuestras propuestas de trabajo.

Propuestas de trabajo: este paso implica un aprendizaje y una escucha a fin de reconocer las problemáticas de la comunidad y brindar un servicio acorde a la demanda que construimos. Esta etapa constituye uno de los objetivos fundamentales de nuestra práctica. Es por esto que se formula una propuesta de trabajo sostenida en las hipótesis diagnósticas.

Un caso analizado

Nuestra práctica se desarrolla en un espacio donde se entrecruzan dos instituciones: la Universidad, como institución educativa; y el Sistema de Salud o sea los CAPS dentro de un Programa Provincial de Prevención del cáncer de cuello de útero (UNIPAP). Esto implica un entrecruzamiento de discursos, de formas de malestar, ideologías y tiempos diferentes.

Pero hay un otro aspecto que se juega en este espacio y es lo social histórico que implica a esa comunidad. Este aspecto es esencial por varias cuestiones: por un lado, tanto la Universidad como el Sistema de Salud tienen sus particularidades relacionadas con sus objetivos y los malestares que en relación a ello devienen, y por el otro el producido por el encuentro entre ellos y las vicisitudes que tocan a una comunidad.

Las instituciones que nos tocan, tienen una historia que las determina y una estructura compleja en la se desarrolla su

actividad. Es desde allí que intentamos pensar nuestra práctica y también nuestra futura posición como profesionales. El concepto mismo de comunidad no resulta fácilmente definible, ya que hay diversos modos de ubicarla teóricamente.

Operativamente, no como definición sino como noción a priori, pensamos a la comunidad como un espacio dentro del cual se desarrollará la vida de las Instituciones, como el marco imaginario y simbólico de su desarrollo.

Nuestra práctica se desarrolló en los C.A.P.S. y sus integrantes: médicos de planta, enfermeras, administrativos, agentes sanitarios y vecinos comparten el hecho de que al ser interrogados acerca de los antecedentes de fundación del Centro en general no pudieron relatar la historia de estas pequeñas instituciones.

Esto llamó fuertemente nuestra atención ya que algunas de ellas surgieron del seno mismo de la comunidad, ya sea por el esfuerzo conjunto de un grupo de vecinos, por iniciativa de un centro comunitario, por donación de instalaciones y han contado con continuas cooperaciones de las personas que viven en la zona.

En todos los casos hay una suerte de olvido que borra su origen. En algunos la historia se detiene en el cambio de nombre que el Sistema de Salud impuso cuando se hizo cargo del Centro. Por ello pensamos en un doble movimiento, uno que marca ésto como pérdida para el Centro Asistencial, pero también lo es para la comunidad que ha participado en su construcción, dejando fuera una parte de su historia como si se tratara de una represión. Nos preguntamos cómo opera ésto en la relación posible entre el Centro Asistencial y su entorno.

Nuestra hipótesis aquí es que este olvido podría estar conectado a un trauma y sus efectos de estasis libidinal, se verificarían en ciertos observables tales como la inmovilidad, cierta inercia y la posición distante.

Si consideramos los dos órdenes de lazos que Freud propone en su análisis de los fenómenos grupales, uno respecto del líder y a partir de éste como determinante de los lazos recíprocos de los integrantes de la agrupación, el trauma podría pensarse como eficaz en la determinación de los observables, pudiendo ser considerados como síntomas. Pero debemos agregar otros síntomas que la propia comunidad reconoce como tales, la violencia manifiesta, los actos delictivos, que interpretamos como relacionados a la ruptura de los lazos en la comunidad. Es en este entorno que intentamos desarrollar nuestra práctica, que creemos por otra parte que no es ajena a lo que atraviesa al resto de la sociedad.

La especificidad de nuestra práctica reside en que nosotras somos quienes nos aproximamos a la comunidad y de este modo la necesidad de considerar al contexto se hace más imperiosa.

El hecho de que la oferta parta desde nosotros y nuestro proyecto de realizar una práctica enriquecedora para la comunidad, implica pensar las dificultades que tratamos de organizar diferenciando imposibilidad de impotencia.

La imposibilidad la ubicamos del lado del obstáculo a definir y a partir del cual intentamos una propuesta. En cambio la impotencia nos remite al cierre del espacio, a la negativa de un intercambio productivo, cuyas razones no se han mostrado permeables al análisis superador.

El trabajo en este CAPS se inició con un proceso de reconocimiento de su estructura edilicia y de su organización formal. El mismo está constituido por médicos clínicos, ginecólogos, pediatras, fonoaudiólogos, personal de enfermería y agentes sanitarios. La dirección está a cargo de un médico clínico. Acompañamos esta etapa con la elaboración de hipótesis diagnósticas sobre la estructura libidinal del C.A.P.S.

Realizamos salidas a la comunidad; algunas en compañía de los agentes sanitarios y otras las hicimos solas. A través de estas salidas recogimos datos sobre las condiciones generales de vida de la población de responsabilidad del C.A.P.S. y sobre las instituciones de la zona. Pudimos conectarnos con un

comedor comunitario y una escuela.

También en este caso tratamos de conocer la modalidad de funcionamiento de estas instituciones y sus características. En estos casos nuestras hipótesis incluían una impresión sobre lo que Ulloa[1] denomina permeabilidad/impermeabilidad a una intervención del psicólogo.

La escuela se mostró poco interesada en nuestro trabajo ya que habían realizado uno con una Cátedra de la Facultad y disponían de la información que había requerido, no así el centro comunitario, con el que tuvimos un contacto fluido.

Luego de esta instancia diagnóstica, y a partir de lo allí elaborado nuestra apuesta se centró en el trabajo con los agentes sanitarios: capacitación y apoyo a partir de la posibilidad de transferir un saber que les permitiría un mejor posicionamiento respecto de los problemas que a diario se les presentan. La mayoría de los Agentes Sanitarios son personas pertenecientes a planes Trabajar y suelen mencionar la falta de recursos de formación en el desarrollo de sus tareas. Se trata además de vecinos, lo cual tiene un aspecto positivo y otro dificultoso.

La propuesta no tuvo una aceptación por el director, ya que consideraba que no respondía a lo que a su criterio era prioritario para el CAPS y la comunidad que era la formación de un centro vecinal.

Esto nos condujo a interrogarnos tanto acerca del encuentro con esta oferta poco usual para la tarea del psicólogo, como a aquellos aspectos de nuestro desempeño que hubieran llevado al rechazo de nuestra propuesta.

Por un lado nos encontramos con que una disposición horaria (concurriamos en el horario vespertino) dificultó un encuentro mas cercano con el director de la institución y el haber podido ponerlo mas al tanto de nuestras observaciones.

A partir de la supervisión pudimos pensar el efecto que el cambio de turno implicaba, en el sentido en que dificultaba una relación mas continua con la dirección, eje vertical en el aspecto de la organización jerárquica de funciones y determinante del tipo de lazo. Gran parte de nuestros esfuerzos estaban dirigidos hacia la comprensión del modo de lazo. En este sentido detectamos que en la comunidad con respecto a las instituciones formales hay un descreimiento que se manifiesta en desinterés por las actividades propuestas, falta de participación. Ausencia de comunicación y colaboración, fracturas pensables en el eje horizontal de los miembros entre si.

Nuestra inserción, también desde una Institución de la comunidad como lo es la Universidad, podría no estar fuera de este circuito.

Al perder contacto permanente con la dirección, pudimos haber intensificado ésta ruptura quedando el equipo de practicantes comprometidos en el síntoma al modo de la repetición.

Nos llamó la atención la propuesta del director y tratamos de entender su origen. En este punto creemos que probablemente se relacione con la representación que acerca de nuestra tarea tienen los médicos de los CAPS y tal vez gran parte de la población. Cuestión a la que no estamos ajenos, ya que nosotros mismos estamos en una etapa de transición entre la función de practicantes dentro del marco de la Universidad por lo tanto como estudiantes aún, y la proximidad de nuestra posición como profesionales, ya que estamos próximos a recibirnos.

Al respecto nos parecen significativos algunos dichos que destacamos de los talleres realizados en el marco del UNIPAP con médicos y agentes sanitarios. En estos encuentros circulaba, respecto de la función del psicólogo, ideas tales como: "tenemos problemas de violencia, ahí tienen que trabajar ustedes", "son chicos con problemas familiares, sobre eso saben ustedes". Pero también circulan representaciones que expresan un interrogante sobre el quehacer del psicólogo: "todavía no sabemos bien que hacen ustedes, pero son necesarios". E incluso algunos CAPS solicitaban psicólogos de esta especialidad (se referían a dedicados al área comunitaria).

Si bien reconocemos la dificultad de la tarea y el que esta práctica requiere dedicación y esfuerzo, quisiéramos poder

sostener estos espacios ya que creemos que es posible un encuentro de intereses y anhelos que nos permitan transferir los conocimientos que la Facultad nos donó y que deseáramos donar su vez a la comunidad “para mejorar las relaciones éticas entre los hombres que se resisten a la guerra”. [2]

BIBLIOGRAFÍA:

Freud, Sigmund: El malestar en la cultura. Obras Completas. Tomo III. Ediciones Biblioteca Nueva. Madrid. 1968.

Freud, Sigmund: Psicología de las Masas y análisis del yo. Obras Completas. Tomo I. Ediciones Biblioteca Nueva. Madrid. 1948.

Freud, Sigmund: Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte. Obras Completas. Biblioteca Nueva. Madrid 1972.

Ulloa, Fernando :Novela Clínico Psicoanalítica. Ediciones. Buenos Aires.1995.

Glasman, Sara: De la ortodoxia al síntoma. Conjetural. Revista Psicoanalítica N° 36. Grupo Editor Latinoamericano. Diciembre 2000.

Jinkis, Jorge: Entre copas... Conjetural. Revista Psicoanalítica N° 36 Grupo Editor Latinoamericano. Diciembre 2000.

[1] Ulloa, F. Novela clínica psicoanalítica. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1995.

[2] Freud, S. Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte. Obras Completas. Biblioteca Nueva. Madrid. 1972